

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rodrigo Barbosa Machado

Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes: estudos de caso na atenção básica do município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Rodrigo Barbosa Machado

Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes: estudos de caso na atenção básica do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Health promotion and youth suicide: case studies in primary attention at Rio de Janeiro municipal district.

M149p Machado, Rodrigo Barbosa.
Promoção da saúde e o suicídio nas juventudes: estudos de caso na atenção básica do município do Rio de Janeiro / Rodrigo Barbosa Machado. -- 2022.
213 f. : il. color.

Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 187-197.

1. Promoção da Saúde. 2. Colaboração Intersetorial. 3. Suicídio. 4. Trabalho. 5. Juventude. I. Título.

CDD 362.28098153

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Rodrigo Barbosa Machado

Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes: estudos de caso na atenção básica do município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 14 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Adriana Miranda de Castro
Fundação Oswaldo Cruz - Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Início este agradecimento relatando que ser trabalhador da educação e da saúde e estudar ao mesmo tempo foi o maior desafio nesta jornada. O tempo inteiro esses pensamentos estavam presentes, pois existir inteiro nas escolhas que se faz também é resistir, principalmente num país de pouco investimento na Educação.

Um país que reproduz os interesses elitistas, um país conservador, atravessado por relações excludentes, com oportunidades que se fizeram presentes pelas políticas afirmativas e pelo avanço das políticas públicas nos governos mais progressistas a partir dos anos 2000.

Caminho árido, mas não solitário, pois encontrei afetos no caminho.

Maria de Fátima Lobato, o percurso na sua companhia fez todo o sentido. Bem fiz ter escolhido você e ter sido aceito. Precisamos de encontros autênticos e repletos de afetos. Existir desta forma também é (re)existir.

Rodrigo Adalberto, obrigado pela paciência, principalmente nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

Aline Bressan e Verônica Busch, minha gratidão, meu afeto, por acreditarem em mim quando eu mesmo estava repleto de dúvidas.

Amanda Milani, agradeço pelas palavras, pelas risadas, pelos olhares, pela produção de saúde, pela companhia em momentos tão delicados deste percurso e por acreditar no meu caminhar.

Yasmin Furtado, agradeço por cada revisão do meu texto, cada mensagem, cada fragmento, cada demonstração de cuidado e criticidade com o meu estudo.

João Beserra, Nathalia Domingues e Priscila Soares, encontros que extrapolaram o universo acadêmico.

Marcele Machado e Juliana Machado, amores da existência.

Júlia Machado, seu dindo te ama.

Iony Berto, companheira do universo literário e agora do universo acadêmico. Obrigado por tudo!

Wagner Dias, agradeço o apoio incondicional desde o início deste projeto.

Michelle Saramago e Alex Rocha, agradeço pelo cuidado comigo no momento de escuridão.

Eduardo Marinho, gratidão por me acompanhar nos lugares internos de difícil acesso existencial.

Claudia Caminha, agradeço por estar comigo construindo outras visões sobre os processos clínicos que envolvem o cuidado da existência humana.

Marcelo Abreu, minha gratidão pela sensibilidade ao compartilhar seus conhecimentos.

Adriana Castro e Marcelo Rasga, obrigado pelas palavras que também dimensionaram o meu caminhar.

Ricardo Mattos, agradeço por acreditar na potencialidade do meu estudo.

Maria Tereza Fonseca da Costa, agradeço o incentivo e o cuidado no início da jornada.

Rafael Surgek, agradeço os olhares na reta final deste percurso.

Agradeço a cada trabalhador da saúde que participou deste estudo, porque sem vocês, nada do que se desenhou no início desta pesquisa seria possível.

Aos que tentaram morrer por suicídio e continuam conosco, meus sentimentos, meu lamento por tanto sofrimento; mesmo compreendendo que, em determinados momentos, a escolha por terminar com a existência se configura como o único caminho.

Aos enlutados (família, afetos, escola) meus eternos sentimentos.

RESUMO

Este estudo compreende que o suicídio nas juventudes é um tema inquietante que atravessa a contemporaneidade. Sobre essa temática, os ambientes acadêmico-científicos e profissionais das mais diversas áreas se debruçam. No que se refere mais propriamente à questão do suicídio este estudo visa compreender a atuação dos trabalhadores que compõem as equipes de duas unidades básicas de saúde, localizadas na Área Programática (AP) 1.0, do município do Rio de Janeiro, que registraram o maior número de notificações de suicídio nos seus territórios nos anos de 2020 e 2021. O caminho percorrido está ancorado no conceito de Promoção da Saúde, elegendo o princípio da intersetorialidade, com seus pressupostos e suas delimitações para atravessar o percurso deste trabalho. Esta pesquisa usa a abordagem qualitativa, de delineamento descritivo, fundamentado pelo método de estudo de caso — um para cada unidade básica de saúde — com os objetivos de mapear, descrever e analisar o objeto em sua singularidade. As técnicas e os instrumentos metodológicos para realização da descrição do fenômeno proposto nesta investigação transcorreram a partir da triangulação na coleta de dados, mediante pesquisa documental, grupos focais e entrevistas semiestruturadas. A análise de conteúdo foi a estratégia utilizada na abordagem deste estudo, compreendendo que através desta técnica foi possível buscar os sentidos dos documentos, caminhar ao encontro dos conteúdos manifestos e compreender outras dimensões que poderão estar além das mensagens. Como alguns de seus resultados, este estudo evidenciou o processo de trabalho dos trabalhadores da saúde frente às tentativas e mortes por suicídio; a precariedade da rede de atenção psicossocial do território; a dimensão sobre a reconstrução do cuidado; o núcleo familiar; a necessidade de espaços de educação permanente mediante a identificação da sua inexistência; e a construção de espaços de posvenção para os sobreviventes.

Palavras-chave: promoção da saúde; intersetorialidade; suicídio nas juventudes; processos de trabalho.

ABSTRACT

This study understands that youth suicide is a disturbing theme that crosses contemporary times. The academic-scientific and professional environments of the most diverse areas are focused on this topic. Particularly about the issue of suicide, this study aims to understand the performance of the workers of the teams of two primary health units, located in the Área Programática (AP) 1.0, in the municipal district of Rio de Janeiro, which registered the largest number of suicide notifications in their territories in the years 2020 and 2021. The path taken is anchored in the concept of Health Promotion, choosing the principle of intersectorality, with its assumptions and its delimitations to cross the path of this work. This research takes a qualitative approach, with a descriptive design, based on the case study method — one for each primary health unit — with the objectives of mapping, describing and analyzing the object in its uniqueness. The techniques and methodological instruments for the description of the phenomenon proposed in this investigation were derived from the triangulation in data collection, through documentary research, focus groups and semi-structured interviews. Content analysis was the strategy used in the approach of this study, understanding that through this technique it was possible to seek the meanings of the documents, walk towards the manifested contents and understand other dimensions that might be beyond the messages. Like some of its results, this study showed the work process of health workers in the face of suicide attempts and deaths; the precariousness of the psychosocial care network in the territory; the dimension of reconstruction of care; the family nucleus; the need for permanent education spaces by identifying their non-existence; and the construction of spaces of postvention for survivors.

Keywords: health promotion; intersectorality; youth suicide; work processes.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Epidemiologia global de suicídio — OMS 2021. Taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 2019.....	18
Figura 2	Quatro principais causas globais de morte, idades de 15 a 29 anos, 2019.....	21
Figura 3	Perfil dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2015 — Brasil.....	23
Gráfico 1	Proporção de óbitos por suicídio, segundo faixa etária e raça/cor da pele, Brasil, 2011 a 2015.....	24
Gráfico 2	Taxa de Mortalidade por 100 mil hab., segundo sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2009-2018.....	26
Gráfico 3	Taxa de Mortalidade por 100 mil hab., segundo faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2009-2018.....	26
Gráfico 4	Proporção de Suicídios segundo raça/cor. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018.....	27
Figura 4	Infográfico. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2021.....	28
Figura 5	Infográfico. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2021.....	29
Gráfico 5	Quantidade de Atividades Coletivas — Saúde Mental — Adolescentes — Município do Rio Janeiro, 2020.....	30
Gráfico 6	Número de Participantes — Atividades Coletivas — Saúde Mental — Adolescentes — Município do Rio Janeiro, 2020.....	31
Quadro 1	Quadro de inter-relação entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis.....	50
Figura 6	Empoderamento.....	83
Figura 7	Fluxograma — Método de estudo de caso.....	90
Figura 8	Mapa 1.0.....	102
Figura 9	Rede de Atenção Psicossocial 1.0.....	109
Figura 10	Fatores de risco.....	113
Figura 11	Fatores de proteção para o suicídio.....	114
Figura 12	Abordagem de risco de suicídio.....	115
Figura 13	Avaliação de risco de suicídio I.....	116
Figura 14	Avaliação de risco de suicídio II.....	117

Quadro 2	Perfil dos atores da pesquisa — Unidade A.....	198
Quadro 3	Perfil dos atores da pesquisa — Unidade B.....	199

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMS	Acesso Mais Seguro
APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Área Programática ou Área de Planejamento
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Coordenação de Emergência Regional
CIAP2	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPRJ	Centro Psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPS	Divisão de Ações Programáticas em Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAR	Grupos Articuladores Regionais
GF	Grupos Focais
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFF	Instituto Fernandes Figueira
MS	Ministério da Saúde
MSP	Movimento pela Saúde dos Povos
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde na Escola
RA	Região Administrativa
RAP da Saúde	Rede de Adolescentes e jovens promotores de saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SARS-CoV-2	Doença do coronavírus
RMFC	Residência de Medicina Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES-RS	Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informação da Mortalidade
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
SSM/RJ	Superintendência de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIPRAD	Núcleo de Atenção às Pessoas com Problemas de Álcool e outras Drogas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	17
2.1	EPIDEMIOLOGIA GLOBAL DE SUICÍDIO.....	17
2.2	SUICÍDIO NAS JUVENTUDES I.....	19
2.3	SUICÍDIO NO BRASIL.....	21
2.4	SUICÍDIO NAS JUVENTUDES NEGRAS NO BRASIL.....	24
2.5	SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	25
2.6	SUICÍDIO NAS JUVENTUDES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	27
2.7	CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS PARA A ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA...	31
2.8	MOTIVAÇÕES EXISTENCIAIS.....	32
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	34
3.1	SOBRE O SUICÍDIO.....	34
3.2	SUICÍDIO NAS JUVENTUDES II.....	40
3.3	JUVENTUDES VULNERABILIZADAS.....	45
4	PROMOÇÃO DA SAÚDE	48
4.1	A SAÚDE PÚBLICA E O CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	60
4.2	LITERACIA EM SAÚDE.....	63
4.3	INTERSETORIALIDADE.....	65
4.4	PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	72
5	CUIDADO	75
6	METODOLOGIA	85
6.1	PERCURSO METODOLÓGICO.....	85
6.2	ESTUDO DE CASO – MÉTODO DE PESQUISA.....	87
6.3	PROJETO DE CASOS MÚLTIPLOS.....	88
6.4	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	91
6.5	PESQUISA DOCUMENTAL.....	91
6.6	GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	93
6.7	GRUPOS FOCAIS (GF).....	94
6.8	ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	95
6.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	97

6.10	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	98
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	100
7.1	PESQUISA DOCUMENTAL.....	101
7.1.1	CIAP2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e o CID (Classificação Internacional de Doenças).....	103
7.1.2	Cartão Interativo – CAP 1.0.....	104
7.1.3	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da AP 1.0.....	106
7.1.4	Apoio de Saúde Mental: bastidores do front da AP 1.0.....	109
7.1.5	Suicídio – SMS/RJ.....	110
7.1.6	Suicídio – Rio Grande do Sul.....	118
7.2	GRUPOS FOCAIS.....	122
7.2.1	Unidade A.....	123
7.2.2	Unidade B.....	139
7.3	ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	148
7.4	DISCUSSÃO.....	169
7.4.1	Suicídio nas juventudes.....	172
7.4.2	Núcleo familiar.....	173
7.4.3	Sofrimento psíquico.....	174
7.4.4	Processo de trabalho e a reconstrução do cuidado.....	175
7.4.5	Possibilidades e impossibilidades de atuação profissional.....	176
7.4.6	Escola.....	180
7.4.7	Posvenção.....	180
7.4.8	Espaços de formação.....	181
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	184
	REFERÊNCIAS.....	187
	ANEXO I — QUADROS DEMONSTRATIVOS DOS PERFIS (ATORES DA PESQUISA).....	198
	ANEXO II — ROTEIRO — PESQUISA DOCUMENTAL.....	200
	ANEXO III — ROTEIRO DE DEBATE — GRUPO FOCAL.....	202
	ANEXO IV — ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	203
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	204

1 INTRODUÇÃO

O suicídio nas juventudes é um tema inquietante que atravessa a contemporaneidade. Sobre ele, os ambientes acadêmico-científicos e profissionais das mais diversas áreas se debruçam na atualidade. A respeito do suicídio, o exercício desafiador que aqui se propõe é percorrer esse tema a partir da atuação dos trabalhadores das equipes de saúde e dos conceitos que conformam a Promoção da Saúde, destacando: o conceito ampliado de saúde, a intersetorialidade e a participação social em uma abordagem multissetorial e multiprofissional de saúde pública.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021a) o suicídio é um sério problema de saúde pública global e configura-se como um fenômeno complexo e multifatorial (fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais incidem sobre ele). Ainda de acordo com a OMS (2006), as principais causas que levam ao suicídio são: estresse social; problemas com a dinâmica e relacionamentos familiares; sistema de apoio fraco; falta de controle da impulsividade; poucas competências para enfrentar problemas e sentimentos de baixa autoestima. Fatores esses que acabam por se correlacionar com a vulnerabilidade e características das juventudes, tornando, assim, o suicídio um fenômeno tangível na vida destes indivíduos.

Arminda Aberastury e Maurício Knobel (1981), em seu livro *Adolescência Normal*, postulam que o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas e denomina “síndrome normal da adolescência”, uma fase conturbada e perturbadora para o mundo adulto, mas necessária para o adolescente. Neste processo, esse sujeito vai estabelecer a sua identidade, sendo este um objetivo fundamental deste momento da vida. De acordo com os autores, o adolescente terá que enfrentar um mundo em que não está habituado, ou seja, o mundo dos adultos, e deixar aos poucos o seu mundo infantil, um mundo de dependências, cômodo e necessidades atendidas pelos pais.

O recorte deste estudo dar-se-á a partir dos trabalhadores que atuam nas equipes de saúde na abordagem do suicídio nas juventudes em duas unidades básicas de saúde localizada na Área Programática (AP) 1.0, do município do Rio de Janeiro, ancorado pela Promoção da Saúde, elegendo o princípio da intersetorialidade, com seus pressupostos e suas delimitações, para atravessar o percurso deste trabalho.

Os critérios utilizados para delinear o período de estudo e as unidades de saúde se conformam a partir da necessidade de delimitar o tempo e o cenário de atuação desta proposta acadêmica, entendendo, como primeiro, os casos notificados de suicídios nos dois últimos

anos na AP 1.0 (2020 e 2021) e o segundo, as duas unidades de saúde do território com o maior número de notificações de suicídio no período proposto neste estudo. Portanto, foram necessários pareceres dos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro.

Outro critério é o recorte do período (faixa etária) indicado pelas instituições, ministérios da saúde, organizações, secretarias municipais de adolescência, ao nomear os mesmos de adolescentes, jovens ou juventude. Segundo o site da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), para fins de planejamento e orientação das suas práticas segue a orientação da OMS, que considera adolescentes indivíduos entre 10 e 19 anos.

A Secretaria Municipal da Juventude do município do Rio de Janeiro (2021) entende por jovens os indivíduos na faixa etária de 14 a 29 anos. Essa classificação etária será adotada para fins de desenho deste estudo, e o termo juventudes será adotado ao longo desta pesquisa para nomear a faixa etária descrita em conformidade com o entendimento da Secretaria Municipal da Juventude.

Para tanto, faz-se necessário traçar um painel contextualizado sobre a epidemiologia global de suicídio a partir dos dados atualizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), disponibilizados em junho de 2021; com dados do Ministério da Saúde (MS), do Boletim Epidemiológico do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio Janeiro. A obtenção desses dados e suas respectivas referências foram previamente consultadas através de uma pesquisa bibliográfica/documental e serão apresentados logo após a pergunta horizonte do estudo, o objetivo geral, os objetivos específicos e a estrutura da dissertação.

PERGUNTA HORIZONTE DO ESTUDO

Como os trabalhadores que compõem as equipes de saúde atuam sob temática do suicídio nas juventudes pela perspectiva de ações da Promoção da Saúde em seus territórios?

OBJETIVOS

Geral

Analisar como os trabalhadores que compõem as equipes de saúde de duas unidades básicas atuam na temática do suicídio nas juventudes na construção de estratégias de intervenção com base nos princípios da promoção da saúde nos seus territórios.

Específicos

- Investigar a existência de estratégias de acompanhamento para os atores envolvidos (juventudes) e os desafios intersetoriais.

- Identificar a existência de espaços de posvenção como uma estratégia de organização do cuidado em saúde para os sobreviventes.
- Investigar a realização de espaços de formação com base nos princípios da educação permanente sobre o tema proposto para os trabalhadores que compõem as equipes de saúde para identificação e adoção de estratégias de intervenção na perspectiva da promoção da saúde.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O resultado das reflexões e análises empreendidas neste estudo encontra-se organizado em cinco capítulos que sucedem a introdução e os objetivos mencionados.

Na seção 2 é apresentado o marco teórico e a justificativa desta pesquisa, acompanhado das contribuições sociais para a área da Saúde Pública e motivações existenciais acerca do tema.

É discorrida na seção 3 a fundamentação teórica, nos subitens intitulados: Sobre o suicídio, Suicídio nas juventudes II e Juventudes vulnerabilizadas. Foram dissertadas as proposições de autores que se debruçam sobre a temática em questão ao discutirem o suicídio como um fato social; como o ato mais individual do ser humano; a presença da ambivalência, rigidez e impulsividade; o desaparecer de si; o suicídio compreendido como um ato de reivindicação da subjetividade; como um ato de desespero; e a necessidade de ampliar a discussão sobre o suicídio para além do olhar organicista e normativo.

Na seção 4 encontra-se a promoção da saúde, com o seu referencial conceitual-metodológico, compreendendo-a como uma das possibilidades de desenvolvimento de potencialidades (corresponsabilidade, cogestão, coparticipação e a troca de saberes); e a saúde entendida enquanto recurso e não como um término. Para fins dos nossos interesses, são discutidos dois dos sete princípios caracterizadores das iniciativas de Promoção da Saúde definidos pela OMS: a intersetorialidade e a participação social.

Na seção 5 é discutido o cuidado a partir das proposições de autores considerados seminiais na temática em questão, compreendendo a necessidade de caminhar mais próximo das articulações desses autores, pois a atuação dos trabalhadores da saúde e a reconstrução do cuidado mediante o suicídio nas juventudes caracterizam o objeto deste estudo.

Na seção 6 é apresenta-se a metodologia, o percurso metodológico, configurando-se um estudo de abordagem qualitativa e de caráter descritivo. O estudo de caso é o método de pesquisa utilizado, com uma proposta de projetos de casos múltiplos. As estratégias

metodológicas se configuram a partir da pesquisa documental, dos grupos focais e das Entrevistas semiestruturadas.

Os resultados e a discussão são desenvolvidos ao final de cada estratégia metodológica apresentada com a intencionalidade de discutir a atuação dos trabalhadores das equipes de saúde mediante este fenômeno; identificar a adoção de estratégias de intervenção na perspectiva da promoção da saúde; identificar a existência de espaços de educação permanente; compreender o processo de trabalho e a reconstrução do cuidado; compreender como os casos de suicídios e tentativas de suicídio chegam à unidade; e se existem espaços de posvenção para os sobreviventes.

2 JUSTIFICATIVA

2.1 EPIDEMIOLOGIA GLOBAL DE SUICÍDIO

A relevância da temática abordada neste estudo se justifica a partir dos dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Ministério da Saúde (MS), pelos boletins epidemiológicos do estado e do município do Rio de Janeiro, compreendendo que, segundo a OMS (2021b), a cada 40 segundos ocorre uma morte por suicídio no mundo. Em 2019, cerca de 703.000 pessoas morreram por suicídio, com uma taxa global padronizada por idade (9,0 por 100.000 habitantes), com uma taxa maior entre os homens (12,6 por 100.000) do que entre as mulheres (5,4 por 100.000) (Figura 1).

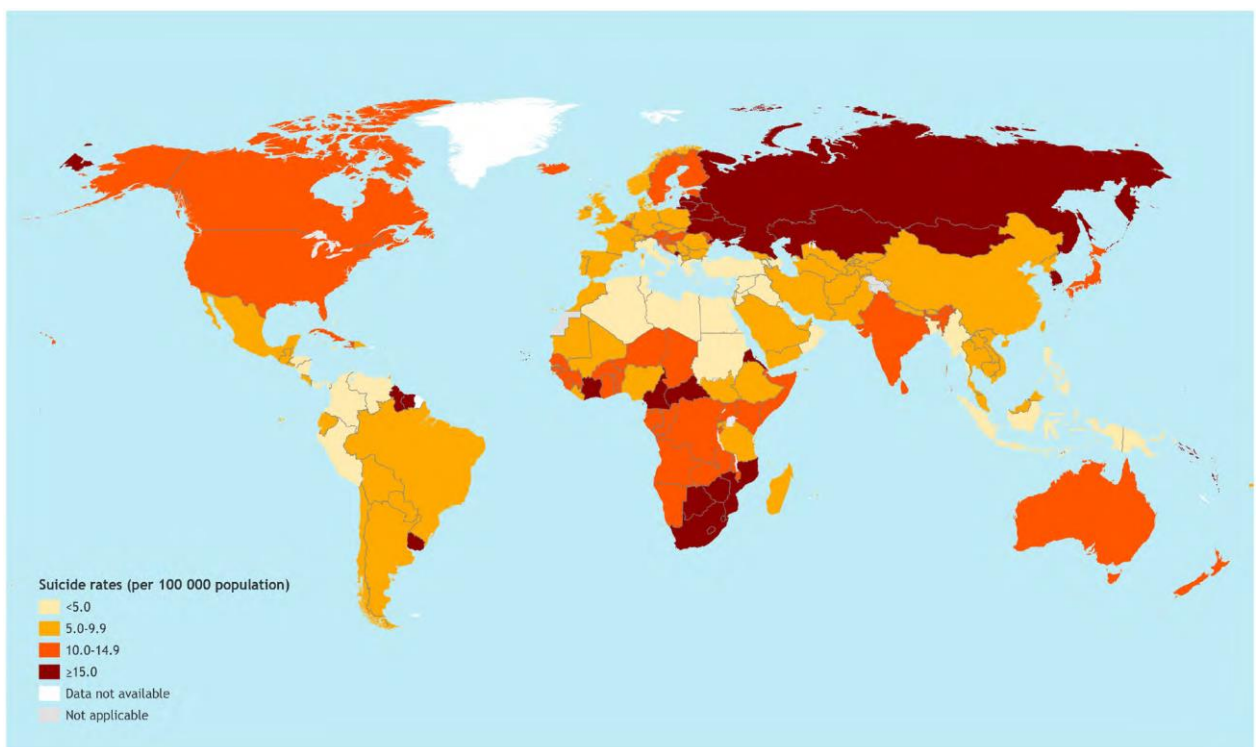
O suicídio está entre as principais causas de morte em todo o mundo. Há mais mortes a ele relacionadas do que à malária, HIV/AIDS, câncer de mama ou guerra e homicídio. Em 2019, mais de uma em cada 100 mortes (1,3%) foram resultados de suicídios, segundo a OMS (2021a).

A redução da mortalidade por suicídio foi priorizada pela OMS como uma meta global e incluída como um indicador nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) na meta 3.4, bem como no 13º Programa Geral de Trabalho 2019-2023 e no Plano de Ação de Saúde Mental da OMS 2013-2020, que foi prorrogado até 2030. No documento supracitado, a OMS reitera a importância de uma resposta coordenada à prevenção do suicídio como estratégia fundamental para garantir que a tragédia do suicídio não continue a custar vidas e afetar muitos milhões através da perda de entes queridos ou tentativas de suicídio (2021a).

A maioria das mortes por suicídio, de acordo com este documento da OMS (2021a), ocorreu em países de baixa e média renda (77%), onde a maioria da população mundial vive; contudo a maior taxa de suicídio padronizada por idade (10,9 por 100.000) foi encontrada nos países de alta renda. Homens em países de alta renda tiveram a taxa mais alta (16,5 por 100.000) em comparação com os homens em outros agrupamentos de nível de renda. Mulheres de renda (média-baixa) tiveram a maior taxa de suicídio (7,1 por 100.000) em comparação com mulheres em outro nível de renda. Dos 183 Estados Membros da OMS para os quais as estimativas foram feitas para 2000-2019, pouco mais de 60 países tinham dados de registro vitais de alta qualidade. Por ser uma causa estigmatizada de morte, o suicídio é frequentemente codificado incorretamente.

No sexo masculino, a região da África apresenta uma taxa de 18,0 por 100.000, a Europa, 17,1 por 100.000 e as Américas, 14,2 por 100.000, taxas de suicídio superiores à média masculina global (12,6 por 100.000). Nos 20 anos, entre 2000 e 2019, a taxa global de suicídio padronizada por idade diminuiu 36%, com reduções que variam de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% na região do Pacífico Ocidental. O único aumento nas taxas de suicídio padronizadas por idade foi na Região das Américas, atingindo 17% no mesmo período. A taxa global também diminuiu para taxas específicas por faixa etária. No que diz respeito aos ODS, é necessária uma aceleração global da diminuição da taxa de mortalidade por suicídio para atingir a meta global de redução de um terço até 2030, com a qual os países se comprometeram.

Figura 1: Epidemiologia global de suicídio — OMS 2021. Taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 2019



Fonte: Estimativas Globais de Saúde da OMS 2000-2019.

2.2 SUICÍDIO NAS JUVENTUDES I

A OMS (2021a) divulga que o suicídio entre jovens é a quarta causa de morte em jovens de 15 a 29 anos para ambos os sexos, depois de acidentes/lesão no trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Trata-se, portanto, de uma questão de saúde pública que impacta o indivíduo, o seu núcleo familiar, a sociedade na qual está inserido e as equipes de saúde de seus territórios. Para mulheres e homens, respectivamente, o suicídio foi a terceira e quarta principal causa de morte nessa faixa etária (Figura 2). Globalmente, mais da metade dos suicídios (58%) ocorreram antes da idade de 50 anos. A maioria dos adolescentes que morreram por suicídio (88%) eram de países de baixa e média renda, onde quase 90% dos adolescentes do mundo vivem.

A revista científica *The Lancet* (VIJAYAKUMAR *et al.*, 2021) torna público, no dia 08 de dezembro de 2021, um estudo sobre o suicídio na Índia, país que apresenta o maior número de mortes por suicídio no mundo e o governo indiano está formulando uma estratégia nacional de prevenção do suicídio. As mortes por suicídio global aumentaram de 27,3% em 1990 para 36,5% em 2019 entre mulheres e meninas, e de 16,7% em 1990 para 20,9% em 2019 entre homens e meninos. A taxa de suicídio entre as meninas e mulheres indianas continua a ser o dobro da taxa global. O suicídio segue como responsável pela maioria das mortes na faixa etária de 15 a 39 anos, em comparação com outras causas de morte; sendo o enforcamento o método mais utilizado. Vários fatores sociais e culturais parecem aumentar o risco de suicídio.

Verificou-se que o país registrou um aumento nas mortes por suicídio de adolescentes (14 e 19 anos) em junho e julho de cada ano, período no qual são anunciados resultados escolares importantes para a admissão na graduação. Frente a essa questão, o governo indiano lançou a iniciativa do Embaixador de Saúde Escolar nas escolas administradas pelo governo, na qual os professores são treinados no conceito de saúde e bem-estar preventivos, promotores e positivos.

A Política Nacional de Saúde Mental da Índia, lançada em 2014, é o Programa Distrital de Saúde Mental do Ministério da Saúde e Bem-Estar da Família, no qual 500 dos 725 distritos do país contam atualmente com um programa funcional de saúde mental com psiquiatra integrado em equipe multidisciplinar. Pesquisas, segundo os autores, são urgentemente necessárias para adaptar as intervenções conhecidas e explorar intervenções específicas ao contexto para a Índia.

As estratégias de prevenção e promoção da saúde, segundo o estudo, precisam ser articuladas desde a primeira infância e a adolescência, fornecendo apoio por meio de mudanças sociais eficazes (incluindo em guerras, desastres e pandemia), desenvolvendo sistemas de apoio à comunidade, melhorando os serviços de saúde mental e apoiando grupos vulneráveis para ajudar a reduzir o risco de suicídio.

O Brasil é citado através de um estudo coorte de 100 milhões de brasileiros, indicando que a partir de uma intervenção simples, como transferências de dinheiro, houve alívio da pobreza, exercendo potencialmente a diminuição de taxas de suicídio. A ausência de uma estratégia nacional de prevenção do suicídio, reportagens inadequadas da mídia, conflitos legais na interpretação do suicídio sendo punível e envolvimento multissetorial inadequado são as principais barreiras para a prevenção eficaz do suicídio (VIJAYAKUMAR *et al.*, 2021).

O professor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e psiquiatra Neury Botega (2018) esclarece que a temática do suicídio não era compreendida como uma questão de saúde pública, mas a população, segundo o autor, tem tido maior consciência, necessitando de estratégias de prevenção da violência, incluindo a prevenção do suicídio.

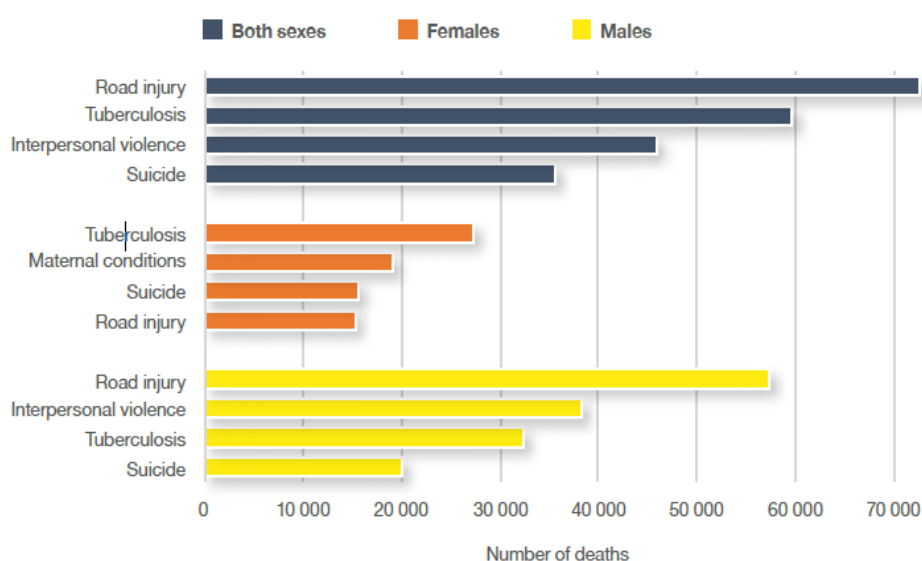
No artigo intitulado *Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil*, José Mendes Ribeiro e Marcelo Rasga Moreira (2018), ambos do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fiocruz, discorrem a partir de estudos e dados atrelados ao tema e referenciados pela teoria Durkheimiana. Apontam alguns aspectos relevantes para se pensar a temática de forma ampliada, destacando que estudiosos consideram o suicídio como o ato mais individual do ser humano; outros compreendem que este ato decorre da pressão social; outros pesquisadores consideram o suicídio como um tema de análise dos profissionais da saúde mental, sendo considerado como um transtorno da saúde do indivíduo. Émile Durkheim, segundo os autores, considera esse posicionamento, mas compreende que cada sociedade “tem uma disposição definida para o suicídio composta por pessoas que não apresentam transtornos mentais.” (2018, p. 2).

Botega (2014, p. 2), em seu artigo *Comportamento suicida: epidemiologia*, apresenta dados e informações sobre o tema, ao discorrer que “Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas.” O autor alerta para o sub-registro de notificação dos casos de suicídio, ao serem assumidas outras denominações de causa de morte (acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada”);

uma tentativa de suicídio, segundo o autor, é o principal fator de risco para sua efetivação e a maioria dos casos de suicídios está atrelada à existência de um transtorno mental.

Na fundamentação teórica será possível observar o posicionamento dos autores ao discorrerem sobre o entendimento da existência de um sofrimento psíquico atrelado à morte por suicídio; o suicídio como um fato social; o suicídio compreendido como um ato de reivindicação da subjetividade — o debate sobre o jovem que tentou suicídio deve ser visto de maneira integral, não só pelo patológico que apresenta, mas pelo que o levou a este momento.

Figura 2: Quatro principais causas globais de morte, idades de 15 a 29 anos, 2019



Source: WHO Global Health Estimates 2000-2019

Fonte: Estimativas Globais de Saúde da OMS 2000-2019.

2.3 SUICÍDIO NO BRASIL

Segundo a OMS (2021a, p. 18), o Brasil notificou em 2019 14.540 suicídios (3.249 do sexo feminino) e (11.291 do sexo masculino), tornando-se o segundo país das Américas com o maior número de suicídios, com uma taxa de 6,9 por 100.000, mas é importante ressaltar que o país não se encontra entre os primeiros países do continente americano nas maiores taxas de suicídio padronizadas por idade.

O Boletim Epidemiológico do MS (BRASIL, 2017) é um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio, bem como aqueles que evoluíram a óbito por essa causa no Brasil, no período de 2011 a 2016. O critério das escolhas dos gráficos

que se seguem foram os dos óbitos por suicídio, não incluindo tentativas de suicídio e ideação suicida, não sendo esta, segundo o boletim epidemiológico, objeto de notificação.

Na página de internet do MS intitulada *Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio* (2018) consta uma apresentação da coletiva de prevenção ao suicídio. O Brasil apresenta uma média de 11.000 ou 12.000 pessoas tirando a própria vida por ano e 32 pessoas morrendo por dia tendo o suicídio como causa de morte. É imprescindível reiterar que este boletim se encontra datado e que os dados sobre o número total de suicídios notificados foram atualizados no primeiro parágrafo.

No Brasil, a mortalidade por suicídio é de 5,8 por 100.000 em 2016, com uma taxa de mortalidade de 9,2 por 100.000 para o sexo masculino e 2,4 por 100.000 para o sexo feminino, registrando um aumento de 16,8% da taxa de mortalidade por suicídio a cada 100.000 habitantes entre 2007 e 2016. O coeficiente de mortalidade por suicídio representa o número de ocorrência para cada 100.000 habitantes ao longo do ano. Estimam-se valores acima do que os dados divulgados pelos documentos oficiais e organizações, em virtude das subnotificações.

O enforcamento é o principal meio de mortes por suicídio, seguido por intoxicação exógena (substâncias químicas) e armas de fogo. O boletim aponta os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/2011–2017) e informa que, apesar de a intoxicação ser a 2ª causa de óbitos, é o principal meio utilizado na tentativa de suicídio, tendo quintuplicado entre os anos de 2007 a 2017.

A região Sudeste apresenta 49,3% das notificações de tentativas de suicídio por intoxicação, seguida pela região Sul do país, com 25,1%, sendo as mulheres as que mais cedo iniciam a tentativa de suicídio por intoxicação exógena e as que mais tentam suicídio por intoxicação. Os medicamentos são os principais agentes tóxicos utilizados, seguido de raticida e agrotóxicos.

Ainda de acordo com o boletim, as maiores taxas de óbito por suicídio foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Mato Grosso do Sul que, no período pesquisado, apresentaram, respectivamente, 10,3, 8,8 e 8,5 óbitos a cada 100.000 habitantes. Segundo o MS (2017), estados com maior taxa de suicídio receberam incentivos financeiros para implantação de projetos (Amazonas, Roraima, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio Grande do Sul e Santa Catarina), mas o boletim não apresenta a taxa de mortalidade por suicídio em cada estado, nem os projetos anunciados para estes estados. Na Figura 3, logo abaixo, a tabela aponta o perfil dos óbitos por suicídio no Brasil.

Figura 3: Perfil dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2015 — Brasil

Variáveis*	Taxa de mortalidade		
	Masculino	Feminino	Geral
Faixa etária (em anos)^b			
5-19	2,3	1,1	1,7
20-29	11,0	2,5	6,8
30-39	11,9	3,0	7,4
40-49	12,4	3,6	7,9
50-59	12,5	3,8	8,0
60-69	12,9	3,2	7,7
70 e mais	17,1	3,0	8,9
Escolaridade (anos de estudo)^c			
0-3	10,9	2,6	6,8
4-7	9,7	2,5	6,1
8-11	5,2	1,6	3,3
12 e mais	5,3	2,4	3,4
Raça/cor^d			
Branca	9,5	2,7	5,9
Negra (preta + parda)	7,6	1,9	4,7
Amarela	3,8	1,2	2,4
Indígena	23,1	7,7	15,2

*Dados ignorados/branco (<4%) não apresentados na tabela.

^bPesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD).

^cExcluída população menor de 10 anos.

Fonte: Boletim Epidemiológico – Ministério da Saúde/2017.

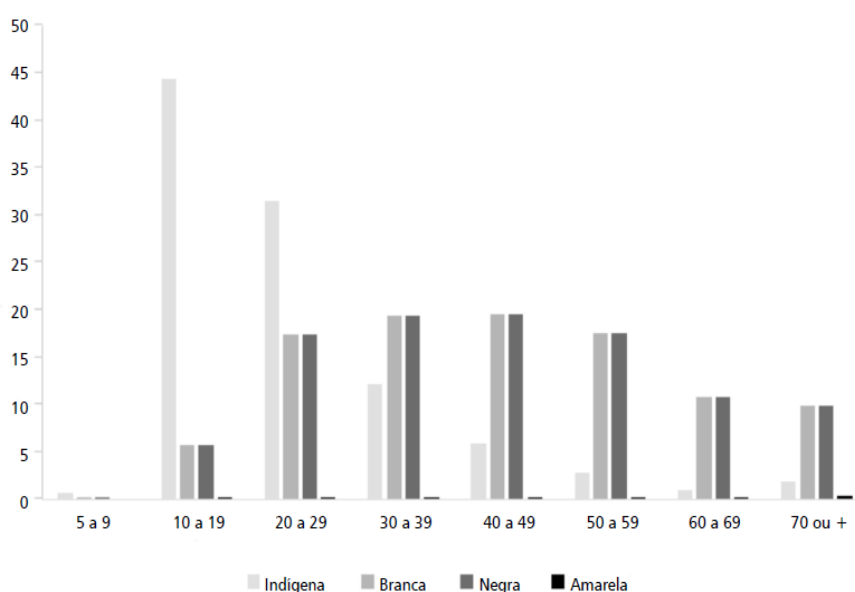
Observa-se que as maiores taxas de suicídio foram na faixa etária de 70 e mais anos (8,9 por 100.000) e na população indígena (15,2 por 100.000). O documento descreve informações relevantes em seu escopo, mas foi utilizado um critério de agrupamento dos dados para recortar as informações sobre os suicídios nas juventudes.

Os homens morrem mais por suicídio do que as mulheres, tendo como referência a faixa etária do objeto deste estudo, ou seja, as juventudes, mas os dados deste boletim conformam a faixa etária da seguinte forma: 5 – 19 anos — com o sexo masculino com uma taxa de 2,3 por 100.000 e o feminino, 1,1 por 100.000. É de suma importância pontuar que os dados deste boletim epidemiológico agrupam os indivíduos dos 5 aos 19 anos, posto isso, compreende-se a necessidade da revisão deste agrupamento para que se tenha dados diferenciados por faixa etária e, desta forma, recortar o perfil dos óbitos por suicídio na infância e na adolescência.

Entre os 20 e 29 anos, a taxa de suicídio entre os homens é de 11,0 por 100.000 e entre as mulheres, 2,5 por 100.000. A baixa escolaridade está entre as maiores taxas de suicídio em ambos os sexos. A população indígena masculina apresenta taxa de 23,1 por 100.000, sendo esta, a maior taxa de todos os dados na tabela do Ministério da Saúde. De acordo com análise

do MS, o Gráfico 1 aponta a proporção de óbitos por suicídio segundo faixa etária e raça/cor da pele com 44,8% dos suicídios ocorridos na população indígena sendo cometidos por adolescentes (10 a 19 anos), valor oito vezes maior que o observado entre brancos e negros (5,7% em cada) nessa mesma faixa etária. Assim como a morte por suicídio na infância, a morte por suicídio na população indígena entre os adolescentes merece destaque e desdobramentos, mas estes temas não serão abordados neste estudo.

Gráfico 1: Proporção de óbitos por suicídio, segundo faixa etária e raça/cor da pele, Brasil, 2011 a 2015



Fonte: Boletim Epidemiológico – Ministério da Saúde/2017.

2.4 SUICÍDIO NAS JUVENTUDES NEGRAS NO BRASIL

Há de se considerar outro recorte sobre os óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros, a partir da pesquisa que compreendeu os anos de 2012 a 2016 (BRASIL, 2018). Posto isto, é afirmativo apontar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2009 e a população brasileira no ano de 2016 apresentava 54,9% de negros, ou seja, 112,7 milhões de pessoas negras. A proporção de suicídios entre negros aumentou em comparação às demais raças/cores, subindo de 53,3% em 2012 para 55,4% em 2016.

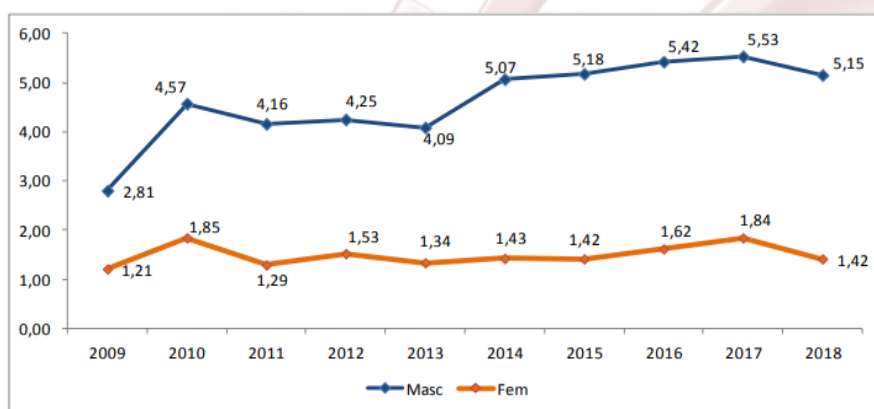
Para os adolescentes e jovens negros, segundo o compartilhamento dessas informações, a primeira causa de morte são os homicídios, seguida dos acidentes (incluindo os de trânsito), neoplasias malignas (frequentemente chamadas de câncer) e o suicídio. A cada 10 suicídios em adolescentes e jovens, 6 ocorreram em negros. Adolescentes (10 a 19 anos) negros apresentaram um risco 67% maior de suicídio e jovens (20 a 29 anos) negros apresentaram um risco até 34% maior de suicídio. É de suma importância divulgar nos espaços de saúde a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que estabelece a obrigatoriedade de coletar e preencher o quesito raça/cor pelos profissionais atuantes nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2017).

Grada Kilomba (2019, p. 188) aborda o suicídio a partir da perspectiva do racismo e do isolamento em *Memórias da Plantação — episódios de racismo cotidiano*, compartilhando um relato de Katheleen, que perdeu sua mãe por suicídio quando ainda estava no ensino médio. A autora destaca que “dentro do racismo, o suicídio é quase a visualização, a performance da condição do *sujeito negro* em uma sociedade *branca*: na qual o sujeito é invisível.”

2.5 SUICÍDIO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Boletim Epidemiológico 002/2019 da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis é outra fonte de dados citada neste projeto para que se compreenda o percurso da justificativa a partir da temática deste estudo (RIO DE JANEIRO, 2019), apontando a taxa de mortalidade por 100.000 hab., com elevação entre os homens a partir de 2013 e uma constante entre as mulheres ao longo do período (Gráfico 2).

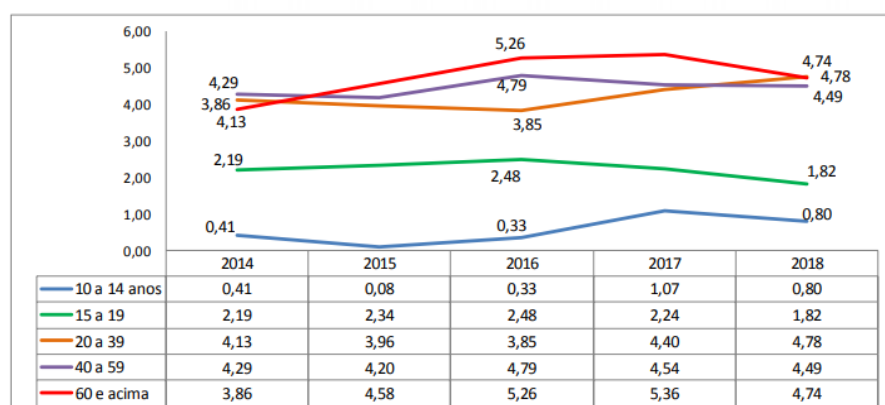
Gráfico 2: Taxa de mortalidade por 100 mil hab. segundo sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2009-2018



Fonte: Boletim Epidemiológico 002/2019 da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

No gráfico seguinte (Gráfico 3) destaca-se a taxa de mortalidade segundo a faixa etária e aumento do coeficiente de mortalidade nos dois últimos anos (faixa de 20 a 39 anos), ressaltando que “apesar de coeficientes de mortalidade baixos, a maior variação percentual foi observada na faixa dos 10 a 14 anos, com aumento de taxa em aproximadamente 100% em cinco anos. A faixa de 15 a 19 anos, por outro lado, teve redução na mortalidade em 27% nos últimos três anos (2019, p. 12).”

Gráfico 3: Taxa de mortalidade por 100 mil hab. segundo faixa etária. Estado do Rio de Janeiro, 2009-2018



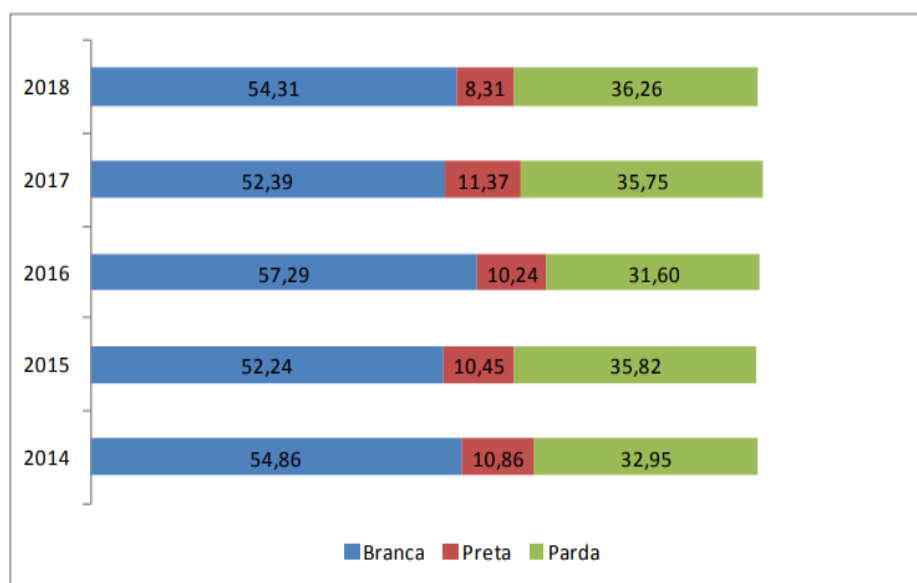
Fonte: Boletim Epidemiológico 002/2019 da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

O quarto gráfico (Gráfico 4) mostra a proporção de suicídio a partir do quesito raça/cor e, portanto, faz-se necessário transcrever a análise do boletim para maiores reflexões que merecem atenção:

O gráfico 4 mostra como variaram os percentuais de suicídios de acordo com raça/cor em cinco anos. Os percentuais de suicídios entre os brancos têm sido maiores, mantendo-se acima de 52% e o de negros (pretos e pardos) têm permanecido acima de 40%, ambos com pouca variação percentual relativa. O percentual de pretos reduziu em 23%, enquanto que o de pardos aumentou em 10%. Ressaltamos não ter havido registro de suicídio em indígenas no estado neste período e percentual menor que 1% para amarelos (2019, p. 13).

Os documentos da OMS e MS discorrem sobre a importância da qualificação do preenchimento dessas informações, com o entendimento, em primeiro lugar, que qualquer processo de qualificação perpassa, a priori, por processos de sensibilização sobre a temática.

Gráfico 4: Proporção de suicídios segundo raça/cor. Estado do Rio de Janeiro, 2014-2018



Fonte: Boletim Epidemiológico 002/2019 da Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

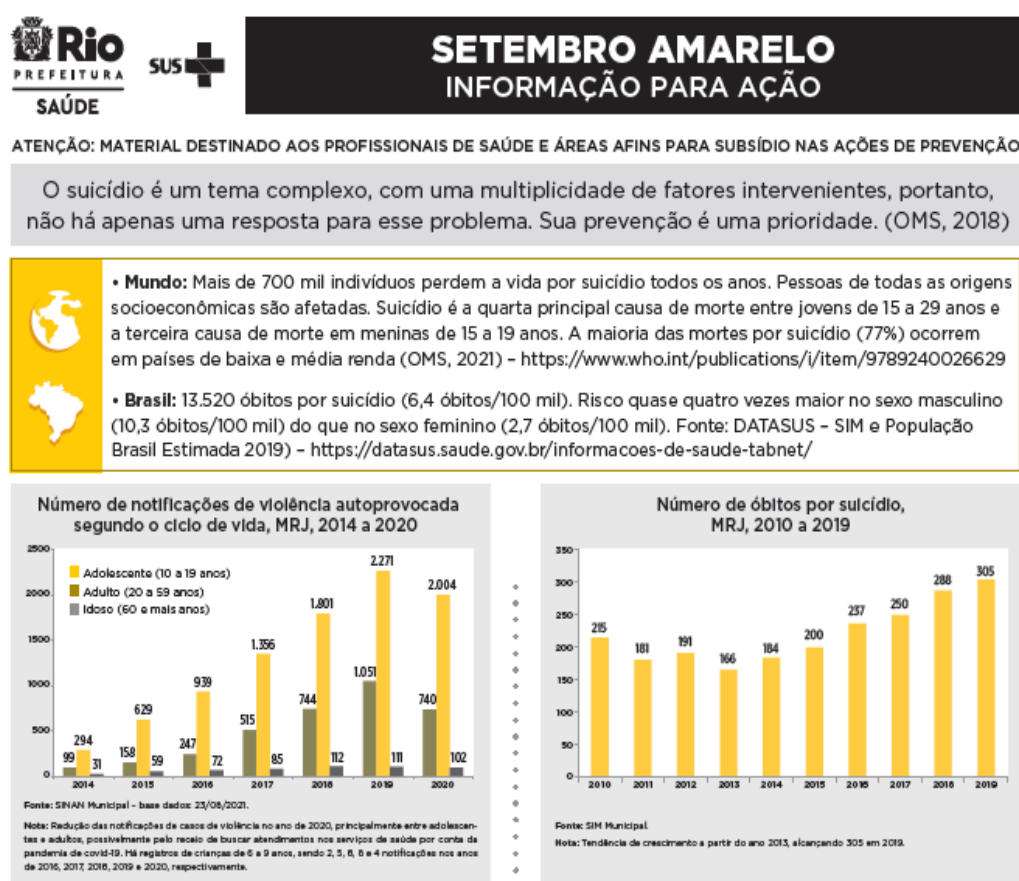
2.6 SUICÍDIO NAS JUVENTUDES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) divulga os dados sobre óbitos por suicídio e o número de notificações de violência autoprovocada no segundo ciclo de vida através da sua página na internet, que abarca de 2014 a 2020, por intermédio de um

infográfico datado de agosto de 2021, com dados coletados do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados apontam um aumento significativo do número de notificações de violência autoprovocada entre adolescentes (10 a 19 anos), seguido do aumento do número de notificações entre os adultos (20 a 59 anos). O número de óbitos por suicídio também tem aumentado no município a partir de 2014, com uma taxa de mortalidade de 4,5 por 100.000 (Figura 4).

Ao analisar o quesito faixa etária, é possível constatar que cada esfera governamental sinaliza um intervalo de idade para crianças, adolescentes, jovens, adultos e essas diferenças etárias demonstradas nos boletins epidemiológicos sinalizam que não há consenso entre as esferas de governo neste quesito, onde cada uma separa e agrupa as crianças, os adolescentes e os adultos em idades diferentes.

Figura 4: Infográfico. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2021

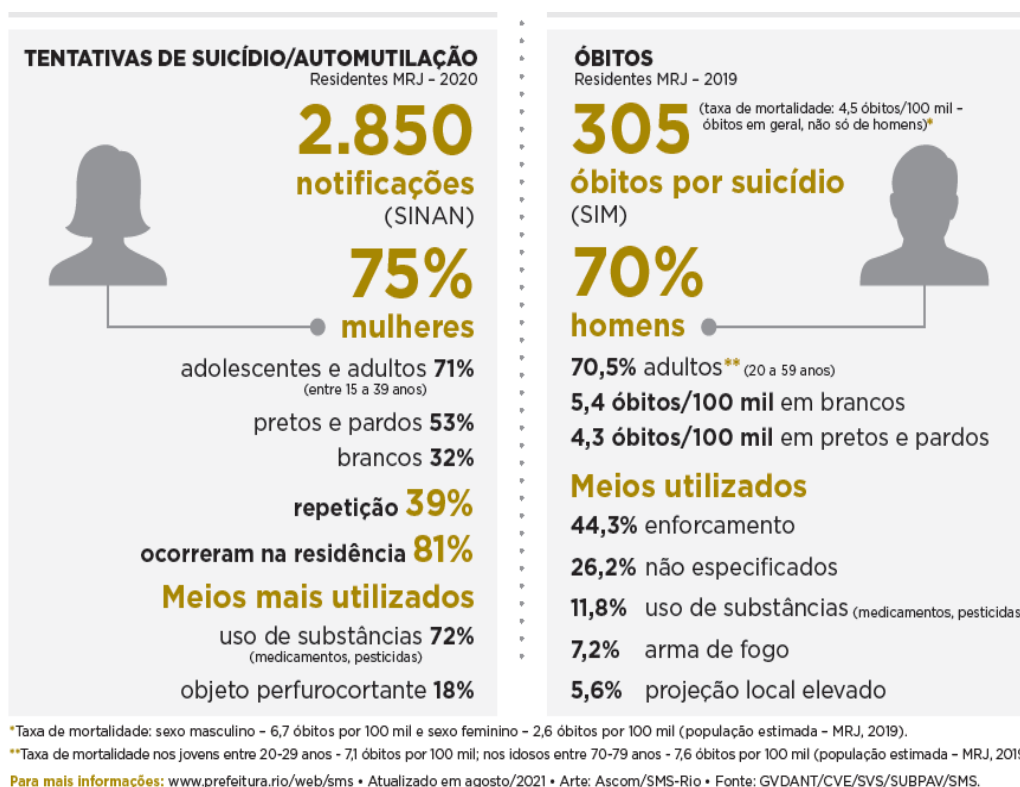


Fonte: GVDANT/CVE/SVS/SUBPAV/SMS-RJ.

Outra informação relevante é a taxa de mortalidade de (7,1 por 100.000) entre os jovens (20 a 29 anos), com 70% dos óbitos registrados entre o sexo masculino e o

enforcamento como o meio mais utilizado. Adolescentes e adultos (entre 15 e 39 anos) representam 71% das tentativas de suicídio/automutilação, com 53% dessas tentativas entre pretos e pardos (Figura 5).

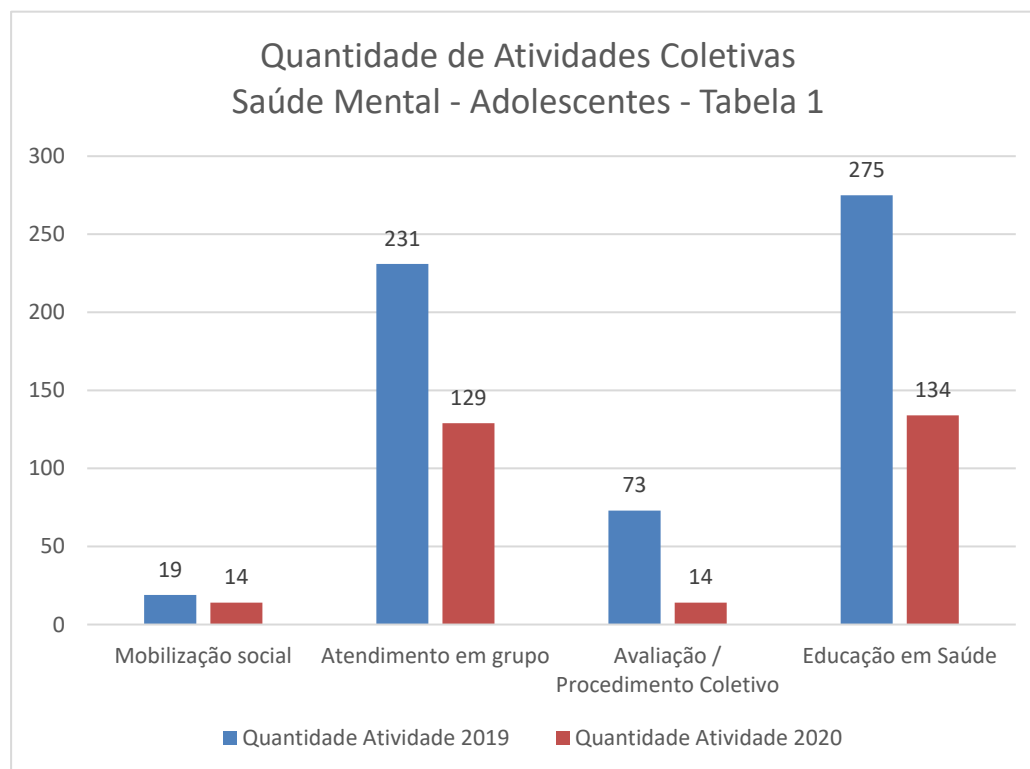
Figura 5: Infográfico. Prefeitura do Rio de Janeiro, 2021



Fonte: GVDANT/CVE/SVS/SUBPAV/SMS-RJ.

No ano de 2020 a população mundial foi afetada pela pandemia do SARS-CoV-2 (Coronavírus) e suas variantes, impactando a saúde mental da humanidade. A partir dos dados coletados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), pode-se ter uma leitura sobre a quantidade de atividades coletivas (Tabela 1) (Gráfico 5) e o número de participantes envolvidos (Tabela 2) (Gráfico 6) ao longo dos anos de 2019 e 2020 no município do Rio de Janeiro, tendo como critérios o tema da saúde mental e o público-alvo à adolescência. O sistema de informação não especifica qual é a faixa etária considerada adolescente pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 5: Quantidade de atividades coletivas — saúde mental — adolescentes — Município do Rio Janeiro, 2020



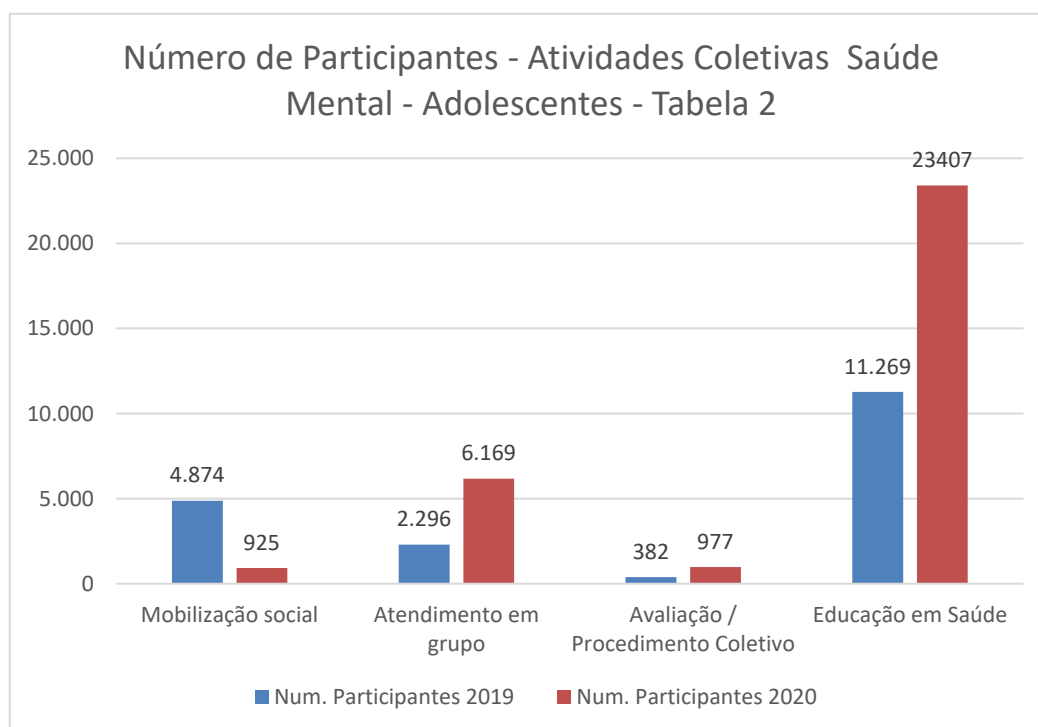
Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

A Tabela 1 aponta uma diminuição das atividades coletivas em saúde mental para os adolescentes em 2020, com decretos municipais suspendendo os serviços em saúde de forma presencial. Segundo o documento orientador do Departamento de Promoção da Saúde, do Ministério da Saúde (2021), as atividades coletivas são classificadas da seguinte forma:

- a) Educação em saúde: Indica uma ação de educação ou ensino ou instrução em saúde, como encenações teatrais sobre algum tema em saúde, rodas de conversa com temas da saúde, campanhas pontuais ou sazonais de saúde, etc... Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados pelo CNS ou CPF.
- b) Atendimento em grupo: Campo utilizado para indicar a realização de grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, grupos de atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção exige que os usuários que participaram da atividade sejam identificados, pelo CNS ou CPF, mesmo que não apresentem alterações na avaliação.
- c) Avaliação/Procedimento Coletivo: Indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outros. Exige a identificação dos usuários que participaram da atividade por meio do preenchimento do CNS ou CPF.
- d) Mobilização social: Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados pelo CNS ou CPF.

O Gráfico 6 sinaliza a diminuição da mobilização social, o aumento do Atendimento em grupo, da Avaliação/Procedimento Coletivo e da Educação em Saúde.

Gráfico 6: Número de participantes — atividades coletivas — saúde mental — adolescentes — Município do Rio Janeiro, 2020



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

É importante reiterar um aspecto discutido por James Hillman (1993), assim como Werlang (2006), Botega (2014) e a OMS (2021), quando se trata sobre a subnotificação ou a não notificação, compreendendo que muitas mortes por suicídio são incorretamente classificadas como não intencionais ou acidentais, variando de acordo com a região e a cultura.

Após a contextualização dos dados é oportuno apresentar as contribuições sociais, partindo da compreensão de que os projetos de pesquisa coordenados pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca promovem reflexões propositivas ligadas à saúde, abordando questões inquietantes e conectadas com a contemporaneidade.

2.7 CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS PARA A ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA

As contribuições sociais para a área da saúde pública dar-se-ão a partir da investigação e publicização sobre a atuação dos trabalhadores das equipes de saúde que operam na

perspectiva da promoção da saúde, compreendendo a existência ou inexistência de estratégias de intervenção; o processo de trabalho e a reconstrução do cuidado em saúde dentro da temática deste estudo.

Outros aspectos a serem considerados perpassam pela identificação e existência de espaços de formação para os profissionais de saúde na abordagem do tema desta pesquisa; articulação entre as equipes de saúde com a escola e família, analisando as estratégias coletivas e individuais da rede intersetorial e a construção de uma rede de apoio para as juventudes e para os sobreviventes no contexto da posvenção com a intencionalidade de fortalecimento das ações de rede da saúde pública.

2.8 MOTIVAÇÕES EXISTENCIAIS

Antes de prosseguir para a fundamentação teórica do presente estudo, serão apresentadas as motivações existenciais que abarcam a experiência profissional de investimento deste tema. No segundo período da graduação do curso de Psicologia foi feito um convite, por meio da disciplina Pesquisa em Psicologia, para participar de um projeto de pesquisa do Mestrado de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, financiado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul intitulado “Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio”. O convite aconteceu depois da entrega de um trabalho proposto pela disciplina — o suicídio na juventude foi o tema abordado nesta atividade.

A escolha da temática foi originada pela experiência como professor de Artes Cênicas em escolas públicas e particulares do Rio de Janeiro, lecionando para crianças e adolescentes. A professora da disciplina explicou que a participação seria através da Iniciação Científica, com viagens para quatro municípios do Rio Grande do Sul para desenvolver o projeto, com reuniões periódicas no Rio de Janeiro. Durante dois anos o campo de atuação se deu no processo de construção e aplicação de dinâmicas aos profissionais de saúde, assistência, educação, brigada militar nos municípios, com participação efetiva nos grupos de estudo, leituras e produções de manuais do projeto de pesquisa. O projeto e atribuições serão detalhados na pesquisa documental do presente estudo.

No decorrer do projeto, tive acesso a uma reportagem que reverberou entre os participantes; a morte por suicídio que ocorreu no dia 26 de julho de 2006, tendo repercussão por se tratar de um adolescente de 16 anos auxiliado por pessoas anônimas na internet ao tirar

sua própria vida, asfixiado por monóxido de carbono, transmitindo em tempo real, em um chat, em uma época que a internet no Brasil ainda era discada. Vinícius Gageiro Marques, também conhecido como Yoñlu, era compositor e um CD com músicas da sua autoria foi lançado após a sua morte. Ele é a primeira pessoa conhecida no Brasil de um crime que tem tirado a vida de jovens de diferentes cantos do mundo.

No Programa de Saúde na Escola (PSE) atuo no processo de construção de Formação Continuada a partir de Rodas de Conversa e Cafés com Ideias com as seguintes temáticas: a rede de cuidados na promoção da saúde, o suicídio nas juventudes, os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, saúde e trabalho, os direitos humanos, grávidos na adolescência, as violências e a intersetorialidade.

As motivações expostas se justificam diariamente mediante o número de jovens que não encontram um lugar para expor suas dúvidas, as angústias e a necessidade de cuidados. Jovens que sinalizam sofrimento; adultos que, na maioria das vezes, relativizam os relatos; jovens que não conseguem buscar apoio emocional; e adultos que não conseguem reconhecer que o outro se encontra em sofrimento. Olhar para as juventudes é compreender a dor do adolescente que não pode sair de casa para jogar futebol, vendo o mundo pelo quadrado da sua janela, a dor quando sua intimidade é exposta pelas redes sociais sem o seu consentimento, a dor do “cancelamento” (como dizem os jovens), a dor pela perda de um ente querido, a dor pela falta de oportunidades, a dor de viver constantemente exposto às violências raciais, de gênero e sexualidade, às violências do Estado, a dor que precisa encontrar um espaço de acolhimento que oportunize possibilidades de ressignificação desses sentimentos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 SOBRE O SUICÍDIO

O Suicídio, livro escrito em 1897 pelo sociólogo francês Émile Durkheim, é apontado como uma obra fundamental e fundacional da sociologia que compreende o suicídio como um dos atos mais íntimos do comportamento humano e demonstra por meio de dados científicos a possibilidade da existência de uma determinação social, externa ao indivíduo (2019, p. 22). Ainda em seu prefácio é colocada uma pergunta feita por Durkheim que pode ser cuidadosamente deslocada com a intencionalidade de iluminar a temática do suicídio ao indagar: “quais são os laços sociais que unem os indivíduos entre si? Para melhor compreender a solidariedade há que se estudar o seu oposto: a quebra total de vínculos.” (2019, p. 24).

Segundo Carlos Henrique Cardim, professor do Instituto de Ciência Política e Relações Internacionais da Universidade de Brasília, a principal hipótese que Durkheim demonstra em *O Suicídio* é:

[...] a de que a soma total de suicídios em uma dada sociedade deve ser tratada como um fato que somente pode ser explicado plenamente em termos sociológicos, e não por motivações pessoais dos atos de autodestruição; a unidade de análise é a sociedade e não o indivíduo. (2019, p. 25).

É formulada uma definição considerada incompleta de que o suicídio é “toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima” (2019, p. 11); e consideram que “o suicídio é, antes de tudo, o ato desesperado de um homem que não faz mais questão de viver” (2019, p. 13); porém, discorrem sobre a complexidade e a necessidade de diferenciações ao exemplificar a morte por suicídio de um indivíduo que alucina e outro que sabe o que faz. Por fim, consideram chamar por suicídio “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” (2019, p. 14) e; anunciam que “cada sociedade tem, em cada momento de sua história, uma disposição definida para o suicídio.” (2019, p. 19).

Tendo como núcleo da ação um movimento fatal contra a própria vida, o suicídio não é um fato psicológico apenas, mas um fato social, antes de acontecer no indivíduo acontece na sociedade como propõe Quintaneiro (2003) na obra *Um Toque de Clássicos*:

Explicar o suicídio com base na consideração de casos isolados não chegam à sua causa geradora que é exterior aos indivíduos. Cada grupo social tem uma disposição coletiva para o suicídio, e desta derivam as inclinações individuais. (2003, p. 78).

Karl Marx (2006) publica em 1846 o artigo intitulado *Sobre o suicídio* e a editora, ao apresentar o livro, menciona que a atual edição parte da publicação original de Marx e da edição inglesa organizada sob a forma de livro em 1999. Antes de apontar as proposições do artigo, é necessário sinalizar três aspectos; o primeiro é que Marx o produziu a partir de fragmentos, notas, e Jacques Peuchet, um ex-arquivista policial, é considerado uma espécie de “coautor” do artigo; o segundo é um trecho assinado por Michael Löwy, com o título de *Um Marx insólito*, ao tratar do tema do suicídio:

O suicídio é significativo, tanto para Marx como para Peuchet, sobretudo como sintoma de uma sociedade doente, que necessita de uma transformação radical. A sociedade moderna, escreve Marx citando Peuchet, que por sua vez cita Jean-Jacques Rousseau, é um deserto, habitado por bestas selvagens. 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 é ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio. (2006, p. 15).

O terceiro aspecto transcorre a partir de um apontamento de Löwy ao marcar que o texto de Marx se configura como “uma das mais poderosas peças de acusação à opressão contra as mulheres já publicadas”; três dos quatro casos de suicídio se referem a mulheres vítimas do patriarcado; suicídios ligados mais pelo gênero do que pela classe social (2006, p. 18).

Torna-se imprescindível pontuar que sendo a miséria um grande fator causal do suicídio, este atinge todas as classes sociais, assumindo um caráter epidêmico; doenças debilitantes e questões ligadas aos afetos e sentimentos, mesmo na classe social mais abastada, se configuram, segundo Marx, como motivos que podem levar o indivíduo a terminar com a própria existência (MARX *et al.*, 2006, p. 24). Outras considerações são feitas ao discutir que alguns consideram o suicídio um ato de coragem, outros de desespero; questões religiosas que anunciam sobre um mundo melhor; alguns considerando um comportamento antinatural; Marx, imediatamente, comenta o absurdo desta consideração ao proferir que o suicídio não é antinatural, “pois diariamente somos suas testemunhas.” (2006, p. 25).

O artigo anuncia os motivos que potencializam a morte por suicídio, em que são sinalizadas: “as causas do desespero, os maus-tratos como fator dominante, as injustiças, os

castigos secretos impostos por pais e superiores e; sem uma reforma da ordem social, as tentativas de mudanças se mostram ineficazes.” (2006, p. 28).

Ana Maria Lopes Calvo de Feijoo (2021, p. 38) em *Suicídio & Luto: da investigação fenomenológico-hermenêutica às práticas clínicas fenomenológico-existências* amplia o horizonte desse tema ao discutir que a norma de explicação e compreensão deste fenômeno é de base patológica, sendo necessário relacionar-se com o suicídio para além desse olhar organicista e normativo. Assim como Moreira (2018), Feijoo (2021) sinaliza para o aumento do índice de mortes voluntárias entre os jovens, configurando um problema de saúde coletiva; e defende uma prática psicológica para além dos manuais (2021, p. 45).

Sobre o luto, pontua que é necessário recuar frente às interpretações a respeito dele, nas quais atribui, na maioria das vezes, um olhar patologizante dessa experiência (FEIJOO, 2021, p. 44) e, para tanto, a autora aponta valores internos mobilizadores da experiência a partir da identificação de doze unidades de significados dos relatos das mães enlutadas:

[...] a imortalidade, por meio de homenagens e comemorações; a eternidade do luto; a saudade e a lembrança; a luta contra o esquecimento; o pedido de ajuda; ver para além do corpo; vazio que não se preenche; a vida continua mesmo que a do meu filho não; a crença em Deus e no reencontro; o afeto do amor; a imensurável e incalculável dor do luto.

André Comte-Sponville (1997) em *Bom dia, angústia!* sinaliza que não se deve confundir suicídio com tentativa de suicídio, pois o primeiro, entendido como êxito, muda a natureza do ato. Apresenta que muitos suicídios se dão por questões patológicas, mas se configura um erro generalizá-los mediante a complexidade deste fenômeno. Ao articular sobre o que se entende sobre “morte voluntária”, o filósofo diz que essa expressão se mostra equivocada, pois “O suicida não escolhe morrer (é uma escolha que não se faz: cumprirá morrer de qualquer maneira), mas morrer *agora*” (1997, p. 79) e, sobre a expressão, Comte-Sponville descreve:

Morte voluntária, dizia eu, e o problema está aí. Deixo de lado os casos de demência, de psicose, de depressão, e em geral todos os suicídios que mais se impõem à vontade do que ela os escolhe. Será a maioria dos casos? Não sei. Mas a sabedoria exige que nos ocupemos primeiro daquilo que depende de nós, como diziam os estoicos, e, portanto, - uma vez que não sou médico, nem atualmente estou doente — do suicídio como ato voluntário. O suicídio como decisão, portanto, e não como patologia, o suicídio como escolha ao menos possível, o suicídio na medida em que depende de nós, eis meu problema e o de qualquer um. (1997, p. 78).

Feijoo (2021, p. 53) analisa que “alguns estudiosos do tema, como Botega (2010) e Dos Santos (2011), tenderam a posicionar o suicídio como sofrimento psíquico ou como

transtornos psicológicos ou psiquiátricos” (individual); e cita, no trecho a seguir, o posicionamento crítico de Pedro Cattapan (2012) — *Moralização do suicídio*: “Cattapan (2012) criticou a proposta de criação de uma rede de controle com fins à prevenção e defendeu o abandono de uma atitude moralizante com base em uma psicopatologia da vida e da biopolítica, que quer o controle da vida e da morte.” (2021, p. 54).

Após esses posicionamentos, Feijoo (2021) assinala que o suicídio é compreendido a partir da culpabilização social e em outros momentos pela responsabilização individual, se questionado, a partir de previsões que apontam para um aumento significativo deste fenômeno, concluindo: “Pensamos que talvez nossas pesquisas estejam no caminho errado.” (1998, p. 11).

Meneghel *et al.* (2004, p. 805) em *Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul* trazem um aspecto relevante para se pensar o suicídio ao discutirem que vários pesquisadores “apontam para a existência de culturas suicidas, onde proliferam formas de comportamento autodestrutivas relacionadas à denominada ‘existência tóxica.’”

Outro aspecto abordado por Meneghel *et al.* (2004), que se assemelha com a proposição de Feijoo (2021), é sobre a produção científica acerca do suicídio que se encontra predominantemente pragmática e técnica, mostrando-se insuficiente para reverter a tendência do aumento do suicídio em vários países. Ainda é imprescindível destacar as mudanças psicobiológicas, como a diminuição na data de início da puberdade, dentre os fatores que descrevem o comportamento suicida (DIEKSTRA, 1993, *apud* MENEGHEL *et al.*, 2004, p. 805).

Roosevelt M. S. Cassorla (2004) discute a presença da ambivalência e da confusão no ato suicida — ao mesmo tempo em que o sujeito quer morrer, também quer viver e o resultado desse embate se dá a partir da força desses desejos e também de circunstâncias fortuitas que envolvem o método escolhido, a possibilidade de socorro, as condições físicas de saúde. A partir dessa proposição compreende-se a relevância da atuação dos trabalhadores de saúde frente a essa temática a partir das ações de promoção da saúde.

Blanca Werlang & Nelson Asnis (2004, p. 58) declaram que “o suicídio é a decisão de terminar com a própria vida, de dizer não à continuação de uma história, descartando qualquer possibilidade de esperança.” Entendido pelos autores como um ato de violência e autodestruição, assim como Cassorla (2004), que menciona no mesmo livro, que o suicídio é uma ação autodestrutiva.

Werlang *et al.* (2004), assim como Feijoo (2021), relatam que o suicídio no decorrer da história passa por vários entendimentos e significados; e Werlang expõe um paradoxo que merece destaque por ir ao encontro da contemporaneidade:

Para Kalina e Kovadloff (1983), o paradoxo dramático é que o homem, para contribuir com a preservação da paz mundial e garantir o logro de objetivos comunitários e individuais, viu-se obrigado a desenvolver uma política baseada em recursos destrutivos. Para viver em paz, precisou se armar nuclearmente para uma guerra. Assim, eles acreditam na existência de uma cultura suicida, como uma forma de “comportamento autodestrutivo típico de nosso tempo. (p. 22) (KALINA & KOVADLOFF, 1983, p. 63 *apud* WERLANG, 2004, p. 63).

Em *Desaparecer de si: uma tentação contemporânea*, David Le Breton (2018) aborda a existência e a subjetividade contemporânea de forma singular em uma sociedade urgente, impositiva, precária, competitiva, na qual a própria existência, em muitos momentos, pode pesar; com a tentação de desfazer-se de si, mesmo que por alguns instantes. Identifica que se exige a nossa exposição ao mundo, com adaptações constantes às circunstâncias para estarmos à altura dos acontecimentos; e se não bastasse tudo isso, ainda assumirmos a nossa autonomia. Com o objetivo de recorte do tema para esse estudo, serão destacadas duas particularidades dentre as várias discutidas nessa obra: as depressões e os fragmentos que abordam as *Formas de desaparecimentos de si na adolescência*.

Le Breton (2018, p. 9) versa em seu preâmbulo três aspectos considerados essenciais para o indivíduo: dar significado e valor à existência, se sentir ligado aos outros e vínculo social, sendo que o desmantelamento deste pode provocar sentimentos de insuficiência e fracasso pessoal.

Para ele, “todo o indivíduo é responsável por si mesmo, mesmo que lhe faltem meios econômicos e, sobretudo, simbólicos para assumir uma liberdade que não escolheu, mas que lhe é outorgada pelo contexto democrático de nossas sociedades.” (2018, p. 11).

Ainda sobre o indivíduo, é oportuno articular essas proposições com as mortes por suicídio nas juventudes e seus panoramas multifatoriais, compreendendo que o sujeito, jovem ou adulto, é atravessado por suas questões existenciais, conectando-se mais do que se vinculando na atualidade. O autor analisa o sujeito contemporâneo mediante sua ausência de recursos interiores no trecho a seguir:

O indivíduo que não dispõe de recursos interiores sólidos para se ajustar, dar significado e valores aos acontecimentos, que não tem autoconfiança suficiente, sente ainda mais vulnerável e é obrigado a firmar-se por si mesmo, já que não encontra apoio na comunidade. Muitas vezes ele mergulha em um clima de tensão, de inquietude, de dúvida, que torna difícil a sua vida. (LE BRETON, 2018, p. 9).

É propício esclarecer que o autor nomeia de *branco* o “estado de ausência de si mais ou menos pronunciada, esse fato de abdicar de si de um modo ou de outro por causa da dificuldade ou do caráter penoso de ser si mesmo” (2018, p. 14), ou seja, o *branco* pode ser entendido como alívio da pressão.

O autor aponta que o indivíduo, ao sentir-se fadigado (depressão, burnout, colapso do vínculo significativo com os outros ou com si mesmo), pode suspender seus pensamentos, seus investimentos, sua relação com o mundo, de forma intermediária, fazendo-se de morto por um tempo, mantendo sua existência como se fosse uma página em branco “para não se perder ou correr o risco de ser envolvido, atingido pelo mundo (2018, p. 14). O fragmento que se segue complementa o entendimento sobre essa página em *branco*, principalmente quando o indivíduo necessita de ar para continuar a existir:

Ele jaz indiferente às coisas, aliviado do esforço de ser si mesmo, e às vezes já não sabe de fato quem é nem onde está, não aguenta nenhuma responsabilidade para com os outros ou para com sua própria existência. O mundo já não lhe diz respeito, ele vagueia por uma terra de ninguém que lhe é necessária para retomar o fôlego, relaxar suas tensões. (2018, p. 15).

É sabido que a depressão é um dos transtornos mais diagnosticados na atualidade, sendo atrelado a muitas mortes por suicídio, mas Le Breton (2018, p. 68) caminha em proposições que, para além do aspecto clínico, possibilitam maior amplitude para que se olhe o fenômeno a partir do entendimento de luto, vazio, culpa, impotência, indignidade, incapacidade, autoestima aniquilada, considerando que a depressão é uma experiência coercitiva de desaparecimento, um esmagamento da própria existência.

Para o autor, “a depressão é uma ‘doença da responsabilidade’ (EHRENGERG, 1998: 10), uma incapacidade de garantir a missão de ser si mesmo, um não lugar que nenhuma orientação exterior consegue guiar o sujeito.” (2010, p. 70). Buscar a etimologia da palavra depressão se configura um recurso de conhecimento deste transtorno, entendendo que “Depressão vem do latim *depressio*: ‘afundamento’, ‘passagem de cima para baixo’. Ela traduz o sentimento de colapso, de desmoronamento, de queda.” (2018, p. 71).

Muitos estudos versam sobre os motivos e as causas da depressão; traumas, abandonos, abusos e tantos outros atravessamentos que acometem o sujeito; e Le Breton (2018) sinaliza que não podemos fixar as raízes da depressão somente na infância; e infere:

A depressão também lança raízes em um acontecimento atual insuperável para o indivíduo, em um luto, em uma demissão, em uma separação... embora ela nem sempre tenha uma razão clara. Ela bate às portas de um homem ou de uma mulher cujas vidas pareciam transcorrer dentro da normalidade. P. Fédida fala dela como

uma “quase-noção” (2009: 203) que se traduz por uma intensa culpabilidade, por um sentimento de insignificância, por uma impossibilidade de mudar as coisas ou de entregar-se ao prazer, por crises de angústia, dores de cabeça etc. É uma expropriação de si, o sentimento de estar preso a uma espécie de caricatura infeliz de si mesmo. Ela vai de par com a desaceleração física, com a desaceleração dos movimentos, dos atos, do pensamento, das decisões, mas também acompanha a palavra que passa a ser proferida com uma enunciação monótona, com uma voz enfraquecida ou átona, pesada. (2018, p. 69).

Ruben Araujo de Mattos (2004) enfatiza, referindo-se à questão da integralidade, que o paciente jovem que tentou suicídio deve ser visto de maneira integral, não só pelo patológico que apresenta, mas pelo que o levou a este momento, não sendo essa tarefa delegada a um ou outro, mas a todos pertencentes desse encontro (do segurança ao médico), assumindo assim um caráter de corresponsabilidade frente ao acolhimento e cuidado.

Outro enfoque pontuado por Le Breton (2018, p. 72) se conforma a partir do conhecimento que a depressão é uma reação diante das adversidades; às vezes surge do nada, estranhando a sua própria existência; lançado para fora de si mesmo; uma atitude de retirada; “é uma atitude que simula a morte e já realiza uma espécie de morte psíquica; é ao mesmo tempo mensurar, com ou sem razão, que as condições da existência não são mais aceitáveis e não permitem mais nenhuma forma de luta (WIDLÖCHER, 1983: 217. 235).” (2018, p. 73).

Annette Beutrais (2006) aponta estratégias de prevenção ao suicídio que se mostram atuais, como:

- ✓ Programas de informação e educação para profissionais de saúde.
- ✓ Restringir o acesso a métodos de suicídio letais.
- ✓ Programas comunitários de porta de entrada.
- ✓ Programas de rastreio.
- ✓ Sensibilização da população — Informação sobre saúde mental.
- ✓ Tratamento e apoio à doença mental e tentativas de suicídio.
- ✓ Acompanhamento dos pacientes após tentativa de suicídio.
- ✓ Redução do acesso ao álcool.
- ✓ Cobertura da mídia sobre o suicídio.
- ✓ Suicídio nas escolas — sensibilização da população e programas de apoio.
- ✓ Centros especializados para crise e aconselhamento na crise.

3.2 SUICÍDIO NAS JUVENTUDES II

Em *Formas de desaparecimentos de si na adolescência*, Le Breton (2018, p. 81) discute os comportamentos de risco (vocabulário da saúde pública), o sofrimento próprio da adolescência, os fatos traumáticos, as angústias e um período da existência repleto de dúvidas e interrogações sobre o sentido da vida. Para o autor, o jovem, geralmente, apresenta um mal-estar difuso, não sabe o que busca; e às vezes, essa busca parece estar próxima e ao mesmo tempo inacessível; em outros momentos, devido a esse sofrimento, o jovem não gostaria de

ser ele, pois ainda não tem recursos internos para relativizar essas confusões, com dificuldade de discernimento frente às turbulências que enfrenta.

A partir dessas proposições surge a oportunidade de aproximação entre Aberastury e Knobel (1981), que apontam que a adolescência é uma fase conturbada e perturbadora, com esse ser atravessando desequilíbrios e instabilidades extremas; e Le Breton (2018) sinaliza que na puberdade o jovem se rebela, às vezes atravessado por relações conflituosas com familiares, com pais e responsáveis pouco receptivos e distantes das suas questões; o jovem também é confrontado consigo mesmo; se perde no seu mundo, compreendendo que o mesmo acontece com os jovens que são acometidos por maus-tratos, violências, situações extremas de vulnerabilidades, rigidez e indiferenças.

Ghislaine Bouchard (2006) define o suicídio como um tipo de comportamento que busca encontrar uma solução para um problema existencial — atentando contra a própria vida. Segundo a autora, crises existenciais podem levar ao crescimento, como também podem conduzir ao suicídio, compreendendo que o suicídio na adolescência é um grito de dor, de desespero e um pedido de ajuda. Por se tratar de um período de mudanças em todos os níveis, a autora considera que essa fase se mostra propícia ao comportamento suicida.

Outros aspectos abordados e que atravessam esse período podem ser percebidos através do adolescente: a busca da autonomia *vs.* a dependência dos pais; as alterações na percepção do eu; as alterações corporais (sentindo-se em muitos momentos desajeitado, desorganizado); e a definição da sua identidade sexual (o que faz vivenciar muita ansiedade).

Bouchard (2006) também se aproxima das proposições de Aberastury e Knobel (1981) sobre adolescência ao discorrer sobre a segurança da infância abandonada para ocupar o lugar no mundo adulto e intensas mudanças que, embora normais, fazem com que o jovem experimente níveis crescentes de angústia e ansiedade.

No aspecto psicológico, a autora relata que o adolescente se mostra em muitos momentos impulsivo, hipersensível, suscetível, emotivo, impaciente, com uma existência conflitante; e momentos de desequilíbrio; com a impressão de estar só. Outro enfoque necessário é o entendimento de que o grupo de iguais se conforma, em muitos momentos, importante na adolescência, permitindo confronto e confirmação.

Assim como vários autores, Bouchard (2006) também menciona que o objetivo, na maioria das vezes, não é pôr fim à sua existência, discutindo que o processo suicida na adolescência se trata do período que separa o momento em que a crise aparece da passagem ao ato. Na adolescência esse período pode ser muito curto; e para demonstrar esse caminho ao

ato, a autora expõe o percurso interno: a busca de solução — a ideação suicida — a ruminação — a cristalização — o elemento desencadeante.

Bouchard (2006), assim como Cassorla (2004), também pontua que a ambivalência e o medo de passar ao ato estão presentes até o último momento e o processo pode ser interrompido a qualquer hora. Para a autora, o processo é mais rápido na segunda tentativa, as mensagens são mais veladas e o método utilizado é mais violento.

Blanca Werlang e Vivian Borges (2006), a partir de um estudo sobre ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos no Rio Grande do Sul, destacam: dos 730 adolescentes pesquisados, 253 (34,7%) apresentaram ideação suicida; isso reforça o problema da subestimação dos dados, os atos destrutivos dos adolescentes são negados ou escondidos pela família; os jovens podem recorrer a comportamentos violentos, impulsos e suicidas na busca de soluções dos seus problemas; e ter ideias suicidas não é anormal, segundo a OMS (2001), pois este pensamento pode ser entendido como parte do processo evolutivo da adolescência.

As autoras ressaltam o entendimento de ideação suicida se referindo aos pensamentos de autodestruição ou as ideias suicidas: “Engloba desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tem para pôr fim à própria vida. A identificação precoce deste tipo de ideias, certamente, permite ajudar a evitar tentativas de suicídio e a prevenir o autodano exitoso.” (2006, p. 197).

É imprescindível discutir sobre fatores de risco e os sinais precursores sobre o suicídio; Bouchard (2006) sinaliza a importância de implicar a família no cuidado e descreve algumas possibilidades de intervenção:

- ✓ Romper o isolamento em que vive o jovem e abordá-lo diretamente. Falar do suicídio não incita à passagem ao ato. Ao contrário, permite romper o isolamento, expressar o sofrimento, fazer ver outros caminhos. Permitir que ele fale das coisas que o preocupam. Levá-lo a expressar o que sente e vivencia em relação à situação.
- ✓ Expressar a disponibilidade de escutá-lo sem julgamentos, evitar insultos, culpabilização ou repreensões morais. Reconhecer a legitimidade do problema.
- ✓ Evitar minimizar os problemas dos jovens.
- ✓ Aliviar o mais rapidamente possível a urgência do caso, verificando se as ideias de suicídio são frequentes, se ele dispõe de meios para terminar com a vida, se vive só.
- ✓ Deve-se ajudar o jovem a se acalmar e a aceitar ajuda de um profissional.
- ✓ Não se deve deixá-lo sozinho até que passe o perigo, até que as providências cabíveis tenham sido tomadas (avaliação por um profissional da área).
- ✓ Fazer um pacto com o adolescente, pedindo que prometa não passar ao ato antes de entrar em contato. Conduzi-lo a um hospital de urgência se o risco permanecer elevado.
- ✓ Ajudá-lo a avaliar a situação permitirá que ele descubra novas soluções. Explorar com ele tais soluções e orientá-lo em direção a uma ação concreta.
- ✓ Intensificar a autoestima, encorajando-o em seus progressos, suas habilidades e comportamentos independentes. Evitar fazer as coisas por ele, favorecer sua autonomia, respeitando seus limites e capacidades.

- ✓ Encorajá-lo a retomar as atividades que ele gostava na medida de suas capacidades e de seu ritmo.
- ✓ Esconder armas de fogo, medicamentos e outros objetos perigosos.
- ✓ Não fazer às escondidas, nem atuar sozinho, pedir ajuda de pessoas significativas e de um profissional. Jamais provocar o adolescente para que passe ao ato.
- ✓ Evitar dar seus próprios conselhos para adquirir felicidade, o que é bom para uns, pode não ser para outros.
- ✓ Evitar fazer promessas que não se pode cumprir.
- ✓ Desmentir os mitos que correm entre os jovens: que os adultos não podem ajudar, que não os levam a sério, que não serão capazes de entender seu modo de ver as coisas, que não aproveitarão para punir seus erros, que pensarão que está doente.

Ao abordar os comportamentos de risco, Le Breton (2018) assinala que a maioria dos discursos dos jovens sobre a morte através das tentativas de suicídio “é uma espécie de sono do qual é possível despertar um dia, é um tempo de suspensão, e inclusive de purificação, que despoja enfim das escórias que infectam a existência.” (2018, p. 83). Sobre essa temática, o autor destaca que:

A maioria dos comportamentos de risco, sobretudo os que se valem de uma provação extrema e/ou de um sacrifício, são formas de resistência pelo viés de tentativas brutais de redefinição diante da impossibilidade de a pessoa ser ela mesma. Brincando com a morte ou aceitando pagar o preço de suas aventuras, existem finalmente adolescentes que tem de ter acesso a uma outra versão de si mesmos (LE BRETON, 2007, 2013). Outros comportamentos de risco, em contrapartida, nascem da indiferença que o jovem tem para consigo mesmo quando o prazer de viver quase não tem mais importância. Trata-se de jovens que, provisória ou duravelmente, aspiram a não ser pessoa, sem nome, perdidos no branco, em um “branco” da vida, desvincilhados de qualquer responsabilidade. Trata-se de pessoa que buscam a ausência, que brincam de morrer pela fadiga, exaustos de serem eles mesmos... Para alguns adolescentes, o branco é uma forma de demissão de si, uma vontade de fazer *tabula rasa* de uma exigência que só existe por uma espécie de força da gravidade. A indiferença para consigo suscita a exposição a um perigo que não é mais percebido como tal, já que, neste caso, o jovem não se habita mais totalmente. Para esse jovem, a intenção é menos a de morrer do que a de desaparecer. Trata-se de despojar-se de seu personagem, de não mais sustentá-lo. Essa atitude testemunha a impossibilidade de ser um indivíduo, de empenhar-se como sujeito da própria existência Le Breton. (2018, p. 83).

O autor diz que a morte não é a morte propriamente dita como compreendemos, mas uma suspensão, uma pausa, um desaparecimento dos pensamentos dolorosos e angustiantes; um desejo de dormir, de entrar em coma, mas sem morrer definitivamente; utilizando medicamentos, meio mais frequente utilizado pelos adolescentes, sobretudo as meninas. Le Breton (2018) sinaliza que esses medicamentos são os mesmos usados pelos pais, que também buscam nos fármacos uma fórmula mágica para lidar com as dificuldades pessoais. Ainda recorrendo aos autores supracitados, Le Breton (2018) aponta algumas reflexões que podem ser reconhecidas nos diálogos de Aberastury e Knobel (1981) ao mencionarem

questões como: crise de identidade, responsabilidades, luto da infância e outros aspectos mencionados na citação a seguir:

Esse desejo de dormir é em larga medida uma forma de regressão, uma vontade de volta à infância e livrar-se da carga de tensão ligada ao fato de crescer e de ter que assumir novas responsabilidades. As coerções da identidade são duras de suportar e demandam um alívio simbólico. É uma busca de supressão, sobretudo quando o jovem tem dificuldade de construir-se. Suspensão de si, busca de um coma não premeditado, mas interiormente deseja como refúgio onde construir-se. Morte não brutal e definitiva, mas reversível e maternal, lugar de apaziguamento das tensões, em uma palavra: morte sem cadáver da qual se volta regenerado. A preocupação é menos a de morrer do que a de não estar aqui, menos a de matar-se do que a de viver, um simples despojar-se do pior. Muitos dos que morreram não o queriam, diferentemente do suicídio de pessoas mais velhas nas quais o sentimento do trágico da via está claramente presente. (LE BRETON, 2007). (2018, p. 85).

Feijoo (2021, p. 232) menciona estudos recentes que apontam para a diminuição do suicídio no mundo e o aumento das mortes por suicídio entre os adolescentes nas cidades brasileiras abarcando a faixa etária dos 10 aos 19 anos, com pesquisadores apontando para a necessidade de projetos que abordem a temática na área de saúde e educação. Menciona ainda o risco de suicídio pela relação dos jovens com o ambiente virtual (o fenômeno da “Baleia azul” e a série americana *Thirteen Reasons Why*) e a relação entre o uso de drogas e o suicídio.

Outra dimensão abordada por Kilomba (2019) se dá a partir das histórias que escravizam o sujeito negro, é o entendimento que o suicídio também pode ser um ato de tornar-se sujeito, reivindicando sua subjetividade. Kilomba (2019, p. 189) reitera que “o suicídio, em última instância, é uma performance da autonomia” e, assim como Feijoo (2021), compreende que o sujeito pode decidir sobre sua própria vida ou determinar sua existência.

Os temas levantados por Feijoo (2021) e Kilomba (2019) oportunizam relatar a experiência como docente do ensino médio e articulador do Programa de Saúde na Escola (PSE), expondo a trajetória construída para lidar com os dois fenômenos apontados acima. Ao percorrer espaços escolares e conversar com alguns docentes e profissionais da saúde, estes encontravam-se aflitos e angustiados, com dificuldade de abordar o tema da “Baleia azul”. Sobre o segundo fenômeno, a série americana, o professor Luís Fernando Tófoli, do Departamento de Psicologia Médica e psiquiatra da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, fez um alerta elaborando 13 parágrafos apontando os fatores de risco, desaprovando a abordagem da série sob a luz da academia e fazendo advertências às pessoas em situação de vulnerabilidade.

No meio de tantas informações, entre discussões dos que eram contra e a favor da série, tive acesso a um livro com 13 contos independentes de Caio Fernando Abreu, *Os dragões não conhecem o paraíso*, que versa sobre o amor (amor e sexo, amor e morte, amor e abandono, amor e alegria, amor e memória, amor e medo, amor e loucura). Previamente, um conto foi escolhido e dez cópias foram tiradas, os jovens de uma turma de ensino médio ficaram em roda e o conto foi lido em voz alta. Cada dupla leu dois parágrafos (pois a leitura do conto durava cerca de 20 minutos), oportunizando um debate sobre a história, dando voz aos jovens em suas interpretações e aspectos observados no conto por meio de uma roda de conversa.

Esta prática pedagógica também se configura, a partir dos pressupostos conceituais e teóricos expostos neste estudo, como uma prática de produção e promoção da saúde. A ação relatada foi realizada em alguns espaços escolares, sempre com uma turma de cada vez, refletindo constantemente sobre o caminho encontrado para lidar e atravessar os momentos de sofrimento, de dúvidas e das incertezas contemporâneas que percorrem a existência humana e as juventudes.

3.3 JUVENTUDES VULNERABILIZADAS

Antes de abordar as juventudes vulnerabilizadas é necessário assinalar que a juventude se caracteriza por um grupo social composto por indivíduos dos 15 aos 29 anos, onde: dos 15 aos 17 são intitulados “adolescentes-jovens”; dos 18 aos 24 anos, “jovens-jovens” e dos 25 aos 29, “jovens adultos” (NOVAES *et al.*, 2006). Outro aspecto importante que merece destaque é apontado por Juarez Dayrell (2003) ao pontuar que a diversidade da compreensão e representação das juventudes ocorrerá a partir de diversos fatores como: as condições sociais dos sujeitos, sua cultura, gênero, local onde vive, entre outros.

Miriam Abramavay e Mary Garcia Castro (2004) em *Juventudes no Brasil: Vulnerabilidades positivas e negativas* analisam o entendimento, em sentido comum, das vulnerabilidades, destacando estudos e autores que abarcam em distintos países da América Latina, o enfoque que tem os jovens como vulneráveis: alta mortalidade, em particular os homicídios no Brasil, desemprego e os riscos de envolvimento com crimes e transgressões, altas taxas de fecundidade, “jovens como sujeito de direitos — tais como educação, a tempo de lazer, de formação cultural, de acesso ao desenvolvimento esportivo, de reconhecimento a especificidades quanto a direitos sexuais e reprodutivos e de contar com uma rede de proteção social.” (2004, p. 2).

Aline Bressan (2011, p. 26) recorre a Abramavay e Castro (2004, p. 8) para discutir os debates das “vulnerabilidades contemporâneas e juventudes, é comum ressaltar a exposição a diversos tipos de violências considerando em particular a alta incidência de mortes por causas externas (homicídios e assassinatos) entre os jovens.”

Outra dimensão abordada por Bressan (2011) se configura a partir de Abramavay e Castro (2004), de que os jovens são uma geração vulnerabilizada:

Considerando a determinação social do processo saúde-doença e os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens, pode-se atestar que mais do que uma população vulnerável, os jovens são uma geração vulnerabilizada, principalmente se pobres, onde muitas dessas vulnerabilidades se reproduzem e se combinam, limitando o estatuto de sujeitos de direitos e suas potencialidades. (2011, p. 25).

Dentre vários aspectos sublinhados no artigo (2004, p. 10), o preconceito enfrentado pelos jovens em situações de pobreza é colocado da seguinte forma: por serem jovens; pelo fato de morarem em bairros da periferia ou favela; pela aparência e maneira como se vestem; pelas dificuldades de encontrar trabalho; pela condição social; pela condição racial; pela orientação sexual, com ações discriminatórias, que muitas vezes também são perpetradas por outros jovens.

Bressan (2011) também traz reflexões para se pensar a juventude contemporânea a partir do tempo do jovem que se dá no tempo presente, com uma vivência pluridimensional. Evidencia a escola como um espaço dialético onde se constrói e se discute a cidadania; um espaço propício para desenvolver ações de promoção da saúde e que ao mesmo tempo é um espaço discriminatório e excludente, com pautas que incluem o mundo do trabalho, definição de identidades, sexualidade, lazer, cultura e participação social. Sobre a discriminação, Bressan (2011, p. 15) pontua sobre a diversidade sexual nos espaços escolares:

Entretanto, a discriminação é uma prática social que marca o cotidiano das escolas, onde a desqualificação do outro leva a exclusão, notadamente quando tem relações com sexualidades e seus aspectos morais que normatizam a educação (abordagem heterossexista dos livros didáticos e a pedagogia homofóbica, onde a expressão do feminino historicamente é inferiorizada). Na escola, a diversidade sexual tende a ser invisibilizada e os efeitos da homofobia são freqüentemente subestimados. As discussões em torno de sexualidades não-heterossexuais (que fogem à lógica reprodutiva e supostamente natural) são tratadas como tabus e prevalece o silêncio e a censura. Travestis e transexuais são especialmente vulneráveis à exclusão da vivência escolar e familiar, restringindo suas oportunidades sociais e profissionais. Além de ferir a ética democrática que a escola deveria promover, há reforço dos estereótipos que os estigmatizam. (LIONÇO, 2009, *apud* BRESSAN, 2011, p. 52).

Abramavay e Castro (2004) constroem um lugar para se pensar a juventude que muito se aproxima com o caminho percorrido pelo estudo, atendo-se também às proposições de

Aberastury e Knobel (1981), que entendem esse momento como conturbado e perturbador para a vida adulta e Dayrell (2003) assumindo que a palavra “juventudes” enfatiza a diversidade. Para Abramavay e Castro (2004), ser jovem é:

[...] fazer parte de relações sociais, inter e intra gerações, há que cuidar sobre os limites dos enfoques centrados nos jovens, que não o contextualizam. A juventude é, ao mesmo tempo, um ciclo de vida com características próprias e parte de um momento histórico. Também por ser social, comporta relações dialéticas, reelaborando trânsitos entre o negativo e o positivo e o desafio maior de políticas públicas de juventudes é trabalhar com vulnerabilidades que podem ter ou vir a assumir diferentes sentido e metamorfoses. Daí, mais do que decretar programas, ampliar serviços, aumentar matrículas, fixar metas, há que estar atento/atenta para enfoques que desestabilizem cultural, política e economicamente as desigualdades sociais, exclusões e vulnerabilidades negativas e potencializem as positivas, e a solidariedade intra e entre gerações pelo bem comum, por mudanças e que colaborem com a formação ética, o exercício da criatividade e que sejam combinados com medidas de proteção social, além da ênfase na educação de qualidade. (2004, p. 12).

Com esse intuito, Bressan (2011) enfatiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) “com diversas políticas de saúde recomendando o espaço escolar para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, assim como a participação dos adolescentes nas ações” (TAVARES, 2007, *apud* BRESSAN, 2011, p. 11); e Tavares considerando que a escola é um dos espaços mais importantes para a promoção da saúde (TAVARES, 2002 *apud* BRESSAN, 2011, p. 11).

Outro aspecto que atravessa as juventudes é o estigma, que na definição de Goffman (1891, p. 4) aparece como “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”; e Bressan (2011) contextualiza essa proposição ao citar o autor e caminha pelo entendimento de que esse termo tem um sentido condenatório, colocando o indivíduo a margem da sociedade:

É um termo que pode ser usado em referência a um atributo bastante depreciativo, entretanto, é uma linguagem de relações e não de atributos. “Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem” (p. 6). É uma relação especial entre atributo e estereótipo. O autor afirma que o estigma pode ser de três tipos: físico, moral ou tribal onde se tende a inferir uma série de “imperfeições” a partir da “imperfeição” original. A escola é apontada por Goffman como espaço onde um indivíduo com um “defeito”, protegido pelo círculo da família, vai vivenciar a experiência moral para a aprendizagem do estigma. Na escola comum, os insultos e humilhações que podem ter como alvo o indivíduo com um “defeito”, (que constituem a aprendizagem moral para o estigma), atualmente vem sendo apontado como preocupante para os educadores e gestores da educação. A tais situações se chamou de bullying. Os dados de diversas pesquisas que caracterizam o bullying nas escolas revelam inclusive, que quanto maior for, pior o índice da educação. A redução do bullying é um desafio para os educadores, que vislumbram o espaço escolar como um locus de aprendizagem para a cidadania. Nota-se ainda que as humilhações homofóbicas parecem ser estruturantes no processo educativo escolar, na construção de identidades femininas e masculinas. Há contradições no trato destas questões que são permeadas fortemente por valores morais e religiosos. (GOFFMAN, 1963, *apud* BRESSAN, 2011, p. 16).

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE

É indiscutível a importância da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Declaração de Alma-Ata) para o cenário mundial, com seus enunciados, que apontam direcionamentos e a possibilidade de construção de novos modos de cuidado, principalmente sobre os cuidados primários em saúde, como cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas (INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978, p. 16).

Antes de seguir para a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde é necessário indicar os temas que serão abordados neste capítulo: Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde (Carta de Ottawa); as outras conferências que se seguiram ao longo do final do século passado e a Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde; A Saúde Pública e o Campo da Promoção da Saúde; Literacia em saúde; e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Declaração de Alma-Ata) aconteceu na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), entre os dias 06 e 12 de setembro de 1978 — reafirma a saúde como um direito humano fundamental e é a mais importante meta social mundial. Aponta que os primeiros cuidados em saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e enfatiza a participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde.

Ao mesmo tempo, é de suma importância refletir sobre uma das metas sociais, em que governos e organizações internacionais, de todos os povos, até o ano 2000, deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse uma vida social e economicamente produtiva.

Assim como a Carta de Ottawa (Brasil, 2002), a leitura da Conferência de Alma-Ata traz provocações para se pensar sobre o momento atual no Brasil, com sua colônia e com seus coronéis que mostram que permanecer em um lugar onde a possibilidade de existência, em muitos momentos, é a morte, o adoecimento e a escravidão. As desigualdades se apresentam diariamente nos noticiários, principalmente em relação aos assassinatos e a falta de oportunidades.

Para alinhar os pensamentos do parágrafo anterior, é imprescindível retomar a conferência, com seus enunciados que ampliam os horizontes, que foram compilados pelo Ministério da Saúde:

A Declaração de Alma-Ata reafirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Reafirma, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Enuncia em seu bojo, ao tecer considerações sobre os cuidados primários de saúde, que estes constituem a chave que permitirá que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. E como tal, devem ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades. Chama ainda a atenção para que todos os governos cooperem, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. (BRASIL, 2002, p. 33).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) lança *As Cartas da Promoção da Saúde*, publicizando a Carta de Ottawa, Declaração do México, Declaração de Alma-Ata e outras declarações que referenciam políticas e os conceitos fundamentais da promoção da saúde. A publicação apresenta na íntegra a Carta de Ottawa, a Declaração do México e um compilado dos outros documentos.

Paulo Marchiori Buss e José Roberto Teixeira (2002) contextualizam historicamente o momento que antecede a Carta de Ottawa pontuando a Atenção Primária e Promoção da Saúde, discorrendo sobre os movimentos da década de 60, a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde (1974), no exercício de superar a visão centrada do controle da enfermidade (2002, p. 7). Apontam os cuidados em saúde dos chineses, com um conjunto de atividades para melhoria da saúde, os Comitês Comunitários, os “médicos descalços” e a organização do cuidado envolvendo variados segmentos da população. Os chineses, quando consultados na divulgação dessas experiências, relataram que elas não estavam suficientemente maduras para o seu compartilhamento e, mesmo sem sua publicação integral, muitas atividades desenvolvidas fizeram parte da conformação da proposta de atenção primária de saúde.

Os autores ainda destacam o Relatório de Sir Douglas Black, na Inglaterra, focado na abordagem social, discutindo iniquidade social e relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade, a discussão na América Latina de pesquisas no campo das ciências sociais aplicadas à saúde, através dos trabalhos de Juan Cesar Garcia, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sergio Arouca (2002, p. 12). Por conseguinte, nos é apresentado o contexto social como determinante de saúde, no qual o estilo de vida dependia

da classe social, e trazem outros conceitos, como: política pública saudável e cidade ou comunidade saudável, atrelados às decisões políticas externas ao setor saúde, avançando “no conceito de “empoderamento” e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais.” (2002, p. 13). Os autores apontam a inter-relação entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis, no quadro a seguir:

Quadro 1: Inter-relação entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis

ALMA-ATA	PROMOÇÃO DA SAÚDE	CIDADE SAUDÁVEL
1973 – 1978	1974 – 1986	1984
<ul style="list-style-type: none"> * Outros setores * Promoção/qualidade * Participação/planos * Atenção Primária de Saúde <ul style="list-style-type: none"> - Educação - Alimentação - Saneamento - Materno-Infantil - Imunizações - Prevenção de endemias - Doenças/traumatismos - Medicamentos * Tecnologia adequada <ul style="list-style-type: none"> - Ação comunitária - Autodeterminação - Auto-responsabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> * Capacidade de comunicar-se p/ melhorar a qualidade de vida * Participação decisória * Políticas saudáveis * Abordagem setorial * Ambientes favoráveis * Habilidades pessoais * Reversão do sistema de saúde <ul style="list-style-type: none"> - ênfase na equidade - atenção determinante - extensão da promoção - prevenção, tratamento e reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> * Comunidade participa dos planos p/ melhorar o ambiente e a qualidade de vida * Amplia a participação * Empoderamento * Compromisso público local * Políticas saudáveis * Ênfase em equidade * Atenção determinante * Macrofunção social <ul style="list-style-type: none"> - trabalho e renda - infra-estrutura - desenvolvimento social - saúde e nutrição
"EMPODERAMENTO"		SUSTENTABILIDADE SOCIAL

Fonte: As Cartas da Promoção da Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

Portanto, Buss e Teixeira (2002) relatam a proposta canadense denominada “saúde populacional” como a proposta de combinar um modelo de promoção da saúde com o da saúde populacional e apontam poucos avanços de integração dos componentes promocionais, preventivos e curativos dos serviços de saúde em apoio à atenção primária de saúde.

Nesses três esquemas estão presentes a abordagem intersetorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a uma melhor qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e equidade, campos em que se avançou muito pouco durante os últimos 25 anos. Nos vários pronunciamentos está presente, também, a reordenação do sistema de serviços de saúde, mas num segundo plano, como para indicar que embora importante não chega a ser considerada uma primeira prioridade e que para se alcançar sua real efetividade dependeria de uma anterior implementação de seus primeiros componentes. (2002, p. 14).

Segundo o documento, a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, decorreu a partir dos processos e percursos anteriores, como: “a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos e o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.” (2002, p. 19). A Conferência aponta a definição do conceito de Promoção da Saúde e os pré-requisitos necessários para saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Eis o conceito:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (2002, p. 19).

A Carta discorre sobre proposições que norteiam o conceito de promoção da saúde: a defesa da causa da saúde, a capacitação, a mediação, a construção de políticas públicas saudáveis, a ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e a reorientação dos serviços de saúde.

Lucíola Rabello (2010) argumenta que a promoção da saúde é uma proposta de política pública mundial constituindo-se como um novo paradigma em saúde. Transcreve as proposições de Thomas Kuhn acerca desse conceito, nas quais o autor:

considera ‘paradigma’ as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência. (KUHN, 1992, p. 13, *apud* RABELLO, 2010, p. 21).

A autora ainda discorre que:

O paradigma que está sendo questionado com a ‘promoção da saúde’ é o paradigma flexeneriano, que se expressa através do individualismo, da especialização, da tecnologização e do curativismo na atenção à saúde, predominantes nas práticas de saúde.

E, ao incorporar as questões sociais e propor a interdisciplinaridade no cotidiano do trabalho dos diversos atores sociais, a proposta da promoção da saúde não se configura somente uma questão técnica, relacionando-se diretamente com a sociedade e com o Estado.

Ao mesmo tempo é notório constatar os desafios cotidianos enfrentados pela Promoção da Saúde no contexto da cidade do Rio de Janeiro, com todos os seus atravessamentos políticos, sociais e econômicos, e algumas perguntas se fazem presentes com a leitura da Carta de Ottawa: Como assegurar oportunidades e recursos igualitários em uma cidade extremamente desigual? Como oportunizar escolhas para uma existência com mais saúde, se grande parte da população carioca sobrevive cotidianamente? Como estruturar e coordenar ações intersetoriais de promoção da saúde, se estas são promulgadas por secretarias, governos e políticos, em sua maioria corruptos, que desviam verbas públicas? Como sensibilizar os outros setores em uma perspectiva de compreensão de que a promoção da saúde não é tema exclusivo do campo da saúde? Como sensibilizar outros setores quando se depara com uma família cercada por vulnerabilidades? Como pensar na promoção da saúde quando governos instituem teto de gastos em saúde e educação? Como discutir estratégias de territorialização em áreas conflagradas? Como pautar responsabilidade global em um mundo tão individualizado? Como iniciar um diálogo de promoção da saúde com os uberizados e com uma parcela da população sem direitos trabalhistas? Como existir com uma sensação de não pertencimento? Os desafios parecem postos aos trabalhadores que atuam na saúde e na educação pública da cidade do Rio de Janeiro. Apesar do extenso parágrafo interrogativo, surge outra pergunta: Quem cuida de quem cuida?

Na Coleção Saúde e Educação — Número 05 — *Mobilização, cidadania e participação comunitária* (MELO *et al.*, 2016), Adriana Miranda de Castro discute que a partir dos anos 70 “o questionamento das concepções acerca do processo saúde-enfermidade-tratamento retomou força e emergiram concepções de saúde que se pretendiam mais globalizantes, abordando sua relação com as condições de vida.” (2016, p. 103). A autora aponta proposições sobre a promoção da saúde que permitem maiores reflexões acerca das perguntas do parágrafo anterior, ao discorrer sobre a busca de caminhos ético-políticos que “valorizem modos de viver que se produzem na singularidade de diversos territórios existenciais, na potência de criação que reside nas diferentes maneiras de articulação e composição das forças e forma de viver (RIBEIRO, 2011).” Ainda declara que as novas concepções de saúde expostas nos documentos que versam sobre a promoção da saúde requerem ação intersetorial e menciona as potencialidades acerca da promoção da saúde ao

citar a possibilidade de produção de outros sentidos, direções, enunciados, fazeres, com outros modos de subjetivação e outras relações de poder (2016, p. 114).

Para tanto, é fundamental retomar a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com a Carta de Ottawa apontando a necessidade de pautar a promoção da saúde com dirigentes e governantes locais. Os participantes da conferência se comprometeram a:

atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores;

agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais;

atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;

reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;

reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade;

reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida;

a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública. (2002, p. 26).

Diante do exposto, é imperativo mencionar as outras conferências que se seguiram ao longo do final do século passado e à Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A Declaração de Adelaide, Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sediada em Adelaide, Austrália, em 1988, reafirmou a Carta de Ottawa, destacando a importância das políticas públicas saudáveis, o encorajamento de outros espaços que podem atuar na melhoria da saúde da população, como: sindicatos, comércio, indústria, associações acadêmicas e lideranças religiosas. Identifica quatro áreas prioritárias para promoção de saúde: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis.

A Terceira Conferência Internacional de Promoção de Saúde aconteceu em Sundsvall, na Suécia, em 1991, e aponta a relevância da justiça social em saúde, com compromissos claros com os grupos minoritários, com os mais pobres, com os povos indígenas e com as pessoas com deficiência física. Alerta sobre milhões de pessoas vivendo em extrema pobreza e privação, conflitos armados, crescimento populacional, migrações da área rural para área urbana, o grande número de pessoas vivendo em favelas, com falta de água potável, sem saneamento básico, sem alimentação adequada e acesso inadequado aos cuidados básicos de saúde, além de trazer o conceito amplo de ambiente incluindo as dimensões físicas — habitações, água, esgoto, lixo — e outras, tais como, sociais, políticas, econômicas (BRASIL, 2002, p. 41). A Conferência reconhece que a educação é direito humano básico.

A Declaração de Santafé de Bogotá é outra Conferência Internacional de Promoção da Saúde; aconteceu na Colômbia, em 1992, e tratou da promoção da saúde na América Latina, apontando os desafios da região e o exercício hercúleo de conciliar os interesses econômicos com os propósitos sociais, trabalhando pela solidariedade e equidade social. A Conferência, mesmo não sendo considerada internacional, publiciza a violência como uma das causas de problemas psicossociais, tornando-se questões de saúde pública.

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no ano de 1997 em Jacarta, Indonésia, e teve como tema central a Promoção da Saúde no Século XXI, incluindo o setor privado no apoio à promoção da saúde (2002, p. 49). Além das questões anunciadas nas conferências anteriores, a Conferência de Jacarta requer urgência no reconhecimento dos problemas de saúde mental e estabelece prioridades para a Promoção da Saúde no Século XXI.

A Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2000), realizada na Cidade do México em junho de 2000, reconhece que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos; a urgência na abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde; recomendando ações como colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; participação ativa da sociedade civil.

Uma nova Carta de Promoção da Saúde foi adotada na 6ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, em Bangkok, em agosto de 2005, afirmando que as políticas e as parcerias que visam empoderar as comunidades e melhorar a saúde e a equidade na saúde deveriam ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacional. Segundo a Carta de Bangkok, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece que a obtenção do mais alto nível de saúde é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano,

sem discriminação de raça, cor, sexo ou condição socioeconômica. Os participantes da Conferência apelam energicamente aos Estados Membros da OMS para diminuir a distância entre o discurso e a prática, partindo para políticas e parcerias dirigidas para a ação. A Carta complementa e se apoia nos valores, princípios e estratégias de ação da promoção da saúde estabelecidos pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, assim como as recomendações das conferências globais subsequentes de promoção da saúde que foram confirmadas pelos Estados Membros através da Assembleia Mundial da Saúde.

A 7ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde foi realizada em outubro de 2009, na cidade de Nairóbi, no Quênia, reiterando a urgência da promoção da saúde como uma estratégia para responder às preocupações emergentes, como: crise financeira, aquecimento global e mudanças climáticas, além de todos os temas e desafios postos nas conferências anteriores. Dentre os pontos levantados para discussão, vale destacar o enfrentamento à questão das desigualdades na distribuição da saúde por gênero, classe social, nível de renda, etnia, educação, ocupação e outras categorias. Anunciam a existência de três lacunas que carecem de esforços: a lacuna nos programas de saúde, em que as evidências sobre boas práticas de promoção da saúde poderiam ser incorporadas de forma mais eficaz; a lacuna na formulação de políticas e parcerias intersetoriais, em que os determinantes sociais da saúde ou os impactos injustos na saúde não foram considerados e a lacuna nos sistemas de saúde, tornando a capacidade de um sistema de saúde de promover a saúde em si um indicador de desempenho.

A 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Saúde em Todas as Políticas foi realizada em Helsinque, Finlândia, em junho de 2013, baseada na Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde (1978) e na Carta de Ottawa para Promoção da Saúde (1986), identificando a intersetorialidade e as políticas públicas saudáveis como elementos centrais para a promoção da saúde, o alcance da equidade em saúde e a realização da saúde como um direito humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social. Reconhece que os governos têm a responsabilidade de saúde de seu povo e que a equidade na saúde é uma expressão de justiça social. A Conferência evidencia priorizar a saúde e a equidade como responsabilidade central dos governos para com seus povos, afirmar a necessidade imperiosa e urgente de uma política eficaz de coerência para a saúde e o bem-estar e reconhecer que isso exigirá vontade política, coragem e visão estratégica.

A 9ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde aconteceu em Xangai, em novembro de 2016, com o tema Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável, reconhecendo que saúde e bem-estar são fundamentais para o desenvolvimento sustentável; promovendo a saúde

por meio da adoção de medidas destinadas ao cumprimento de todos os ODS; tomando decisões políticas ousadas para a saúde, no sentido do estabelecimento dos determinantes comerciais da saúde e seu enfrentamento; cidades e comunidades são ambientes essenciais para a saúde e os conhecimentos sanitários empoderam e promovem a equidade, destacando assim, a literacia em saúde. O professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Marco Akerman, entrevistado pela ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) destaca o Informe Final da Conferência, elaborado por Ilona Kickbusch e Don Nutbean, ao enfatizar o caráter político da Conferência: “saúde é política, portanto, escolhas e compromissos políticos são cruciais.”

A 10ª Conferência Global de Promoção da Saúde foi realizada virtualmente, em dezembro de 2021, em decorrência da pandemia de SARS-CoV-2, tendo como tema central bem-estar, equidade e desenvolvimento sustentável. No Portal Fiocruz, Adriana Castro (2021) destaca a força do Sistema Único de Saúde quando se acompanha os debates internacionais e a urgência de investimento em agendas intersetoriais, interseccionais e coletiva quando se discute a promoção da saúde. Enfatiza que é impossível pensar em saúde e bem-estar sem que exista alimentação, moradia, educação, trabalho, renda, lazer e democracia. Ilona Kickbusch (2021), também no Portal Fiocruz, aponta que é central compreender “que empoderamento é sobre protagonismo político para lutar pela garantia de saúde, equidade e bem-estar, de modo que precisamos reforçar o trabalho com territórios e suas comunidades na produção de soluções.” Ainda é necessário mencionar que a mudança climática, saúde urbana, literacia em saúde e saúde mental foram temas debatidos.

A Declaração de Astana foi realizada no ano de 2018, anunciando seu compromisso com a Atenção Primária, pela busca de saúde e bem-estar para todos, incluindo o acesso aos marginalizados e vulneráveis, com foco na equidade, eficácia e eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS). O documento analisado nesta dissertação é a versão preliminar para consulta, apontando que

para enfrentar os desafios de saúde e desenvolvimento da era moderna, precisamos de uma APS que:

- (1) empodere as pessoas e as comunidades para que sejam autoras de sua própria saúde, defensoras das políticas que a promovem e a protegem e, ainda, corresponsáveis pela construção da saúde e dos serviços sociais que para ela contribuem;
- (2) abordem os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde através de políticas com base em evidências e ações em todos os setores;
- (3) assegure uma saúde pública e uma atenção primária fortes ao longo de toda a vida das pessoas, como núcleo fundamental da prestação integrada de serviços. (2018, p. 1).

A conferência aponta que *vontade política* (tanto pública como privada), *conhecimento* (reforça o conhecimento adquirido da APS), *tecnologia e as pessoas*, são fatores que, aliados, poderão alavancar para o êxito da proposta deste evento. As tecnologias digitais, segundo o documento, “podem ser aproveitadas para melhorar a alfabetização em saúde, permitindo às pessoas e comunidades assumir o controle de sua própria saúde.” (2018, p. 2). As pessoas também merecem destaque, ao ser indicado que as mesmas têm acesso ao conhecimento, estão mais conectadas, reivindicando seus direitos à saúde, mas o próprio parágrafo sinaliza que mais da metade da população não tem acesso aos serviços de saúde.

A versão preliminar para consulta se repete sobre o empoderamento das pessoas, para que se tornem responsáveis por sua saúde, escolhendo estilos de vida saudáveis, como se essa condição fosse apenas da responsabilidade do sujeito. O segundo desafio apontado é fazer escolhas políticas audaciosas, evitando conflitos de interesses políticos e financeiros, as políticas de austeridade vigentes envolvendo a limitação de direitos sociais e reformas no sistema de saúde não são citadas, e o documento afirma que “melhoraremos a governança participativa dos sistemas de saúde, inclusive mediante engajamento e regulamentação do setor privado”. O terceiro desafio, segundo o texto, é colocar a saúde pública e a atenção primária no centro da cobertura universal de saúde, elencando prioridades, garantias, competências, melhores condições de trabalho, remuneração adequada, desenvolvimento profissional e outros. O último desafio é alinhar o apoio de parceiros com políticas, estratégias e planos nacionais, com recursos humanos, técnicos e financeiros que serão alocados para fortalecer a APS em todos os países.

No artigo *De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental*, os autores mencionam que depois de Alma-Ata, com a ascensão do conservadorismo na Europa e nos Estados Unidos, foram adotadas políticas neoliberais, com uma atenção primária seletiva e focalizada, contrapondo os enunciados da saúde como um direito universal da Declaração de Alma-Ata (GIOVANELLA *et al.*, 2019, p. 1).

Ligia de Salazar (2009), ao refletir tendências e enfoques sobre o aspecto universal da promoção da saúde especificamente por meio da experiência da América Latina, explana a existência de discussões frutíferas em torno dos conceitos, posições e controvérsias da avaliação da promoção da saúde e da saúde pública. Assim, como mencionado nas Conferências da Promoção da Saúde, a autora cita o reconhecimento urgente e obrigatório da promoção da saúde no contexto das decisões em políticas públicas e na conjuntura de

fortalecer a teoria e a prática da promoção da saúde e da própria saúde pública. Salazar expõe a conexão entre a saúde pública e a promoção da saúde:

A saúde pública com enfoque de promoção da saúde implica ações no campo social e político, a fim de enfrentar as iniquidades em saúde e os determinantes socioeconômicos que a influenciam e são por ela influenciados. Assim, a capacitação para modificá-los, por meio da criação de cenários promotores da saúde e da viabilização de processos de mudança, a partir de contextos sociopolíticos específicos, constituem indicadores para avaliar a eficácia dessas intervenções. (SALAZAR, 2009, p. 31).

Após o painel temporal a partir da Declaração de Alma-Ata até as conferências internacionais, faz-se necessário seguir com as proposições de Lucíola Rabello (2010, p. 10), em que são apontadas algumas questões que se aproximam das inquietações e do objeto desse estudo, ao dimensionar a promoção da saúde na atualidade, compreendida como uma reorientação estratégica do processo assistencial; e a medicina, ainda no século XXI, predominantemente, atendo-se a doença.

Rabello (2010, p. 11) enfatiza que a OMS, a partir das conferências internacionais que se seguiram à Ottawa, destaca

a importância da intersectorialidade na busca de impactos positivos das políticas públicas, reforçando a noção de “empoderamento”, como a capacidade de atuar e influir, denunciando a dívida social, na busca de equidade e desenvolvimento sustentável.

Outro aspecto considerado pela autora é que a atenção primária e a promoção da saúde não pretendem anular ou reduzir a importância da atenção médica; em outras palavras, não se trata de uma competição entre as orientações, e como menciona Tavares (2018), a promoção da saúde se caracteriza pela troca de saberes e diálogos, se estrutura pela diversidade.

A promoção da saúde é uma política pública de saúde mundial que precisa ser compreendida como um processo de construção e desconstrução; Rabello (2010) contextualiza essa política na contemporaneidade ao compreender que:

A promoção da saúde nos dias atuais demanda que a prática da atenção à saúde transcenda os conceitos normativos da medicina, em suas expressões clínicas e/ou de saúde pública, precisando ser construída e reconstruída em reconhecimento da realidade das experiências de vida dos pacientes, do significado existencial das suas condições e situações, o que do ponto de vista dos âmbitos federais de gestão pública implica também a consideração da participação política da sociedade civil organizada. A importância da discussão sobre a medicina, a saúde pública e a promoção da saúde devem-se à imbricação desses processos de desenvolvimento do cuidar da saúde, seja individual, seja coletiva. E na perspectiva da apropriação de conteúdo das ciências sociais, configura um imperativo à conformação da

construção social desses âmbitos do conhecimento e da práxis. (2010, p. 17).

No debate sobre a promoção da saúde, Rabello (2010, p. 22) afirma que essas discussões iniciaram em países desenvolvidos nos anos de 1990, e a partir de 1994, começam a ser incluídas na América Latina com o objetivo de tratar sobre os altos custos da atenção à saúde, o envelhecimento da população, o agravamento de patologias crônico-degenerativas e as condições de saúde das pessoas.

Ainda é indispensável marcar que a atenção primária à saúde está vinculada à promoção da saúde e à prevenção de enfermidades; necessitando do envolvimento de outros setores relacionados com a saúde, como educação, habitação, trabalho, renda, saneamento, lazer, assistência social, entre outros.

A partir do entendimento sobre a necessidade de articulação entre os setores, é necessário recorrer a Rabello (2010, p. 29) que ao analisar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, aponta que “as políticas intersetoriais e a participação social foram tomadas como retórica e pouco desenvolvidas”, com os dirigentes da saúde influenciados pelo pensamento médico flexeneriano, com o foco no estudo do adoecimento. Entende-se que a “atuação do Estado deveria ser mais educativa e informativa ao invés de apenas ressaltar as características da doença e da tecnologia” (RABELLO, 2010, p. 25) e neste sentido, é pertinente retomar o paradigma da Promoção da Saúde que elucida a amplitude dessa proposta de política pública:

O paradigma da ‘promoção da saúde’ aprovado na Carta de Ottawa, como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde. Assume a saúde em seu conceito mais amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida e pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e de mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio de autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e poder local. (2010, p. 22).

Torna-se necessário destacar após essas proposições o suplemento da Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (LEGGE *et al.*, 2020) quando anuncia na capa do seu editorial o trabalho desenvolvido pelo Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), “uma rede global de militantes da saúde e organizações ativistas que trabalham além das fronteiras para tornar realidade a visão de 1978 de ”Saúde para Todos”. O título é *O Movimento pela Saúde dos Povos: ação global em defesa do direito universal à saúde*, com artigos que publicizam os trabalhos que se conformam ao redor do mundo e, para efeitos de reflexão sobre o objeto deste estudo, destacam-se: *A escola como espaço de participação social e promoção da cidadania: a experiência de construção da participação em um ambiente escolar em Porto Alegre; Nenhum serviço de saúde a menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e*

direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro e Saúde para todos: a participação da sociedade civil na governança global em saúde.

Também é oportuno alinhar de que lugar esse estudo discorre sobre o entendimento do que é saúde, e após análises que partem da premissa do filósofo Georges Canguilhem, Rabello (2010), define-se que saúde:

[...] é uma categoria resultante da interação do homem como ser biológico, social e espiritual no contexto das organizações sociais, em cada momento histórico dado, expressando o nível de bem-estar físico, mental, social e espiritual do indivíduo, da família, do coletivo de trabalho e da comunidade. Assume-se então que a saúde é um valor universal, de defesa da vida, da cidadania, e por isso não pode ser tratada como mercadoria, não sendo um valor que possa depender de políticas de mercado (LEWIS, 1987). Tampouco é um setor isolado da realidade dos países, sofrendo, portanto, todos os efeitos das políticas governamentais. (2010, p. 32).

Ao debater *A Medicina como Instituição Social*, Rabello (2010, p. 46) anuncia que “para a prática da promoção da saúde é essencial o conceito da ‘construção social da doença’ e os fatores que têm um papel fundamental nesta construção”; sendo estes fatores econômicos, biológicos, políticos, sociais, culturais, emocionais. Ainda discute *A Boa Sociedade como Possibilidade da Promoção da Saúde*, em que esta é definida pelos institucionalistas por meio de “um governo ativista e democrático que trabalha para todos os cidadãos com o objetivo de assegurar direitos e de agir como um veículo para a constante modificação das regras de trabalho e instituições” (2010, p. 57). Essa definição, na atualidade, pode assumir um tom barroco, de luz e sombras, uma discussão que atravessa a contemporaneidade, com aumento das violências, “aumento da privatização da esfera pública, ascensão do poder de pressão dos grupos de interesse”, como diz Rabello (2010, p. 59); aumento do número de cidadãos desempregados, com uma parte da população em situação de miserabilidade.

4.1 A SAÚDE PÚBLICA E O CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Rabello (2010) apresenta o conceito de saúde pública a partir da definição de George Rosen (1994), que “diz respeito à consciência desenvolvida por parte da comunidade, da importância de seu papel na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (ROSEN, 1994, *apud* RABELLO, 2010, p. 65). Discorre citando Paim & Almeida (1998, *apud* RABELLO, 2010, p. 65) anunciando que a saúde pública é uma prática social, uma construção histórica. Dentre vários pontos relevantes é necessário destacar que a “interseção

entre saúde pública e democracia demanda investigação por parte de todos os envolvidos no processo.” (2010, p. 66).

Relata que, antes dos anos 80, a saúde pública era centralizada na ação dos governos; e após algumas propostas para a saúde pública no decorrer dos anos, se direcionou para uma conformação entre o governo e a cidadania, na qual o Estado é entendido como regulador desse processo de atenção. Para que não restem dúvidas sobre tal responsabilidade, Rabello (2010) anuncia que:

O Estado tem como responsabilidade cuidar da situação de saúde das populações sob sua jurisdição e dessa forma propiciar condições de desenvolvimento para o país. Na prática, a forma como o Estado configura-se e se expressa concretamente, através das ações de governo, vai influenciar distintos ordenamentos dos condicionantes sociais da saúde. O que não significa que o Estado seja o único responsável por estes determinantes, mas é o mais expressivo. (2010, p. 71).

Ao discutir o campo da promoção da saúde, Rabello (2010) discorre que a maioria dos projetos de promoção da saúde tem um enfoque behaviorista; sinaliza que propostas governamentais, em sua maioria, não são ações para que as pessoas se conscientizem sobre os seus direitos como cidadãos; e compreende que política pública “é um conjunto de diretrizes e valores a partir de quais decisões são tomadas.” (O’NEILL & PEDERSON, 1992; PINDER, 1994, 2010, p. 74).

Rabello (2010) argumenta que autonomia do sujeito e o empoderamento são caminhos percorridos com muita dificuldade, tanto pelos indivíduos, quanto pelos trabalhadores da saúde, mediante o pouco tempo dedicado aos encontros, sendo oportuno indagar se essas propostas são discutidas em algum momento nas reuniões de equipe ou espaços de discussão entre os trabalhadores da saúde. Ainda sobre essa temática, a autora argumenta:

A autonomia possível é dependente de muitas variáveis fora do controle, tanto das pessoas quanto dos profissionais que viabilizam na prática a promoção da saúde, pois se inscreve no espaço da realidade social, das crenças, dos valores, das ideologias, dos conhecimentos acumulados sobre saúde, das condições básicas materiais de vida — o que certamente transcende as políticas públicas de saúde. (RABELLO, 2010, p. 74).

É necessário retomar as proposições de Rabello (2010, p. 74) ao contextualizar que “o exercício da cidadania na promoção da saúde implica estabelecer os limites entre o que é responsabilidade do Estado e responsabilidade dos cidadãos e cidadãs em relação ao seu próprio bem-estar”; mediante tal complexidade na prática dos serviços de saúde, é possível refletir o desafio de discutir a temática ao qual esse estudo se propõe, compreendendo por

meio de outra colocação de Rabello (2010, p. 74) que “o espaço entre a normativa das ações de saúde e o comportamento das pessoas é muito tênue e ao mesmo tempo muito amplo e possibilitador de todo tipo de consequências.”

Após discorrer sobre a promoção da saúde ser nomeada de “movimento da promoção da saúde”, Rabello (2010, p. 77) comenta que muitos autores criticam que a promoção da saúde seja chamada de movimento; e esclarece que alguns teóricos usam o termo “nova saúde pública ou “nova promoção da saúde”. Mediante o desafio posto por essa proposição, a autora aborda que a promoção da saúde também se constitui a partir do conhecimento de outras disciplinas como métodos de resolução de problemas e que “toda promoção da saúde é preconcebida, é toda baseada em valores humanos de algum tipo e, portanto, em última instância, inspirada em algum tipo de filosofia política, mesmo se os promotores da saúde estejam inconscientes disso” (SEEDHOUSE, 2000, *apud* RABELLO, 2010, p. 77).

O campo da promoção da saúde é amplo e repleto de proposições, possibilitando discussões profícuas sobre a temática do suicídio nas juventudes; mas para tanto, ainda é oportuno apresentar o lugar da promoção da saúde no século XXI:

A promoção da saúde tem contribuído para renovação do pensamento sanitário contemporâneo buscando contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que domina o pensamento sanitário desde o século XX. Resgata de alguma maneira o papel dos determinantes sociais no processo saúde/doença, presente no ideário da medicina social do século XIX, defendendo ações que incorporem a articulação intersetorial, as abordagens interdisciplinares e a participação social. Ao considerar todos os fatores causais da saúde e doença, amplia o alcance das ações para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. Realiza, em paralelo, uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia e a ecologia, introduzindo novas ideias, linguagens e conceitos sobre a saúde e sobre a maneira de produzi-la. (RABELLO, 2010, p. 80).

A partir da Carta de Ottawa (1986), que amplia o entendimento sobre a promoção da saúde e tem entre os seus eixos de ação a reorientação dos serviços de saúde, Tavares *et al.* (2018) descrevem que:

[...] a promoção da saúde não trabalha com o igual, mas sim com a diferença e, portanto, com as especificidades e provocações do outro. Ao operacionalizar a promoção da saúde, criam-se possibilidades de reafirmar a vida e a saúde dando respostas às condições de vida e saúde das populações. (ROCHA, 2015, *apud* TAVARES *et al.*, 2018, p. 110).

Ainda é necessário contextualizar que a promoção da saúde é um campo da saúde pública/coletiva, considerando os conhecimentos científicos e populares nessa construção,

compreendendo que os desafios se constituem nas articulações entre esses conhecimentos e nos processos de intervenção e que as formas de existir se modificam permanentemente (TAVARES *et al.*, 2018).

A discussão de produzir saúde se configura, em muitos espaços, apenas na consulta, na prescrição, na medicação e a construção do cuidado somente por essa perspectiva pode produzir um entendimento de desresponsabilização no indivíduo com a sua própria saúde, como se a produção da saúde estivesse apenas ao outro. Para tanto, Rocha (2015, *apud* TAVARES *et al.*, 2018, p. 113) aponta que:

Produzir saúde a partir de si, do trabalhador da saúde, na direção do outro, preocupando-se com o outro, com sua vida e sua morte, com responsabilidade, antes de pensar em si mesmo, seria uma forma de cuidado que não se faz em função de si, mas, antes de tudo, se faz em função do(s) outro(s) e no encontro com o(s) outro(s).

Antes de avançar para a literacia em saúde é imperativo diferenciar a prevenção da promoção da saúde, sublinhando as proposições de Czeresnia (2009) a partir do olhar de Bressan (2011, p. 32):

Czeresnia destaca que prevenir significa preparar, evitar, algo que exige uma atuação antecipada. As ações preventivas são específicas e tem como base o conhecimento epidemiológico moderno que visa o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução de risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Já a promoção da saúde trata de medidas amplas, significa dar impulso, fomentar, gerar. As estratégias enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, através da articulação política de diferentes setores, quer dizer, possui uma base intersetorial visto que os determinantes da saúde e/ou da doença são externos ao setor saúde. Para Czeresnia, a promoção da saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva de enfrentar os determinantes e condicionantes da saúde deve, portanto, encontrar mecanismos para compreender e intervir na realidade. Além disso, promover saúde envolve escolhas o que demanda novas formas de potencializar a autonomia e a vitalidade (saúde) dos sujeitos. Acrescenta que existem duas questões fundamentais e interligadas. Uma é a necessidade da reflexão filosófica e a outra é a conseqüente reconfiguração da educação/comunicação nas práticas de saúde.

4.2 LITERACIA EM SAÚDE

Dentre inúmeras proposições sobre o cuidado em saúde, é imprescindível trazer o conceito de literacia em saúde, com Kickbusch (2001) utilizando o conceito de competência em saúde, no qual o indivíduo tem a capacidade de tomar decisões na sua vida cotidiana. Compreende-se que, para tal, é necessário que o indivíduo tenha acesso aos processos de emancipação; frequente espaços, quando estes existem, para se discutir sobre sua

individualidade no coletivo; o desenvolvimento de suas potencialidades; o reconhecimento das suas fragilidades; discutir sobre autonomia e empoderamento; problematizar sobre o entendimento da palavra “escolhas”, quando estas são oportunizadas; com o intuito de acessar e produzir novos modos de existir. Tavares *et al.* (2018) destacam que a literacia crítica em saúde se estrutura a partir da integralidade do sujeito, utilizando metodologias pedagógicas participativas que “promovam a discussão crítica das relações existentes entre os comportamentos individuais, a situação de saúde em contextos e cenários específicos e os riscos para a saúde.” (2018, p. 115).

A literacia em saúde diz respeito não só às potencialidades dos sujeitos e grupos, mas também de que modo o trabalhador compreende sua prática (literacia do profissional ao incorporar novas práticas que aproximam à promoção da saúde pós Ottawa, incluindo, entre outros, o incentivo no outro no cuidar-se, o cuidar de si, que não deve ser confundido com a definição conceitual de cuidado de si de Foucault (1985), mas implica o cuidado mais amplo, diferente da expressão autocuidado, o cuidado com a vida, o mundo, os outros, no sentido de Canguilhem (1982) produzindo um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas. De produzir novas normalidades entendendo a vida permanentemente re-instauradora (TAVARES *et al.*, 2018, p. 113). É fundamental publicizar que a literacia crítica em saúde é considerada um capital cultural, contextualizado na citação a seguir:

A literacia crítica em saúde (*critical health literacy*), que acumula a alfabetização em saúde e a conseqüente orientação a um estilo de vida saudável, pode ser considerada como uma forma específica de capital cultural incorporado, já que é recurso sociocultural para saúde e reflete o potencial dinâmico disparado como resposta às desigualdades sociais de produção e distribuição de saúde. (ABEL, 2010, *apud* TAVARES, 2018, p. 115). É compreendida, portanto, como uma expressão do capital cultural que se relaciona à mobilização de competências e a capacidade em intervenções de promoção da saúde e toma como ponto de mudança os processos que culminem em ações de educação para saúde, que apresenta esses conceitos como centrais para a ação, apreendidos e tornados factíveis à situação contextual pela literacia crítica. (AFONSO, 2013, *apud* TAVARES, 2018, p. 115).

Literacia em saúde é um conceito multidimensional (letramento, alfabetização); e pode ser entendida como capacidade individual de compreender, refletir e tomar decisões a partir da identificação dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e o “realinhamento” com suas potencialidades/habilidades pessoais, repercutindo nas ações da dimensão individual e coletiva com vistas à melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento social sustentável” (ABEL, 2010, *apud* TAVARES, 2018, p. 115). Segundo Tavares *et al.* (2018, p. 114) essa proposição:

[...] vem ampliando-se, abrangendo um conjunto complexo de habilidades e competências, como: leitura e interpretação de informações sobre saúde; comunicação com os profissionais de saúde; interpretação crítica de mensagens veiculadas pelos meios de comunicação em massa; conhecimento e utilização do capital e recursos da comunidade, entre outras.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi publicada em 2006, tendo como objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes — modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (2006, p. 13), propondo uma política transversal, integrada e intersetorial, dialogando com outros setores, públicos e privados, construindo rede de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, de modo participativo e inclusivo, com vistas à ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades.

O Ministério da Saúde redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2014 a partir de uma discussão ampla, democrática e participativa, em que se entende a importância de articulação com outras políticas públicas. Tal entendimento atravessa diversos autores que discutem a Promoção da Saúde; e para tanto é necessário expor a análise desses autores sobre a PNPS, com Akerman *et al.* (2016) considerando que para o fortalecimento da política torna-se:

imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade do setor sanitário responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde, reconhecendo, a priori, que as ações de promoção e prevenção precisam ser realizadas – sempre – de forma articulada com outras políticas públicas, com as demais esferas de governo e com a sociedade civil organizada para que tenhamos sucesso. (2016, p. 8).

4.3 INTERSETORIALIDADE

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2012) cria um *Glossário Temático: Promoção da Saúde* e define *intersetorialidade* como modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para intervir nos determinantes sociais. A intersetorialidade tem como princípios a corresponsabilidade, a cogestão e a coparticipação entre os diversos setores e políticas em prol de um projeto comum. Implica o estabelecimento de relações de poder horizontais, exigindo processos de pactuação para enfrentamento de conflitos e problemas (2012, p. 24).

Entende-se por rede intersetorial: assistentes sociais, educadores, policiais militares, bombeiros, profissionais de saúde, que se inserem nas instituições, organizações não governamentais, lideranças comunitárias, entre outros. O projeto “*Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio*” financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com a SES-RS (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul), de 2009/2010, enfatiza que a intersetorialidade é composta por pessoas e pelas articulações entre elas, que são mais importantes do que as instituições e as convenções formais. Sublinha que as trocas de informações entre os profissionais podem fornecer elementos importantes para o estabelecimento de um plano de cuidados adequado e de cooperação entre todos, para que os profissionais enfrentem melhor a complexidade dos problemas envolvidos. Países como Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Japão e Suécia vêm obtendo sucesso no enfrentamento do suicídio, utilizando estratégias que envolvem diversos setores da sociedade, de forma articulada, cada um cumprindo o seu papel específico dentro das várias etapas da prevenção e controle do suicídio.

Há de se considerar também a dificuldade dos familiares ao abordarem o assunto, sendo comuns os sentimentos de culpa por não terem percebidos os sinais, a sensação de raiva e impotência, cobranças internas e o medo ao perceber a própria vulnerabilidade. Algumas famílias estabelecem um “pacto de silêncio” e o assunto não é mencionado nem entre eles.

Segundo Paula Fontenelle (2008) os sintomas mais comuns nos sobreviventes (familiares) do suicídio são: dormência física, anestesia emocional, desprendimento da realidade, isolamento, perda de interesse e incapacidade de sentir emoções, principalmente relacionadas à intimidade, sexualidade e afetos, dificuldades de dormir e permanecer dormindo e dificuldade de concentração. Os sobreviventes precisam de um espaço em que possam falar das suas emoções e sofrimento.

A intersetorialidade se constitui em um mecanismo estratégico fundamental para a sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde. A ação intersetorial supõe uma mudança paradigmática calcada em valores e concepções relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado, que se expressam nas representações e nas práticas dos diferentes atores institucionais, modulando as possibilidades de consolidação dessa ação. A implementação das ações intersetoriais é influenciada pelas características contextuais da distribuição de poder e das relações estabelecidas entre os diversos atores sociais (BARROS, 2020).

Sonia Acioli (2007) aponta uma concepção básica sobre a temática: configuração de vínculos interpessoais entrecruzados, conectados, de forma inespecífica, às ações das pessoas

e às instituições da sociedade. Laura C. M. Feuerwerker & Heloniza Costa (2000) contextualizam o lugar da intersetorialidade para se pensar o trabalho:

A articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (...) mais que um conceito a intersetorialidade é, neste momento, uma prática social (2000, p. 26).

Esta temática propõe reorientação das práticas dos trabalhadores de saúde para atuarem no acolhimento e cuidado (mediante os pressupostos da promoção da saúde) do jovem que tentou suicídio, e a vinculação a esses pressupostos sugere a reorientação dos serviços de saúde e da formação das equipes, de modo que incluam na problemática saúde e doença, os determinantes sociais da saúde e na organização do cuidado, ações intersetoriais. Propõem-se as principais diretrizes da educação permanente como estratégia pedagógica para alcance de práticas de saúde e desenvolvimento social por parte da equipe de saúde, sendo estas prerrogativas básicas da promoção da saúde.

Portanto, é necessária maior proximidade com as proposições críticas e reflexivas apontadas pelas autoras para se pensar o campo da promoção da saúde “como um lugar analítico e metodológico, em que é possível reconhecer a natureza complexa, interdisciplinar e intersetorial das práticas de saúde.” (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018, p. 34).

Deste modo, é imprescindível dimensionar os limites, compreendendo a importância de articulações intersetoriais sobre a temática do suicídio, entendendo que as tentativas de suicídio e a morte por suicídios se configuram como uma questão de saúde pública. Por isso, é necessário construir e implicar outros setores das esferas públicas, a fim de garantir e fortalecer estratégias e organização do cuidado compartilhada com os outros setores para além do setor saúde.

Tavares *et al.* (2018), ao revisarem a trajetória das mudanças e dos avanços do sistema de saúde no Brasil, discorrem sobre o esgotamento do modelo centralizado, com intervenções em saúde setorializadas, verticalizadas e assistencialistas nos anos de 1980. Apontam o compromisso do direito universal à saúde (Constituição Brasileira de 1988), com aposta na descentralização, integralidade e redução das iniquidades em saúde como princípios orientadores das estratégias de mudança. Discutem que a prática de saúde é interpretada como prática social; e que os perfis de saúde “estão profundamente articulados às desigualdades sociais, à conformação das comunidades, às resistências e aos compromissos entre múltiplos atores sociais e aos efeitos locais do conjunto de políticas públicas.” (2018, p. 34).

Para as autoras, a promoção de saúde pode ser entendida como estratégia de articulação entre a saúde do indivíduo e as políticas públicas. Compreendem que a promoção da saúde se conforma como um processo de transformação contínuo e transversal, atrelado à formação crítica e reflexiva dos trabalhadores da saúde e, por sua vez, comprometidos com a diversidade dos contextos sociais e locais e, com o intuito de melhorar as condições de vida e saúde.

Nesse contexto, ao discorrer sobre a promoção da saúde na Atenção Básica no Brasil, Tavares *et al.* (2018, p. 35) sinalizam a urgência sobre o pensar e o fazer sanitários, a partir do esgotamento do paradigma biomédico, a mudança de perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos e culturais contemporâneos e contextualizam o modelo assistencial de saúde atual:

A implantação do SUS significou a mudança de um modelo assistencial de saúde, com base no princípio contributivo e centralizado, para um modelo de direito legal de acesso gratuito a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, universal e descentralizado. Nesse sentido, aproxima-se dos requisitos teóricos e metodológicos da promoção da saúde propostos na Carta de Ottawa (1986). (CARVALHO, 2007, *apud* TAVARES, p. 35).

Outro aspecto a ser considerado é o entendimento de que as ações de promoção da saúde no país surgem no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao se discutir sobre as desigualdades sociais, democracia, desenvolvimento humano e saúde no campo da saúde coletiva. Tavares *et al.* (2018, p. 36) apontam as três dimensões que conformam essa proposição:

[...] no sistema de atenção à saúde, com ênfase na desmedicalização e no acolhimento e apoio a indivíduos e grupos na construção da autonomia e do empoderamento vis-à-vis ao planejamento e desenvolvimento de ações específicas de promoção da saúde, no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família (ESF); na gestão e no desenvolvimento local, em que se propõe a implementação de ações intersetoriais pela saúde e qualidade de vida, como resultado e como motivação para o empoderamento das populações e sujeitos; na formulação de políticas e diretrizes gerais para o desenvolvimento sustentável e com qualidade de vida (CARVALHO, 2006, *apud* TAVARES, p. 36).

Para Tavares *et al.* (2018) a Atenção Básica é o lugar privilegiado para a promoção de saúde, por se tratar de um espaço propício para tratamento equitativo e integral; com possibilidades de maior participação individual e coletiva para os temas relacionados à saúde;

compreendendo a importância de acompanhar as agendas políticas da promoção da saúde nas esferas governamentais.

Além disso, mediante a complexidade dos fenômenos sociais e a relação com a saúde, o texto expõe estratégias básicas com o intuito de ampliar a compreensão da promoção da saúde no âmbito do SUS. Estas são denominadas de atributos de mediação, de capacitação e da defesa da saúde (*advocacy*). A mediação se configurando com um facilitador do processo de mudança; a capacitação se desenhando como um atributo na mobilização de competências; e a defesa da saúde se constituindo como a base da ação intersetorial.

É preponderante assinalar outros aspectos sobre a promoção da saúde no Brasil ao discutir a reestruturação dos determinantes sociais da saúde; projetos municipais de cidades saudáveis, abordagem político-pedagógica de Paulo Freire; propostas metodológicas de educação em saúde de Hortência de Holanda; movimentos de educação popular em saúde; diretrizes da promoção de saúde que estruturam projetos da ESF e da Atenção Básica; a promoção da saúde sendo tratada de forma não prioritária pela academia e pelo próprio setor saúde, com programas verticalizados (TAVARES *et al.*, 2018).

Também é necessário enfatizar a necessidade de ações intersetoriais que discutam o planejamento urbano. Tavares *et al.* (2018, p. 42) traçam um painel ao destacarem que mediante os inúmeros processos sociais que influenciam a saúde emerge a necessidade de se pensar a promoção de saúde de forma mais integrada e abrangente. E apontam: “para que se efetive o diálogo intersetorial, a reflexão sobre os mecanismos de governança que estruturam a gestão das práticas sociais e de saúde configura uma estratégia central para maior efetividade das intervenções.” (2018, p. 43). Marcam a experiência do Programa Bolsa Família como um programa de combate à pobreza, de articulação intersetorial e de equidade, que oportunizou acesso aos serviços públicos (educação, saúde e assistência).

Outro momento que há de ser considerado é o debate internacional sobre governança intersetorial, compreendida como:

[...] participação/control social, integralidade na articulação de ações de promoção de saúde, prevenção e atenção aos enfermos, estratégias organizadas para reunir setores-chave, como saúde, ambiente, saneamento, habitação, trabalho, transporte, alimentação educação, esporte e lazer, e para organizar oferta de programas e atividades conjuntas e complementares. (2018, p. 43).

Tavares *et al.* (2018) enunciam a intersetorialidade como uma nova lógica na reorientação dos serviços de saúde a partir da Constituição de 1988 e a criação de SUS em 1990; proporcionando a compreensão multidimensional e ampla da problemática acerca da

atenção à saúde; a intersetorialidade como uma forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas voltadas para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde (BRONZO & VEIGA, 2007, *apud* TAVARES *et al.*, 2018, p. 44).

Tendo em vista o objeto desse estudo ao se discutir a atuação dos trabalhadores de saúde frente uma temática de saúde pública, há de se demarcar uma passagem sobre a formação dos trabalhadores de saúde e a intersetorialidade:

No caso da formação profissional em saúde, é importante reafirmar o compromisso com o agir intersetorial. Na verdade, a ESF, como estruturante da Atenção Básica, traz aos trabalhadores da saúde o desafio de rever suas práticas diante do paradigma de produção social da saúde, que a aproxima do modelo de determinação social da saúde e da doença, procurando articular múltiplas e diferentes dimensões da vida. Com isso é possível amadurecer a compreensão dos modos e estilos de vida, dos efeitos de fatores culturais e práticas sociais e do alcance do enfoque ecossistêmico da saúde (SCLIAR, 2007). Sem dúvida, o investimento na formação de profissionais capacitados para lidar com um foco mais abrangente no campo da Atenção Primária à Saúde contribuiu para a intersetorialidade. (CHIESA, 2003). (TAVARES *et al.*, 2018, p. 48).

Dentre os limites e perspectivas que abarcam a intersetorialidade, Tavares *et al.* (2018, p. 49) destacam: a natureza complexa do processo saúde-doença; a ausência de cultura avaliativa no Brasil, a complexidade e diferenças territoriais, os processos decisórios verticalizados, a descontinuidade administrativa, a debilidade da articulação intersetorial, a superposição de sistemas de informação e a baixa capacitação técnica. Aludem alguns caminhos:

políticas voltadas para a redução das desigualdades sociais, estímulo a participação comunitária, aumento da escolaridade, melhoria da infraestrutura sanitária, por exemplo, passam a ser reconhecidas como intervenções prioritárias para a melhoria das condições de saúde da população. (TAVARES *et al.*, 2018, p. 50).

Ainda sobre os desafios apresentados pelas autoras (TAVARES *et al.*, 2018), é essencial que os trabalhadores de saúde sejam sensibilizados, convocados, mesmo com todas as adversidades que atravessam cotidianamente o setor saúde, para atuarem de forma intersetorial no enfrentamento do processo saúde-doença.

Compreender novos modos de atuação pode ser libertador para os trabalhadores de saúde que, na maioria das vezes, são abarcados por arranjos institucionais verticalizados, explicativos, desconsiderando os espaços sociais e suas potencialidades, pouco discutindo sobre os modos de vida, com pouco espaço para refletir sobre sua prática, desconhecendo, em muitos momentos, o lugar dialético que ocupam. Ao mesmo tempo em que é constantemente

atravessada por mudanças institucionais que reproduzem os interesses das classes dominantes, a saúde, assim como a educação, também é um espaço de transformações sociais, de desenvolvimento das potencialidades que possibilitam intervenções na realidade social.

Atentando-se a essas proposições é pertinente relatar uma breve e singular experiência intersetorial com um grupo de jovens que se automutilavam em uma escola pública no município do Rio de Janeiro. A escola era acompanhada por dois profissionais que atuavam intersetorialmente e acionaram o Programa de Saúde na Escola (PSE) para uma ação interventiva com esses jovens no espaço escolar, em dia e horário previamente combinados.

Após duas rodas de conversa, os jovens sinalizaram que o papo não era prescritivo e externam a necessidade de novos encontros. No terceiro encontro, após uma atividade que discutia a linha do tempo da existência de cada um desses jovens, com fatos, episódios e histórias, a maioria compartilhou que o contexto familiar era um dos motivos da automutilação, com brigas, atitudes de violência e desentendimentos entre eles e os familiares.

Ainda nesse encontro, dividiram que se automutilavam para aliviar as dores, angústias e sofrimento e que além do alívio dos cortes, alguns deles curtiam cozinhar. Eis que surge a possibilidade de atuar intersetorialmente, acionando um parceiro territorial que pudesse oferecer uma oficina de culinária para esses jovens.

Toda proposta de atuação deve ser discutida entre os pares, compreendendo limites e potencialidades e; dentre os primeiros, se configuram a dificuldade de retirar os alunos do espaço escolar, a passagem de ida e volta até a oficina, o tempo de articulação de qualquer proposta intersetorial que não é contabilizada por gestores e as potencialidades se confirmam ao vê-los em outro espaço, com a mão na massa na produção dos biscoitos que seriam servidos como sobremesa para população em situação de rua daquele território.

Ainda sobre os limites, os mesmos se apresentaram na tentativa de continuidade desta ação no espaço escolar. A intencionalidade era que os alunos pudessem reproduzir a oficina de culinária para os colegas; e para que isso acontecesse seriam necessárias novas construções e mobilizações no espaço escolar. A oficina no espaço escolar não aconteceu; os jovens foram referenciados para as unidades básicas de saúde de forma individual; outras prioridades se apresentaram no espaço escolar e a quantidade de profissionais que atuam no PSE se mostra insuficiente para articular, monitorar, avaliar e discutir propostas mais efetivas para os jovens cariocas.

4.4 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Sarah Escorel e Marcelo Rasga Moreira (2012) articulam uma definição sobre a *Participação Social*, compreendendo que esta, a priori, é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se a polissemia e a amplitude do vocábulo “participação”, mas reconhece-se que esta palavra está localizada, histórica e socialmente:

constituída em uma relação que envolve tomada de decisão, por ténue que seja, na qual o indivíduo propõe-se a interagir com outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito — cultural, econômico ou político. (GIOVANELLA, 2012, p. 853).

Compreende-se também a existência de outros exemplos polissêmicos desta palavra que se conformam em categorias: participação social, participação popular e participação comunitária. Os autores referenciam Paulo Freire em suas proposições, que estão entrelaçadas com a liberdade, a autonomia, a diversidade e a coletividade e partem da compreensão que o indivíduo se constrói como um sujeito social.

Dayrell (2003) ilumina aspectos da juventude com seu artigo *O jovem como sujeito social* ao apontar que os jovens, cotidianamente, estão atrelados a várias imagens sociais, “modelos” construídos socialmente, com imagens vinculadas aos momentos de crise, ao romantismo e pela sua condição de transitoriedade, um “vir a ser”, no futuro, dificultando, segundo o autor, a nossa maneira de compreender as juventudes, negando o presente vivido e suas potencialidades (DAYRELL, 2003). A palavra “juventudes” é exposta no plural com o intuito de enfatizar a diversidade e pluralidade de modos de ser jovem na contemporaneidade. O artigo menciona alguns direcionamentos para compreender o jovem como um sujeito social, não reduzindo esta proposição a uma opção teórica, assumindo uma postura metodológica e ética também no seu cotidiano como educador. Eis a definição:

Para efeitos desta análise, assumi a definição de Charlot (2000, p. 33 e 51), para quem o sujeito é um ser humano aberto a um mundo que possui uma historicidade; é portador de desejos, e é movido por eles, além de estar em relação com outros seres humanos, eles também sujeitos. Ao mesmo tempo, o sujeito é um ser social, com uma determinada origem familiar, que ocupa um determinado lugar social e se encontra inserido em relações sociais. Finalmente, o sujeito é um ser singular, que tem uma história, que interpreta o mundo e dá-lhe sentido, assim como dá sentido à posição que ocupa nele, às suas relações com os outros, à sua própria história e à sua singularidade. (2002, p. 42).

Após esta importante contribuição sobre o jovem como sujeito social, pode-se pensar a juventude na construção dos processos sociais, mas se faz necessário retomar os motivos da

não participação social, destacando: a ausência de oportunidades, o desconhecimento da possibilidade de participação e o desinteresse, bem como esclarecer o objetivo da participação social; os condicionantes da participação dos sujeitos: idade (geração), sexo, camada social, grau de instrução, normas e valores e a socialização política (a aprendizagem das crianças e dos adolescentes no decorrer da sua existência sobre os direitos, os deveres e as orientações políticas). Escorel e Moreira (2012), após perpassarem elucidativamente pelos aspectos, atributos e características que conformam a categoria de participação social, a compreendem como:

[...] um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens políticos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão. (2012, p. 858).

Historicamente são expostos os caminhos que envolvem a participação social e a democracia ao longo dos últimos séculos, clarificando os processos que estão conectados ao que os autores nomeiam de uma categoria guarda-chuva, complexa, com múltiplas e variadas definições. Relatam que no início do século XXI, “as democracias representativas defrontam-se com o desprestígio de seus ideais democráticos”; atravessando processos eleitorais e parlamentares desacreditados. Como exercício de exemplificar o desprestígio, o desencanto e a descrença dos processos acima citados, é evidenciado que milhares de chilenos decidiram romper com seus partidos políticos a partir de 18 de outubro de 2018, segundo o jornal El País, datado de 15 de fevereiro de 2020.

Ainda sobre o tema, é destacado que a participação é uma experiência recente e pouco desenvolvida no Brasil e; a Constituição Federal, promulgada em 1988, denominada como Constituição Cidadã, garante a participação social através das eleições diretas, plebiscitos, referendo e iniciativa popular. É de suma importância ressaltar as duas potencialidades de aprofundamento e inovação em termos participativos:

[...] o orçamento participativo, no qual os sujeitos se organizam para definir as prioridades de alocação de recursos; e os conselhos gestores, que representam a participação dos sujeitos em instâncias colegiadas com caráter deliberativo sobre determinados setores das políticas sociais, como os de saúde, criança e adolescente, educação. (p. 865).

Outro aspecto a ser considerado no exercício de alinhar a participação social e a promoção da saúde é reiterar que a participação social, também chamada de participação

comunitária, foi considerada um ponto estruturante da Reforma Sanitária e também adotada em programas de extensão em saúde a partir da proposta da Conferência de Atenção Primária de Saúde de Alma-Ata (1978). No ano de 1986, o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) preconiza a criação dos conselhos de saúde compostos por representantes eleitos pela comunidade (2012, p. 868) e a participação desta na gestão do SUS acontece através dos Conselhos de Saúde e foi regulamentada pela Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Por fim, os autores apontam que os avanços e os desafios se conformam no cotidiano desta experiência participativa, sendo esta considerada um processo de aprendizagem; com ênfase “no respeito às diferenças, na ampliação dos espaços de convivência e debate político.” (2012, p. 88).

5 CUIDADO

É indiscutível que os tópicos abordados sobre o cuidado e a integralidade provocam e promovem reflexões, gerando outras inquietudes que se direcionam na busca de novos sentidos com a possibilidade de compreensão da temática inserida no contexto da Saúde Pública. O cuidado, entendido enquanto relação, é um dos alicerces da Promoção da Saúde; a integralidade é outro conceito preconizado por outros autores que também discutem o cuidado e, para tanto, torna-se importante discorrer alguns apontamentos sobre a integralidade, delineando o cuidado como um percurso a ser seguido no processo de construção e discussão deste estudo, compreendendo, segundo Mattos (2004), que “promoção é diálogo, é encontro intersubjetivo, é captação sensível das necessidades singulares dos sujeitos.” (2018, p. 89).

Ruben Araujo de Mattos (2001), em *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*, dedica seu texto à memória de David Capistrano Filho ao dizer que “temos uma dívida muito grande com os desassistidos e eles têm pressa...”

Mattos (2001) discorre sobre a Constituição reconhecendo a importância pública das ações e serviços de saúde; alerta o leitor sobre o risco de definir ou responder o que é integralidade e essa suposta definição poderia reduzir os sentidos do termo ou silenciar algumas indagações; cita o movimento da medicina integral no Brasil, a Medicina Preventiva, o movimento sanitário e o surgimento da Saúde Coletiva (2001). Mattos (2001) avança apontando uma primeira definição de integralidade ao exemplificar o médico que usa seu conhecimento para antever um sofrimento para além da queixa inicial do paciente, sendo esta considerada uma boa prática da biomedicina; um segundo conjunto de sentidos da integralidade relacionado mais diretamente com a organização dos serviços e práticas em saúde, apontando a importância de ficar atento à integralidade quando se estrutura um trabalho pautado em ações prioritárias, mas aberto para assimilar uma necessidade não contemplada e o terceiro conjunto é a integralidade e as políticas de saúde especiais, exemplificando que a resposta governamental à AIDS se conformaria como um exemplo do princípio de integralidade, numa perspectiva preventiva e assistencial.

Na perspectiva de alinhar os diálogos que debatem os princípios e sentido da integralidade, Suely Deslandes, professora e pesquisadora, vislumbra uma ação mais integral na emergência abordada no seu artigo *O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”*, discutindo a possibilidade de prevenção neste setor em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, descrevendo que a violência demanda atuação

interdisciplinar, incluindo vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais (1999, p. 2). A autora ressalta que a violência ganha visibilidade na emergência, esta se torna a “porta de entrada” no sistema público de saúde e contextualiza a partir de um periódico que “a emergência pode prover a primeira oportunidade para adultos vítimas de violência de encontrarem suporte, assistência e proteção.” (U.S. Department of Health and Human Services, 1993, p. 618).

Carlos Eduardo Estellita-Lins (2008) apresenta uma provocação ao comentar um quadro numa exposição sobre saúde no Rio de Janeiro e, ao discorrer a obra de arte, tece observações às imagens, à medicina, ao cuidado e à dificuldade da medicina em incluir o cuidar na sua práxis, descrevendo esse paradoxo ao longo da sua escrita. Dentre várias proposições, faz necessário evidenciar em linhas gerais algumas reflexões, como: uma medicina prescritiva; o processo terapêutico diferenciando-se do conhecimento médico; a terapêutica como um comércio, uma política, a enfermagem e a sua busca pela identidade a ser construída a partir do cuidar e o crescimento clínico das especialidades médicas (ESTELLITA-LINS, 2008).

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2009) nos apresenta um conto, *A morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói, nos possibilitando a refletir sobre as relações de cuidado a partir do personagem de Ivan Ilitch, um juiz, e o seu cuidador, Guerássim, serviçal analfabeto que atravessa os momentos de sofrimento de Ivan ao seu lado, colocando as pernas do patrão para o alto para o alívio de sua dor. Cecílio (2009) detalha a relação de Ivan e Guerássim, uma relação delimitada em suas ações, delimitada pelas relações sociais e, ao mesmo tempo, a criação de um espaço de cuidado entre os dois, um espaço onde as intimidades e as dores são reveladas, um lugar inovador sobre o modo de cuidar. Cabe ainda destacar as três dimensões do cuidado sinalizadas pelo autor: profissional, organizacional e sistêmica, sendo que a primeira é a dimensão abordada no conto (CECILIO, 2009).

Estellita-Lins (2008) também dimensiona a questão do cuidar quando pronuncia que o encontro entre os sujeitos se dá no aqui e agora, assim como no conto de Tolstói, no vínculo entre Ivan e Guerássim, configurando a possibilidade de se compreender como cuidar, compreendendo a angústia e o medo da finitude, percebendo que o cuidado, segundo o autor, pode ser aproximado do gesto. Outro aspecto abordado é a informalidade no ato de cuidar, a substituição de profissionais especializados por cuidadores informais, atrelado à sobrecarga dos cuidadores, principalmente das mulheres, mediante os perfis demográficos e dados epidemiológicos relacionados à terceira idade, abrangendo questões de saúde, organização do cuidado e integralidade.

José Ricardo de C. M. Ayres (2007) também discute a produção de uma prática reflexiva sobre o cuidado e, para tanto, coloca a reflexão no sentido de uma análise crítica acerca do tema e a reflexão entendida como prática como uma exigência constante da tomada de posição no cotidiano (AYRES, 2007). O autor, a partir dos seus estudos, das suas leituras e das suas referências filosóficas, conceitua o Cuidado como uma:

atenção à saúde ativamente instruída pelo sentido existencial do adoecimento na experiência de indivíduos e comunidades, e conseqüentemente atenta aos significados e implicações práticas das ações técnicas demandas sejam da promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2007).

É necessário seguir por outra perspectiva com o intuito de coadunar as tentativas de suicídios relatadas por Deslandes (1999) nos dois hospitais públicos de emergência com o suicídio nas juventudes, destacando que o meio mais usado na tentativa de suicídio foi o uso do veneno; ingestão de chumbinho; a ingestão de remédios; uso de coquetéis misturando outras drogas; outras tentativas, como cortar o pulso e jogar-se de um prédio, também apareceram no período do estudo; um homem ateou fogo no próprio corpo e morreu ao chegar ao hospital; os jovens, quando verbalizavam, relatam conflitos familiares e terminos de namoro; e os adultos relataram problemas conjugais e/ou financeiros.

Ainda sobre as tentativas de suicídio, Deslandes (1999) menciona que o tempo de permanência dessas pessoas nas unidades variou entre duas horas e mais de três dias, ganhando alta logo após condições clínicas e a autora professa: “Em outras palavras, as pessoas que tentaram se matar foram socorridas clinicamente e... mandadas embora (até a próxima tentativa, ou o sucesso do intento).” (DESLANDES, 1999, p. 8). Ainda, reitera a necessidade de atendimento psicológico e psiquiátrico nos hospitais de emergência, referenciando o sujeito para um suporte mais especializado e integral, pois os casos sugeriam uma forte depressão.

Deslandes (1999, p. 3) aponta possibilidades de prevenção primária das violências domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres durante o pré-natal, atendimento pediátrico, ginecológico, atividades dos agentes de saúde e grupos comunitários de saúde. Há de se considerar a creche como outro espaço potente de produção de cuidado no exercício da construção do princípio da integralidade, com mães adolescentes e avós também jovens que cuidam dos seus netos.

Para tanto, faz necessário retomar as considerações de Mattos a respeito da integralidade:

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. (MATTOS, 2001)

Ao problematizar a temática do cuidado (AZEVEDO, SÁ, MIRANDA, GRABOIS, 2018) pontuam a complexidade e a multidimensionalidade do cuidado em saúde, apontando duas tendências teóricas: abordagem voltada para racionalização das práticas médico-hospitalares e para melhoria contínua da qualidade e a abordagem da ampliação da clínica e centralidade do sujeito nas práticas de saúde. Os principais pontos de interseção sinalizados pelos autores trazidos nesta segunda abordagem são: foco na análise nos aspectos cotidianos, conjunturais e processuais dos serviços de saúde, tensionamento dos limites do paradigma biomédico para a compreensão dos processos saúde-doença, reconhecimento dos limites da racionalidade sistêmico-estratégica de planejamento mediante as complexidades, a preocupação com a integralidade do cuidado e a preocupação com a centralidade dos sujeitos e dos processos intersubjetivos.

Com o intuito de ampliar a discussão assinalada pelos autores sobre a segunda abordagem, é necessário mencionar que Gastão Wagner de Sousa Campos (2002) transita ao longo do seu ensaio entre proposições sartrianas, caminhando com Paulo Amarante e Franco Basaglia, dimensionando que a Clínica do sujeito deve assentar-se no sujeito. Partindo de conceitos fundamentados na fenomenologia, ele afirma que o enfermo é um sujeito, concreto, social e subjetivamente constituído. Além disso, discute a possibilidade de se inventar saúde para os enfermos, reconhecendo o paciente como uma pessoa com direitos, por partir de uma perspectiva de cidadania ativa e protagonismo.

No mesmo ensaio Campos nos esclarece que em vários manuais de Semiologia “já se encontra que a Clínica seria *ciência e arte* (CAMPOS, 1992), uma contradição em termos, já que ciência se refere a saberes e procedimentos normalizados e a arte à invenção ou à improvisação.” Discorre sobre a existência de três tipos de clínicas: a Clínica Oficial (a Clínica clínica — padronizada/fragmentada); a Clínica Degradada (atrelada aos interesses econômicos e relações de poder) e a Clínica Ampliada (Clínica do Sujeito).

Isabel Fernandes (2015) explora o estudo da temática do cuidado através de um conto de Anton Tchêkhov, no qual o médico exerce sua prática clínica, levando-se em conta a história de Lisa, seu contexto familiar, o ambiente social e hostil e um espaço aprisionado. Fernandes (2015) caminha sobre o cuidado em saúde, evidenciando as qualidades do médico do conto, sua capacidade de observação, audição, interpretação e sensibilidade, um cuidado centrado na pessoa do paciente. Comenta que a única personagem do conto que conseguia

tirar partido da boa cama e da boa mesa era a governanta. Esta última faz lembrar a personagem Juliana de *O Primo Basílio*, romance de Eça de Queiroz, quando esta vê na traição conjugal da patroa a oportunidade de sair da condição miserável que se encontrava. É necessário mencionar outro aspecto abordado por Fernandes (2015) ao descrever sobre a Medicina Narrativa, sendo esta uma prática clínica que possibilita ao médico olhar para o paciente para além da queixa inicial, além dos mecanismos biológicos, atendo-se na “linguagem e na representação, nas emoções e relações que iluminam a prática dos cuidados em saúde (Fernandes, 2015, p. 7).

É oportuno refletir sobre o cuidado, sobre o sujeito, sobre a doença, tendo como referência as indagações e proposições de Campos (2002), tornando-se preciso compreender o outro como um sujeito singular, com um corpo singular, com uma história singular e que a doença, como se refere o autor supracitado, é o lugar do barulho, que “desmancha o silêncio dos órgãos”, fazendo-se necessário discutir a integralidade humana, os distúrbios, sofrimentos, dores.

É possível escutar nos espaços de saúde que “Pedro” é depressivo, mas pode-se repensar o verbo ser, conjugado no tempo presente, para o verbo estar. O verbo ser dá uma ideia de que Pedro é doente e para sempre o será. O verbo estar propicia a compreensão de movimento; está doente hoje, mas amanhã pode estar diferente, pode estar melhor, pode estar mais apropriado de si, apropriado do seu adoecimento, com possibilidade de ressignificar a doença, com possibilidade de ressignificar o modo de estar no mundo, com possibilidades de novos olhares, mesmo existindo adoecido ao longo da sua vida, existindo, como citado por Campos (2002, p. 4), sem “um apagamento de todas as outras dimensões existenciais ou sociais do enfermo.”

Fernandes (2015) menciona “a complementaridade de olhares que caracteriza qualquer encontro interpessoal e sem a qual a apreensão do todo envolvente seria impossível”, ao narrar sobre a prática médica, ao descrever A Nova Medicina, com seus aparatos tecnológicos, quase abolindo a narrativa da doença, com os exames auxiliares de diagnósticos/imagens, nos quais o sujeito adoecido tem menos espaço de fala numa consulta (2015, p. 6). Os desafios de uma Clínica Ampliada sinalizados por Campos (2002) trazem esclarecimentos sobre a importância de se reconhecer os limites de qualquer saber estruturado e afirma em outra passagem que “toda ação de saúde é uma prática sempre submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos.”

Outro aspecto apontando pelos autores (AZEVEDO, SÁ, MIRANDA, GRABOIS, 2018, p. 229) é a presença de aspectos intersubjetivos e simbólicos, entre profissionais e pacientes, mesmo no contexto racionalista, com “a aproximação da visão de mundo entre do paciente e de seus familiares, sensibilização com o sofrimento do outro e reconhecimento de sua própria implicação nas definições da terapêutica.”

Desse modo, compreende-se que a subjetividade é o que singulariza o indivíduo, destacando-se uma passagem que sinaliza que o trabalho em saúde apresenta “uma dimensão intersubjetiva que é central para os trabalhadores de saúde, com consequências positivas ou negativas sobre a capacidade de acolhimento e solidariedade para com o sofrimento do paciente” (SÁ, 2009, *apud* AZEVEDO, SÁ, MIRANDA, GRABOIS, 2018, p. 223).

Outras compreensões se deram para se pensar sobre as linhas de cuidado, a clínica ampliada, a construção de projetos terapêuticos singulares, equipes interdisciplinares, gestão participativa, estabelecidos pelos diagnósticos e terapêuticas, compreendendo as necessidades de cada caso (AZEVEDO, SÁ, MIRANDA, GRABOIS, 2018). Ainda sobre gestão em saúde, Cecílio (2007) nos contempla sobre a importância de os trabalhadores assumirem uma existência mais livre, criando espaços que produzam sentidos, abrindo a possibilidade para propostas inovadoras, atendo-se ao espaço de trabalho por vezes inócuo, burocratizado, esvaziado de suas potencialidades de criatividade, autonomia e construção coletiva.

Em virtude da amplitude do tema, a resenha *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*, aponta a importância do trabalho coletivo em saúde, conforme a citação que se segue:

Para Merhy, a superação do modelo médico hegemônico neoliberal implica o gerenciamento das organizações de saúde de modo mais coletivo, com ordenamento organizacional coerente com ações em saúde voltadas para uma lógica “usuário-centrada, que permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas. (MERHY, 2008, p. 1954).

Diante do exposto, emergem outras questões: Como pensar no cuidado sem as perspectivas de cuidado propostas pelos autores? Como atuar profissionalmente sem compreender o contexto político e todos os seus atravessamentos que organizam e desorganizam o cuidado em saúde? Cecílio (2009), no tópico Interrogações sobre a gestão do cuidado que o texto de Leon Tolstói nos provoca, nos deixa várias perguntas e, dentre elas, uma chama atenção:

Será que a racionalidade instrumental que caracteriza as organizações formais — com suas metas, sua missão, seus recursos escassos, seus conflitos de interesses,

suas hierarquias de autoridade, suas relações de dominação e violência - suportam conviver com a espontaneidade e generosidade da relação entre Ivan Ilitch e o mujique.

O cuidado, de acordo com Ayres, “é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (2011, p. 42), sendo que esta proposição será adotada como horizonte para se discutir o cuidado nesse estudo.

Marco Akerman e Dais Gonçalves Rocha (2018, p. 83) nos alertam sobre o pouco tempo dedicado as iniciativas da promoção da saúde em relação ao tempo destinado à assistência, em uma sociedade contemporânea onde a prática clínica ainda se mostra hegemônica em relação às práticas promocionais. Os autores discutem sobre as disputas das agendas técnico-política dos serviços assistenciais mais estruturados e citam a proposição de Onocko Campos (2006: 72, *apud* AKERMAN & ROCHA, 2018, p. 85) de que existe um entre, uma posição intermediária entre a clínica e a promoção da saúde que pode ser compreendida com o lugar estimulante para estar em contato, sendo este um encontro singular entre o cuidador e o usuário. O texto (2018, p. 86) contextualiza essa discussão, por meio da proposição abaixo:

Nessa perspectiva, a aplicabilidade do olhar e do instrumental da promoção da saúde “dentro dos serviços de saúde e “no plano da clínica” implicaria, necessariamente, a “ampliação das estratégias do cuidado a partir do entendimento que o sujeito e o adoecimento se produzem no entrecruzamento dos planos biológicos, social e subjetivo.” (PASCHE & HENNINGTON, 2005, *apud* AKERMAN & ROCHA, 2018, p. 37).

Akerman e Rocha (2018) citam a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a 1ª Conferência Global de Promoção da Saúde, ambas em 1986, como marcos que abriram espaços para a promoção da saúde na produção do cuidado. Para tanto, é relevante apontar que o modelo de comportamento de risco e os modelos de condições de risco socioambiental ou ecossistêmico (determinação social) se conformam como possibilidades de reorientação do cuidado a partir da ampliação do conceito de saúde.

Outro aspecto primordial para a compreensão da promoção da saúde no cotidiano dos serviços é destacado pelos autores (2018, p. 91) ao afirmarem que a maioria dos agravos e das doenças contemporâneas estão associadas a processos sociais e culturais, exigindo implicação das pessoas e comunidades (MINAYO & GUALHANO, 2016, *apud* AKERMAN & ROCHA, 2018, p. 91). Destacam dentre os objetivos específicos da PNPS de 2014,, o seguinte trecho: “estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado da Rede de Atenção à

Saúde, articulada às demais redes de proteção social.” (BRASIL, 2014, p. 11, *apud* AKERMAN & ROCHA, 2018).

Há de se sublinhar que a promoção da saúde é considerada ação estratégica na Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (2018, p. 93), com atribuição de ser ordenadora da rede e coordenadora do cuidado; localizada no nível um da intervenção, com foco nos “determinantes sociais intermediários”, e, para isso, é necessária a definição do termo entre aspas para maior entendimento desta proposição:

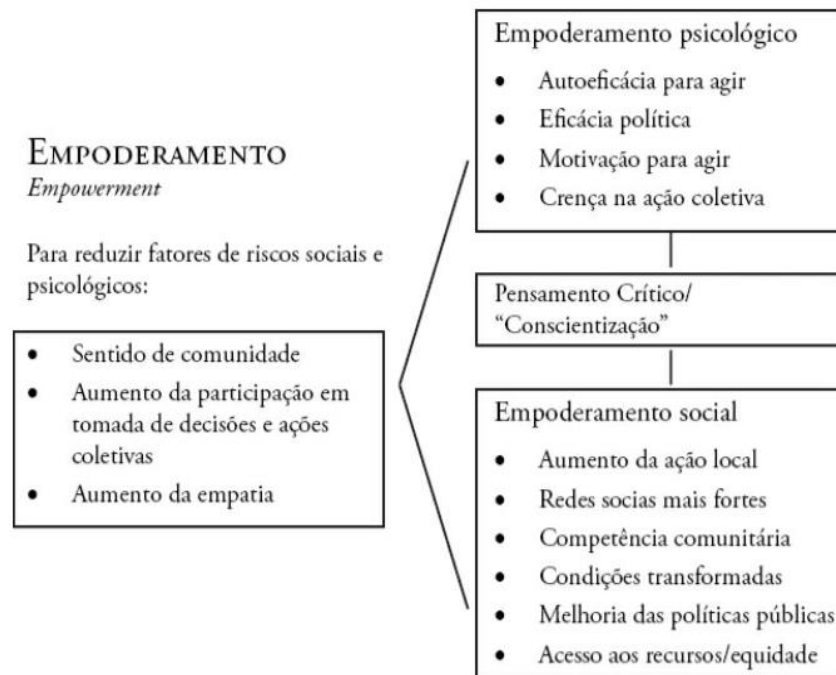
Define-se que esses determinantes são “os macro-determinantes”, condições de vida e trabalho, o acesso nos moldes dos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. Nesse nível se propõem as intervenções de promoção da saúde para a população total, realizadas por meio de ações intersetoriais. (BRASIL, 2013, p. 14, *apud* AKERMAN & ROCHA, 2018).

Akerman e Rocha (2018) sinalizam obstáculos para a coordenação do cuidado em rede a partir da “desresponsabilização pela construção e segurança do itinerário de cuidado dos usuários pelos serviços e equipes; descontinuidade de vínculo; insegurança das práticas assistenciais; ausência ou inconsistência na sequência de cuidados.” (OLIVEIRA, 2016, *apud* AKERMAN & ROCHA, 2018, p. 93).

O empoderamento se conforma com um dos eixos estruturantes da promoção da saúde, e, para tanto, Akerman e Rocha (2018, p. 96) ratificam que a concretização desse princípio se dá por uma visão mais ampliada da promoção da saúde, em contraposição à abordagem comportamental ou à promoção de estilos de vida saudável. Ainda no texto, os autores, por meio de uma figura, apontam o conceito de empoderamento, subdividindo-o em empoderamento psicológico e social, tornando-se fundamental expor a citação e a figura a seguir:

O empoderamento social, sob grande influência de Paulo Freire, seria uma abordagem mais potente (e não excludente do empoderamento psicológico) para enfrentar as estruturas de poder e desigualdades por meio da legitimação de grupos marginalizados de rompimento de barreiras que impediram a construção plena de uma vida saudável. Essa abordagem propõe superar as estratégias de culpabilização dos indivíduos e a construção hierárquica de conhecimento e avançar para a cogestão do conhecimento e, por consequência, também da saúde e da produção do cuidado. A partir do momento que empoderamento social reconhece as iniquidades da distribuição dos serviços e do poder na sociedade, serve à politização do debate sobre saúde e abre espaço para a promoção da saúde como dispositivo para o questionamento da ordem vigente da produção do cuidado. (2018, p. 96).

Figura 6: Empoderamento



Fonte: WALLERSTEIN, 1992, p. 201, *apud* AKERMAN & ROCHA, 2018, p. 96.

O último aspecto considerado por Akerman e Rocha (2018, p. 96) é o projeto terapêutico singular baseado na abordagem dos determinantes sociais da saúde como um caminho de atuação a partir da identificação das vulnerabilidades dos indivíduos e dos coletivos, conectando a promoção com o cuidado.

Há que se refletir sobre a importância da sensibilização dos trabalhadores da saúde para a construção de projetos terapêuticos singulares que discutam o suicídio nas juventudes nos seus territórios de atuação profissional. Outro ponto que merece destaque se configura a partir da possibilidade de construção de espaços coletivos de discussão dessa temática, tendo como apoio teórico os princípios da promoção da saúde, preconizado pelas políticas públicas expostas nessa dissertação.

Tavares *et al.* (2018) nos descortinam proposições imprescindíveis para refletir sobre a compreensão do cuidado em saúde ao discorrerem historicamente sobre os sentidos dessa palavra; o cuidado compreendido como uma ação ética de todos para com a vida; o cuidado entendido como uma ação relacional; e destacam a urgência de criação de estratégias

pedagógicas participativas com o intuito de promover discussões sobre a situação da saúde e seus contextos.

Assim como Cecílio (2009), que contextualiza as três dimensões do cuidado: profissional, organizacional e sistêmica, as autoras também nos descrevem as suas dimensões (afetividade, razão e ação), compreendendo que “o cuidado em saúde está relacionado tanto com um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o êxito nos tratamentos quanto com um espaço relacional que vai além do saber tecnológico” (2018, p. 107).

Ainda sobre essas dimensões, Tavares *et al.* (2018) citam Pinheiros e Mattos (2004), que consideram os saberes técnicos e não técnicos para um exercício de um cuidado e seus múltiplos sentidos; e esta consideração se alinhava diretamente com o conto *A morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói, já descrito anteriormente no capítulo que se discute o cuidado (PINHEIROS & MATTOS, 2004, *apud* TAVARES *et al.*, 2018, p. 107). Tavares *et al.* (2018) referem-se a Kickbush (2006) que aponta um aspecto fundamental para se pensar as relações no cuidado em saúde:

[...] o cuidado implica a produção relacional de determinadas competências individuais e coletivas, nas quais se reforça a liberdade para organizar a vida e tomar as decisões de modo a desenvolver a capacidade de encontrar, entender e colocar em prática, as informações sobre saúde. (KICKBUSH, 2006, *apud* TAVARES *et al.*, 2018, p. 112).

6 METODOLOGIA

6.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Minayo (2012) discorre sobre a importância da experiência do ser humano, apreendendo, segundo Heidegger, a partir do lugar que ocupa no mundo e sobre ações que realiza. Experenciar é compreender. Experenciar é a possibilidade de compreender a si mesmo e o significado do mundo. Diferencia a experiência da vivência, sendo a primeira organizada pelo indivíduo através da reflexão e da interpretação, e a segunda sendo o produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Ainda sobre a vivência, sinaliza que, mesmo vivendo o mesmo episódio, cada sujeito é único, singular, e narra sua experiência a partir do seu olhar, do seu lugar do mundo.

Deslandes (2013, p. 27) faz uma analogia à escrita acadêmica ao provocar que a escrita é um artefato, produzida com ferramentas, pela mão de obra humana com intencionalidade e desbravando lugares desconhecidos.

No trabalho de campo, Minayo (2012) nos provoca a escutarmos as histórias dos outros, nos atentarmos aos depoimentos, às visões subjetivas dos entrevistados, como um caminho tecido por narrativas individuais e coletivas, com vivências, experiências e contradições. Compreender o campo e suas narrativas se assemelha quando se contracenam com o outro ator, é compreender que estar no momento presente é um presente, é compreender que é um momento de encontro entre as pessoas, encontro no sentido de produção de saberes, de produção de sentidos. Esta etapa consiste na aproximação da realidade que foi construída na fase exploratória do projeto, entendendo campo, segundo Minayo (2006, p. 62), “como o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação.”

Minayo (2013, p. 9) traz esclarecimentos pontuais em relação às pesquisas na área das Ciências Sociais ao pontuar a existência de uma identidade entre o sujeito e o objeto, em que se “tem um substrato comum de identidade como o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos”, reiterando que o objeto das Ciências Sociais “é essencialmente qualitativo”. A pesquisa qualitativa, segundo a autora, trabalha no campo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

No I Seminário Internacional de Educação de Campinas, Jorge Larrosa, durante a Conferência, propõe que seja pensada a Educação a partir do par experiência/sentido, compreendendo que as palavras produzem sentidos, têm poder, força, determinam nossos

pensamentos, criam realidades e podem funcionar como mecanismos de subjetivação, dando sentido ao que somos e ao que nos acontece. Discorre sobre o excesso de informação, a importância de que haja a separação entre a informação e a experiência, apontando “que uma sociedade constituída sob o signo da informação é uma sociedade na qual a experiência é impossível.” A experiência, segundo o autor, é o que nos passa, em português é o que nos acontece (BONDÍA, 2002).

Diante dessas proposições, pode-se refletir sobre a importância da palavra, da palavra criativa, da palavra atravessada por outras palavras que compõem o texto acadêmico, literário, e também sobre a memória, sobre o silêncio que organiza os pensamentos, que abre espaço para organização das palavras, da pausa, novamente a escrita, a produção de uma escrita com sentido.

O estudo se caracteriza por ser de abordagem qualitativa, de delineamento descritivo, ancorado pelo método de estudo de caso, com o propósito de compreender a atuação dos trabalhadores que compõem as equipes de saúde na abordagem do suicídio nas juventudes em duas unidades básicas de saúde da Área Programática 1.0, do município do Rio de Janeiro, que registraram o maior número de notificações de suicídio nos seus territórios nos anos de 2020 e 2021.

A escolha da Área Programática 1.0 se deu pelos seguintes motivos: pela atuação nesta área em espaços escolares, nos equipamentos da Assistência Social e nas unidades básicas de saúde por meio da articulação do Programa de Saúde na Escola (PSE) e da Rede de Jovens Promotores da Saúde (RAP da Saúde) na Divisão de Ações Programáticas em Saúde na 1ª Coordenadoria de Área Programática na Secretaria Municipal de Saúde (DAPS/CAP1.0/SMS-RJ). Atuo diretamente na formação de profissionais da Atenção Primária, profissionais da educação e da assistência social em encontros de formação interdisciplinares e intersetoriais, bem como na discussão de estudos de casos nas Clínicas da Família da Área Programática 1.0 no Rio de Janeiro, com o objetivo de fortalecer as redes de cuidados, de promoção da saúde e de proteção social dos escolares.

Há que se refletir sobre a necessidade de se estranhar o que parece familiar, pois as duas unidades básicas de saúde fazem parte do meu universo de trabalho. Para tanto, foi importante se aproximar de DaMatta (1987) ao mencionar o exercício e a produção desse estranhamento, principalmente quando o pesquisador faz parte desse contexto; mesmo quando o objeto parece ser conhecido. Para caminhar no campo de pesquisa foi necessário o uso de lanternas; desbravando o percurso alimentado de reflexões e proposições teóricas que sustentam este estudo — ancorado também por Minayo & Guerreiro (2014), que apontam a

necessidade contínua de refletir sobre estranhamento e deslocamento, e refletindo também sobre o cuidado necessário para que não afete a pesquisa e os resultados.

As técnicas e os instrumentos metodológicos para realização da descrição do fenômeno proposto nesta investigação transcorreram a partir da triangulação na coleta de dados, mediante pesquisa documental, grupos focais e entrevista semiestruturada. Para tanto, foram realizados dois estudos de caso, um para cada unidade básica de saúde, com os objetivos de mapear, descrever e analisar o objeto em sua singularidade.

Para Denzin & Lincoln (2006) a pesquisa qualitativa se assemelha a um confeccionador de colchas, reunindo pedaços da realidade, realidade essa que, segundo os autores, nunca pode ser captada. Além disso, reiteram que a “triangulação não é uma ferramenta ou uma estratégia de validação, mas uma alternativa para a validação.” (Flick, 1998, p. 230) (2006, p. 19). Os autores ainda anunciam que um dos sentidos da pesquisa qualitativa é que ela se relacione aos objetivos e às promessas de uma sociedade democrática livre; sendo uma atividade que localiza o observador no mundo.

Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. (2006, p. 17).

Ainda se faz necessário mencionar a justificativa dos dados epidemiológicos sobre a morte por suicídio neste estudo. Tal escolha é sustentada a partir dos mesmos autores quando estes relatam que: “os pesquisadores qualitativos utilizam a análise semiótica, a análise da narrativa, do conteúdo, do discurso, de arquivos e a fonêmica e até mesmo as estatísticas, as tabelas, os gráficos e os números.” (2006, p. 20). Portanto, triangular também pode ser entendido como contar a mesma história de lugares, perspectivas, ângulos, saberes e posicionamentos diferentes.

6.2 ESTUDO DE CASO — MÉTODO DE PESQUISA

Robert K. Yin (2010, p. 24) orienta que o caminho se inicia com uma revisão da literatura, atentando para os objetivos da pesquisa e compreendendo que este método se mostra relevante quando as questões da pesquisa exigem uma descrição ampla e profunda de algum fenômeno social.

O método de pesquisa, o estudo de caso, segundo Yin, é um vigoroso caminho de entendimento de processos relacionados aos eventos da vida real, compreendendo fenômenos individuais, grupais, sociais e organizacionais. Um método que possibilita examinar eventos contemporâneos, ampliando evidências, como: documentos, artefatos, entrevistas e observações.

Para tanto, Yin (2010, p. 41) discorre sobre a existência de quatro aplicações diferentes do método de estudo de caso: explicar os presumidos vínculos causais nas intervenções da vida real; descrever uma intervenção e contexto da vida real no qual ela ocorreu; os estudos podem ilustrar determinados tópicos em uma avaliação (descrição); e explorar as situações em que a intervenção sendo avaliada não possui um único e claro conjunto. Tais aplicações podem ser entendidas como meios de orientação do processo de trabalho do pesquisador, compreensão necessária que antecede sua atuação no campo, a relevância de descrever os fenômenos e compreender a importância da flexibilidade no campo sem “diminuir o rigor com que os procedimentos do estudo de caso são observados.” (2010, p. 87).

Ao prosseguir na exposição do método de estudo de caso, o autor apresenta cinco componentes dos projetos de pesquisa, mas torna-se premente destacar o tópico unidade de análise, sendo este relacionado com o problema fundamental de definição do que é o “caso”, compreendido no estudo de caso clássico como um indivíduo. Ainda sobre o indivíduo, Yin (2010) anuncia: “Em cada situação uma pessoa única é o caso sendo estudado e o indivíduo é a unidade primária de análise. A informação sobre o indivíduo relevante seria coletada, e vários desses indivíduos ou “casos” poderiam ser incluídos em um estudo de casos múltiplos.” (2010, p. 51).

No que se refere à seleção dos casos para o estudo de caso da pesquisa, o autor aponta o acesso suficiente aos dados potenciais para entrevistar as pessoas, revisar os documentos ou registros ou fazer as observações no campo (2010, p. 48). Outro aspecto relevante se dá pela justificativa sobre estudo de casos múltiplos, com suas vantagens e desvantagens.

6.3 PROJETO DE CASOS MÚLTIPLOS

Dentre proposições sobre os projetos de casos múltiplos, pode-se apreender que este se configura, segundo o autor, mais vigoroso; e o estudo é considerado mais robusto, seguindo uma lógica de replicação do estudo; e não em uma lógica de amostragem (2010, p. 77). Desse modo, Yin (2010, p. 79) expõe que essa discussão é extensa, mas diferencia a lógica da replicação da lógica da amostragem, sendo esta usada nos levantamentos, exigindo “uma

enumeração operacional de todo o universo ou do conjunto de potenciais respondentes e, depois, um procedimento estatístico para seleção de um subconjunto específico de respondentes a serem investigados.”

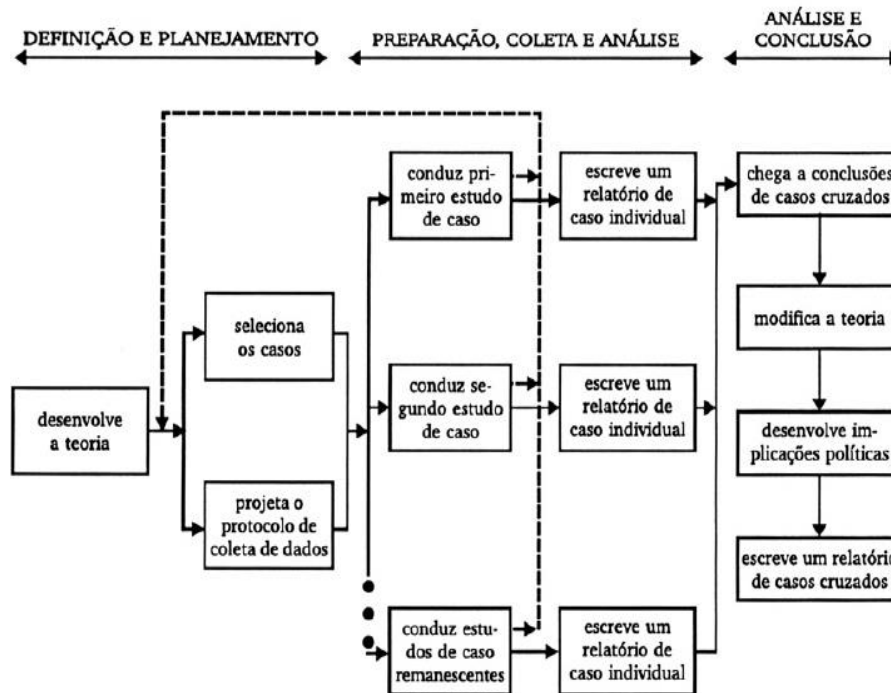
Yin (2010, p. 77) postula que, para o que estudo tenha êxito, se faz necessário que este estudo obedeça a uma lógica de replicação, ou seja, “considerar os casos múltiplos como se consideram os experimentos múltiplos”. As replicações podem ser literais (a estrutura deve declarar as condições sob as quais um determinado fenômeno é provavelmente encontrado) ou teóricas (as condições em que ele provavelmente não foi encontrado), com o desenvolvimento de uma estrutura teórica que sustente todo o percurso.

O projeto de casos múltiplos considerado mais simples se conforma a partir da “seleção de dois ou mais casos considerados replicações literais, como um conjunto de casos com resultados exemplares em relação a algumas questões de avaliação, “como e por que uma determinada intervenção foi implementada sem sobressaltos.” (2010, p. 83). O método se configura a partir do entendimento que o estudo de caso é próprio para construção de uma investigação empírica. Mediante este entendimento, o estudo de caso, com o projeto de casos múltiplos, se configura a partir das duas unidades básicas de saúde, ou seja, dois estudos de caso. Há, no entanto, um impasse que devemos considerar: os projetos de casos múltiplos são mais caros e consomem mais tempo em sua condução. Apesar deles, consideramos esse método mais adequado, a partir do entendimento que esse estudo possa ser replicado. Nas palavras de Yin (2010):

cada estudo de caso individual consiste em um estudo “completo”, o qual a evidência convergente é procurada em relação aos fatos e às conclusões do caso; as conclusões de cada caso são, então, consideradas a informação que precisa ser replicada por outros casos individuais. (2010, p. 80).

No fluxograma abaixo, podemos entender a ideia do autor que orienta o percurso do estudo de caso múltiplo:

Figura 7: Fluxograma



Fonte: Estudo de Caso – Planejamento e Métodos (2010).

Menga Lükde e Marli E.D.A. Andre (1986) descrevem orientações basilares sobre a escolha do método do estudo de caso para projetos que abarquem questões singulares, mesmo que estas questões se assemelhem futuramente com outros casos e situações. Assim como Yin (2010), os autores argumentam que o caso deve ser delimitado, abarcando dados descritivos no decorrer do estudo, com plano aberto e flexível, focado na realidade complexa e contextualizada (1986, p. 18).

Diante desse contexto, Lükde e Andre (1986, p. 18) apresentam os princípios dos estudos de casos qualitativos que podemos conferir a seguir: os estudos de caso visam a descoberta; enfatizam a “interpretação de um contexto”; buscam retratar a realidade de forma complexa e profunda; usam uma variedade de fontes de informação; revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas; procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social; utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

Os autores dividem os estudos de caso em três fases que se superpõem em vários momentos da pesquisa: sendo a primeira aberta e exploratória; a segunda mais sistemática em termos de coleta de dados e a terceira consiste na análise de dados e elaboração do relatório (1986, p. 21).

Portanto, para seguir ao campo de pesquisa, os autores apontam que o projeto deve ter o seu objeto delimitado, com os pressupostos teóricos que sustentem a caminhada. Além disso, o pesquisador deve estar atento aos novos elementos que podem surgir, entendendo que o conhecimento é inacabado, que as divergências devem ser descritas e o pesquisador deve revelar seu ponto de vista baseado nos pressupostos que o acompanha. Deve, também, apreender que a realidade necessita ser compreendida em sua diversidade e o pesquisador deve procurar revelar a multiplicidade das dimensões de uma determinada situação. Consideram que o autor deve propor a seguinte indagação ao leitor: o que posso (ou não) aplicar deste caso na minha atuação?

6.4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

6.5 PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental é adequada para a análise de fenômenos macrossociais, assim como para a análise das mudanças sociais e do desenvolvimento histórico dos fenômenos sociais. Seu uso foi relevante para este estudo por dois motivos: possibilitou extrair importantes informações que ao serem contextualizadas histórica e socioculturalmente ampliaram o entendimento sobre determinado material e permitiu aliar a compreensão do campo social à dimensão temporal, favorecendo a observação da evolução e amadurecimento dos conceitos, conhecimentos, práticas, entre outros (SÁ-SILVA; DE ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

É indiscutível que a pesquisa documental se conforma com uma estratégia metodológica de informações e orientações que justificam o seu uso sobre a temática em questão, “recorrendo a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias.” (2009, p. 6).

Para Cellard (2008, p. 295), “o documento permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social” e, no plano metodológico, a análise documental (método de coleta de dados) se confirma com uma prerrogativa, que segundo o autor:

[...] elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador — do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida. (2008, p. 295).

O autor apresenta alguns aspectos que se mostram preponderantes para aprofundar o conhecimento da análise documental ao mencionar que essa análise se conforma em: o

documento escrito; o contexto; o autor e os atores sociais; a autenticidade e confiabilidade do documento; a natureza do texto; os conceitos-chave e a lógica interna do texto (2008, p. 296). A escolha documental deve estar pautada à questão inicial do projeto de pesquisa e à análise confiável dos documentos “tenta cercar a questão, recorrendo a elementos provenientes, tanto quanto possível, de fontes, pessoas ou grupos representando muitos interesses diferentes, de modo a obter um ponto de vista tão global e diversificado quanto pode ser.” (CELLARD, 2008, p. 305).

Os documentos foram identificados por meio da disponibilidade na rede virtual (internet), considerando que os que estão disponíveis para serem acessados de qualquer parte do país (e do mundo), por qualquer cidadão, serão relevantes para esta pesquisa tanto no que diz respeito às orientações e diretrizes propostas quanto em relação aos conteúdos metodológicos.

Documentos analisados:

- ✓ As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde;
- ✓ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (1990);
- ✓ As Cartas da Promoção da Saúde – Ministério da Saúde (2002);
- ✓ Política Nacional de Promoção da Saúde (2006);
- ✓ O projeto “Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio” financiado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a SES-RS (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul) – (2009/2010);
- ✓ Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. (2012);
- ✓ Política Nacional de Promoção da Saúde (2014);
- ✓ Boletim. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção (2017);
- ✓ Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 – Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. (2017);
- ✓ Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros – 2012 a 2016. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (2018);
- ✓ Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio – Ministério da Saúde – (2018);
- ✓ Boletim Epidemiológico 002/2019. Estado do Rio de Janeiro. Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Suicídio e lesões autoprovocadas 2009-2018. (2019);
- ✓ Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 – Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio;
- ✓ Lei nº 13.968, de 26 de dezembro de 2019 – Altera o Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de setembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como o de prestar auxílio a quem a pratique;
- ✓ Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) – Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF. (2020);
- ✓ Secretária de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Documento Orientador: Indicadores e Padrões de Avaliação – PSE – Ciclo 2021/2022. (2021);

- ✓ Infográfico — GVDANT/CVE/SVS/SUBPAV/SMS-RJ (2021);
- ✓ Organização Mundial da Saúde – Suicide world wide (2021).
- ✓ Instituto Pereira Passos/Diretoria de Informações Geográficas – IDH

Os documentos da AP 1.0, listados abaixo, foram acessados após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS/RJ, seguindo os protocolos a partir do Termo de Anuência Institucional. O uso dessas informações tem o objetivo de compreender como a Rede de Atenção Psicossocial da AP 1.0 se organiza no território e, para tanto, os mesmos serão utilizados na dissertação desta pesquisa.

- ✓ Documentos da Rede de Atenção Psicossocial da AP 1.0 (RAPS) - Cartão Interativo da 1.0 (Linhas de Cuidado) com seus informes, participação de fóruns de saúde mental, cartilhas, guias, protocolos, fluxos e orientações. Dados (mapeamento/planilhas) que esclareçam sobre o sofrimento psíquico do território.
- ✓ Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2).
- ✓ Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida – 2019.
- ✓ Guia de Referência - Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção – Secretaria Municipal de Saúde/2016

6.6 GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Os trabalhadores que compõem as equipes de saúde foram os atores sociais escolhidos para os grupos focais e entrevistas semiestruturadas, com a intencionalidade de construir e refletir acerca da organização do cuidado em saúde com a temática do suicídio nas juventudes em seus territórios.

Para tanto, o Grupo Focal (GF) foi a primeira técnica utilizada com o objetivo de compreender a amplitude do tema com os atores sociais, contando com o número máximo de 8 participantes, tendo como critérios de inclusão: ser trabalhador da saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, agentes comunitários de saúde, técnico em enfermagem, dentistas, técnico em saúde bucal, segurança, serviço geral/limpeza, administrativo, educador físico, farmacêuticos, assistente social) e ter no mínimo um ano de trabalho na unidade básica de saúde. Os critérios de exclusão: não ser um trabalhador da saúde e ter menos de um ano de trabalho na unidade.

A entrevista foi realizada depois de uma análise do GF com a intencionalidade de aprofundar o tema e todos os participantes do GF foram convidados para participar da entrevista semiestruturada (critério de inclusão). O critério de exclusão é o próprio participante escolher não participar desta segunda etapa da pesquisa.

6.7 GRUPOS FOCALIS (GFs)

Leny A. Bomfim (2009) marca os caminhos propositivos na utilização desta técnica, combinada com outras para o trabalho de pesquisa em saúde. O grupo focal (GF) se caracteriza por entrevistas em grupo baseadas na comunicação e interação com o objetivo de reunir informações detalhadas sobre um tópico específico a partir de um grupo de participantes previamente selecionados.

O GF encontra-se numa posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade, sendo esta utilizada no terceiro momento do trabalho de campo proposto nesta pesquisa. A autora assinala orientações basilares da técnica, como: o planejamento; a seleção dos participantes mediante os objetivos da pesquisa; o perfil dos participantes; a duração; o papel do moderador; o roteiro de questões; os recursos; os recursos tecnológicos; a assinatura do termo de consentimentos dos participantes e aponta limites que se configuram com a dificuldade do anonimato dos participantes, atentando para o risco de que as discussões sejam desviadas ou dominadas por poucas pessoas, enviesando os resultados.

Em *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (2013, p. 55) é descrito que GF pode ser definido como uma entrevista em grupo, onde falas, ideias, maneiras de pensar, maneiras de atuar e crenças são colocadas uns para os outros, numa perspectiva de confronto. Minayo descreve alguns direcionamentos na condução desta técnica, que necessita de um relator que auxilie na organização e nos registros durante o GF e um animador com as seguintes atribuições:

introduzir a discussão e mantê-la acessa; enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; observar os participantes, encorajando a palavra de cada um; buscar as deixas para propor aprofundamentos; construir relações com os participantes para aprofundar, individualmente, respostas e comentários considerados relevantes para a pesquisa; observar as comunicações não verbais; monitorar o ritmo do grupo visando a finalizar o debate no tempo previsto. (MINAYO, 2013, p. 58).

Em *Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: O debate orientado como técnica de investigação*, Neto, Moreira e Sucena (2002) apontam que o GF é uma técnica de investigação em pesquisa social em que coletas de informações geradas por meio de debates descrevem elucidativamente e de forma didático-pedagógica os tópicos e características da técnica, considerando suas possibilidades e seus limites e destacam que os GFs estão atrelados às orientações teórico-metodológicas das investigações, do objeto de investigação, no

exercício de compreensão sobre a necessidade de dados e das informações a serem coletados. Os autores sinalizam a construção prévia de um Roteiro de Debate (norteados pelos objetivos da pesquisa — geral e específico) como uma bússola, um direcionamento dos GFs, com tópicos, questões e temas que deverão ser abordados ao longo do encontro.

Há de se considerar nesta proposta de pesquisa a diversidade cultural dos grupos focais e dos entrevistados mediante experiências, normas, padrões, valores e modos singulares de existir no mundo, com pluralidade de identidades. Outro aspecto é a importância de o pesquisador estar atento ao seu contexto social específico, atentar-se e reconhecer a sua limitação da sua vida de mundo, perceber seus preconceitos e colocar-se no lugar de aprendiz (BISOL, 2012).

6.8 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Minayo (2013, p. 55) destaca que a entrevista é a estratégia mais utilizada no trabalho de campo, com o objetivo de construir informações acerca do objeto; alertando a importância de outros elementos para além das palavras, compreendendo as relações, práticas, cumplicidades, atento ao que não é dito, ao outro, aos olhares e a realidade que atravessa o território naquele espaço, naquele momento da entrevista, esta como técnica privilegiada ao estabelecer contato com o outro através da conversa, do diálogo, da palavra e do afeto.

A autora aponta uma definição das entrevistas semiestruturadas, caracterizando-as a partir de uma combinação de “perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.” (2013, p. 65). A partir deste entendimento foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada dividido em duas partes — a primeira parte identificando o perfil sociodemográfico dos atores da pesquisa e a segunda parte com questões que estão de acordo com o referencial teórico do presente estudo.

Augusto N. S. Triviños (2012, p. 146) entende que a entrevista semiestruturada se configura como uma oportunidade de valorizar “a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.” Ainda é pertinente mencionar a compreensão do autor sobre a entrevista semiestruturada, pois tal proposição reitera a estratégia metodológica do estudo:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, 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 dos informantes. (2012, p. 146).

Pierre Bourdieu (1982) aponta um direcionamento importante em seu terceiro postulado ao discorrer que “no simples fato de fazer a mesma pergunta para todo mundo, acha-se implícita a hipótese de que existe um consenso sobre os problemas”, suscitando, no decorrer desta escrita, uma intensa reflexão sobre a formulação das perguntas e, ao mesmo tempo, esta proposição amplia o horizonte da análise de dados, examinando com atenção e minúcia as respostas dos profissionais de saúde a partir da sua classe social, do seu grau de instrução, da sua leitura e da percepção de mundo sobre a temática do suicídio nas juventudes.

Ainda sobre as entrevistas, Minayo (2017) discorre sobre as características que norteiam a pesquisa qualitativa quando se discute amostragem e saturação, apontando alguns aspectos que oportunizam o entendimento sobre as abordagens compreensivas: as singularidades e o significado; a intensidade do fenômeno; apresentando que a pesquisa deve se atentar para “sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas.” (2017, p. 3).

Outros aspectos que merecem destaque se configuram a partir das relações de interdependência dos sujeitos entrevistados, com Minayo (2017) discorrendo que “as relações entre os indivíduos ocorrem sempre de maneira interdependente, ou seja, conformando identidades pessoais e sociais. Desta forma uma entrevista com alguém de um grupo é, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e coletivo.” (2017, p. 3).

Outra dimensão significativa e reforçada por Minayo (2017) se dá quando o pesquisador não explica os motivos que o levaram a considerar que o número de participantes/entrevistados foi entendido como saturado e o que essa saturação significa.

[...] nas pesquisas qualitativas, as amostras não devem ser pensadas por quantidade e nem precisam ser sistemáticas. Mas a sua construção precisa envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção. Esses elementos precisam ficar claros na metodologia de investigação, pois eles interferem na qualidade da investigação. (2017, p. 6).

Posto isso, ancorado pelas proposições de Minayo (2017) e compreendendo o significado da saturação, a abrangência e a inclusão dos atores sociais; foi imprescindível ficar atento as tomadas de decisões que abarcaram as entrevistas e os entrevistados. A autora ainda discute sobre a complexidade do campo e seus imponderáveis; esclarecendo a

preocupação necessária de aprofundamento, da abrangência e da diversidade neste processo quando se está no campo; sempre aportado de seus pressupostos teóricos que poderão ser utilizados como lanternas para iluminar as indagações sobre o objeto de pesquisa e o entendimento da lógica interna do estudo, com suas conexões e interconexões.

6.9 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo foi a estratégia utilizada na abordagem deste estudo, compreendendo que por meio desta técnica foi possível buscar os sentidos dos documentos, caminhar ao encontro dos conteúdos manifestos, ir além do que está sendo comunicado e compreender outras dimensões que poderão estar além das mensagens (2013, p. 75).

Minayo (2012) evidencia que analisar o material qualitativo é como caminhar nas outras fases da pesquisa, apoiando-se na teoria, no método e nas técnicas. Além disso, salienta que as respostas dos participantes estão atreladas às perguntas, aos instrumentos e às estratégias utilizadas na coleta de dados. Para ela, o verbo principal da análise qualitativa é compreender.

A autora descreve dez princípios para a discussão da análise qualitativa, direcionando o caminho desta etapa da pesquisa qualitativa com os apontamentos a seguir: primeiro é conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativas que se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. O segundo é a definição do objeto sob a forma de uma pergunta que nos permita teorizá-lo. O terceiro é delinear as estratégias de campo. O quarto é ir informalmente ao cenário de pesquisa, observando os processos que atravessam esses cenários e o desenvolvimento de um olhar analítico. O quinto é ir a campo acompanhando de teoria e hipóteses, mas aberto para novos questionamentos. O sexto é ordenar e organizar o material secundário e o material empírico. O sétimo é construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empiria e a elaboração teórica. O oitavo é exercitar a interpretação de segunda ordem. O nono é produzir um texto sobre os achados do campo, contextualizado e acessível; e, por último, o décimo é assegurar os critérios de fidedignidade e de validade.

Ao retornar do cenário de pesquisa, com os dados e o material coletado, faz-se necessário citar o sexto princípio, a ordenação do trabalho organizativo como modo de ampliação e orientação dos próximos passos:

- (1) dos textos teóricos e referências que balizaram o projeto e agora precisam ser complementadas;
- (2) do material de observação, que geralmente está contido no

diário de campo, fonte legítima de informação para compor a análise; (3) dos documentos geográficos, históricos, estatísticos e institucionais que porventura existam, que foram pesquisados e que devem ajudar na contextualização do objeto; (4) das entrevistas, resultados de grupos focais e de outras fontes primárias (que devem ter sido desgravadas caso a interlocução tenha sido mediadas por gravações). Os elementos citados nos itens 1,2,3 são contextuais. Os do item 4 dizem respeito ao conteúdo das falas e das observações que a partir de então devem ter prioridade numa leitura atenta, reiterativa e cheia de perguntas. A esse movimento costumamos chamar de “impregnação” ou “saturação”. (2012, p. 4).

Romeu Gomes (2013, p. 68), enfatiza que “a análise e a interpretação dentro da perspectiva qualitativa não terem como finalidade contar opiniões ou pessoas”. Deste modo, diferencia um conceito do outro, enunciando que a análise tem como propósito ir além do descrito, partindo da decomposição dos dados, buscando relações entre as partes que foram decompostas.

Desse modo, a interpretação, segundo o autor, assume o foco central na pesquisa qualitativa, ao buscar os sentidos das falas e das ações com o objetivo de compreender, indo além do descrito e analisado. Discorre sobre a multiplicidade conceitual da análise de conteúdo, atendo-se, no capítulo, à análise temática, sendo o tema o conceito central.

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, Gomes (2013, p. 75) destaca: categorização, inferência, descrição e interpretação, sinalizando que nem toda análise de conteúdo segue a trajetória exposta abaixo: (a) decompor o material a ser analisado em partes; (b) distribuir as partes em categorias; (c) fazer uma descrição dos resultados da categorização; (d) fazer inferências dos resultados (lançando mão de premissas aceitas pelos pesquisadores); (e) interpretar os resultados ancorados pela fundamentação teórica.

Triviños (2012, p. 128) pontua que “a interpretação dos resultados surge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto.” O autor demonstra que os resultados são expressos através das descrições, das narrativas, de fotografias, de documentos pessoais e fragmentos de entrevistas.

6.10 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A regulamentação para pesquisas em Saúde é amparada pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Diante dos requisitos destas, este projeto de pesquisa será encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, a fim de ser realizada avaliação e aprovação. A coleta dos dados será realizada após aprovação do referido comitê.

Cabe ressaltar que a pesquisa tem objeto constituído junto à instituição pública, Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ), realizando a coleta de dados com sujeitos vinculados a esta instituição, sendo necessária como requisito para realização da pesquisa no município do Rio de Janeiro a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição.

A utilização dos dados obtidos através desta pesquisa será somente para fins científicos, respeitando a confidencialidade e sigilo, garantindo também a autonomia dos sujeitos da pesquisa quanto à sua participação. Desta forma, os sujeitos serão informados sobre a não identificação dos mesmos e nem do serviço de Saúde em que fazem parte.

Para registro da coleta e posterior análise dos dados será utilizado gravador ao longo da entrevista, porém o uso do dispositivo está condicionado ao consentimento do entrevistado. Ao término da pesquisa, o material gravado será descartado, permanecendo o arquivo das transcrições dos áudios no período de cinco anos, a fim de realizar consultas posteriores e esclarecer dúvidas quanto ao estudo realizado.

O pesquisador reconhece a importância e se compromete a leitura e esclarecimento dos objetivos, procedimentos e relevância da referida pesquisa. Ao realizar os devidos esclarecimentos, os sujeitos participantes da pesquisa e o pesquisador lerão e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e cada um disporá de uma via.

Ressaltamos a importância de apresentar os resultados desta pesquisa aos sujeitos participantes da mesma e à sociedade em geral.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A triangulação na coleta de dados foi o caminho percorrido para responder à pergunta horizonte desse estudo, sendo iniciada pela pesquisa documental, seguida do grupo focal e das entrevistas semiestruturadas. Ainda sobre este momento de tecer histórias e construir um texto acadêmico, Minayo (2011) ressalta que:

Num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações. É muito gratificante quando ele consegue tecer uma história ou uma narrativa coletiva, da qual ressaltam vivências e experiências com suas riquezas e contradições (2011, p. 3).

Portanto, é necessário pontuar as três unidades de categorização dessa pesquisa, que estão atreladas ao objetivo geral e aos objetivos específicos do presente estudo; sendo separadas da seguinte forma: *suicídio nas juventudes — processo de trabalho e a reconstrução do cuidado — espaços de formação*.

É essencial marcar que a categoria *processo de trabalho e a reconstrução do cuidado* serão analisadas a partir da compreensão dos seguintes recortes: a atuação profissional — as estratégias de intervenção — as estratégias de acompanhamento dos jovens — os trabalhadores da saúde — a reconstrução do cuidado.

Também é indispensável mencionar que a unidade de categorização *estratégias de intervenção* será analisada a partir da perspectiva da promoção da saúde mediante a atuação dos trabalhadores. Ou seja, se estes articulam essas estratégias apoiados no entendimento dos pressupostos da promoção da saúde.

Outra dimensão que abarca os resultados e discussões se configurou a partir da escuta dos relatos dos participantes dos grupos focais e das entrevistas individuais, sendo necessário produzir uma subcategoria de análise no contexto das tentativas e mortes por suicídio nas juventudes: o núcleo familiar.

É fundamental, antes de escrever os resultados e discussões da pesquisa documental, justificar o porquê da inclusão dos três atores/entrevistados que não puderam participar do grupo focal da Unidade A. Para isso, foi imprescindível recorrer às proposições de Minayo (2017, p. 5), que apresenta um decálogo de recomendações acerca da construção do objeto, sendo oportuno transcrever três orientações que reiteram os motivos dos convites aos participantes para fazerem parte das entrevistas individuais:

- (3) privilegiar, na amostra, os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- (7) nunca desprezar informações ímpares, que se destacam e não são repetidas, cujo potencial explicativo é importante para a descoberta da lógica interna do grupo estudado;
- (8) considerar um número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações;

Seguindo as proposições de Gomes (2013), previamente anunciadas, se atendo também sobre os enunciados de Minayo (2012), que descreve que este é o momento de transição entre a empiria e a elaboração teórica, o exercício da interpretação e a produção do texto sobre os achados do campo, assegurando os critérios de fidedignidade e de validade.

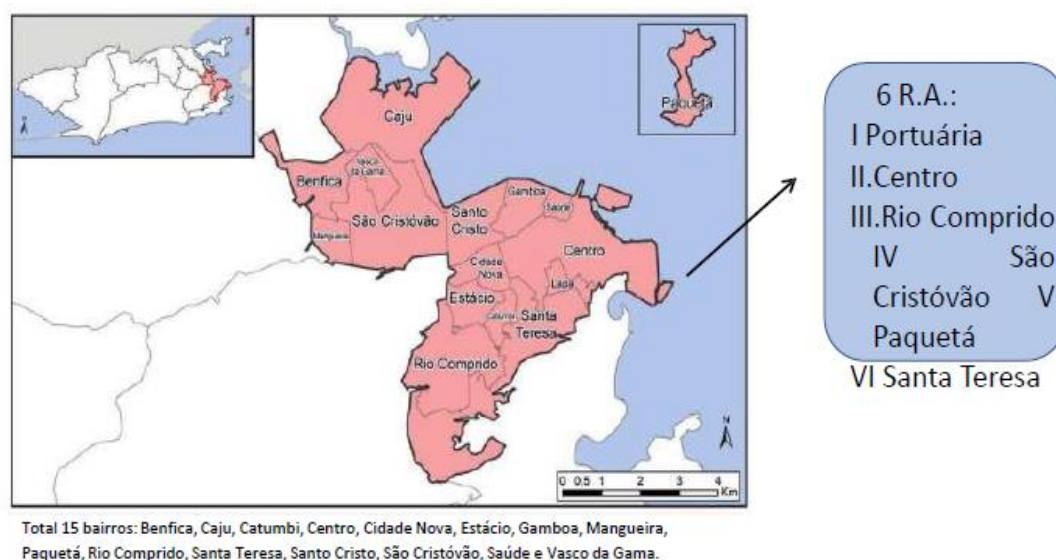
A partir desses enunciados, os resultados e as discussões serão apresentados da seguinte forma: pesquisa documental; os resultados e discussões de cada grupo focal (Unidade A e na Unidade B), seguindo a proposição do fluxograma de Robert Yin (2010); resultados e discussão das entrevistas semiestruturadas e, por último, a discussão.

7.1 PESQUISA DOCUMENTAL

A Área de Planejamento 1.0 (AP 1.0) — centro histórico da cidade do Rio de Janeiro, com 4,6% da população carioca — 296.000 habitantes, segundo o Censo 2010 — e 2,8% do território da cidade do Rio (34,39 km²). A área fica localizada na região central do município do Rio de Janeiro, e está situada geograficamente entre a Baía de Guanabara, Manguinhos e o Bairro de Laranjeiras, abrangendo uma área continental e uma ilha, que é a Ilha de Paquetá, fazendo divisão geográfica com quatro áreas programáticas, sendo: AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1 e AP 3.2.

A AP 1.0 abrange seis Regiões Administrativas (RA) da divisão político-administrativa do município, e compreende 15 bairros: Lapa, Centro, Saúde, Gamboa, Ilha de Paquetá, Caju, Santa Teresa, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, Mangueira, Benfica, Vasco da Gama, Santo Cristo e São Cristóvão.

O bairro do Caju está entre os últimos bairros na tabela sobre a Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no município do Rio de Janeiro e entre os seis últimos bairros sobre Evolução do IDH-Educação. Paquetá está entre os 8 últimos bairros na tabela sobre a Evolução do IDH-Educação no município do Rio de Janeiro (1991 e 2000).

Figura 8: Mapa 1.0

Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0> Visitado em 11/09/20

Fonte: Cartão interativo 1.0.

A AP 1.0 possui 17 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS):

- ✓ 71 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF) - até julho de 2022;
- ✓ 90 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (EqESF) – a partir de agosto de 2022;
- ✓ 8 equipes de Atenção Primária (eAP);
- ✓ 22 equipes de Saúde Bucal (eSB) até setembro de 2022;
- ✓ 27 equipes de Saúde Bucal (eSB) a partir de outubro de 2022;
- ✓ 2 equipes - Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) – nomeadas de Cidade do Samba e Carioca da Gema;
- ✓ 2 equipes de Consultório na Rua (eCR);
- ✓ 1 equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) até setembro de 2022;
- ✓ 1 Policlínica;
- ✓ 1 Hospital de Emergência (Hospital Municipal Souza Aguiar);
- ✓ 1 Coordenação de Emergência Regional (CER);
- ✓ 2 Maternidades (Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda e Hospital Maternidade Fernando Magalhães);
- ✓ Programas de Residência em Saúde.

Fonte: CNES – Cartão interativo.

7.1.1 CIAP2 (Classificação Internacional de Atenção Primária) e o CID (Classificação Internacional de Doenças)

A Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) é um documento construído pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), com o apoio do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, que torna público o sistema de classificação para ser utilizada na atenção primária à saúde, compreendendo que tal classificação não se trata de uma alternativa a Classificação Internacional de Doenças (CID), que continua importante para ser usada em morbimortalidade.

O CIAP2 admite maior proximidade com a temática desse estudo, com um sistema que permite classificar questões relacionadas às pessoas e não a doenças, evidenciando os motivos de procura do indivíduo ao serviço de saúde; um sistema que pode ser utilizado pelos profissionais da saúde, possibilitando que o cuidado ao paciente seja assumido de forma multiprofissional:

Em atenção primária, frequentemente o diagnóstico etiológico não é o mais importante, e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) tem como principal critério de sistematização a pessoa incluindo o contexto social (capítulo Z), e não a doença. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido responsável pela reestruturação da atenção primária no Brasil, e o uso da CIAP permitirá conhecer melhor a demanda dos pacientes e o trabalho realizado. Desta forma, ajudará no planejamento das ações nas unidades de saúde e também das atividades voltadas para o desenvolvimento profissional contínuo. Enfim, o objetivo é transformar cada unidade de saúde em um potente campo de avaliação da própria prática, qualificando cada vez mais a atenção primária brasileira. (2009, p. 7).

Posto isto, foi necessário recorrer aos dois sistemas de classificação (CIAP2 e CID) para identificar as duas unidades básicas de saúde que mais notificaram tentativas e mortes por suicídio no território da AP 1.0 nos anos de 2020 e 2021, conforme o recorte temporal deste estudo.

O CIAP2, por abarcar outras categorias profissionais e os seus registros; e o CID, por compreender que a categoria médica, segundo os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Guia de Referência — Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção/2016), também é o responsável pela avaliação da gravidade dos casos de tentativas de suicídio, construindo estratégias de cuidado com os trabalhadores da saúde que compõem as equipes; reiterando que esta categoria profissional é a que tem acesso ao prontuário no lançamento do CID.

Partindo desse critério foi possível identificar as tentativas e mortes por suicídio por intermédio do CIAP2 (Código P77 — Suicídio/Tentativa de suicídio) e do CID (X60 até o X89), a partir dos relatórios de cada unidade de saúde.

Outro critério adotado nesse estudo foi a não identificação nominal das unidades de saúde, pois o estudo tem como objetivo principal analisar a atuação dos trabalhadores da saúde frente à temática, e para tanto, uma unidade de saúde será nomeada de Unidade A e a outra unidade de saúde de Unidade B.

7.1.2 Cartão Interativo — CAP 1.0

A Coordenação de Área Programática (CAP 1.0) produziu um cartão virtual interativo que permite que os trabalhadores da saúde acessem, a qualquer momento, informações e orientações sobre os fluxos, encaminhamentos, protocolos e notas técnicas sobre saúde.

O cartão é dividido por pastas que abordam os seguintes temas: Óbito — Notificação — COVID 19 — Sistemas — Internação eletiva — Laboratório — Riocard — Criança — Imunização — Farmácia — Não transmissíveis — Transmissíveis — Gestante — Curativos — BF/CFC — Homem — PSE — Idoso — Saúde mental — Violência — Tabagismo — IST — Bucal — Regulação — Consultório na rua — AMS (acesso mais seguro) — Mulher.

Na pasta de Saúde Mental encontram-se: cartilhas — Equipamentos da Assistência Social — fluxos — guias — Promoção da Saúde — Ambulatório ampliado — Caminhos de cuidado — fluxo de vítimas de violência — Linhas de ação para Atenção Ambulatorial em Saúde Mental — folder gratuidade (cemitérios e funerárias) — Lei nº 14.344 (violência doméstica e familiar contra criança e adolescente) — Nota técnica sobre o uso do nome social para pessoas transgênero — Orientação básica para notificação de violência interpessoal/autoprovocada e intoxicação exógena — Protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência — RAPS 1.0 — SISREG (Sistema de Regulação) — UNIPRAD (Núcleo de Atenção às Pessoas com Problemas de Álcool e outras Drogas) — (fluxo de encaminhamento).

É necessário retomar o caminho percorrido: Cartão interativo — Pasta da Saúde Mental (Promoção da Saúde — RAPS).

Na pasta da Promoção da Saúde (abordagem para usuário em surto psicótico no domicílio — cartilha de prevenção do suicídio — fluxo de avaliação do risco de suicídio — folder de prevenção sobre o suicídio — Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida entre Crianças e Adolescentes/2019 — Infográfico/Setembro Amarelo/2019 — Lei nº

13.819 (Institui a Política Nacional de Prevenção de Automutilação e do Suicídio) — Lei nº 13.968 (Altera o Decreto-Lei nº 2.848, para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique).

Antes de expor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é indispensável analisar duas leis que tratam sobre o suicídio e a automutilação que foram decretadas em 2019.

A Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 — Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio — com nove objetivos expostos, mas serão destacados quatro objetivos para análise. Antes de comentar sobre eles, é necessário pontuar o entendimento da lei por violência autoprovocada: o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e o ato de automutilação com ou sem ideação suicida.

Eis os quatro objetivos, que versam sobre: promover saúde mental (1), promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio (2), garantir acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico (3), promover educação permanente de gestores e profissionais de saúde (4).

Ainda é necessário recorrer a Czeresnia (2009) quando esta diferencia a prevenção da promoção da saúde, pois a lei parece se aproximar mais do sentido da prevenção do que da promoção. Tal argumento se justifica a partir do entendimento proposto pela autora ao destacar que prevenir significa preparar ou evitar algo que exige uma atuação antecipada.

Cada objetivo listado abre espaço para discussões, mas é necessário atentar que eles se mostram como um desafio para o trabalhador da saúde mediante a política de austeridade vigente, da precariedade institucional, dos desvios de recursos públicos, de anúncios que fomentam o porte de armas, dentre todas as outras manifestações públicas de ataques as minorias, às mulheres e à população negra. Ainda dentro dessa análise, é fundamental que se pense propostas de formação sobre articulação intersetorial, pois cada setor, departamento ou secretaria é regido por diretrizes, portarias e normas.

A Lei nº 13.968, de 26 de dezembro de 2019 —Altera o Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de setembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como o de prestar auxílio a quem a pratique. A lei supracitada versa sobre o crime praticado, a pena e o tempo de reclusão.

É necessário considerar que ambas as leis versam sobre o suicídio, as tentativas de suicídio e as automutilações como se os fenômenos abrangessem o mesmo aspecto, desconsiderando as literaturas acadêmicas e científicas que discutem que a automutilação, em muitos casos, não significa necessariamente uma tentativa de suicídio. Para tanto, é

imprescindível mencionar uma definição sobre automutilação, mesmo que ainda não exista consenso entre os estudiosos sobre esse fenômeno. Jackeline Guisti (2013) aponta que automutilação pode ser entendida como qualquer comportamento que envolva a agressão intencional ao próprio corpo, sem que haja intenção consciente de suicídio. Ainda se faz indispensável à ampliação desse debate para os que praticam o crime de incitação conforme o exposto.

7.1.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da AP 1.0

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da AP 1.0 não conta com um dispositivo de atenção psicossocial estratégica — Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) — embora haja a necessidade emergencial deste serviço no território.

O Apoio Técnico de Saúde Mental da CAP 1.0 produziu uma proposta de uma Equipe de Atenção Psicossocial Estratégica enquanto a possibilidade de implantação do CAPS continua em discussões políticas e territoriais.

Contudo, para que seja possível o acompanhamento intensivo às situações de crise, evitando internações psiquiátricas sucessivas, articulando estratégias de desinstitucionalização e reconstrução de laços sociais para usuários oriundos de instituições psiquiátricas ou aqueles que se encontram em hospitais de custódia para tratamento psiquiátrico, a Superintendência de Saúde Mental do município do Rio de Janeiro (SSM/RJ) pactuou com algumas Áreas Programáticas (APs) — áreas adjacentes ao território da AP 1.0 — o apoio de alguns CAPS:

- ✓ CAPSad II Mané Garrincha, situado próximo da Praça Saens Peña (AP 2.2), que desde 2015, cobre também usuários do território da Mangueira – Clínica da Família (CF) Dona Zica;
- ✓ CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal situado em Manguinhos (AP 3.1), que desde 2016 oferece apoio à CF Medalhista Olímpico Mauricio Silva;
- ✓ CAPSi Mauricio de Sousa, situado em Botafogo (AP 2.1), que é referência para o território da AP 1.0.

A rede de Atenção de Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar conta com o apoio do Centro Psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro (CPRJ), que atende à demanda espontânea e é porta aberta para emergência psiquiátrica, apresentando inúmeros serviços, com atendimento prioritário para pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes e para usuários que fazem uso prejudicial de álcool e drogas residentes na AP 1.0:

- ✓ Consultas ambulatoriais.
- ✓ Programa de Atenção Ambulatorial à Terceira Idade (PATER) oferece

consultas para pacientes com transtornos mentais com mais de 60 anos.

- ✓ Hospital dia: o ingresso é concedido conforme avaliação da equipe multiprofissional.
- ✓ O Hospital Dia garante assistência em saúde mental diariamente, por um período de até 12 horas, no qual o usuário é convidado a participar de uma gama de atividades psicoterapêuticas.

A AP 1.0 conta com um psiquiatra na Policlínica e com dez psicólogas que se encontram lotadas em um dos quatro ambulatórios de saúde mental, que ficam em unidades tipo B (Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau, Centro Municipal de Saúde Ernesto Zeferino Tibau Júnior, Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz e Centro Municipal de Saúde José Messias do Carmo) e na Policlínica Antonio Ribeiro Neto.

Os Programas de Residência de Medicina Família e Comunidade (RMFC) e Programa da Faculdade de Medicina, contam com preceptoria de psiquiatria nas seguintes unidades de saúde da AP 1.0:

- ✓ RMFC do município do Rio de Janeiro: CF Lucarelli e CF Estácio;
- ✓ RMFC da UERJ: matriciamento para os residentes na CF Sérgio Vieira e CF Salles Netto;
- ✓ HUPE/UERJ para CF Estivadores e CF Dona Zica;
- ✓ UFRJ/IPUB: matriciamento para os residentes e acadêmicos do CMS Salles Netto.

A AP 1.0 também conta com duas equipes NASF, responsáveis pelo matriciamento de profissionais das seguintes Unidades Básicas de Saúde: CMS Oswaldo Cruz; CMS Ernani Agrícola, CMS José Messias do Carmo; CMS Zeferino; CMS Villaboim; CF Sérgio Vieira; CF Maurício Silva; CF Fernando Antônio Braga Lopes; CSE HESFA e CF Nélcio de Oliveira.

O território da AP 1.0 conta com duas equipes de consultório na rua (eCR), instituídas na modalidade III. Equipes que são a porta de acesso à saúde para as pessoas que se encontram em situação de rua, concentradas, em especial, na área da Lapa, Cinelândia, Aeroporto Santos Dumont, Campo de Santana e Rodoviária Novo Rio. As equipes exercem suas atividades *in loco*, de forma itinerante, incluindo a busca ativa e o cuidado aos usuários que fazem uso prejudicial de álcool e drogas ou com transtornos mentais, no exercício diário de compartilhar o cuidado com outros dispositivos da RAPS e da rede intersetorial.

É imprescindível sublinhar que a CAP 1.0 não conta com um Centro de Atenção Psicossocial para os casos de sofrimento psíquico, conforme mencionado nos documentos, nos relatos dos participantes dos grupos focais e nas entrevistas individuais.

É importante mencionar a existência de cinco Centros Provisórios de Acolhimento (CPA) para pessoas acima de 60 anos (misto), homens adultos e população LGBTQIAP+; uma central de recepção de adolescentes e duas unidades de reinserção social que estão

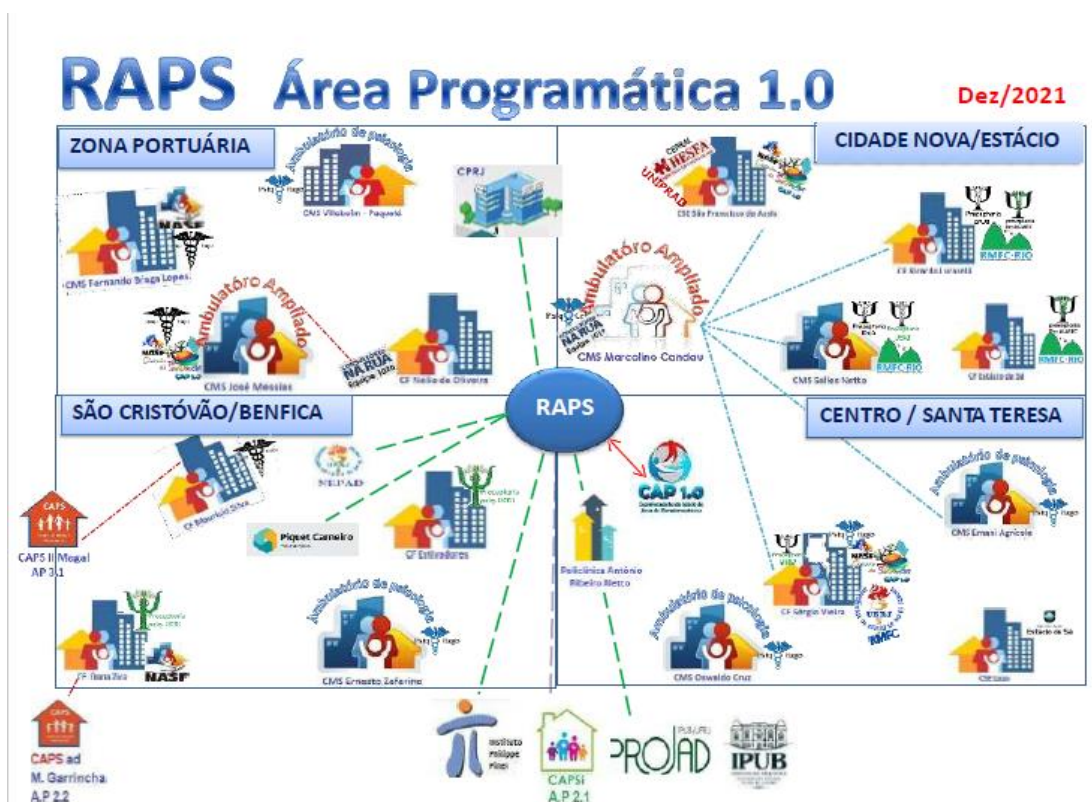
atrelados a 1ª Coordenadoria de Assistência Social (1ª CAS). Dentro do território tem um Hotel Acolhedor que funciona em regime temporário para pernoite vinculado à Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos.

Também é necessário apresentar as propostas que foram discutidas e elaboradas no Fórum de Saúde Mental da CAP 1.0: Pré-Conferência, realizado no dia 14 de dezembro de 2021, no Auditório Bárbara Starfield.

O intuito do fórum foi encaminhar essas propostas para Reunião Ampliada do Conselho Municipal de Saúde que aconteceu no dia 05 de janeiro de 2022 para serem consolidadas; e reencaminhá-las para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi realizada no mês de maio de 2022, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. A seguir as propostas do Fórum de Saúde Mental (14 de dezembro de 2021):

1. Necessidade de implantação de serviços CAPS III, CAPS-ad III, CAPSi, de Unidades de Acolhimentos (UAAs) e Centros de Convivência e geração de renda;
2. Ampliação da cobertura de equipes NASF, com o objetivo de fortalecer as equipes de saúde da APS para efetivação das Políticas Públicas de Saúde Mental e Álcool e outras drogas;
3. Fomento para o fortalecimento da participação social, como importante diretriz da efetivação do SUS, através do incentivo à criação dos Colegiados Gestores nas unidades básicas de saúde onde ainda não estiverem ativos e fortalecimento dos que já estiverem em atuação;
4. Transparência na utilização dos recursos financeiros destinados à Atenção Psicossocial, de forma a assegurar a manutenção e ampliação dos serviços de saúde de base comunitária e territorial (CAPS);
5. Investimento em Educação Permanente para os profissionais da APS para qualificação do manejo do cuidado nos momentos de crise ou surto psicótico e acolhimento em saúde nos casos complexos de usuários com transtorno mental grave e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas;
6. Fomento e manutenção dos espaços destinados à articulação e fortalecimento das políticas públicas e sociais entre os parceiros da APS e da rede intersetorial: Educação, Assistência Social e Justiça;
7. Implementação de instrumentos de comunicação, presencial ou remoto, como ferramentas para viabilizar estratégias para o matriciamento das equipes e formação continuada aos profissionais da APS (equipes de saúde, equipes NASF e equipes de consultório na rua);
8. Incentivo à criação de estratégias para a promoção do cuidado em saúde e da saúde mental dos usuários, em especial a população que vive em situação de rua e para os profissionais de saúde;
9. Ampliação do acesso à saúde para a população que se encontra vivendo em situação de rua e a que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas;
10. Incentivo à capacitação dos profissionais de saúde visando sua formação integral que contemple o lidar com a população em geral, desde sua passagem pela educação infantil, ensino fundamental e médio;
11. Recursos financeiros para implementação de ações intersetoriais entre APS e os parceiros da rede intersetorial, com foco na promoção, prevenção e atenção à Saúde Mental e ao enfrentamento das especificidades trazidas com a pandemia de COVID-19.

Figura 9: Rede de Atenção Psicossocial 1.0



Fonte: Cartão interativo 1.0

7.1.4 Apoio de Saúde Mental: bastidores do front da AP 1.0

É necessário referir o trabalho do Apoio de Saúde Mental diante do cenário pandêmico do início de março de 2020, configurando-se uma proposta de atuação territorial desenvolvida por Jurema Boscardin, Rodrigo Machado, Jacintha Franca e Alice Menezes.

A Coordenação de Saúde da Área Programática 1.0 redirecionou o cuidado em saúde mental, estabelecendo estratégias de intervenção precoce para a prevenção de agravos psíquicos, estabelecendo dois objetivos para enfrentamento da pandemia:

1. Reorganizar o cuidado de saúde mental dentro da AP 1.0 a fim de aumentar a disponibilidade dos profissionais da atenção primária para o atendimento de usuários sintomáticos respiratórios;
2. Prestar suporte emocional aos trabalhadores da AP 1.0 a fim de manejar o sofrimento psíquico e prevenir agravos.

No apoio às equipes de atenção primária, o Apoio Técnico de Saúde Mental foi direcionado para garantir acesso à assistência de saúde mental diretamente no território dos usuários, por meio da articulação de ações/serviços em diferentes níveis de complexidade da Rede de Atenção Psicossocial e com parceiros intersetoriais.

Além disso, foram fornecidas aos profissionais diretrizes técnicas para o manejo de manifestações de sofrimento psíquico associadas à Covid-19, como inquietação, medo, ansiedade, estresse agudo, tristeza e luto.

Quanto ao suporte emocional aos trabalhadores, envolvendo gestores, profissionais de saúde, equipes de limpeza e vigilância, foram traçadas duas estratégias:

- a. Abordagem coletiva e presencial com o estímulo à criação nas unidades de saúde de uma rede de colaboração e suporte emocional;
- b. Abordagem individual e virtual com o uso de tecnologias móveis para a disponibilização de escuta e suporte psicológico e psiquiátrico.

A abordagem coletiva envolveu duas rodadas de visitas técnicas às 17 unidades da AP 1.0, realizando uma roda de conversa por visita, observando normas de biossegurança e totalizando 34 rodas de conversa.

O suporte individual e virtual envolveu teleatendimento psicológico com uso de tecnologias móveis feito por duas profissionais do grupo de risco. Buscou-se oferecer escuta qualificada e diálogo para profissionais expressarem angústias; estimular autocuidado, exercícios físicos, além de formas de enfrentamento ao estresse.

7.1.5 Suicídio – SMS/RJ

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro construiu um Guia de Referência — Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção/2016 — voltado para os profissionais de saúde, definindo o suicídio como “morte autoprovocada com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa pretendia / tinha intenção de morrer” (2016, p. 9). Antes de expor o papel da Atenção Primária à Saúde na temática em questão, é necessário compreender as definições da SMS/RJ sobre as tentativas de suicídio e o comportamento suicida:

Tentativa de suicídio - Definida como qualquer tipo de comportamento autolesivo não-fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer. É importante atentar que nem toda violência autoprovocada caracteriza uma tentativa de suicídio. Estes atos podem ser formas de aliviar sofrimentos, sem que haja o objetivo de pôr fim à vida. Diferenciar os dois pode ser difícil na prática clínica e o cuidado em saúde mental precisa ser desenvolvido de qualquer maneira.

Comportamento suicida - Este termo se refere a um conjunto de atitudes que incluem: o pensamento de que uma ação autoinfligida resulte em sua morte (ideação suicida), o planejamento, a tentativa e o próprio suicídio (2016, p.9).

Entendidas essas definições, é imprescindível compreender o *Papel da APS na prevenção, avaliação e abordagem do risco de suicídio*, com a SMS/RJ, discutindo que o

suicídio ultrapassa os campos da psicologia e da psiquiatria, reiterando que todos os profissionais da Atenção Primária são essenciais para a redução dos índices de tentativas e de suicídios consumados. É marcado que o sujeito tem como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde; e esta tem como objetivo “realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de prover cuidado, garantindo acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção a pessoas e famílias residentes em sua área de atuação” (2016, p. 15).

É destacado um estudo internacional — *Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence* — que aborda o contato com serviços de atenção primária e saúde mental por pessoas que cometeram suicídio. Tal estudo, independentemente de ser datado de 2002, se mostra, no mínimo, um alerta para reflexões sobre o tema:

- » Dois terços dos que cometem suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos, na semana anterior.
- » 45% dos que morreram por suicídio foram atendidos por profissionais da APS no mês anterior a sua morte. Destes, 19% se consultaram com um profissional de saúde mental.
- » No ano anterior ao suicídio, 77% das pessoas foram atendidas em serviços de Atenção Primária, enquanto 32% delas foram atendidas em serviços de saúde mental.
- » Esses dados indicam o quanto são importantes ações de prevenção ao suicídio no âmbito da APS (2016, p. 16).

Ainda sobre o *Papel da APS na prevenção, avaliação e abordagem do risco de suicídio* — o guia aponta a *abordagem de risco* ao discorrer que falar sobre suicídio é o primeiro passo para preveni-lo, mesmo compreendendo o tabu ao se abordar esse tema, mas entendendo que falar sobre o suicídio pode, em muitos casos, reduzir a ansiedade, abrindo possibilidades de acolhimento e compreensão do seu sofrimento psíquico e a construção de orientações a partir desse momento.

É exposto um estudo de caso e um alerta para que os trabalhadores de saúde fiquem atentos as pistas dadas pelas pessoas durante os atendimentos, discursos que indicam perda do sentido da vida, vontade de morrer, desânimo, lutos recentes e a percepção de que o sujeito pode ter, naquele momento, uma relação de fragilidade com a própria existência. Algumas indagações são postas para os trabalhadores da saúde, e tais perguntas podem ser consideradas como disparadoras para se pensar sobre a abordagem e a construção do cuidado com o usuário frente aos desafios sobre a temática (2016, p. 18):

- Como se dirigir a esta paciente?
- O que perguntar a ela?
- Como avaliá-la?
- Qual é o Projeto Terapêutico Singular para o caso?

Logo a seguir a essas provocações, os autores apontam algumas orientações para os trabalhadores da saúde (2016, p. 19):

Dizer que a pessoa “não deveria pensar assim pois é tão interessante, tão bela, tão inteligente, com emprego, com filhos tão lindos, com fé, tão rica, etc...”, não costuma ajuda-la. É preciso compreender o projeto de suicídio como um fato. Resulta de um conflito interior sério, que pode ser prolongado e até mesmo insolúvel. A pessoa fica fechada a conselhos e este tipo de atitude pretensamente confortadora frequentemente é interpretada pelo paciente como despreparo do interlocutor, que não compreenderia as forças com que tenta lidar e não se sentiria confortável com a gravidade da situação. É necessário dizer que existe tratamento e como será ofertado o plano terapêutico individualizado. Muitos autores recomendam um contrato de não-suicídio, renovado a cada encontro. À medida que os médicos e as equipes ganham experiência torna-se mais fácil dizer ao paciente que outros já estiveram daquele jeito – “existe tratamento para este problema de saúde e para qualquer agravo psiquiátrico”.

É importante enfatizar três aspectos: o projeto de suicídio se conforma como um fato, a construção do plano/projeto terapêutico singular e a renovação do contrato com o sujeito em sofrimento psíquico a cada encontro. O primeiro aspecto também pode atravessar o trabalhador de saúde, caso tenha algum histórico pessoal ou familiar de morte por suicídio, ou até mesmo no seu local de trabalho.

Os fatores de risco e proteção para o suicídio são temas que abarcam manuais e guias dentro da temática, mas optou-se em visibilizá-los, sendo o município do Rio de Janeiro o recorte cartográfico dessa pesquisa. Ambos os quadros têm como fonte o estudo *Crise suicida: avaliação e manejo*, de Neury Botega.

Figura 10: Fatores de risco

Papel da APS na prevenção, avaliação e abordagem do risco de suicídio | Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção

■ **Fatores de risco e proteção para o suicídio**

Conhecer as situações que atuam como fatores de risco para o suicídio pode auxiliar os profissionais de saúde na identificação de situações de risco e de crise. Como consequência, compreender os momentos de crise e dos fatores de proteção permite que os profissionais apoiem a pessoa e sua rede de apoio no enfrentamento de situações de risco, potencializando o uso de seus recursos na construção do projeto terapêutico singular.

FATORES DE RISCO		
<p>Fatores Sócio demográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino; • Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos; • Estados civis: viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens); • Orientação homossexual ou bissexual; • Ateus, protestantes tradicionais, católicos, judeus; • Grupos étnicos minoritários. <p>Transtornos Mentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressão, Transtorno afetivo bipolar, abuso/dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade (especialmente borderline); • Comorbidade psiquiátrica (ocorrência de mais de um transtorno mental ao mesmo tempo); • História familiar de doença mental; • Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental; • Ideação ou plano suicida; • Tentativa de suicídio progressa; • História familiar de suicídio; 	<p>Fatores Psicossociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico ou sexual; • Perda ou separação dos pais na infância; • Instabilidade familiar; • Ausência de apoio social; • Isolamento social; • Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante; • Datas importantes (reações a aniversário); • Desemprego • Aposentadoria; • Violência doméstica; • Desesperança, desamparo; • Ansiedade intensa; • Vergonha, humilhação (bullying) • Baixa autoestima; • Desesperança; • Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo; • Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico; • Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades. 	<p>Outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acesso a meios letais (armas de fogo, venenos); • Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais; • Estados confusionais orgânicos; • Falta de adesão a tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes; • Relação terapêutica frágil ou instável;

20

Fonte: Guia de Referência - Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção/2016.

Figura 11: Fatores de proteção para o suicídio

Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção		Papel da APS na prevenção, avaliação e abordagem do risco de suicídio
FATORES DE PROTEÇÃO		
<p>Personalidade e Estilo Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade cognitiva; • Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes; • Disposição para buscar ajuda; • Abertura para experiência de outrem; • Habilidade para se comunicar; • Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade; • Habilidade para solucionar problemas da vida; <p>Estrutura Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bom relacionamento interpessoal; • Senso de responsabilidade em relação à família; • Presença de crianças pequenas em casa; • Pais atenciosos e presentes; • Apoio da família em situações de necessidade; 	<p>Fatores Socioculturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos); • Adesão a valores e normas socialmente compartilhados; • Prática de uma religião e outras práticas coletivas (esportes, atividades culturais, artísticas) • Rede social que oferece apoio prático e emocional; • Estar empregado; • Disponibilidade e acesso a serviços de saúde mental; 	<p>Outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez, puerpério; • Boa qualidade de vida; • Regularidade do sono; • Boa relação terapêutica.
<p>FONTE: Extraído de Botega, 2015 ⁽¹⁴⁾</p>		

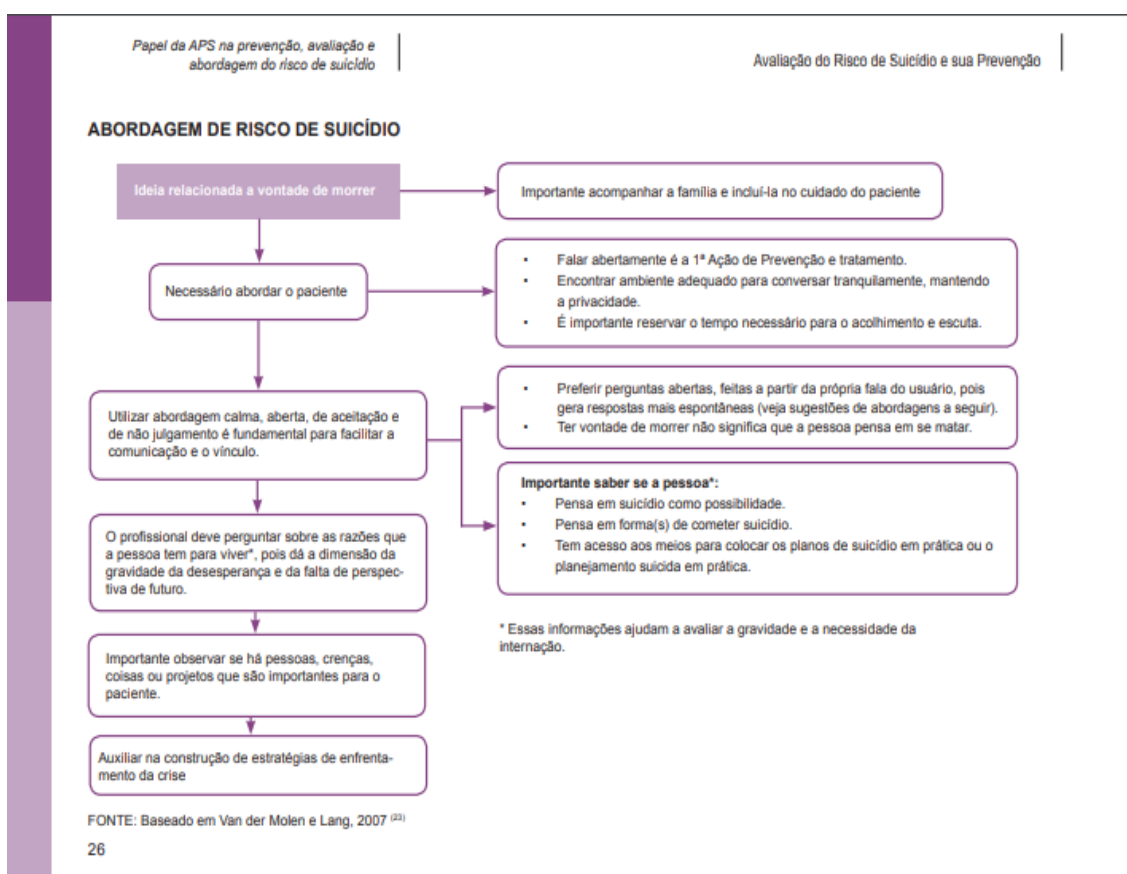
Fonte: Guia de Referência - Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção/2016

Dentre os fatores de risco associados a outras especificidades na adolescência, merecem destaque (2016, p. 22):

Neste período etário, o suicídio e as tentativas crescem significativamente em relação ao período da infância, especialmente a partir dos 15 anos de idade. Os principais fatores de risco tanto para tentativas como para morte auto infligida são: sofrer violência física e abuso sexual; sofrer ameaças de colegas ou de outras pessoas; ter depressão; ter problemas de identidade de gênero; vivenciar um amor não correspondido; isolar-se socialmente; ter problemas de desempenho escolar e de comunicação com professores e colegas; sofrer frustração emocional, familiar, social e cultural; ter contato com casos de familiares, vizinhos e colegas que se mataram. Em geral, nas tentativas, a ingestão de medicamento é o meio mais utilizado e a idade de maior risco é de 14 anos.

Outros quadros que apontam os fluxos de abordagem sobre o suicídio tornam-se fundamentais para os trabalhadores da saúde no intuito de orientar o processo de trabalho frente a esta temática. Para essa finalidade, são expostos os quadros a seguir:

Figura 12: Abordagem de risco de suicídio



Fonte: Guia de Referência - Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção/2016.

Figura 13: Avaliação do risco de suicídio I

Papel da APS na prevenção, avaliação e abordagem do risco de suicídio | Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção

■ **Avaliação do risco de suicídio** (5, 17, 18, 24, 25, 26, 27)

A realização do diagnóstico de doenças clínicas e de transtornos mentais, assim como avaliar a crise emocional do momento em que há o risco de suicídio são passos fundamentais.

Portanto, é importante avaliar se há presença de ideação suicida, planejamento do suicídio, acesso à forma como planejou, se houve tentativas anteriores, se usa de modo problemático álcool ou outras drogas (veja também o guia de Álcool e outras Drogas no link http://subpav.org/download/prot/destaque/GuiaAD_reunidoCOMCAPACLARA.pdf), se considera que tem razões para viver ou se tomou providências após sua morte.

Considera-se que quadros depressivos com risco de suicídio, dependendo da gravidade, podem ser preferencialmente tratados na própria atenção primária.

No entanto, aqueles pacientes que apresentam sintomas psicóticos (pensamentos, sensações e experiências fora da realidade) serão manejados prioritariamente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mantendo parte de seu cuidado na APS. Esse fluxo será descrito com detalhes a seguir.

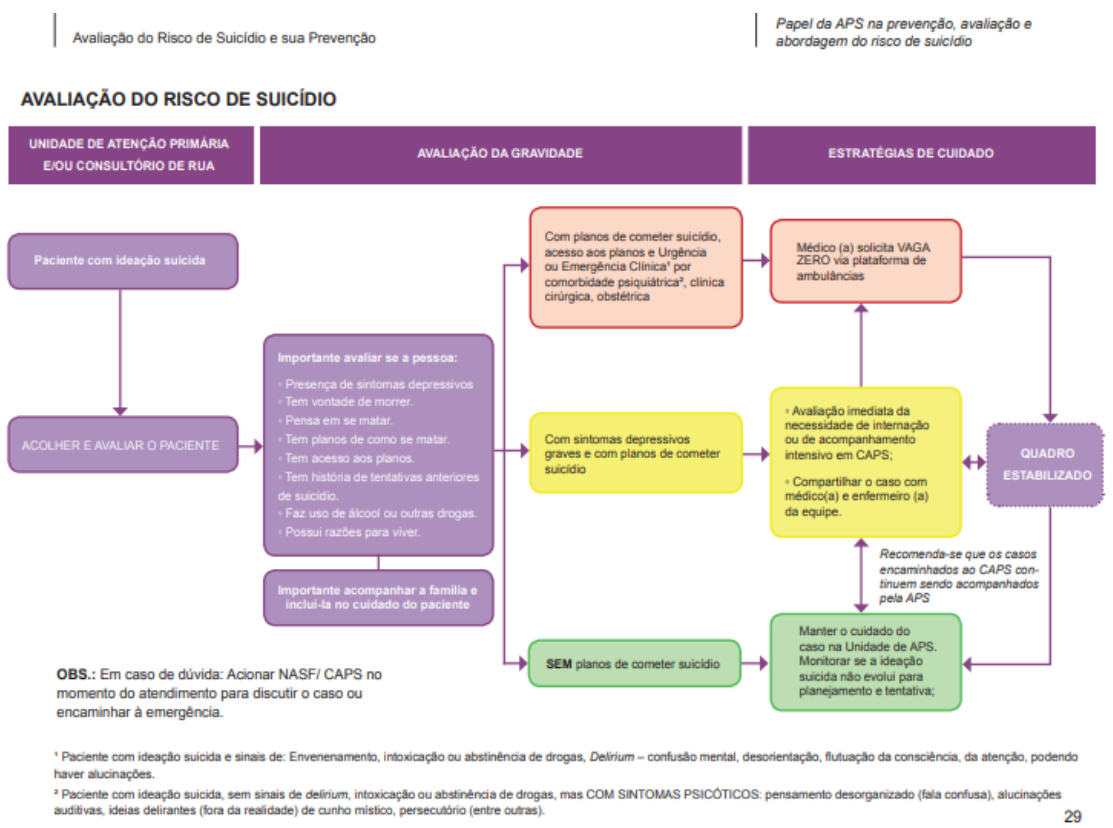
ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delírium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.	ALTO
Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.	MODERADO
Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.	BAIXO

28

Fonte: Guia de Referência - Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção/2016.

Figura 14 – Avaliação do risco de suicídio II



Fonte: Guia de Referência - Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção/2016.

Outras orientações são apontadas nesse material quando acontece uma morte por suicídio; os transtornos mentais graves e risco de suicídio, a tomada de decisão, a internação, o acompanhamento intensivo, o tratamento com monitoramento, o tratamento medicamentoso, as abordagens terapêuticas para profissionais da atenção primária à saúde.

O contexto da Promoção da Saúde na abordagem das violências autoprovocadas é um dos assuntos abordados pelo guia e coaduna com o tema desse estudo, ao relatar que a Promoção de Saúde é “um importante campo de atuação para o desenvolvimento de ações no âmbito da APS e possibilita aos profissionais e serviços de saúde, ampliar sua intervenção nos territórios onde atuam.” (2016, p. 62).

Enumeram algumas estratégias e ações desenvolvidas no município do Rio de Janeiro com o intuito de fortalecer os fatores protetores de saúde: (1) Promoção da Cultura da Paz; (2) Mediação de Conflitos e a Terapia de Resolução de Problemas; (3) Núcleo de Promoção da Saúde da Solidariedade e Prevenção das Violências e Grupos Articuladores Regionais (GAR); (4) Programa de Saúde na Escola (PSE); (5) Rede de Adolescentes e jovens promotores de saúde (RAP), extinto na gestão municipal passada e retornando na atual gestão municipal.

A rede de atenção psicossocial no cuidado às pessoas em risco de suicídio é o penúltimo tópico do guia ao analisar como o caso pode chegar na APS, destacando os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Município do Rio de Janeiro; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção de Urgência e Emergência. O último tópico é a Notificação das Violências Autoprovocadas, seguido de orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação.

O Guia de Referência — Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção — traz outras orientações para os trabalhadores de saúde e uma indagação se faz presente ao retomar um dos objetivos específicos proposto nesse estudo que se propõe a investigar a existência de espaços de formação com base nos princípios da educação permanente sobre o tema proposto para os trabalhadores que compõem as equipes de saúde para identificação e adoção de estratégias de intervenção na perspectiva da promoção da saúde.

7.1.6 Suicídio — Rio Grande do Sul

A origem desse tópico surgiu da análise documental sobre participação do projeto “Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio” (2008), citado na justificativa, no qual atuei como aluno de Iniciação Científica e colaborador do manual técnico. Revistar os documentos, os textos, os artigos e as reportagens se conformaram como um fator agregador para a pesquisa documental deste estudo.

Autores seminais que abarcam a morte por suicídio, encontrados na pesquisa documental de 2008 a 2010, também foram referenciados na fundamentação teórica. Antes de mencionar o projeto, é relevante descrever as atividades desenvolvidas como aluno de Iniciação Científica que priorizaram as discussões interdisciplinares e trabalhos em grupo:

- ✓ Levantamento bibliográfico sobre os diversos temas envolvidos no projeto: dados epidemiológicos; construção de rede; legislação; saúde mental;
- ✓ Leitura crítica de artigos e textos sobre o tema;
- ✓ Filmes e debates sobre o tema;
- ✓ Elaboração de oficinas de discussão de textos — estudo dirigido;
- ✓ Elaboração de oficinas temáticas com todos os envolvidos no projeto;
- ✓ Confeção e apresentação de trabalhos em eventos científicos;
- ✓ Construção de instrumentos de coleta de dados referentes ao perfil do suicida e da organização da rede de suporte social;
- ✓ Levantamento e consolidação dos dados levantados pelos municípios a partir da aplicação dos instrumentos elaborados,
- ✓ Reuniões quinzenais de grupo de Iniciação Científica para discussão do andamento do projeto;
- ✓ Seminários teóricos sobre o tema;
- ✓ Produção de relatórios mensais das atividades;
- ✓ Participação em viagens para o desenvolvimento de oficinas no RS;
- ✓ Elaboração do Manual Técnico a ser divulgado pelo Ministério da Saúde.

O projeto teve como objetivo “desenvolver uma metodologia para a formação de redes intersetoriais de promoção da vida e prevenção do suicídio, a partir da sensibilização e do envolvimento de profissionais de diferentes setores.” (2011, p. 9).

Blanca Guevara Werlang (*in memoriam*) e Neury José Botega foram os consultores técnicos, utilizando como referência os manuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS).

Para tanto, faz-se necessário refletir sobre as singularidades locais que atravessam a morte por suicídio. O projeto recortou os quatro municípios do Rio Grande do Sul com população acima de 30.000 habitantes, que apresentavam taxa média de suicídio superior a 10 por 100.000 hab., representando as maiores taxas padronizadas de mortalidade por suicídio do estado. Outro fator identificado nesse projeto foi o impacto da cultura do tabaco no ecossistema e na saúde humana, tema que não será abordado no presente estudo.

O projeto discutiu que os elementos essenciais para os programas de prevenção ao suicídio são o aumento da percepção acerca do tema e a disseminação de informação apropriada. O material do projeto será dividido em tópicos, com o intuito de organizar a estrutura dos seus documentos:

1. Escala de atitude frente ao suicídio.
2. Proposta de estudo dirigido aos participantes das oficinas.
3. Construção de dinâmicas.
4. Construção de um Manual de Prevenção do Suicídio (2011).

A escala de atitude frente ao suicídio se configurou a partir de treze afirmativas para se pensar a temática nas discussões com os trabalhadores de saúde, sendo discutida entre os professores e colaboradores antes dos encontros de formação. São citadas duas afirmativas como exemplos:

Os pais deveriam se preocupar mais com aspecto emocional dos seus filhos, pois dessa forma afastaria a possibilidade de comportamentos considerados perigosos e indesejáveis.

As relações virtuais podem ser consideradas sintomas de uma anormalidade por promover o distanciamento do adolescente com a realidade, provocando graves distúrbios psíquicos.

As propostas de estudos dirigidos aos participantes das oficinas foram organizadas e debatidas, com atividades de reflexão e discussão, textos e artigos, propostas de fichamento para serem trabalhadas nos fóruns de discussão e plenárias criados pelo projeto.

Todas as atividades de sensibilização propostas nas oficinas eram discutidas previamente, com referenciais teóricos das técnicas utilizadas, com trocas de e-mails e

encontros presenciais, pois os profissionais, professores e alunos de iniciação científica residiam no Rio de Janeiro e as oficinas eram ministradas nos quatro municípios do Rio Grande do Sul. A seguir são expostos os momentos das oficinas locais:

- ✓ Abertura (um início diferente a cada oficina: música – vídeo – leitura de um texto ou poema – entrega de envelopes contendo alguma curiosidade sobre a oficina – separação dos grupos e orientação da atividade).
- ✓ Dinâmica (a atividade se constituía a partir de estudos de casos ou de algum referencial teórico que precisava ser explorado na oficina, utilizando recursos de explanação para todos os envolvidos: dramatização utilizando adereços, apresentações a partir de colagens – apresentação utilizando massinha ou fantoche).
- ✓ Exposição de cada grupo.
- ✓ Plenária com todos os participantes da oficina.
- ✓ Fechamento (na maioria das vezes com os combinados para o próximo encontro).

As capas de revistas e jornais que abordavam a temática, com pessoas segurando em armas, pulando de pontes ou se enforcando, eram materiais para discussão e problematização, mas essas imagens não eram utilizadas nas oficinas de sensibilização.

A arte se mostra como um recurso potente para lidar com a aridez de certas temáticas, e os seguintes trabalhos foram compartilhados durante as oficinas: o poema *Eu sei mas não devia* (Marina Colasanti), os quadros de Van Gogh, a música *Socorro* (Cássia Eller), a discussão do filme *As Horas*, a carta de despedida de Virginia Woolf, Oswaldo Goeldi e suas xilogravuras, Edvard Munch e *O Grito*.

O manual foi construído para os profissionais que atuam na vigilância e na prevenção do suicídio a partir da organização de grupos de trabalho que se dividiram nas temáticas que serão expostas a seguir. Participei efetivamente, por ser educador, nos tópicos ligados à Educação e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), compreendo que os ACS realizam atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas em domicílios ou junto às coletividades. O manual foi dividido da seguinte forma:

- O projeto
- O problema
- Suicídio — problema de todos
- Situações de vulnerabilidade
- Rede de prevenção
- Primeiro nível: a rede na área de saúde
- Segundo nível: as ações intersetoriais
- Mitos e verdades sobre suicídio
- Os sobreviventes
- Orientações específicas para profissionais
- Assistentes sociais

Educadores
 Jornalistas
 Policiais militares
 Profissionais de saúde
 Agentes Comunitários de Saúde
 Profissionais de Saúde da Família
 Profissionais de emergência
 Profissionais de saúde mental
 Técnicos de Extensão Rural

A Revista Galileu em abril de 2008, com a edição intitulada *mal.com — o lado sombrio da internet* trouxe questões para a discussão a partir dos blogs anoréxicos, manuais suicidas, receitas de bombas e fóruns racistas, disseminando, segundo a jornalista, intolerância e violência, levantando o seguinte debate: onde termina a liberdade de expressão e onde começa o crime? A jornalista retira um comentário publicado em um fórum do Orkut que merece atenção:

O problema é, estão tratando o homossexualismo como uma coisa normal, e isso não está certo! (...) isso está moldando nossa sociedade para um nível patético. (...) sem falar que nosso mundo está, em parte, sendo destruído por causa do homossexualismo, pois foram os homossexuais que iniciaram a contaminar o mundo com a AIDS.

Outras revistas da época que abordaram a temática:

- ✓ Psique — Ciência & Vida — ANO IV — Nº 38 — Suicídio instinto de morte, crenças religiosas e atalho para sanar problemas: os fatores que levam as pessoas a dar fim à própria vida.
- ✓ Psique — Ciência & Vida — ANO IV — Nº 40 — À beira da explosão. Descoberta: impulso agressivo típico da depressão masculina ocorre mais em mulheres deprimidas, aumentando o índice de suicídio entre elas.
- ✓ VEJA — 18 de fevereiro de 2009 — Eles é que mandam. Um retrato dos adolescentes de hoje: eles são os reis da era digital, decidem o que a família vai comprar, custam caríssimo, mas estão mais desorientados do que nunca.

Para Denzin & Lincoln (2006, p. 19), “o uso de múltiplos métodos, ou da triangulação, reflete uma tentativa de assegurar uma compreensão em profundidade do fenômeno em questão.” Posto isso, é necessário pontuar os resultados da pesquisa documental, entendendo que os destaques fazem parte de um processo de construção, de confecção, um processo de montagem, editando e reunindo pedaços da realidade para ampliar a compreensão sobre o fenômeno. A pesquisa documental e a construção de marco teórico do presente estudo se complementaram, pois os documentos referenciados também abarcam e discutem a morte por suicídio, como apontam os documentos encontrados na presente pesquisa, ampliando o entendimento do objeto.

Outro aspecto que deve ser considerado é entendimento da dimensão da Área Programática 1.0 e sua singularidade, com ocupações em bairros considerados centrais da cidade em que os sujeitos sobrevivem em situações de vulnerabilidade e miserabilidade. Além disso, a população de outros municípios que transita pelo território, muitos referenciados em outras unidades básicas de saúde, localizados em outros bairros e municípios, mas que buscam atendimento assistencial nas unidades de saúde do território da 1.0.

Outro documento que merece atenção e análise se constituiu a partir do Fórum de Saúde Mental (14 de dezembro de 2021) abrangendo o terceiro objetivo específico do presente estudo, discutindo sobre a necessidade de incentivar a capacitação dos profissionais de saúde visando sua formação integral, desde sua passagem pela educação infantil, ensino fundamental e médio; e o investimento em Educação Permanente para os profissionais da APS para qualificação do manejo do cuidado nos momentos de crise ou surto psicótico e acolhimento em saúde nos casos complexos de usuários com transtorno mental grave e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas.

7.2 GRUPOS FOCAIS

Seguindo o percurso metodológico, apoiado por Denzin & Lincoln (2006), Minayo (2013), Moreira (2013) e Deslandes (2013) e com o intuito de aprofundar a morte por suicídio nas juventudes, o estudo exercitou sua triangulação com a realização de dois grupos focais (um para cada unidade básica de saúde). Desse modo, serão expostas as características gerais dos atores-chaves que participaram do grupo focal da Unidade A e da Unidade B, no segundo momento.

O grupo focal A teve a presença de 5 participantes e três ausências previamente justificadas; com a média da idade dos trabalhadores da saúde de 30 anos; todos os atores da pesquisa com nível superior completo; e nenhum participante residindo no território de atuação profissional.

Os trabalhadores da saúde serão citados no decorrer dos resultados e discussões a partir da letra A que corresponde a Unidade de Saúde do participante, um número que corresponde à sua identificação e categoria profissional: (A1) Médica — (A3) Médica — (A4) Téc. Enf. — (A6) Dentista — (A8) Enfermeira.

7.2.1 Unidade A

Suicídio nas juventudes

Os trabalhadores da saúde do grupo focal da Unidade A apontam, a partir de suas percepções, os motivos que levam as juventudes a morte por suicídio e as tentativas de terminarem com a sua existência: as questões hormonais nas juventudes; a necessidade dos jovens se encaixarem nos grupos; a não aceitação dos grupos (causando frustração nos adolescentes); a falta de diálogo no âmbito familiar; os pais que trabalham o dia inteiro; e falta de um espaço de conversa para falar de si.

Uma das participantes compartilha a história de tentativa de suicídio de um rapaz de “vinte e poucos anos”, de outra unidade de saúde, mas que também está localizada na Área Programática 1.0, possibilitando refletir sobre a dimensão do sofrimento psíquico que atravessa as juventudes:

[...] Não lembro agora se foi 2020 ou 2021. Ele se cortou, os pulsos, e falou que queria mesmo e tal, estavam bem profundos os cortes, e eu que estava no acolhimento nesse dia. Era um paciente que fazia acompanhamento de saúde mental, mas por conta da pandemia ficou parado, fazendo ambulatório e ficou sem acompanhamento, descompensou de alguma forma e foi levado pelo companheiro logo depois de ter se cortado, ainda chegou sangrando. Fora outros casos graves, inclusive adolescentes de 15 anos. (A6) Dentista.

Duas participantes trazem percepções e outros entendimentos que se aproximam das proposições de Aberastury e Knobel (1981) ao citarem que a adolescência é um período conturbado; as redes sociais atravessando os jovens, bem como a necessidade constante de aceitação, são elementos que reforçam isso. A segunda participante apresenta um olhar sobre as juventudes, como também definido por Goffman (1891, p. 4) neste estudo, com “o indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.”

Eu penso assim, que adolescentes, jovens, mais adolescentes do que jovens têm uma necessidade de se encaixar em alguns espaços muito grande. Então, até a própria construção psicológica do adolescente é parte disso. Começa a dissociar da vida do pai, da mãe, para se impor enquanto pessoa, enquanto personalidade. E geralmente nesse momento que começa a ficar andando mais em grupo, se identificando em grupos para ir “contra” aquela figura de pai e mãe, contra entre aspas. Então acho que essa ruptura pode ser um dos motivos. A tentativa de você se encaixar em um espaço, de ser reconhecido como pessoa, como indivíduo. E aí, em alguns momentos, esse adolescente não vai ser totalmente aceito, ainda mais na sociedade que a gente vive hoje em dia. Ao mesmo tempo que prezam a aceitação, impõem também um tipo de padrão para esses adolescentes. Então eu acho que tem um pouco a ver com esse momento... da psique mesmo, da ruptura, de você tentar se encontrar. Acho que também tem muito influência com o tipo de conteúdo que é colocado em rede social hoje em dia, não que suicídio seja um tema que só está

sendo falado hoje em dia, porque isso já acontece há milhões de anos, acho que talvez agora eles consigam ter um entendimento um pouco mais apurado. Mas eu acho que isso também influencia, a forma como as coisas estão sendo disseminadas. Os autodiagnósticos que também são feitos. Esses adolescentes têm um acesso à internet totalmente diferente do que talvez a gente tivesse na mesma idade. Então algumas coisas já são muito autodiagnosticadas. Acho que são as coisas que podem influenciar... Fora a estrutura familiar, contato familiar, a própria visão da família. (A1) Médica.

Acho também que o não reconhecimento do jovem, do adolescente como indivíduo. Da mesma forma como trata uma criança como se não fosse um indivíduo, com personalidade... enfim, como se tivesse só um reflexo dos pais, fazer exatamente o que os pais... Acho que o adolescente também ainda tem isso, não ser reconhecido como indivíduo, na sua complexidade. (A6) Dentista.

Os relatos acima se configuram como uma oportunidade para se pensar em questões que circundam as juventudes, como a emancipação, a tutela e a regulação; e outras influências entre as redes sociais, a ruptura com os responsáveis e a forma de aprender, o que também reflete na afirmação individual.

Diante desse entendimento é imperativo recorrer às proposições de Paulo Freire (1996) em *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*, que marca uma pedagogia consolidada a partir dos princípios éticos, no respeito à dignidade e na própria autonomia do sujeito.

O pensamento freiriano se aproxima de outras proposições Theodor W. Adorno (1969), quando este dialoga com Hellmut Becker sobre emancipação e autonomia, ao discorrer que “já no início da socialização podem se colocar condições que impliquem uma ausência de emancipação durante toda a vida (1969, p. 171)”, e que a aprendizagem por meio da motivação pode “converter-se numa forma particular do desenvolvimento da emancipação.” (1969, p. 169).

Ao dialogarem sobre as rupturas, a autoridade, a descoberta da identidade; temas que atravessam às juventudes; Becker, no diálogo com Adorno (1969), anuncia:

Creio que é importante fixarmos esta questão: que evidentemente o processo de rompimento com a autoridade é necessário, porém que a descoberta da identidade, por sua vez, não é possível sem o encontro com a autoridade. Disto resulta uma série de conseqüências muito complexas e aparentemente contraditórias para a elaboração de nossa estrutura educacional. (1969, p. 176).

Entende-se a amplitude dessa discussão, principalmente no que concerne ao processo educacional, e por isso é necessário retomar os relatos dos participantes do grupo focal que discorrem sobre a importância de espaços de formação, compreendendo que o espaço de educação permanente se mostra profícuo para a discussão dessas proposições que atravessam não só as juventudes, mas toda a sociedade.

A partir desta compreensão é importante destacar que uma participante do grupo focal — (A6) Dentista — tem o entendimento de que os jovens não são vistos como indivíduos; e discutir sobre tal entendimento se conforma como um caminho para se pensar sobre as juventudes invisibilizadas na sociedade contemporânea.

Em *Educação e Emancipação*, Adorno (1969) anuncia que para se viver democraticamente é necessário que a sociedade seja emancipada, com uma educação voltada para contestação e resistência, compreendendo a necessidade de adaptação para que o homem se oriente no mundo que vive e entendendo a emancipação a partir do significado da conscientização e da racionalidade.

Numa democracia, quem defende ideais contrários à emancipação, e portanto, contrários à decisão consciente independente de cada pessoa em particular, é um antidemocrata, até mesmo se as ideias que correspondem a seus desígnios são difundidos no plano formal da democracia. (1969, p. 141).

Adorno (1969, p. 155) sinaliza uma dimensão que é possível deslocar para o contexto brasileiro, ao mencionar “que a tentativa de superar a barbárie é decisiva para a sobrevivência da humanidade”, considerando uma reordenação dos objetivos educacionais para esta questão, dada a sua urgência.

Assim como Le Breton (2018), que anuncia a sociedade competitiva e individualista que vivemos, Adorno (1969) pontua que “a competição é um princípio no fundo contrário a uma educação humana.” (1969, p. 160).

Ao refletir sobre a sociedade contemporânea, a sociedade anunciada por Le Breton (2018), ao refletir sobre a violência que atravessa os territórios e os processos de educação e emancipação, ao refletir sobre as juventudes e seus processos identitários, é propositivo recorrer a Freire (2000) para encaminhar determinadas reflexões colocadas neste estudo, de forma que possibilite ampliar o entendimento sobre a complexidade e a necessidade de envolver outros setores para as discussões sobre a existência humana:

Que coisa estranha, brincar de matar índio, de matar gente. Fico a pensar aqui, mergulhado no abismo de uma profunda perplexidade, espantado diante da perversidade intolerável desses moços se desgenticando, no ambiente em que decresceram em lugar de crescer... Não creio na amorosidade entre os homens e as mulheres, entre os seres humanos, se não nos tornarmos capazes de amar o mundo. A ecologia ganha uma importância fundamental neste fim de século. Ela tem de estar presente em qualquer prática educativa de caráter radical, crítico ou libertador... Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda... Não é possível refazer este país, democratizá-lo, humanizá-lo, torná-lo sério, com adolescentes brincando de matar gente, ofendendo a vida, destruindo o sonho, inviabilizando o amor. (2000, p. 65-67).

A participante (A3) Médica relata um caso de morte por suicídio de um jovem que se enforcou há um ano e meio atrás no território. Um ponto importante de ser observado é que o relato aborda duas dimensões deste estudo: o suicídio nas juventudes e o processo de trabalho (recorte posterior); possibilitando o entendimento sobre o modo que os casos de tentativas de suicídio chegam até a unidade de saúde, seguido dos motivos das tentativas por suicídio deste jovem.

Outros entendimentos se fazem presentes no relato permitindo compreender a precariedade da estrutura do serviço x o contexto x as necessidades de saúde.

A gente abriu a unidade e os familiares vieram dizendo que a gente precisava fazer uma declaração de óbito. A gente sabia que eram causas de violência, mas acabou que a gente teve que fazer a declaração de óbito porque o pessoal não chegava lá em cima, na região onde era. Foi um médico só e parece que a situação não foi muito confortável. Mas era um adolescente, adulto jovem, não lembro direito a idade. Mas era jovem. Tinha uma questão de um relacionamento mal resolvido. Parece que a parceira dele já estava com outro relacionamento. A gente também já ouviu falar em histórias de tentativas... de tentar se jogar na frente de ônibus, de transporte. (A3) Médica

Compreendendo a necessidade de discutir sobre as necessidades em saúde, Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996) anunciam a complexidade de dimensionar esta questão, pontuando que o resultado das intervenções sobre qualquer carecimento é reconhecido também como necessidade; sendo imperativo o conhecimento das necessidades que se apresentam nos serviços de saúde. Os autores argumentam o lugar da atenção básica, entendido como a porta de entrada para o sistema, trazendo suas delimitações de necessidades que estão implicadas nesta origem.

Portanto, o relato da médica se configura uma oportunidade para que se reflita sobre as necessidades que atravessam as unidades básicas de saúde frente às tentativas de suicídio e suicídio no território; sendo necessário ainda recorrer ao que Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996, p. 33) apontam sobre as necessidades:

O que estamos sugerindo, porém, trata da *criação de espaços de emergência de necessidades* (grifo dos autores) na organização da produção e em razão dessa organização. Valendo-nos das qualidades de “contexto instaurador de necessidades” que detêm os serviços, neste caso buscamos necessidades que tampouco os técnicos dominam. Em outros termos e para que não se entenda mal esta afirmação, trata-se de carecimentos pertencentes à vida cotidiana que, por meio da crítica à ciência tradicional e suas técnicas, relacionamos ao adoecer humano e à recuperação, mas que ainda não são considerados deste modo pela ciência tradicional e por isso não estarão já incluídos na produção usual dos serviços e ações técnicas conhecidas.

O relato desse caso trouxe a recordação de outra morte por suicídio no território com a fala de uma profissional que amplia a compreensão do fenômeno, circunscrevendo um

aspecto não identificado no primeiro momento pelos trabalhadores da saúde: as questões ligadas às sexualidades dos jovens como motivos que levam as juventudes às tentativas e mortes por suicídio.

Tem um paciente meu que ele... tentou se matar se jogando do vão do prédio, do elevador do prédio. Ele agora está acamado, com fratura, ficou internado quase 6 meses. É difícil, porque tem uma questão de opção sexual ali, de... uma doença infectocontagiosa, ele tem HIV. E os pais são mais antigos e não sabem que ele tem HIV, não sei nem se sabem que ele tem essa opção sexual. Ele vinha acompanhando aqui e mesmo assim ele... Segundo a pessoa que acompanhava ele, ele não tinha um planejamento. E aí ele tentou se jogar do vão do prédio, ficou 3 meses internado, CTI, várias fraturas, teve que fazer intervenção cirúrgico-ortopédica e agora está acamado, restrito ao leito. (A3) Médica.

Outro ponto necessário de reflexão se dá pelo entendimento do desconhecimento da profissional em saber se a família tinha ou não tinha conhecimento das questões que atravessaram a existência do rapaz: a sua sexualidade e o vírus HIV. Outro aspecto foi a não identificação do(s) motivo(s), naquele momento, que o levaram ao ato de se jogar do vão do prédio.

Núcleo familiar

O campo de pesquisa trouxe a complexidade do contexto familiar; com o entendimento por parte dos participantes de que as famílias são disfuncionais; com uma participante apontando que nem sempre a família é desestruturada. A maioria reitera os comentários sobre a disfuncionalidade das famílias em relação aos casos de tentativas e mortes por suicídio.

Nem sempre é desestruturado. Tem família estruturadinha, direitinha. O ser complexo. O ser humano mesmo que tem uma complexidade entre ele. Eu já vi casos de pessoas que tem a família toda organizada, o pai, a mãe, o tio, o avô, e a pessoa ser, assim, perturbada. (A4) Téc. Enf.

Das pessoas que eu tenho acompanhado, por isso que eu falei isso, geralmente são famílias que são bem desestruturadas. Não necessariamente desestruturadas, mas disfuncionais. Pode ter uma estruturação, mas em algum momento é bem disfuncional. (A1) Médica

É perguntado à participante (A1) Médica o que ela chamaria de família funcional. Ela responde que a família funcional estaria baseada no amor, uma família que estimula a criança e o adolescente; e o outro relato pontua o sofrimento das famílias que são atravessadas pelas violências.

Eu entendo uma família funcional..., Bell Hooks fala sobre o amor. Uma aceitação sobre o que seria o amor não como sentimento, mas como atitude. E eu entendo como uma família que vai estimular essa criança, esse adolescente, a ter algum tipo de independência, não só... vamos dizer assim, financeira, mas uma independência, própria. De sentimentos, de articulação de sentimentos, de cuidado. Então como eu vejo uma família no dia a dia que não consegue dar afeto, não consegue cuidar, e um outro extremo, que é violenta seja em ação, seja em fala, seja no dia a dia, seja com negligência. Isso pra mim é. Provavelmente não está cumprindo totalmente o papel dela enquanto família, de organização, de estimular esse ser humano a ser um ser humano independente, que pensa, que age, que cuida. (A1) Médica.

A minha impressão é a mesma. A gente vê muito essas famílias disfuncionais nesse sentido. Umas relações violentas. Às vezes violência sexual envolvida nesses processos todos, relacionados a essas famílias, dessas crianças que tentam suicídio. Às vezes muitas delas já foram abusadas e não sabem lidar com isso e aí é uma forma, às vezes, de expressar essa violência que sofreram. Muitas delas com pouco apoio também. Pouco apoio tanto em relação a procurar a rede que apoie como também elas às vezes não sabem lidar com a rede estrutural que elas têm para se sentirem apoiadas. Um espaço mesmo que seja acolhedor para elas falarem. Nem sempre... Essas famílias sofrem, também estão sofrendo, e às vezes a forma da mãe ou da figura familiar que tem ali de expressar é essa, com violência, porque elas sofreram violência, então elas expressam a forma como elas receberam. E passa a ser um padrão de normalidade, mas uma normalidade que pra gente é disfuncional. (A3) Médica.

É necessário marcar que a subcategoria núcleo familiar atravessa as duas primeiras categorias de análise deste estudo: suicídio nas juventudes; e processos de trabalho e a reconstrução do cuidado.

Para tanto, foi necessário recorrer a Leny A. Bomfim Trad (2010), que organizou artigos que discutem a família contemporânea e a saúde, com Jeni Vaistman (2010) apontando a necessidade de definição “o que é a família” no contexto das políticas públicas e nos programas sociais, mesmo diante da complexidade desta definição, mesmo compreendendo que essa definição atravessa cotidianamente as ações dos profissionais de saúde.

Outro ponto levantado por Vaistman (2010) é a necessidade de intervenção do Estado em relação às políticas, mas atendo-se a manter a autonomia das famílias e dos sujeitos. Ao dimensionar o contexto familiar que esta pesquisa está inserida, é importante referenciar que a mulher, entendida por Vaistman (2010) como a principal responsável pela provisão econômica parcial ou total da família, foi pouco abordada pelos participantes do grupo focal da Unidade A, sendo imprescindível marcar o lugar da mulher no cenário familiar:

Entre as classes populares – sobre as quais incide a maioria das políticas que têm a família como foco – e sobretudo entre seus segmentos mais pobres e vulneráveis, as mulheres permanecem como centrais na organização familiar, sobretudo as mulheres permanecem como centrais na organização familiar, sobretudo quando há crianças e idosos no domicílio. Uma grande variedade de arranjos domésticos e extradomésticos, nucleares ou não, envolvendo rede de parentes e vizinhos, produzem relações envolvendo diferentes gerações, graus de parentesco e aliança que funcionam ao mesmo tempo como modos de lidar com a geração de renda e a

reprodução doméstica. O entendimento da interseção entre padrões de gênero, classe e cultura constitui uma base necessária para se propor políticas e programas potencialmente mais efetivos em diferentes contextos sociais. (2010, p. 13).

Outro ponto abordado é que a família, segunda autora, “ainda é o lugar por excelência da socialização, reprodução e provisão básica dos cuidados das crianças e seus demais membros.” (2010, p. 13).

Outros aspectos discutidos são imprescindíveis para compreender o entendimento dos trabalhadores da saúde frente ao núcleo familiar sobre a morte por suicídio nas juventudes, como: a banalização do sentimento do outro; a depressão e a ansiedade serem considerados “frescura” por muitas pessoas; e a compreensão que a maioria dos conflitos nas juventudes é de ordem familiar; a drogadição e o alcoolismo entre os familiares.

A partir desses aspectos, abre-se um campo de discussão sobre a necessidade de construção de estratégias e espaços intra e intersetoriais para oportunizar que a mulher participe de discussões relacionadas à saúde mental, para além das consultas de rotina articuladas pelas unidades. Posto isto, também se faz necessário refletir constantemente sobre a diversidade das configurações familiares na contemporaneidade, com a intencionalidade de construir caminhos de implicação dos homens também neste debate.

Feijoo (2021) menciona alguns estudos que estabelecem essa relação entre a família disfuncional e o suicídio em jovens; e apresenta outros estudos que se mostram contraditórios ao indicarem que famílias autoritárias há maior risco de suicídio; e que famílias mais tolerantes a incidência de morte voluntária é maior. O indicativo para diminuir essa incidência seria a criação de espaços de aproximação entre os jovens em sofrimento e seus familiares.

Ao considerar essas dimensões, acessando o relato da profissional que narra a tentativa de morte por suicídio do jovem e o seu contexto familiar, é propício que gestores e trabalhadores da saúde reflitam sobre a possibilidade de reconstrução de novos modos de cuidado em seus territórios frente à temática do suicídio, abarcando as juventudes e seus familiares; e os sobreviventes, entendido aqui como os familiares e afetos enlutados e os jovens que tentaram morrer por suicídio.

Processo de trabalho e a reconstrução do cuidado

A solicitação de uma declaração de óbito, conforme mencionada acima, é uma dessas questões que amplia o entendimento sobre a importância de uma rede intersetorial, que neste relato, se mostrou com fragilidades no território; sendo necessário recorrer a Deslandes (1999)

ao dimensionar que a violência é um problema que necessita de atuação interdisciplinar, incluindo os setores da sociedade civil e das organizações governamentais.

Um aspecto que chama atenção se dá a partir dos relatos dos trabalhadores do grupo focal A ao anunciarem a necessidade de extrapolar os muros da unidade de saúde até que se chegue a outros espaços; compreendendo as narrativas dos próprios atores da pesquisa ao contextualizarem que as equipes de saúde ainda estão reduzidas, sem contratação e ampliação de equipe NASF, com demandas reprimidas, com grande rotatividade dos trabalhadores da saúde e residentes; e todos os outros anúncios burocráticos e administrativos que atravessam o cotidiano desses trabalhadores.

Diante desses relatos, é possível compreender que a atuação profissional e o cuidado nela construída necessitam de um serviço estruturado, com formação profissional ampliada, com inclusão do diálogo com a família, e com os jovens em seus contextos.

A maioria das participantes reconhece que os casos de tentativas de suicídio aparecem na unidade através da escola, da demanda espontânea no território, com alguns casos chegando pela assistente social e psicóloga.

A partir desse dado foi necessário acrescentar uma pergunta que não estava no roteiro, “conversa com finalidade” (MINAYO, 2013, p. 65), sobre a revisão ou consulta aos prontuários, gerando reflexões que permitiram compreender o processo de trabalho frente à temática em questão. Uma participante relata que procura no prontuário alguma deixa, algum sinal do paciente; outra participante busca o histórico do paciente, suas consultas e queixas na unidade.

É necessário destacar este achado na pesquisa, compreendo a possibilidade de construção e reconstrução de espaços de discussão sobre as mortes e tentativas de suicídio nos territórios a partir dos prontuários.

É pertinente pontuar que os relatos abaixo se mostram complementares, pois abarcam o modo de tentativas de suicídio no território e ao mesmo tempo a configuração desses atendimentos pelos trabalhadores de saúde em seu processo de trabalho.

Geralmente, assim... Por exemplo, hoje eu peguei uma durante... quase em horário de almoço. A pessoa tinha tomado os remédios à noite e hoje veio com familiar procurando ajuda. Geralmente, pelo menos o que eu vejo é assim, a pessoa tentou de alguma forma tomar alguma coisa e aí vem com o familiar pra procurar ajuda. Acho que ouvi falar mais nessa questão de ingerir alguma coisa, alguma substância, remédio. (A8) Enfermeira.

Chegou uma consulta agendada, tinha tentado no dia anterior, e no dia mesmo da consulta também estava com os pensamentos. Mas geralmente em demanda

espontânea, por ingestão de substância, ou comprimido, ou chumbinho, são vários outros tipos. (A1) Médica.

É importante destacar que nas duas narrativas as profissionais pontuam que não identificaram exatamente os meios encontrados pelos usuários em suas tentativas de suicídio. A percepção desses relatos abre um espaço de reflexão para entender se a não identificação se deu pela falta de espaço de discussão ou pela dificuldade dos trabalhadores de saúde em abordar esta temática.

A atuação profissional frente à temática de saúde mental e do suicídio nas juventudes, segundo as participantes, requer capacitação; escuta sensível, protocolo *vs.* singularidade dos casos, as demandas ocultas que vão sendo analisadas e identificadas durante os atendimentos pelos trabalhadores, a sobrecarga que o trabalhador da saúde também coloca nele mesmo mediante as histórias e os relatos, seguidos da falta e da fragilidade de uma rede intra/intersectorial para manejar os atendimentos, conforme apontado nas propostas do Fórum de Saúde Mental (14 de dezembro de 2021) que foram relatadas na pesquisa documental.

Ainda sobre o processo de trabalho dos profissionais, a palavra *acolher* aparece no campo de atuação, e descreve a importância de a atuação profissional extrapolar os muros da unidade, conforme sinalizado no segundo parágrafo desta discussão, articulando, de forma complementar, o cuidado e acolhimento em outros espaços, intersectorialmente.

O campo intersectorial se configura como uma potência e ao mesmo tempo um desafio a partir do entendimento que se tem sobre essa dimensão, pois o Ministério da Saúde (2012) anuncia os princípios que norteiam a intersectorialidade, como: corresponsabilidade, cogestão e a coparticipação entre os diversos setores e políticas. Entendido como potência a possibilidade de os trabalhadores da saúde reorientar, construir e reconstruir suas práticas de cuidado a partir de troca de informações entre os pares e outros setores, incluindo os determinantes sociais da saúde nessas discussões, com a possibilidade de ampliação dos saberes no enfrentamento do suicídio nas juventudes.

Posto este entendimento, é necessário marcar que literatura discorre sobre os pressupostos da Promoção da Saúde, compreendendo que a Atenção Básica é o lugar privilegiado para a promoção da saúde (TAVARES *et al.*, 2018), fomentando a participação individual e coletiva para os temas da saúde; refletindo sobre a complexidade dos fenômenos sociais e a relação com saúde; atendo-se aos atributos de mediação, de capacitação e da defesa da causa da saúde (*advocacy*) (BRASIL, 2002).

Esta defesa da causa da saúde, entendida com uma função da promoção da saúde, também é a possibilidade de advogar pela construção da intersectorialidade, da

interdisciplinaridade e interprofissionalidade, considerando o contexto social como determinante de saúde, abarcando outros conceitos, como: política pública saudável e cidade ou comunidade saudável, “promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais”, conforme anunciados pelas *Cartas da Promoção da Saúde* (BRASIL, 2002, p. 13).

Os desafios intersetoriais são diversos, pois atuar intersetorialmente requer mudança paradigmática calcada em valores e concepções relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado, conforme expressado por Barros (2020). É necessário também se aproximar de Tavares *et al.* (2018) para compreender os desafios da intersetorialidade, quando os autores apontam que nos anos 1980 as intervenções em saúde eram setorializadas, verticalizadas e assistencialistas.

Esse dado é importante, pois décadas se passaram e o modelo do século passado ainda atravessa, em muitos momentos, os trabalhadores da saúde; sendo que essa afirmativa se presentifica a partir dos relatos dos participantes ao apontarem a fragilidade das estratégias de acompanhamentos dos jovens em sofrimento psíquico no território, a fragilidade das estratégias de intervenção e a escassez dos recursos para a saúde.

Sobre o uso de estratégia para lidar com suicídio no território; a resposta de imediato foi sobre a importância de o próprio trabalhador da saúde estar em acompanhamento através de uma psicoterapia individual para lidar e se aproximar do tema.

Mas eu acho que até isso influencia porque se a gente não está bem psicologicamente pra atender um paciente com 14 anos de idade, que veio em demanda, falando que tentou suicídio. Você não vai conseguir atender... não vai conseguir prestar um bom atendimento minimamente adequado para aquela pessoa. Acho que tem um acolhimento, tem uma transferência. Mas ali você está sendo a pessoa que está ajudando. Então você tem que ter algum tipo de norteador. Tá em risco iminente? Você precisa de algum atendimento agora? Precisa fazer teste rápido? Precisa fazer teste de gravidez? Tem uma gama de coisas que a gente precisa fazer e a gente tem que estar minimamente estável psicologicamente. Eu acho que a terapia também entra como uma estratégia. (A1) Médica.

Eu acho que a gente usa a rede, a gente, o profissional do NASF que está aqui, é a escola que pode ajudar nisso, é a tentativa de apoiadores familiares. Essa é a nossa estratégia de modo geral. Os locais que a gente pode atuar para manter essa pessoa e essa família menos adoecida com esse processo todo. (A3) Médica.

Os casos de morte por suicídio nas juventudes, segundo a participante (A6) Dentista, chegam pelo Programa de Saúde na Escola (PSE) ao relatar que toda semana atua neste programa, em atividades e ações nos espaços escolares, e por isso acaba tendo mais acesso aos relatos sobre as tentativas de suicídio e ao sofrimento psíquico dos jovens. A partir desse

dado é importante destacar que o PSE é uma política nacional que abarca dois ministérios; e apresenta uma singularidade no município do Rio de Janeiro através do PSE Carioca.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, através do Decreto Federal nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, institui o Programa Saúde na Escola — PSE, com o objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

O PSE Carioca é instituído através da Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS nº 01 de 06 de fevereiro de 2015. A resolução encontra-se em conformidade com as diretrizes do PSE Nacional, que tem como objetivo implementar um conjunto de atividades organizadas e estruturadas por meio de parcerias entre as Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social, promovendo ações de Prevenção, Promoção e Atenção à Saúde. O outro objetivo deste documento se dá pela busca em atingir a totalidade das Escolas da Rede Municipal de Ensino, nos territórios de abrangência dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

A escola aparece como um primeiro cenário para a construção da intersectorialidade, mas ao mesmo tempo em que os trabalhadores identificam esses cenários em suas narrativas, entende-se, a partir dos relatos, a fragilidade na construção das ações intersectoriais no espaço escolar.

Os trabalhadores da saúde assinalam a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial sem CAPS, CAPSi, CAPS AD III, apontando o CPRJ como a única referência para casos graves. Relatam que esta é uma questão complexa que envolve a Secretaria Municipal de Saúde, com políticas públicas que não ampliaram o NASF no território, com os documentos da pesquisa documental marcando a ausência e/ou fragilidades de políticas públicas voltadas para o campo da saúde mental no território.

A partir das leituras, dos relatos dos trabalhadores da saúde e da literatura, é imprescindível sensibilizar, informar, orientar, marcar, anunciar que a rede é fundamental porque cuida das pessoas em várias dimensões, com diferentes percepções e possibilidades.

Ao se perguntar sobre formação para construção de estratégias de intervenção e promoção da saúde frente à temática, a maioria das participantes relata que só na residência. O relato permite compreender a formação sem problematizar o processo de trabalho e a atuação do trabalhador da saúde.

Muito mais do que a residência, a gente aprende as estratégias de intervenção com outros profissionais que trabalham junto, com outras experiências de outros profissionais. (A6) Dentista.

As participantes percebem que os recursos para saúde para atuar no suicídio das juventudes são poucos, sem equipe de saúde suficiente para atuar na temática, sem profissionais habilitados que se sintam à vontade para tratar sobre esses assuntos, sem um psicopedagogo na equipe, tendo a escola como um espaço de discussão desse tema:

Lá, a diretora que trouxe uma temática importante com os adolescentes porque eles estavam identificando essa necessidade de falar sobre saúde mental, principalmente depois da pandemia. E sobre sexualidade. Foram os dois temas que a diretora trouxe pra gente trabalhar na escola. (A6) Dentista.

Outro ponto que merece destaque é o jovem, na maioria das vezes, não buscar uma unidade de saúde por conta própria, com uma participante relatando que talvez os trabalhadores da saúde devam ir até aos espaços escolares para conversar com as juventudes, conforme mencionado acima, sem ficar esperando que a demanda chegue até a unidade de saúde.

Essa dimensão abrange a estratégia de acompanhamento desses jovens, entendido aqui neste estudo, como parte do processo de trabalho e ao mesmo tempo a possibilidade de se reorientar o cuidado a partir dos pressupostos da Promoção da Saúde; com Tavares *et al.* (2018) anunciando sobre a possibilidade de compreender a Promoção da Saúde como estratégia de articulação entre a saúde do sujeito e as políticas públicas.

A juventude... A gente atende, no geral, pessoas com mais idade. É o público que vem procurar normalmente o atendimento. A juventude quando vem, ainda mais um caso desse, ele vem porque, raras as vezes, os pais que estão achando ele estranho e traz. Mas o jovem vir aqui sozinho, por conta própria procurar ajuda é só quando está com muito desespero mesmo ou quando já tentou. Mas no geral, é difícil eles virem procurar ajuda. É um público um pouco mais difícil de realmente... até mesmo pra cuidar da saúde de forma geral, física, de uma dor. Eles ficam lá sofrendo, sofrendo pra depois virem. É mais um adulto que tem um pouco mais de consciência que vem mais procurar atendimento. (A8) Enfermeira.

Eu acho que a gente tem que atuar em espaços que estão esses jovens. Não adianta a gente esperar que eles cheguem... já que eles só vêm na última saída, tipo no desespero, eu só vejo isso como saída um profissional tentar me ajudar. Eu acho que falta da gente uma atuação nos locais que eles estão. Estimulando eles a terem outros interesses porque eu acho que às vezes... (A3) Médica.

Outras estratégias mencionadas são de discussão e compartilhamento dos casos entre as equipes; e a conversa na consulta também é considerada uma estratégia, dando voz ao paciente.

As participantes não identificam espaços de posvenção no território, mesmo que as portas da unidade de saúde estejam abertas para os sobreviventes. Além disso, é discutido que

esses espaços de posvenção deveriam transpor os setores da saúde e educação, por se tratar de uma necessidade de ampliação do cuidado.

Acho que o paciente vai precisar, na maioria das vezes, de acompanhamento ambulatorial. E aqui na unidade tem, e conheço outras unidades que tem essas experiências de grupos de luto. Não recebe esse nome de grupos de luto, mas são grupos que apoiam as pessoas que estão em processo de luto." (A6) Dentista
 "Eu acho que precisava na verdade, nesses casos, de uma equipe multiprofissional voltada pra isso apenas. Não é diante de um monte de coisa que a gente tem que fazer junto. (A3) Médica.

Em vez de tirar o pessoal do NASF pra ter mais uma demanda, já deixar uma equipe específica pra esse tipo de situação. Aí consegue dar conta da demanda legal. (A4) Téc. Enf.

Uma equipe de atenção psicossocial. Como tem em Petrópolis, por exemplo, essa equipe roda as unidades. (A6) Dentista.

Outro aspecto mencionado no grupo focal da Unidade A é o modo com que as informações são produzidas para as juventudes e se elas fazem sentido, se atingem de fato os jovens. Posto isso, é indispensável retomar o conceito de literacia em saúde proposto por Kickbusch (2001) ao discorrer sobre a importância de o indivíduo frequentar espaços para se discutir sua individualidade no coletivo, com a intencionalidade de acessar e produzir novos modos de existir; e Tavares *et al.* (2018) ao anunciarem que a literacia crítica em saúde se estrutura a partir da integralidade do sujeito.

Tal entendimento propicia a reconstrução de espaços de conversa com as juventudes e com as famílias, compreendendo o *conversar com* como outras formas de atuar no cuidado como relação, atrelado aos princípios e métodos da promoção da saúde.

Eu acho que a gente fazer um micro espaço que é aqui quando o paciente já está sofrendo desse jeito, eu já acho que a gente devia tentar pular antes de ele chegar nesse nível de sofrimento. (A3) Médica.

Quem está deprimido não vai procurar saber “ah, por que eu estou triste?” Tem que ter uma explicação, tem que ter alguém falando, levando esse tipo de informação pra eles identificarem que aquela tristeza deles tem um sintoma, tem uma causa. Eles não sabem. (A4) Téc. Enf.

É mais uma questão de formato do que necessariamente quem fale. Porque se for um formato atrativo, independente de quem fosse falar, claro, não adianta você querer pescar um peixe com um tipo de isca diferente. Mas acho que talvez um formato que faça sentido pra eles. Eu não sou a favor de tiktok, sendo sincera, porque eu acho que são informações densas demais para serem passadas em 10 segundos, 20 segundos. Mas entendo que hoje em dia é a forma como eles estão se comunicando. Eu acho que talvez é mais uma questão de formato e não necessariamente quem está falando. Acho que só a linguagem tem que ser uma linguagem acessível para que eles entendam, um formato que também faça sentido pra eles. (A1) Médica.

Se a gente parte do princípio, que a gente discutiu antes, que o jovem e o adolescente querem ser ouvidos, quer ter um espaço pra poder falar das suas

mágoas. Uma forma de captar é trazer ele pra falar, colocando ele em primeiro plano pra falar. Pode ser que num primeiro momento ninguém fale? Pode. Mas vai ter uma pessoa que vai se sentir confortável o suficiente e vai falar. Você começa a suprir essa falta. (A1) Médica.

Espaços de formação

Antes de abordar o tema da Educação Permanente, é fundamental retomar uma proposição de Adorno (1969) em *Educação para quê*, quando o entrevistador discute que o planejamento educacional tem assumido um caráter quantitativo, esquecendo-se que este planejamento também se refere ao conteúdo, e Adorno argumenta que este “para quê?” necessita de reflexões, dada sua complexidade.

Incluir este pensamento nas discussões sobre e para a formação dos trabalhadores da saúde se configura como uma possibilidade de entendimento sobre as múltiplas dimensões que atravessam o processo educacional e a necessidade de reflexões nos espaços de formação com a intencionalidade de abarcar o conteúdo em seus planejamentos para além do aspecto quantitativo, conforme apontando pelo autor.

Alguns registros que justificam a urgência da construção de espaços de Educação Permanente são apontados ao longo desta dissertação, entendidos como lugares de produção de conhecimento no e para o trabalho; fato este reiterado pelos trabalhadores da saúde no Fórum de Saúde Mental em 2021 (pesquisa documental), tema discutido pelos participantes do grupo focal da Unidade A, seguido de reivindicações sobre a necessidade imediata desses espaços de formação durante as entrevistas individuais.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento? (2018) marca a importância de promover a transformação das práticas do trabalho em saúde. Posto isto, é essencial diferenciar, por meio da transcrição, as duas modalidades que caracterizam a educação no trabalho em saúde, através da Educação Continuada e da Educação Permanente:

A educação continuada contempla as atividades que possui período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação. Relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele. (BRASIL, 2012).

No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas

profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. (BRASIL, 2007) (2018, p. 10).

No processo de construir diálogos que estabeleçam conexões entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, com o recorte do suicídio nas juventudes, é imprescindível retomar o contexto da Educação Permanente, compreendida como “instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local — precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde.” (2018, p. 10).

Ao mesmo tempo, é fundamental compreender que este contexto se aproxima das discussões que abarcam esse estudo, ao reiterar a necessidade de espaços de educação permanente para proporcionar que os trabalhadores da saúde iniciem uma discussão sobre a dimensão do suicídio e o suicídio no seu território.

Nessa concepção político-ideológica, cuja condução se operacionaliza no âmbito de locorregiões de saúde, convoca os sujeitos do quadrilátero da formação – ensino, serviço, gestão e controle social – a refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolubilidade a eficiência do sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) (2018, p. 10).

Dado esse entendimento sobre a importância da Educação Permanente, é essencial uma implicação direta dos gestores (municipais, estaduais e federais) sobre a construção desses espaços de formação e discussão para que os trabalhadores compreendam suas práticas (literacia profissional), tornando-se imperativo recorrer a Tavares *et al.* (2018) quando enunciam a necessidade de aproximação dos pressupostos da Promoção da Saúde, com tomadas de decisão a partir da identificação dos Determinantes Sociais da Saúde, possibilitando novas implicações e ampliações para se discutir sobre o cuidado de si e o cuidado do outro.

Posto isto, é necessário pontuar de qual lugar o presente estudo aponta suas reflexões sobre a Educação Permanente; e para tanto, recorre-se aos argumentos de Tavares (1998) que discorre que a educação deve ser pauta de discussões, mesmo compreendendo que o setor saúde lida com problemáticas da saúde e da doença, mas que também é atravessada pelos seus determinantes. A autora aborda outro aspecto ao discutir sobre as instituições, as tecnologias e a formação, entendendo:

a necessidade de as instituições se adaptarem de maneira mais rápida e eficaz à intensa difusão das novas tecnologias tem dado origem a profundas modificações na estrutura da qualificação profissional, afetando o modo de executar o trabalho e, em consequência, o modo como se organiza a formação dos trabalhadores (1998, p. 26).

Para esse propósito do desenho do lugar da Educação Permanente, é importante citar novamente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2018, p. 13) que é entendida como uma estratégia político-pedagógica “que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto”. O próprio documento aponta algumas fragilidades, e dentre elas, pode-se destacar: a pouca articulação entre gestores, trabalhadores e controle social e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros. Entende-se, a partir das leituras e reflexões, que a Educação Permanente é um caminho de construção de diálogos; de trocas entre os saberes com os pares em seus locais de trabalho; permitindo problematização das práticas e aproximações dos trabalhadores da saúde com os temas e os atravessamentos que abarcam a saúde pública e suas múltiplas dimensões.

Os mitos e verdades que atravessam a temática do suicídio são muitos e por vezes são controversos, gerando dúvidas que podem dificultar a abordagem individual e coletiva dos trabalhadores da saúde conforme identificado nos relatos.

É entendido que essas indagações se dão a partir das narrativas sobre a fragilidade e ausência, em muitos momentos, de espaços de formação.

As participantes do grupo focal alegam que a discussão sobre os mitos e verdade, na maioria das vezes, surge através dos Agentes Comunitários de Saúde, e uma participante apresenta sua percepção sobre a abordagem dos mitos que abarcam a morte por suicídio:

Acho que reconhecer talvez seja até mais fácil, porque a gente tem os guias, a gente tem livro. Mas talvez na discussão mesmo, como estamos falando, a discussão técnica às vezes peca um pouco, às vezes a gente só passa pra outras questões e não conversa. (A1) Médica.

Uma das participantes identifica que uma das estratégias para lidar com as tentativas de morte por suicídio e o suicídio no território é que os profissionais deveriam fazer terapia (conforme sinalizado no processo de trabalho e a reconstrução do cuidado) e além deste ponto há outro destaque que reforça o lugar da educação permanente, dos espaços de formação, com trabalhadores da saúde, em muitos momentos, reproduzindo o que foi ensinado/aprendido na graduação:

Mas acho que além disso, a educação continuada mesmo dos profissionais, nossa, dos agentes de saúde. Eles são os nossos olhos no território, então eles vão estar atentos também, eles precisam estar atentos." (A1) Médica.

Mas acho que eu sempre preciso me capacitar porque é um assunto que pra mim é

muito difícil e que não é muito clínico, protocolado, você tem que fazer isso, isso, isso, isso e isso. Cada história vem com uma bagagem, uma história de vida pessoal muito diferente das outras. Lógico, como a gente estava conversando, muitos têm violência... Mas eu sempre acho que eu tenho que me capacitar mais. (A3) Médica.

Acho que a maioria de nós não sabe passar o conteúdo ainda pro outro. A gente aprendeu na faculdade que é assim e a gente continua reproduzindo assim. (A8) Enfermeira.

Uma narrativa aponta a necessidade de construção de protocolos que possam nortear as práticas frente à temática, mas alguns aspectos merecem destaque, como: a necessidade de espaços de formação, através da compreensão da literacia, a revisão de tempos em tempos dos postulados protocolares e mesmo com o protocolo há que se refletir sobre os imponderáveis que atravessam a existência humana; e conseqüentemente a prática clínica.

E pra mim é como se a gente estivesse atendendo, não a primeira vez, porque eu também já atendi algumas vezes casos assim, mas como é tudo muito diferente, muito novo, não tem um padrão, porque às vezes pra gente, determinadas coisas na prática clínica é mais fácil porque tem um protocolo que ajuda, não que a gente tenha que se protocolar, mas que dão um norte pra gente, de como a gente tem que fazer, na violência não é assim, na vítima de suicídio não é assim. (A3) Médica.

Nem tem como colocar um protocolo porque cada caso é um caso. (A4) Téc. Enf.

Acho que esse é o ponto também. Falar de suicídio é falar de vida e vida a gente tem. Quando você vê alguém que está atentando contra a própria vida você se transfere ali também. (A1) Médica.

Eu acho que o manejo aqui é mais complicado pela falta de rede. (A6) Dentista.

O último recorte antes de encerrar a discussão do grupo focal da Unidade A é o entendimento sobre a precariedade da rede, principalmente quando se aborda questões relacionadas à saúde mental e o sofrimento psíquico dos sujeitos, compreendendo que a rede não deve substituir o primeiro atendimento, compreendido como o momento, às vezes, único, de construção de vínculos.

7.2.2 Unidade B

O grupo focal B contou com a presença de 7 participantes e uma ausência previamente justificada, com média de 45 anos de idade dos trabalhadores da saúde, com a maioria dos participantes residindo no território de atuação profissional e dois trabalhadores com nível superior completo.

Os trabalhadores da saúde também serão citados a partir da letra B, que corresponde à Unidade de Saúde do participante, um número que corresponde à sua identificação e à sua

categoria profissional. No caso da identificação dos ACS foi acrescentado um número posterior para diferenciar as falas dos trabalhadores da saúde da mesma categoria. (B1) Enfermeira — (B2) Agente Social.1 — (B3) ACS1 — (B4) Agente Social.2 — (B5) ACS2 — (B6) ACS3 — (B7) Médico.

Suicídio nas juventudes

Dentre os vários motivos destacados pela literatura que levam os jovens ao suicídio e às tentativas de suicídio apontados na pesquisa documental e na análise do grupo focal da Unidade A, é preponderante sublinhar o olhar dos trabalhadores da saúde da Unidade B, que apontam a separação dos pais, os conflitos e o abandono dos familiares, o bullying, a necessidade de aceitação entre os próprios adolescentes, as questões sociais, a pandemia e outras percepções que serão apresentadas a seguir:

É difícil porque, a gente às vezes... eu, você vê assim, você tem um adolescente que às vezes tem essa questão da separação como ela falou, mas tem o adolescente que tem uma família, que acompanha, que tá ali no dia a dia e mesmo assim ele tem essa tristeza, ele tem essa vontade ou relata de algum momento que ele quer fazer esse tipo de coisa... Então, é bem... É uma coisa bem... indefinida. (B4) Ag. Social 2

Às vezes não é isso nem aquilo. Às vezes só é. Vontade de fazer. Perdeu alguém... Terminou um relacionamento, não necessariamente a separação ou um término de relacionamento... (B6) ACS3

O que mais afeta hoje no adolescente é o relacionamento entre eles mesmos. Pelo menos o que a gente está escutando é a questão da aceitação entre eles. Eles ficam em um grupo no qual sempre tem alguém na liderança, ou alguém que marca aquele padrão que ele precisa seguir ou que ele precisa acompanhar. Então, quando o adolescente acha que aquele padrão, não que a família está orientando ele, ou que ele consegue porque ele acha certo ou não... Ele começa naquela turma, começa então a se sentir afetado. E isso pode levar, dependendo da estabilidade emocional que ele tiver, a entender, aceitar e continuar o caminho dele, ou ele criar um caos dentro da família ou no ambiente escolar. Mas, hoje, a maioria das reclamações que eu tenho é deles mesmos na aceitação no grupo e no físico. O físico também está afetando muitos deles. Principalmente as meninas. A grande maioria quer chegar estando magra, o cabelo bonitinho, tudo certinho e nem todo mundo consegue. Então isso afeta também as questões emocionais deles. Isso é o mais recente que eu lembro de ter encontrado. Aceitação na idade deles, na turma, na galera deles e as questões físicas... De aceitação deles mesmos. (B7) Médico

Eu penso no lado espiritual. Também penso dessa forma. Às vezes a pessoa tem tudo, tem uma família boa, estruturada, e assim... acontece esse tipo de coisa. (B3) ACS1

Núcleo familiar

O núcleo familiar é outra dimensão abordada no grupo focal da Unidade B, com os participantes apontando que a família, em muitos momentos, é a responsável pelo sofrimento psíquico do jovem.

É oportuno mencionar que a discussão se limitou com o entendimento do núcleo familiar como “culpabilizante” desse processo de sofrimento pelos participantes, sem discussão sobre as inúmeras questões sociais que atravessam as juventudes, sem discussões sobre a falta renda e oportunidades, sem uma educação pública de qualidade.

O campo de pesquisa, a partir do debate sobre “família disfuncional” e “família funcional”, fomentou novas indagações, sendo necessário recorrer a Bouchard (2006), que aponta a necessidade de implicar a família no cuidado com o jovem.

Funcional, funcional, funcional é difícil. Mesmo também pelas questões da mudança... pandemia e o território... É um território muito vulnerável. E essa vulnerabilidade que ele tem já leva a dificultar o resto das coisas. A insegurança mesmo já deixa a família bem instável. (B7) Médico.

Leny A. Bomfim Trad (2010) assinala algumas reflexões sobre o conceito de família que se mostram oportunas para ampliação deste debate mediante a percepção dos participantes do grupo focal da Unidade B e especifica que:

Nas últimas décadas, o enfoque familiar vem sendo adotado como eixo norteador de políticas e programas de saúde pública brasileira particularmente no âmbito da atenção primária. Constata-se, contudo, a ausência ou imprecisão de um marco conceitual sobre família nesta política e nas ações que a integram. (2010, p. 28).

A autora marca que para se pensar em família é necessário compreender: a multiplicidade das formas e sentidos de família, o declínio progressivo do modelo tradicional da família nuclear, a modificação dos papéis e das relações familiares, as famílias monoparentais, a incorporação da mulher no mercado de trabalho, marcando que as “alterações na divisão sexual do trabalho, as transformações nas relações de autoridade e poder na família expressam uma tendência social mais abrangente, relativa às relações de gênero e gerações na sociedade contemporânea.” (2010, p. 27).

Ao recorrer à autora na tentativa de dimensionar este conceito (família), sem a pretensão de esgotar o tema nesta discussão, foi compreendido que essas reflexões se mostram urgentes e necessárias para que os trabalhadores da saúde caminhem no reconhecimento de outros formatos da família contemporânea e no entendimento das dinâmicas das famílias no território de atuação.

Conforme salienta Augé (2003), independente da classificação adotada para família, esta deve ser claramente distinguida de ‘grupo doméstico’ (household ou domestic group), definido como uma unidade de residência, de produção e de consumo. Ou seja, ao contrário da família, não são os critérios de parentesco ou das alianças matrimoniais que definem o grupo doméstico. Este pode ser composto de pessoas entre as quais não existe nenhum laço de parentesco ou, pelo contrário, pode reunir várias unidades familiares. (2010, p. 33).

Outro aspecto que deve ser considerado se faz presente quando Leny A. Bomfim Trad (2010) discorre sobre as inseguranças que as mulheres sentem sobre o cuidado dos seus filhos. Tal consideração se configura como mais uma justificativa para que os gestores e os trabalhadores da saúde fomentem espaços de educação permanente e fóruns de discussão sobre as proposições colocadas nesta discussão, que se mostram coadunadas com as necessidades dos próprios trabalhadores da saúde em seus relatos, reiterados, conforme anunciado, no Fórum de Saúde Mental (14 de dezembro de 2021).

Considerando que, em muitos casos, os projetos de vida são centrados na função materna, a percepção de menor dependência dos filhos ou mesmo distanciamento afetivo e/ou físico desses podem constituir um fator de vulnerabilidade. Martin e Ângelo (1999), em estudo desenvolvido com famílias de classe popular, constataram que muitas mulheres revelam-se inseguras à medida que os filhos crescem e que veem reduzidas as tarefas de cuidado. (2010, p. 43).

Processo de trabalho e a reconstrução do cuidado

O processo de trabalho é discutido por Tavares (1998) ao apontar uma dimensão que se aproxima com uma questão levantada neste estudo, quando assinala a necessidade de articulação entre “um corpo de conhecimentos específicos (competência profissional) a ser articulado interdisciplinarmente no âmbito da equipe (competência interprofissional)” (1998, p. 8), em que esta se configura a partir de interlocuções, intercâmbios e colaboração entre os profissionais.

A ausência dessa articulação ou do entendimento da necessidade dessa articulação pode ser compreendida como um desafio que limita as discussões entre e para os trabalhadores da saúde acerca da disciplinaridade e interdisciplinaridade para reorientação de suas práticas. Tal entendimento pode ser corroborado a partir dos relatos dos trabalhadores da saúde ao discutirem sua atuação profissional frente à temática da morte por suicídio em seu espaço de trabalho.

Para tanto, antes dos relatos, é necessário apresentar o conceito de competência proposto por Tavares (1998) para que se possa dimensionar de qual competência também se trata este estudo.

O conceito de competência assumido neste trabalho tem sua inspiração no estudo de RIOS (1995), que a define como saber fazer bem o dever no desempenho de determinado papel social. Para a autora, toda competência profissional tanto contém a dimensão técnica – que diz respeito aos conhecimentos e sua articulação à prática – quanto a dimensão política – que significa visão crítica em relação ao papel e ao compromisso que assume diante das exigências concretas do contexto em que se insere tal prática; (1998, p. 8).

Ainda sobre essas dimensões, Tavares (1998) discorre que ambas as competências são compreendidas como complementares em sentido dialético, pois, para a autora:

[...] tanto atendem às solicitações sociais mediante a técnica competente, quanto determinam o espaço do compromisso, quer dizer, a competência específica ou disciplinar unida ao caráter coletivo ou interdisciplinar do ensino e da pesquisa, ao mesmo tempo que interprofissional, para a ação, seguindo a proposição de RIOS (1995). (1998, p. 9).

A atuação profissional frente à temática de saúde mental e do suicídio nas juventudes foi um momento singular no grupo focal da Unidade B, possibilitando compreensões que corroboraram com o entendimento do momento atual das políticas de saúde mental e assistencial no município do Rio de Janeiro expostos no capítulo da Promoção da Saúde e também sublinhados na pesquisa documental. O sofrimento psíquico de um indivíduo pode esperar no mínimo três meses para ser acolhido pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG)?

Trabalhadores de saúde relatam que se encontram exaustos, com questões burocráticas que atravessam suas práticas, questões de infraestrutura, pressão assistencial, questões administrativas que atrapalham questões relacionadas aos atendimentos, internet instável, com aumentos de casos de saúde mental na pandemia.

Hoje mesmo eu estou sozinho na unidade. Para três equipes, quatro equipes. Eu almocei em 15 minutos. Eu cheguei uma hora antes para tentar dar conta. Então assim, se chegam duas pessoas com questões mentais, eu vou ser o mais breve possível, entendeu. Não consigo deixar uma paciente com a glicemia em 400 aguardando, deixar um paciente com curativo duas horas aguardando numa sala... Eu tenho que agendar para quando tiver vaga, e vai pra quando? Novembro. Então assim, a questão assistencial está muito difícil, muito. E nessa mudança da pandemia a gente teve um aumento muito grande de problemas de saúde mental. Hoje mais de 25% de demanda nossa é saúde mental. Aumentou muito. Então eu acho que a minha atuação está péssima, pra que a gente consiga dar mais, a gente não tem como, a gente está sem recurso pra ter esse espaço. A gente não tem um limite de atendimento... (B7) Médico;

E mesmo porque a gente já está há um ano e pouco, né, sem o apoio da antiga psicóloga. Porque pelo menos ela vinha, conversava, mesmo que 15 minutos, mas a gente tinha um suporte superior ao nosso. Porque não dá pra identificar com tanta correria a necessidade daquele paciente, não dá! Porque você quer que ele fale rápido... não dá, é muito... É uma angústia danada. Eu atendo aqui olhando pra porta. Porque quando aparece um pé ali, você já sabe que vai... É muito estressante!

É estressante demais! (B1) Enfermeira;

Discutir a percepção de precariedade posta pelos trabalhadores da saúde, reiterados pelos achados da pesquisa documental (quando este aborda a precariedade da Rede de Atenção Psicossocial da CAP 1.0); propicia o entendimento sobre a necessidade de recorrer a Nogueira *et al.* (2004) em *Limites Críticos das Noções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública*.

Nogueira *et. al* (2004) apontam algumas dimensões sobre a precariedade do trabalho, como: o descumprimento de normas de proteção social ao trabalho (direitos e benefícios), a extensão temporal dos contratos e a instabilidade ou vulnerabilidade da condição de emprego do trabalhador em determinados setores da economia.

Diante dessas dimensões, são expostos os quatro pilares estratégicos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre o trabalho decente (conjunto mínimo de direitos comuns a todos e quaisquer trabalhadores):

- a) a promoção de emprego (como assalariado ou trabalhador por conta própria);
- b) que o emprego conte com adequada proteção social;
- c) que o emprego respeite os princípios fundamentais e direitos no trabalho;
- d) que se realize com diálogo social (entendimento entre os diversos atores envolvidos)” (2004, p. 5).

A necessidade de recorrer a Nogueira *et. al* (2004), com o entendimento da dimensão sobre esse conjunto mínimo de direitos para os trabalhadores, oportuniza que a discussão seja direcionada no sentido de compreender os relatos dos trabalhadores da saúde, quando estes sinalizam as precariedades que atravessam os processos de trabalho frente à temática do suicídio nas juventudes.

O entendimento de precariedade assumido aqui perpassa pelas proposições de Nogueira *et al.* (2004); e também pelos motivos identificados pelos trabalhadores da saúde no *Fórum de Saúde Mental da CAP 1.0: Pré-Conferência, realizado no dia 14 de dezembro de 2021*, quando discutiram seus processos de trabalho, conforme apontando no documento:

- 2. Ampliação da cobertura de equipes NASF, com o objetivo de fortalecer as equipes de saúde da APS para efetivação das Políticas Públicas de Saúde Mental e Álcool e outras drogas;
- 4. Transparência na utilização dos recursos financeiros destinados à Atenção Psicossocial, de forma a assegurar a manutenção e ampliação dos serviços de saúde de base comunitária e territorial (CAPS);
- 5. Investimento em Educação Permanente para os profissionais da APS para qualificação do manejo do cuidado nos momentos de crise ou surto psicótico e acolhimento em saúde nos casos complexos de usuários com transtorno mental grave e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas;

11. Recursos financeiros para implementação de ações intersetoriais entre APS e os parceiros da rede intersetorial, com foco na promoção, prevenção e atenção à Saúde Mental e ao enfrentamento das especificidades trazidas com a pandemia de COVID-19.

As discussões mais tensionadas entre os agentes comunitários de saúde e os agentes sociais perduraram um tempo durante o grupo focal, com trabalhadores da saúde debatendo sobre a diferença da abordagem com os usuários em seus espaços de atuação, a construção do vínculo, a discordância de como se estabelece o vínculo, a aceitação do diagnóstico, a resistência do usuário para comparecer à unidade de saúde quando é feita uma busca ativa, as possibilidades e os limites do agente comunitário que reside no território e a cultura do usuário.

Porque a gente tem que preservar o paciente. A gente não sabe como que a família dele vai reagir. Por exemplo, aconteceu uma situação de uma criança minha, que ela foi... Mandaram, né, um encaminhamento da escola pra gente. Um e-mail solicitando uma avaliação psicológica dessa criança. Feito contato com a mãe, a mãe não aceitou. A mãe questionou o porquê daquilo, se ela não tinha pedido aquilo. Então assim, pra gente fica difícil quando acontece uma situação dessa a gente chegar lá na família e falar assim: “Oh, a escola mandou marcar uma consulta pro seu filho porque ele está precisando de uma avaliação psicológica”. Então assim, pro médico, pro enfermeiro, é mais fácil lidar com essa situação do que o ACS. Porque o ACS não pode chegar diretamente na casa da família e falar: “A escola mandou isso aqui pra você, então você tem que comparecer lá na clínica por causa disso”. Aconteceu isso, mas mesmo assim não chegou nem a falar o que que era. Como eu já conhecia, vou falar que é uma consulta de rotina. “Não, mas eu não pedi consulta”. Então assim, tem a aceitação da própria família também. É tudo... Como se diz? (B6) ACS3.

Sobre o uso de estratégias para lidar com suicídio que ocorre no território, os participantes do grupo focal respondem que essas atividades só acontecem no setembro amarelo e que as ações de promoção da saúde estavam interrompidas durante a pandemia.

A percepção dos trabalhadores da unidade sobre recursos para saúde no território para atuar frente ao suicídio na juventude é relatada a partir da escassez de recursos no território e ao mesmo tempo reconhecem o CPRJ como um equipamento de saúde, com várias limitações em relação aos atendimentos, encaminhamentos; e compreendem que o CPRJ é um centro de emergência.

A maioria dos participantes reconhece que os casos de tentativas de suicídio chegam à unidade através das visitas domiciliares, pela igreja, às vezes por um familiar, pelos vizinhos, pela igreja, pelas notificações e principalmente pela escola.

Segundo Tavares (2002), o espaço escolar é um dos mais espaços mais importantes para a Promoção da Saúde, e tal proposição abre uma reflexão para o entendimento de como

se organiza o cuidado frente à temática do suicídio nas juventudes nesses espaços. O tema das ações coletivas em saúde nas escolas se mostra com divergências entre os participantes, pois alguns relatam que organizam ações nos espaços escolares, mas pouco se discute sobre a saúde mental com as juventudes nessas ações; outros relatam que a maioria das demandas de saúde mental parte das escolas.

Eles encaminham pra gente. Manda e-mail, manda até o próprio paciente, os pais trazerem pra gente... (B5) ACS2.

É que a gente perdeu muito espaço de questões de reuniões de grupo com a pandemia. Tem dois anos que a gente não está conseguindo ter mais de duas pessoas juntas. Então, assim, a gente perdeu esse espaço. Hoje a gente está recuperando. A gente já começou a organizar e planejar para os próximos noventa dias começarem os grupos. Grupo de hipertensão, de diabetes, de gestante, de criança, e ali vai entrar obesidade, nutrição, saúde mental, outras coisas que também a gente estava pensando no futuro, se organizando nisso. (B7) Médico.

Outra dimensão importante de ser analisada se dá sobre o entendimento de muitas pessoas, usuários e trabalhadores da saúde, sobre a psicologia nos serviços de saúde e que será dimensionada na análise dos grupos focais.

Na maioria das vezes vem solicitando psicólogo, que eles acham que psicólogo vai resolver tudo. Mas é o caminho, né, acho que é o caminho. (B5) ACS2.

Os participantes relatam que quando tinha uma psicóloga na unidade, o cuidado era organizado de forma mais célere, principalmente com interconsultas; e atualmente os casos de saúde mental são acolhidos na unidade, discutidos nas reuniões de equipe e regulados pelo SISREG.

Os participantes não identificam espaços de posvenção no território, com o acolhimento sendo ofertado para os sobreviventes, segundo os relatos, pela própria unidade de saúde, com um abraço, uma consulta, mas um espaço físico não existe. Também não reconhecem que espaços culturais e de lazer podem ser compreendidos como espaços de produção de saúde também para os sobreviventes.

É importante ressaltar que o termo *sobrevivente* adotado na pesquisa não é apenas do indivíduo que tentou o suicídio e sobreviveu a essa tentativa; mas estende-se aos amigos, aos familiares e ao espaço escolar que perdeu um jovem por suicídio.

Antes de seguir para os espaços de formação é importante apontar um relato de uma morte por suicídio de um jovem no território e o acolhimento do trabalhador (o abraço) ao enlutado; sendo necessário trazer Feijoo (2021, p. 234) para esse debate, ao apontar estudos

que abordam famílias enlutadas, com a necessidade de programas de acolhimento para essas famílias, na construção de espaços de cuidado.

E muita das vezes a gente não sabe nem o que falar pra esse familiar. A gente teve um caso na nossa área, do filho do paciente que ele se enforcou um dia antes do aniversário dele. Dezesete anos. Então assim, eu não sabia o que dizer pra esse pai, não sabia o que dizer! Eu simplesmente abracei ele. Mas eu não sabia o que dizer. Porque é forte, né, um dia antes do aniversário do seu pai. (B5) ACS2.

Espaços de formação

Antes de expor a percepção dos trabalhadores da saúde da Unidade B sobre os espaços e processos de formação, é necessário mencionar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2018) para fundamentar a discussão:

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. (BRASIL, PNaPS, 2018, p. 10).

Um dos mitos debatidos pela literatura é que falar sobre suicídio pode incentivar o ato. Discutir sobre mitos e verdades em espaços de formação, assim como anunciado na análise do grupo focal A, é oportunizar que os trabalhadores da saúde se aproximem da temática do suicídio nas juventudes a partir de dados, de estudos e de artigos científicos.

Portanto, foi necessário usar um exemplo disparador, novamente recorrendo a Minayo (2013, p. 65) com uma “conversa com finalidade”, para iniciar o debate no grupo focal: “Todo mundo que se automutila tenta o suicídio.”

Dentro dessa temática, uma enfermeira pontua que a filha de uma amiga *tinha tudo* (grifo do pesquisador) e se automutilou para chamar a atenção. Entende-se que o “ter tudo” está ligado às questões financeiras, conforme seu relato que reforça as palavras “nada, nada, nada” e “toda, toda, toda”. Os trabalhadores da saúde da Unidade B discursam sobre os mitos e verdades para que possamos compreender seus olhares sobre o suicídio:

Mito. Porque nem sempre as pessoas que se cortam... elas querem às vezes chamar a atenção da família. Às vezes depende da situação. Cada caso é um caso. Às vezes o adolescente ele quer chamar atenção da família, do pai, da mãe. Têm vários fatores, várias situações. (B5) ACS2.

E sempre os dois lados, tanto os pais quanto os filhos. Eu tenho uma filha de uma paciente que ela tem uma excelente vida financeira. Tem de tudo, não falta nada,

nada, nada, nada. Mesmo assim ela se cortou, toda, toda, toda. E foi mesmo para chamar atenção. Ela é filha única, mas foi num período que o pai teve um câncer. Aí o câncer retornou. Nós fomos pra São Paulo fazer um transplante. E nessa ida pra São Paulo que acho que ela achou que ficou abandonada pelo pai. Ela ficou com a mãe porque ela tinha treze anos. E eu fui com o pai porque acabou a gente ficando amigo. Fui como profissional e como amiga, e fiquei três meses lá. Nesses três meses ela se cortou. (B1) Enfermeira.

Eu acho que é um dos mitos é dizer que aquele paciente que já fez uma tentativa e sobreviveu ele não vai fazer de novo, acredito que isso é um mito também. Têm pessoas que falam que criança não se mata, acho que é um mito também. Pessoas que falam que homem e mulher utilizam os mesmos meios, também é mentira, é um mito, né. Pessoas que falam que a pessoa que já está em tratamento não vai atentar contra a vida, também é um mito. Tem pessoa que fala que quem vai se matar... Fica todo o tempo triste... E isso também não acontece. Pessoa que fala que pessoa inteligente não comete suicídio, também faz parte do mito. E tem também... Pessoas que acham que falar de suicídio também levar isso também a acontecer. São mitos que mais frequentemente a gente escuta. (B7) Médico.

Ao final da discussão sobre os mitos e as verdades, (B1) Enfermeira e (B7) Médico pontuam a importância de se tocar na temática como modo de esclarecer e identificar pontos frágeis para conseguir trabalhar com o usuário.

Então, assim, falar sobre suicídio que vai estimular suicídio é mito. (B7) Médico.

Sobre formação para construção de estratégias de intervenção e promoção de saúde frente à temática e os participantes relatam que leem os protocolos, mencionam o retorno dos ciclos de debates, mas os ciclos são nos horários que os profissionais trabalham, e mencionam assistir o ciclo de debates pelo canal do YouTube após o expediente. A enfermeira expõe que as formações deveriam ser em cada unidade de saúde, pois a saída de um profissional para esses cursos de formação acaba gerando um caos na rotina da unidade.

7.3 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

As treze entrevistas foram realizadas após os grupos focais, sendo a última estratégia metodológica utilizada neste estudo. Para tanto, é necessário reiterar as três unidades de categorização dessa pesquisa previamente anunciadas nos resultados e discussão: *suicídio nas juventudes — processo de trabalho e a reconstrução do cuidado — espaços de formação*.

Os trabalhadores da saúde serão citados a partir da letra que corresponde a Unidade de Saúde do participante, um número que corresponde à sua identificação e a categoria profissional como trabalhador da saúde.

Unidade A: (A1) Médica — (A3) Médica — (A4) Téc. Enf. — (A5) Psicóloga — (A6) Dentista — (A7) Médico — (A8) Enfermeira.

Unidade B: (B1) Enfermeira — (B2) Agente Social.1 — (B4) Agente Social.2 — (B5) ACS2 — (B6) ACS3 — (B7) Médico.

No caso da identificação dos ACS da Unidade B foi acrescentado um número posterior para diferenciar as falas dos trabalhadores da saúde da mesma categoria.

Suicídio nas juventudes

É perguntado ao entrevistado se ele poderia contar alguma história ou alguma situação de morte por suicídio acompanhada diretamente por ele pela unidade básica de saúde com o foco nas juventudes.

O exercício que aqui se propõe é de analisar essas histórias que envolvem a existência e a decisão de morrer por suicídio naquele momento, sendo necessário recorrer ao pensamento de Comte-Sponville (1997, p. 79) quando este afirma que “o suicida não escolhe morrer (é uma escolha que não se faz: cumprirá morrer de qualquer maneira), mas morrer agora.”

Nessa direção, ao escutar que uma agente social teve apoio de uma ambulante para olhar um usuário de 19 anos que apresentava dificuldade de aderir aos cuidados primários em saúde, ouço histórias que discutem a construção de vínculos para além dos muros das unidades de saúde. É imprescindível marcar este relato, pois são percebidas duas categorias conceituais deste estudo: o suicídio nas juventudes, o processo de trabalho e a reconstrução do cuidado, compreendendo que separar essas categorias, neste caso, poderia comprometer a dimensão dessa história.

O jovem com 19 anos, em situação de rua durante três meses, recebe visitas recorrentes da equipe de saúde, com tentativas de construção de vínculos. O rapaz não respondia, ficava em silêncio e havia novas tentativas dos trabalhadores de vincular-se a essa história. O rapaz se jogou no canal algumas vezes, socorrido pelos bombeiros e referenciado no CPRJ; e não quis ser atendido. Seguem novas tentativas, o rapaz começa a responder a algumas perguntas e silencia novamente. A trabalhadora da saúde relata que o rapaz não trocava de roupa, não tomava banho e não aceitava nada. Ao compartilhar o caso com outros trabalhadores da saúde, um deles sugeriu que ela utilizasse o desenho como um recurso de comunicação e relata que no meio de um dos desenhos e da escrita saiu um sorriso. Aos poucos o rapaz vai respondendo a algumas perguntas da agente social. A narrativa desta

trabalhadora aponta a saúde indo além dos seus muros para construir e reorientar o cuidado, tema abordado no grupo focal e que retorna no relato individual.

Mattos (2004) sinaliza a importância de compreender o que levou o jovem a este momento, discutindo a questão da integralidade, assumindo assim um caráter de corresponsabilidade frente ao acolhimento e cuidado.

E tem uma amiga local lá, que é uma ambulante, que o filho dela já sofreu tentativa de suicídio. Ele tentou se jogar da ponte Rio-Niterói, por perda da esposa e da filha em um acidente de carro. Então ela falou que sabia mais ou menos como era isso. Ela virou minha apoiadora, minha amiga. Então eu chegava todo dia: “E aí, como foi?”, “Hoje ele comeu, tomou café”. Ele aceitava as coisas, nunca pedia. (B2) Agente Social.1.

Depois que eu tirei a máscara ele passou a me olhar. Então eu acho que ele não escutava muito bem a minha fala por conta da máscara, então eu não estava conseguindo ter uma boa comunicação. Aí depois disso eu me senti um pouco mais... não é que eu queria invadir ele, não é isso, o espaço dele... mas é porque eu queria que ele me desse esse acesso. Então eu estava tentando criar esse vínculo, porque pra criar um vínculo é assim, é diariamente, pra ele entender que o teu serviço parou pra dar uma atenção pra ele. Então eu preciso ter uma escuta qualificada, né. (B2) Agente Social.1.

Graças a Deus, no terceiro mês, a assistente social conseguiu contato da família. A gente descobriu que a família estava procurando ele. Ele estava desaparecido em São Paulo. E que ele sofreu alguma violência, a gente não sabe dizer se foi abuso, mas pelo entendimento parece que foi isso, pelo patrão, que ia no interior de São Paulo, lá onde ele morava, e levava ele pra capital pra fazer o trabalho... Então nesse meio termo aí, aconteceu alguma coisa e ele ficou muito envergonhado e pegou as coisas dele e saiu de casa. E aí veio o irmão, a tia e a prima, levaram ele pra casa. Então esse final foi feliz. (B2) Agente Social.1.

Outro aspecto importante que merece ser destacado é que a ambulante também tem uma história de tentativa de morte por suicídio na família, seu filho; sendo considerada como uma sobrevivente neste estudo. Outro ponto que merece atenção é o motivo que levou o jovem a tentar o suicídio algumas vezes: algum tipo de violência ou um suposto abuso.

As entrevistas reiteraram os achados da pesquisa documental ao descrever os fatores de risco atrelados ao suicídio e o grupo focal quando este menciona a dificuldade de muitos jovens em lidar com as questões corporais, de aceitação, questões relacionadas à sua autoimagem, o bullying nos ambientes escolares, a definição da identidade e a sexualidade; dimensões que também são abordadas por Bressan (2011).

A gente teve um caso na equipe, na época a menina era adolescente, hoje já está uma mocinha. Ela tinha na faixa de uns 17 anos. A mãe começou a perceber ela muito isolada, quase não conversava. Tinha um namoro, um relacionamento e a mãe cobrava muito dela... Aquela coisa assim... que ela estava sempre falando do corpo, que achava o corpo dela feio, achava essas coisas toda. E a mãe começou a observar um isolamento dela na casa e falava “Por que você está isolada? Vem pra sala, vem comer aqui com a gente, participar” e ela não aceitava. Aí quando foi um dia a mãe falou que ela estava trocando de roupa, quando ela tirou a roupa, a mãe percebeu os cortes no pulso. Aí começou a ir mais a fundo no que estava acontecendo com ela e

ela falou que não estava feliz com a vida que ela estava levando. Tinha um relacionamento com um rapazinho adolescente igual a ela. Mas que ela se achava feia e achava que não tinha mais ânimo pra viver. Ela sempre achava que ela tinha um corpo feio, um cabelo feio. (B4) Agente Social.2.

Ele estava se cortando, dizendo que queria morrer. A mãe tirou ele da escola, uma escola particular, colocou na pública, acho que essa transferência mexeu muito com a cabecinha dele. Ele também estava sofrendo bullying na escola, um dos motivos pelo qual a mãe tirou da particular e colocou na pública foi por conta disso. Pela sexualidade dele... Então, isso tudo foi o que eles me passaram... Então aí, a mãe achou que estava fazendo bem, só que acabou não fazendo bem, ele começou a se cortar, começou a demonstrar sinais de ser violento, agressivo, não queria estudar... mas aí a mãe conseguiu um psicólogo, não foi por aqui com a gente, infelizmente. Ele passou pelo psicólogo e lá mesmo na UERJ, não, na UFF, ele conseguiu um psicólogo e conseguiu um trabalho. Então ele trabalha lá, é tratado lá... então aquilo deu um up na vida dele, ele falou “tia...”, ele me chama de tia, “tia, estou ótimo, estou bem”. (B5) ACS2.

Histórias que falam de jovens que inicialmente não aparentam nenhum sinal ou alguma questão ligada ao fim da sua existência.

Ela... muito próxima a mim, estudante, aparentemente... não esboçava nada, nenhuma tristeza, nem depressão, nada. Porém, ela se suicidou. Ela se jogou da UERJ. (B5) ACS2.

A história dessa estudante se configura um espaço de discussão a partir de estudos que apontam que 90% das mortes por suicídio estão atrelados aos transtornos (patologia diagnosticada); mas Feijoo (2020, p. 107) pergunta sobre os 10% “que não sofrem de nenhum transtorno identificado.” Lidar com o tema da morte por suicídio é refletir que algumas pessoas perdem o sentido de existir e escolhem morrer. Há que se refletir quando se menciona que 90% das mortes por suicídios são evitáveis.

A Agente Comunitária de Saúde diz que a família ficou dilacerada com o acontecido e que a jovem era acompanhada pela Marinha. Ela tinha um histórico de boas notas escolares; e o impedimento dos familiares que ela namorasse, pois a família, segundo o seu relato, era conservadora e só permitiria o namoro com o rapaz que ela estava interessada depois que ela se formasse na faculdade.

A morte por suicídio dessa jovem também é discutida por Le Breton (2018) e Bouchard (2006), ao marcarem que os conflitos familiares, em muitos casos, produzem o sofrimento psíquico dos jovens. O relato seguinte é de outra jovem com várias tentativas de suicídio e os desafios quando se pensa sobre a longitudinalidade do cuidado, atrelada aos dados singulares dos territórios da área da 1.0.

Hoje ela não mora mais na nossa área. Ela estava com 17 anos quando a conheci. Ela começou a ter problemas e não falava nada com ninguém. Um dia a mãe dela chegou e ela estava desmaiada dentro de casa. Não sabia o que era, levou pro hospital dos bombeiros e viram que ela tinha tomado várias medicações. Pediram para a observar, para a mãe estar observando ela. Nesse meio tempo ela se recuperou e logo depois ela teve outras três tentativas. Cada uma sendo mais grave que a outra. Não chegou a finalizar, graças a Deus. E ela continuou fazendo tratamento psicológico aqui... Mas infelizmente a psicóloga saiu daqui, porque tiraram né, o NASF. E a mãe dela sem meios, foi embora para outra cidade. Agora não sei mais como está a situação dela. (B6) ACS3.

A AP 1.0 é uma região central no município do Rio de Janeiro, com incontáveis ocupações; com famílias se locomovendo pelos espaços geográficos do território; e com usuários se mudando de bairro, de Município e do Estado. Entende-se que esses fatores dificultam o acompanhamento e a construção do cuidado que os indivíduos que estão em sofrimento psíquico necessitam.

A dimensão dessa informação pode ser ampliada a partir do relato a seguir, com a mudança da jovem e dos seus familiares para outro estado. Além da locomoção dos usuários, o trabalhador da saúde aponta outros aspectos ao se deparar com a história de uma jovem no seu primeiro dia de trabalho:

[...] falando mesmo de uma paciente que hoje não mora mais na área, acho que ela foi para o Ceará. Mas durante quase dois, três meses foi muito difícil o acompanhamento com ela aqui na unidade porque inicialmente ela não conseguia se abrir, falar direitinho, explicar tudo. E para criar aquele espaço, aquele clima foi bem complicado. Uma porque o médico falou pra gente que as demandas aqui tendem a ser bem rápidas. Então assim, a gente tenta ser o mais resolutivo no menor tempo possível e quando a gente fala da saúde mental não dá pra gente definir um tempo. E a resolutividade muitas vezes, quando você não pensa no tempo, ali que acaba sendo atrapalhado por outros tipos de coisas burocráticas, administrativas. E ele falou “vou fechar aqui em cima e fazer o atendimento lá embaixo”, subiu aqui pra cima mesmo, no segundo andar, fechou a sala e falou: “é só pra ela”. Naquela época também tinha o NASF ainda funcionando, que tinha psicóloga. E a psicóloga começou a dar o primeiro passo. Ele conta que naquela primeira semana ela estava vindo na unidade todos os dias. Nos três primeiros dias não falou nada, só com a cabeça pra baixo e só escutava. Na segunda semana foi que ela chegou falando: “bom dia”, “boa tarde”. Na terceira semana começou a manifestar algumas coisas da casa, mas ela não falava direito o que que era. Depois foi falando da escola e no final a gente viu que tinha tanto dos dois lados, tanto problemas com o padrasto dela como com os colegas na escola. Então assim, foi um processo que demorou três meses pra conseguir identificar tudo o que tinha acontecido. Naquele tempo ela tentou suicídio, duas vezes. E depois ela ficou no acompanhamento com a psicóloga, ela começou a se abrir melhor, sentir um pouquinho mais de responsabilidade. E foi amadurecendo também o pensamento dela, foi entendendo muitas coisas. E de repente precisou se mudar, então a gente não conseguiu mais dar aquele acompanhamento. Mas ela conseguiu sair daqui com uma estabilidade emocional. Isso foi muito bom porque ela falou antes de ir embora, nos últimos dias, que ela sabia, ela tinha consciência do que estava errado e do que estava certo e como modificar isso. Só que ela não estava conseguindo, mas que ela sabia que em algum momento ela mesma ia conseguir. (B7) Médico.

A partir dessa narrativa é possível destacar alguns elementos que possibilitam compreender os atravessamentos dos trabalhadores frente à temática, como: o olhar sobre a retirada do NASF; o tempo de resolutividade quando o tema é saúde mental; o núcleo familiar e o ambiente escolar como produtor de questões relacionadas à saúde mental dos jovens (conforme mencionado na literatura, pelos participantes dos grupos focais e dos entrevistados).

É necessário trazer outra narrativa sobre a tentativa de suicídio de uma jovem de 13 ou 14 anos no ano de 2021.

Uma menina de mais ou menos uns 13, 14 anos. Ela veio na unidade na tentativa de suicídio. Na verdade, ela veio com uma queixa de dor abdominal e conforme a gente foi conversando, entendendo um pouco melhor a história, ela tinha ingerido uma quantidade grande de comprimidos. Tinha algum calmante. E aí ela está com dor abdominal por conta disso, por conta do vômito. Aí a gente foi conversando com ela e ela falou que tinha tentado autoextermínio, que estava se sentindo muito triste, se sentindo muito incomodada. A gente fez a abordagem com ela. Acho que nesse primeiro momento foi o primeiro que eu tinha atendido, logo de primeira falou. Ela veio acompanhada da mãe, de outra familiar... Todas elas já sabiam o que ela tinha ingerido. Foi uma coisa que a família já estava... Que observou. A gente fez a abordagem toda com ela. No dia seguinte, a gente orientou para que ela viesse, porque era uma demanda então era um turno mais corrido. E no dia seguinte a gente ia conseguir agendar uma consulta, que era um turno mais tranquilo, pra gente conseguir abordar mais coisas e até pra avaliar risco iminente. Ela veio e no dia seguinte ela estava muito pior, ela contou que tinha tentado no mesmo dia ingerir veneno. E a gente viu pelo quadro dela, ela não estava interagindo, não estava mantendo o olhar, estava muito debilitada, que era indicativo de vaga zero. E aí a família não deixou ela ir e a gente começou esse grande percurso com essa paciente. (A1) Médica.

Alguns dados deste relato são imprescindíveis de serem destacados para se pensar sobre o processo de trabalho, a organização e a construção do cuidado mediante a temática em questão: a idade da jovem, as tentativas de suicídio, a ingestão de comprimidos, a ingestão de veneno, o manejo do acompanhamento, a avaliação de risco, o contexto familiar; mas um dos aspectos que chama atenção é que a jovem conseguiu verbalizar no primeiro atendimento que esta não era sua primeira tentativa.

As violências atravessam os espaços de saúde com histórias que envolvem mortes, perdas e sofrimento; histórias de sujeitos que se jogam de prédios, pontes e janelas e em alguns momentos se lançam para fugirem do agressor. Jovens que entram na frente do agressor para defender, na maioria das vezes, suas mães ou as mulheres da casa, mulheres que estão expostas às situações de vulnerabilidade nos lugares que habitam.

Histórias de tentativas de suicídio após estupro, abusos psicológicos e sexuais. Histórias de tentativas de suicídios de indivíduos que estão lidando com a sua sexualidade não

aceita pelos familiares. São histórias que cortam os corpos, os afetos, os vínculos, e que chegam às unidades de saúde, em alguns casos, minutos depois do acontecido.

[...] caso que me chamou a atenção também foi um adulto jovem que não frequentava a unidade, mas se matou enforcado por conta de uma parceira estar vivendo a vida com outra pessoa. Uma ex parceira, já tinha acabado o relacionamento com ela. Ele realmente conseguiu, de fato, se enforcar e se matar. Esses são os que mais me chamam a atenção, mas a gente também vê muitos jovens de 10, 11 anos violentados, vítimas de violência sexual de pessoas próximas, padrasto, amigo, pai, avô. (A3) Médica.

Ainda sobre as famílias, suas histórias e suas travessias, a história deste jovem aponta alguns dados para se pensar sobre a importância dos vínculos, da construção de rede e a reconstrução do cuidado.

Teve um caso de um menino que chegou, tinha acabado de tomar uma cartela de clonazepam. E aí ele chegou com a mãe e disse que já tinha passado pelo CPRJ. E ele estava muito angustiado porque ele estava se sentindo culpado por ter feito aquilo porque a mãe ficou nervosa, a mãe ficou muito triste com a situação dele. Então ela meio que se colocou numa situação de vítima: “Como você faz isso comigo?”, “Você não dá valor, não aceita as coisas que tem, você tem tudo, como você faz uma coisa dessas?”, então ele se sentiu culpado por ter feito aquilo e aí sentiu mais vontade ainda de fazer novamente, mas com esse receio de poder deixar a mãe triste por causa dele. Ele tinha sido violentado pelo padrasto e não tinha coragem de dizer isso pra mãe. Ele falou que provavelmente ia tentar outras vezes, que fica no quarto da casa dele, do apartamento, pensando em se jogar o tempo todo. Fica nessa questão vai, não vai, vai, não vai... Se sente culpado também por ter sido violentado porque ele acha que de alguma forma pode ser que ele tenha provocado isso... A mãe trouxe e a gerente conversou comigo e pediu para que eu avaliasse ele, a gente conversou muito. É um caso que quando é com adolescente vem trazido por alguém da família. Mas isso às vezes não chega trazido por alguém, às vezes surge depois de algum tempo que a pessoa é acompanhada, pode ser trazido numa emergência ali na clínica, que a pessoa vem: “socorro, me ajuda porque eu vou me matar”, e às vezes algum parente que observa um comportamento, mas isso é mais raro. Essa pessoa foi acompanhada por mim por um tempo, eu saí de lá então não pude dar continuidade. Mas eu inseri ele em um grupo aqui porque eu pude fazer isso. Hoje em dia ele participa de um grupo de jovens comigo. (A5) Psicóloga.

É necessário pontuar uma história compartilhada por um entrevistado, pois esse relato se aproxima das informações coletadas no projeto de pesquisa “Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio” (2008) que está descrito na pesquisa documental. O relato do trabalhador da saúde é sobre sua atuação no estado do Paraná; e o projeto de pesquisa acima citado foi realizado em quatro municípios do Rio Grande do Sul. O fator em comum entre a atuação do trabalhador e o projeto é a história de morte por suicídio na área rural, principalmente por motivos financeiros e o uso de agrotóxico.

Depois trabalhei no Paraná, também tinha muita história de suicídio, principalmente nos sítios. O pessoal usava muito agrotóxico. As tentativas de suicídio eram por uso

de agrotóxico, eles bebiam agrotóxico, soda cáustica. Eram famílias que às vezes acabavam lidando muito com os bancos. História de acúmulo de capital se deu muito nessa região ...os bancos tomavam a terra ou tinham que vender a terra por um preço muito barato e aí os pequenos proprietários, os que ficaram, ficaram grandes proprietários. (A7) Médico.

Antes de comentar sobre o suicídio na infância, este trabalhador traz outra narrativa que se aproxima com o que foi mencionado sobre o processo migratório dos usuários, corroborando com os relatos de outros entrevistados.

Lembro agora de outra jovem que ela era de Manaus. Meio que saiu de Manaus pra cá, como se fosse fugindo, como se fosse uma exilada. Ela já tinha vivido uma situação de sofrimento muito grande e aqui ela continuava vivendo isso, não tinha rede de apoio e tentou várias vezes, a gente chamou a ambulância várias vezes. Depois ela acabou indo embora, foi morar em outro município e a gente não teve mais notícias dela. (A7) Médico.

O suicídio infantil é outro tema levantado por este trabalhador da saúde ao relatar que um menino de 7 ou 8 anos tentou se suicidar se jogando da janela do prédio onde morava. Pode-se observar que os últimos relatos são do mesmo trabalhador da saúde (A7) Médico, pois durante a entrevista as histórias, a memória se presentificou naquele momento.

A morte por suicídio na infância foi tema de reportagem no jornal independente “O Nexo”, em texto escrito por Cesar Gaglioní, em setembro de 2022. Segundo a reportagem, os casos entre crianças de 5 a 14 anos aumentaram ao longo dos anos. Fatores genéticos, ambientais e culturais estariam por trás dos índices. A mesma reportagem aponta 200 mortes por suicídio em 2021 e 61 mortes por suicídio até junho de 2022. Uma das apostas relatadas pelos profissionais da saúde que foram entrevistados pelo repórter é sobre a importância de se ter um diálogo aberto com as crianças e jovens, um diálogo sobre o que eles estão pensando e como eles estão se sentindo.

Núcleo familiar

Ao discutir sobre as políticas públicas que abarcam as famílias, Rangel (2010) comenta a reflexão de vários autores, mas expõe a dimensão do que se configura o “neofamiliarismo”, se conformando segundo Ribeiro (2004, p. 6), como tendência ideológica de tomar a família como uma unidade econômica e política, “de resolução de problemas da racionalidade global do modelo neoliberal.” (2010, p. 168). Aponta o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia voltada para a reversão do modelo de atenção à saúde, sendo necessário considerar seus limites e desafios para abordar as estratégias de promoção da saúde dirigida as famílias.

Um dos desafios expostos pela autora se encaminha com proximidade dos relatos dos participantes dos grupos focais e das entrevistas individuais, sobre o entendimento de qual família os trabalhadores da saúde estão considerando em seus territórios, pois aparece em vários momentos que a “família é disfuncional”, sem considerar os aspectos anunciados por Rangel (2010, p. 169) como: “características, relações, costumes, crenças, valores.”

Ribeiro observa em seu estudo que a família no PSF não é vista imersa na complexidade da sociedade contemporânea, com oportunidades de sucesso e probabilidade de riscos para todas aquelas que estão sujeitas à desagregação, ao empobrecimento, à ampliação de seus membros, ao isolamento social, à violência e à negligência por parte do poder público. As várias visões sobre família descritas pela autora parecem mais corresponder aos objetivos e metas que os profissionais da saúde tentam cumprir no desempenho de suas tarefas, de caráter normativo, seja sobre o indivíduo, o ambiente ou a família propriamente dita, sem que haja uma compreensão da real situação das famílias em seu território de ação. (2010, p. 170).

Rangel (2010) reitera que mediante a complexidade do objeto (atenção à saúde da família) há que se ter uma abordagem multidisciplinar para lidar com as múltiplas dimensões. Tal entendimento se aproxima do primeiro parágrafo da introdução, ao ser anunciada a necessidade de abordar a temática da morte por suicídio de forma multissetorial e multiprofissional de saúde pública.

Outro ponto levantado por Rangel (2010); e reiterado pelos autores que discutem que a promoção da saúde deve ser compreendida como uma política pública; com Rangel (2010) marcando a necessidade de compreensão da família em sua complexidade; e a amplitude e abrangência políticas públicas intersetoriais para lidar com as questões que se apresentam na contemporaneidade.

A amplitude e abrangência de políticas públicas intersetoriais para lidar com as questões que se apresentam na contemporaneidade é outra dimensão destacada por Rangel (2010). Esta dimensão engloba as proposições dos autores que discutem que a promoção da saúde deve ser compreendida como uma política pública, uma política que abarque questões relacionadas ao estilo de vida, as condições ambientais, econômicas e sociais que determinam a saúde.

Processo de trabalho e a reconstrução do cuidado

É necessário pontuar alguns aspectos trazidos pelos trabalhadores quando estes mencionam a *palavra* como meio de comunicação entre as pessoas ao relatarem suas dores e

sofrimentos, compreendendo que até a ausência da *palavra* pode estar carregada de vários significados.

Se você olhar no fundo, no fundo... Se você fizer uma pergunta diferente, a mesma pergunta de um jeito diferente, às vezes tem uns que choram. Então, às vezes, nem sempre está tudo bem com eles. (B1) Enfermeira

Então acredito que quanto mais você falar, você ajuda, você não piora. Porque é esclarecendo a dúvida do adolescente você faz com que ele não chegue naquele processo. Esse é meu entendimento. (B2) Agente Social.1;

Acho que o principal é em relação a não falar sobre o assunto por uma questão de estar incentivando as pessoas a se suicidarem ou as pessoas que já tem alguma condição mental piorarem quando você está falando sobre o assunto. Esse é o principal. (A6) Dentista.

O uso de estratégias para lidar com as tentativas e mortes por suicídio é um dos caminhos de compreensão sobre o modo de atuação profissional frente ao fenômeno do suicídio, reiterando que a Rede de Atenção Psicossocial da AP 1.0 não conta com um Centro de Atenção Psicossocial. Posto isto, é necessário apontar em tópicos as estratégias identificadas pelos entrevistados, marcando algumas narrativas que possibilitam compreender os percursos que atravessam os trabalhadores da saúde:

- ✓ a escuta;
- ✓ a percepção da linguagem corporal do usuário no momento do atendimento;
- ✓ a utilização do desenho como um recurso para acessar os sentimentos do indivíduo durante a consulta;
- ✓ a possibilidade de abordagens comunitárias;
- ✓ a escola como um lugar de atuação profissional para lidar com o sofrimento psíquico de crianças e jovens;
- ✓ a utilização de técnicas de respiração;
- ✓ a sensibilização dos trabalhadores quando se faz ações coletivas em saúde;
- ✓ a necessidade de compreensão que essa abordagem deve ser compartilhada com outros profissionais, mesmo no atendimento individualizado perguntar para o paciente se pode chamar outro profissional;
- ✓ o autocuidado;
- ✓ o compartilhamento do caso com os profissionais que compõe a equipe.

Ao analisar as estratégias identificadas pelos trabalhadores da saúde, é compreendido que o ambiente escolar é um espaço estratégico para lidar com o sofrimento psíquico; com Carlos dos Santos Silva (2019, p. 29), assim como Tavares (2002), reconhecendo que a escola é um “núcleo de convivência e espaço de socialização das crianças e adolescentes nas relações com a comunidade, pais, familiares e profissionais, é relevante para o favorecimento da interação dialógica e a prática de promoção da saúde.”

O lugar do desenho na identificação dessas estratégias também se mostra como recurso de comunicação, assim como anunciado pela Agente Social.1 no relato sobre o jovem

de 19 anos. Além do desenho, outros pontos desta narrativa merecem proximidade no exercício de compreensão do fenômeno em sua amplitude, principalmente quando são identificadas as violências que o território e os sujeitos atravessam, com suas múltiplas intervenções na existência desses indivíduos que lá se encontram.

Eu, particularmente, em criança e adolescente gosto de perguntar se consegue desenhar o que está pensando. No caso dessa menina eu pedi para que ela desenhasse e saíram umas coisas um pouco bizarras. Da culpa, do que está pensando, então eu acho que para adolescente é uma forma interessante. Pra criança e adolescente. De desenhar ali o medo, do que tem medo, o que está observando... Acho que é uma boa abordagem também. Em relação ao território, eu acho que o ideal seria se a gente conversasse mais sobre isso. Ter uma abordagem comunitária nesse sentido, de chegar e falar. Mas ao mesmo tempo eu entendo que o meu território é um território que tem muito índice de violência sexual e tentativa de suicídio. Então tem que ser muito sensível na hora de abordar. Talvez chegar e falar o que é descaradamente afaste mais do que aproxime. Mas acho que é importante ter um debate, ter roda conversa em relação ao tema para que a gente consiga captar também essas pessoas. (A1) Médica.

Outro relato se aproxima das proposições de Amarante e Lancetti (2006), quando os autores e o entrevistado discorrem que a saúde mental e saúde coletiva são campos que pertencem a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde.

Então eu sempre falo, saúde mental não é de um profissional, saúde mental é da equipe completa. E ali a gente então articula o resto das coisas, vê as questões administrativas, se é pelo SISREG, se é com a CAP, se é com psicólogo, com psiquiatra. Mas sempre a gente tentando manter uma abordagem bem ampla, A gente tem que ter uma abrangência global, olhar todos os pontos mesmo. (B7) Médico.

A narrativa que se segue se configura oportuno para compreender o modo de condução de um usuário que apresenta ideação suicida, compreendendo que a abordagem da psicóloga se encontra em consonância com o Guia de Referência — Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção/2016, incluindo imediatamente a família no cuidado do paciente.

Quando chega o paciente que está com ideação suicida a primeira coisa que eu faço, eu peço que ele me dê o retorno de alguém em quem ele confie para que a gente possa dividir isso com essa pessoa, para que essa pessoa possa estar atenta. Normalmente eu peço autorização dele ou dela pra chamar essa pessoa, pra conversar com essa pessoa para orientar. (A5) Psicóloga.

Quando se fala em planejamento ao ato, o guia orienta solicitar VAGA ZERO; conduta compreendida e relatada pela trabalhadora.

Agora com planejamento já é diferente. Chegou planejando a gente tem que chamar vaga zero. Se a pessoa se recusa a ir para a vaga zero a gente pede para ela assinar um termo, também chama alguém para que esteja junto nesse momento, para que a gente possa conversar, orientar, tirar medicação de perto, qualquer objeto cortante,

corda, tudo. A gente faz uma orientação. Ficar perto dessa pessoa, conversar, dar colo. Tudo a gente orienta dessa forma. Eu utilizo outras técnicas também que eu ensino pra usar nos momentos, oriento para o CPRJ se for no final de semana, se for depois do horário, oriento a CCVV, em alguns casos até dou o meu telefone, quando eu vejo que a pessoa está mesmo assim, naquele momento que ela não vai... não tem ninguém, aí eu dou meu telefone pra entrar em contato. (A5) Psicóloga.

Diante desse cenário, é necessário pontuar a reflexão da psicóloga mediante o estado emocional da usuária durante o trajeto até o próximo serviço de saúde, com possibilidades de compreender também o cuidado em saúde através desta atitude.

Por exemplo, era muito seco a gente mandar um paciente: “você vai ter que ir pra vaga zero”. Aí você entra em uma ambulância, você está ali sozinho, você está daquele jeito... O que a gente pode fazer pra tornar isso um pouco mais humanizado? De que forma a gente pode levar isso para que não seja uma coisa assim: “nossa, eu estou louca, estou enlouquecendo, estou aqui sozinha, não tem ninguém do meu lado.” E eu fui criando algumas coisas, para que nesse caminho, se ela decidir ir por ambulância, que ela consiga ir calma. Então vai nesse trajeto daqui até lá, já que não tem ninguém pra te acompanhar, vamos utilizar essa técnica. Vai fazendo respiração, vai fazendo abraço da borboleta, vai fazendo esse lugar seguro porque pode demorar, está no trânsito. Então, eu utilizo esse recurso como um meio para que ela lide com aquele trajeto de forma mais leve. (A5) Psicóloga.

Atuação profissional

Um dos pontos levantados pelos participantes sobre a percepção de sua atuação profissional frente ao tema do suicídio se configura a partir do entendimento que a demanda cotidiana sobrecarrega os profissionais, gerando pouco espaço para escuta para acompanhamentos que exigem mais tempo.

Outro aspecto apontado é a sugestão de estudos que tenha um compilado de casos que abordem as tentativas e mortes por suicídio mostrando o caminho, a abordagem e a condução de cada profissional frente ao fenômeno.

A narrativa a seguir aponta a importância do autocuidado dos trabalhadores de saúde ao lidarem com a amplitude deste fenômeno em suas práticas cotidianas e laborais; com destaque para a autopercepção dos seus encaminhamentos, mas ao reler a narrativa, uma pergunta sobre a possibilidade de compartilhamento desses saberes escapa ao pesquisador no momento da entrevista. Dada essa reflexão, entende-se, neste caso, a possibilidade de devolutiva da pesquisa para os atores envolvidos, sendo esta uma das prerrogativas desta pesquisa e uma oportunidade de apaziguar a angústia do pesquisador no momento da escrita.

Eu lido com a questão do suicídio de uma forma bem natural, não naturalizando, é diferente. Mas de uma forma que eu sei que é algo que acontece muito, que eu tenho que estar bem emocionalmente para poder lidar com a situação. Então eu me preparo pra isso, eu faço meditação diariamente de manhã e de noite, eu me preparo mesmo

pra estar aqui e pra não levar pra casa quando eu saio daqui. Então eu deixo tudo aqui e no dia seguinte quando eu volto eu venho preparada para poder estar bem para poder ajudar senão eu não consigo ajudar ninguém. Eu acho que eu lido de uma forma muito assertiva, eu acho que consigo tomar as decisões certas na hora certa, eu acho que tenho o feeling, o tempo certo do que tem que fazer em cada situação. É separar cada caso, não jogar tudo no mesmo pacote, isso daqui funciona para essa pessoa, mas para essa não funciona, então eu tenho que lidar com outra estratégia aqui, o que eu posso fazer, tudo isso ao mesmo tempo. Então é não colocar tudo no mesmo balaio, saber que tem os fluxos que a gente tem que fazer, as estratégias que a gente tem que usar, mas também ser flexível para ver que determinadas técnicas, estratégias não funcionam pra todo mundo. Eu acho que eu tenho um feeling bem grande pra isso, eu acho que já estou bem treinada para esse tipo de situação porque são muitas. Passei por muitas situações como essas, então agora já estou conseguindo ser mais rápida pra decidir algumas coisas que eu tenho que fazer na hora. Mais rápida e mais assertiva. (A5) Psicóloga.

Outras dimensões que abarcam a atuação dos profissionais são compartilhadas pelos trabalhadores ao relatarem que apoiam os residentes frente ao tema, acompanhando-os aos atendimentos, e ao mesmo tempo refletindo sobre o seu lugar de preceptoria; outro relato de uma trabalhadora da saúde que se emociona ao narrar ter tentado o suicídio em um momento da sua existência, sentindo-se mais próxima dos usuários quando percebe algum sinal de sofrimento que se aproxima com o sofrimento que sentiu; e a Agente Social.1 com um discurso que abrange o seu lugar como trabalhadora da saúde.

Me sinto uma peça, uma chave importante para a equipe porque eu só saberia que ele estaria ali em perigo, naquela zona dele de desconforto, porque eu estou indo no território. Se eu estivesse fazendo só atendimentos pontuais eu não saberia que aquele rapaz estava precisando. Se as pessoas não confiassem no meu trabalho, não vissem a gente atuando, não saberiam que de fato eu poderia ajudar ele de alguma forma. Se me chamaram é porque sabem que a gente é capaz pra cuidar. (B2) Agente Social.1.

A técnica de enfermagem compartilha sua percepção sobre a leitura de alguns trabalhadores da saúde sobre a temática do suicídio em seu território de atuação. leitura que se aproxima dos mitos e verdades expostos nas discussões. Outro ponto que merece atenção é a escolha de se manter quieta mediante o entendimento do sofrimento do outro.

Às vezes eu acho que eu não falo nada não, mas eu observo muito. Como no dia que a menina veio colher sangue, quando ela levantou pra me dar o braço, todo cortado. O braço todo cortado. Aí eu não falei, só observei. Eu poderia ter feito mais, comunicar a equipe, procurar saber se ela passa por uma assistência psicológica, (?). Porque nem todo mundo se importa. Eu como técnica, saio da sala, vou procurar a equipe, comunico, mas aí “ah, balela, nada demais”. Aí acaba me desestimulando. (A4) Téc. Enf.

A narrativa abaixo aponta algumas dimensões para se pensar o cuidado em saúde a partir da autopercepção da atuação do profissional, retomando algumas proposições que estão

postas nesta pesquisa, quando se discute o cuidado, sendo necessário trazer este relato em diálogo com Estellita-Lins (2008) ao assinalar a dificuldade da medicina em incluir o cuidado em sua práxis, ainda prescritiva, com o processo terapêutico diferenciando-se do conhecimento médico e o cuidado que pode ser aproximado do gesto. Cecilio (2009) e a compreensão do espaço do cuidado a partir do encontro entre as duas pessoas, no qual dores e intimidades são reveladas, um espaço inovador sobre o modo de cuidar.

Eu entendo que a gente não vai salvar ninguém. Não é só uma responsabilidade minha de salvar as pessoas delas mesmas. Mas entendo que a gente tem um papel fundamental nesse processo de cuidado. Eu entendo a minha atuação como talvez um pontinho de “nossa, tem alguma coisa diferente”, “nossa, dá pra eu fazer alguma coisa diferente.” As pessoas podem me ver. Porque eu acredito muito hoje em dia que a gente não se vê. As pessoas não se veem, nos atendimentos elas não se veem. E quando a gente consegue conversar e fazer com que essa pessoa fale, fazer com que essa pessoa seja ouvida. Eu acho que isso abre um pouquinho, “nossa, eu posso ser ouvida, eu sou um indivíduo.” Então, muitas vezes eu me vejo no lugar e no espaço de fazer essa pessoa ser vista como indivíduo, não necessariamente vai fazer com que eu impeça ela de cometer alguma coisa. E é claro que eu não vou estimular e não quero que isso aconteça. Mas eu entendo a minha atuação como esse espaço, um espaço seguro pra você falar, um espaço seguro pra você mostrar que você é um indivíduo. Não necessariamente algo corretor de “não, você tem que fazer isso, isso e isso”, ou punitivo “não, você não pode fazer isso, isso e isso.” Mas mais no sentido de acolher “você está aqui e você pode falar, esse espaço é seu, é protegido pra você falar.” Pelo que eu tenho visto muitas vezes isso é suficiente. Mas também porque as pessoas conseguem ver que a gente está ali se importando. Eu acho que isso não é só uma questão do profissional médico em si, eu acho que a unidade toda, os outros profissionais deveriam ter esse olhar. Cada um tem a sua vivência e às vezes atender um caso de tentativa de suicídio pra uma pessoa seja um pouco mais... acesse ela mais de uma maneira do que outra. Mas eu acho que esse olhar do ambiente do consultório como ambiente seguro tem que passar lá na frente, no consultório da enfermeira, onde vai fazer a medição, aqui, em todos os lugares. (A1) Médica.

Outras dimensões são apontadas pelos trabalhadores da saúde quando foram perguntados sobre como os profissionais e a gestão deveriam atuar em relação ao suicídio nas juventudes e os entrevistados identificam alguns pontos, como: o entendimento de que há de se ter, por parte dos gestores, sensibilidade frente ao tema, o desenvolvimento de um programa voltado especificamente para este tema, que abarque a necessidade para se produzir esse cuidado em saúde, não esperando que os casos cheguem pela escola ou pela família, escuta comunitária, espaços de educação permanente e o sistema de regulação.

[...] eu acho que a gente tem que escutar a comunidade aqui para tentar entender o que significa isso para eles. (A7) Médico.

Eu acho que faltam iniciativas de educação permanente nesse sentido. E eu acho que a gente também tem uma escassez de profissionais que tenham braços para lidar com essa situação a longo prazo. (A6) Dentista.

Porque hoje a plataforma que a gente tem no SISREG, que a gente lança no SISREG

e sempre esse lançamento volta com uma devolução que isso atrapalha mais no tempo para o paciente ter uma resposta. E quando eu consigo uma resposta, um agendamento é muito futuro, noventa dias. Você não tem como deixar uma saúde mental para noventa dias. Você está tirando vida desse paciente. Então quando você pensa que pode determinar um tempo para uma consulta em saúde mental você não está pensando no paciente. Pra você pensar no paciente você tem que pensar no ontem. (B7) Médico.

Os trabalhadores da saúde relatam a importância do envolvimento de todos nessa discussão, possibilitando entendimento de como acolher, do que falar, o que fazer, como orientar, atendo-se à necessidade de grupos dentro e fora da unidade para lidar com o tema do suicídio nas juventudes.

Apontam a necessidade de espaços de formação, de equipes multiprofissionais, de investimento financeiro e profissional em temas ligados à saúde pública (aspectos que podem ser revistos nos achados da pesquisa documental e nos grupos focais) e o espaço escolar, identificado pela maioria dos entrevistados como um lugar de aproximação dos temas que atravessam as juventudes.

A gente deveria ter mais trabalhos de divulgação sobre isso. E como profissional, capacitação também dos profissionais. Às vezes, de fato, eu tenho até medo de perguntar para o paciente se está tudo bem porque às vezes vem uma resposta que vai te tomar um tempo bem grande. Mas você vê que muitos profissionais, e aí não sei se também e é do perfil, mas muitos profissionais não sabem lidar muito com essa questão de saúde mental, do suicídio. Então acho que tem que ter capacitação dos profissionais também, mais de explorar esse tema em outros locais, não esperar vir a bomba aqui, a pessoa já tentou e aí tentar atuar tentando amenizar já algum problema. A gente tentar fazer com que outros casos venham antes da tentativa, que as pessoas tenham coragem de procurar ajuda antes de tentar." (A8) Enfermeira.

Eu acho que a gente precisaria fazer mais informativos para os profissionais lidarem porque é difícil para o profissional também que não tem preparo. E acho que a gente precisava de uma rede de suporte mais forte para essas pessoas. Uma equipe multiprofissional. A gente tem o NASF que é muito pequeno para as situações que a gente vive. Acho que tinha que ter um espaço para vítimas de violência para que elas também soubessem lidar, "oh, uma situação pior do que a minha, ou igual a minha", ou agir dessa forma, troca mesmo de experiências das pessoas que sofreram violência. Eu acho que a coordenação devia dar um apoio em relação a isso. Acaba sendo muito negligenciado isso pra mim. Que nem álcool e drogas que a gente não tem um CAPS que representa a gente. É um problema de saúde pública e eu acho que a forma como a gente está lidando não é uma forma que é considerado problema de saúde pública. Além dos locais de intersetorialidade que tinham que ajudar a gente, escola estar junto, apoiando junto, uma equipe multiprofissional na escola. Nos espaços que esses adolescentes frequentam deveriam ser preparados para isso também. Porque às vezes pra chegar na saúde eles estão sofrendo demais. Mas às vezes chegam mais fácil na educação, às vezes chegam mais fácil em um lugar onde praticam um judô, um esporte, as atividades que eles têm fora saúde e educação." (A3) Médica.

A gente tinha que, sei lá, ter outros programas, uma coisa que chamasse... dança, jogos, pra você atrair esse jovem e ali você vai avaliando aos poucos, com a conversa com a mãe. Mas aqui a gente vai oferecer o quê? (B1) Enfermeira.

Escola

O cenário escolar perpassa as dimensões que atravessam esse estudo: a promoção da saúde, a intersetorialidade, a morte por suicídio e as juventudes.

Então eu acho que tudo já deveria começar dentro das escolas mesmo, já falando pra ir percebendo. Porque geralmente o que acontece é que as escolas, por exemplo, aqui no território, as escolas percebem alguma coisa de diferente no aluno e dependendo entra em contato com a clínica. (B4) Agente Social.2.

De um modo geral, porque normalmente esses jovens não são jovens que frequentam a unidade tão facilmente. Então quando eles chegam, já chegam sofrendo muito. E a gente tenta chegar nesses espaços mesmo, que é mais a escola. Dentro do nosso local de trabalho é mais a escola. (A3) Médica.

Eu acho que minha atuação é muito mais de perceber ou de captar essas pessoas... através do PSE. E também das consultas individuais porque a gente brinca que a cadeira do dentista é quase um divã. E a gente consegue descobrir muita coisa, perceber muita coisa que às vezes foge dos outros profissionais, nas outras consultas, no atendimento em saúde bucal. (A6) Dentista.

Grupos de prevenção. Fazer grupos na escola, grupos aqui na clínica. Tem que ir aonde está o adolescente, onde está o jovem. Fazer uma abordagem de maneira jovem, na linguagem deles, para eles entenderem. (A4) Téc. Enf.

Tinha que ter, sei lá, uma sala com computador pra eles, vamos supor, quer fazer um trabalho da escola, quem não tem computador pode vir aqui usar o da clínica, enquanto a clínica está aberta, entendeu? Mas não tem. Eles ficam distante. O que vem mais é o que, idoso e gestante, o trivial. (B1) Enfermeira

Então na internet fala muito de suicídio, fala toda hora, dá vontade de se matar de tanto ver internet. Então eu preciso encher a internet de ações contra o suicídio para que tenha um equilíbrio mental desses adolescentes. (B2) Agente Social.1.

Promoção da Saúde

Os entrevistados apontam suas percepções sobre o entendimento do significado da Promoção da Saúde em seus territórios de atuação. Algumas narrativas assinalam que a Promoção da Saúde está atrelada a evitar que algum mal aconteça, pontuando a necessidade de agir mais no território e menos na unidade de saúde; a promoção como uma tentativa de problematizar uma questão de saúde antes do adoecimento, assumindo um caráter mais informativo, entendido como promover qualidade de vida, conhecimento, a promoção da saúde como um espaço para se falar da saúde.

É necessário discorrer sobre as outras percepções dos entrevistados que abarcam a Promoção da Saúde, com a intencionalidade de buscar aproximações com as definições que norteiam os conceitos da Promoção da Saúde através da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), como: o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, conforme sinalizado pela entrevistada em seu relato.

Então eu acho que é promover autonomia para o indivíduo para que ele tenha estratégias para lidar com as diversas adversidades da vida. Promover a saúde eu acho que é isso, a pessoa estar bem, estar forte para lidar com todas as situações da vida dela. Saber que as situações difíceis vão aparecer, mas que ele tem um olhar diferenciado para essas situações difíceis, ele consegue resolver as questões dele através da autoconfiança, da assertividade, da forma como ele enxerga o mundo.” (A5) Psicóloga.

Corpo e mente caminham lado a lado, tanto que eu faço muito essa questão da psicossomática. Então “o que que você sentiu no corpo?”, “eu senti isso.”, “então vamos lá investigar essa área do corpo. O que está trazendo doença para essa área do corpo?”. Tem pacientes que têm tudo ao mesmo tempo, gagueira, garganta inflamada o tempo todo, de repetição. Aí quando você vai ver o que tem no local garganta é a comunicação que não está indo bem. Então você conseguindo trabalhar a comunicação daquele ser humano, você conseguindo trabalhar as trocas, aquilo ali vai se diluindo. A garganta para de inflamar, a gagueira melhora. Então assim, tudo está associado, a mente comanda tudo, a mente estando bem, o emocional estando bem, as coisas se diluem, é automático. (A5) Psicóloga.

Outro aspecto que merece destaque se conforma a partir da necessidade da reorientação dos serviços de saúde, conforme apontado pelos participantes, principalmente em relação ao modo de abordagem em seus espaços de atuação.

Acho que as unidades de saúde são vistas pela população como espaços não de saúde, mas de tratar doenças. A gente está sempre associado, os profissionais de saúde, a unidade, com espaços que você vai quando você está doente, está com dor. E a promoção de saúde são ações onde você vai promover autonomia para a população para que ela possa ter o autocuidado ou prevenir agravos.” (A6) Dentista.

Tanto na porta, no momento que vai no guichê, que faz o primeiro acolhimento, porque às vezes o agente de saúde fala: “é para atualizar o endereço”, não, o guichê não é só pra você atualizar o endereço para colocar na planilha. Você tem que ter uma escuta qualificada. Você tem que identificar o paciente e escutar ele. Você pode ter uma primeira abordagem ali bem simples, bem leve. Mas aí você orienta. Ele vai ficar meia hora, uma hora aguardando atendimento, mas ele vai estar ali com você. Você aproveita e fala, dá alguma orientação. (B7) Médico.

É a gente oferecer não só o que tem dentro da unidade, que é um atendimento médico, atendimento com enfermeiro, uma consulta, uma vacina. Mas também se colocar no lugar da pessoa, “ah, estou passando por um dia mau”, você chegar e conversar, parar um pouquinho ali e dar uma atenção pra pessoa porque às vezes não é só a doença, às vezes também tem a questão da carência. Então a promoção da saúde não é só trazer a pessoa pra fazer um atendimento, uma vacina e pronto. É mais do que isso. (B6) ACS3.

A narrativa da entrevistada se aproxima de Rabello (2010) quando a autora destaca a importância da intersetorialidade no reforço da noção de empoderamento como capacidade de atuar e influir, denunciando a dívida social, na busca pela equidade. Ainda discorre sobre a necessidade de contextualização e compreensão dos limites, entendendo o que é da responsabilidade do Estado e o que é da responsabilidade do cidadão em relação ao seu próprio bem-estar.

Promoção da saúde. Vamos lá. Residência. A situação onde essa residência fica... Quer ver uma dificuldade que eu tenho? Dentro dessa ..., você tem que falar que aquilo dali é uma residência. Eu me sinto enganando eles chamando aquilo de residência. Porque eles também têm definição do que é residência. E ali é o lugar que eles moram, e às vezes eu tenho dificuldade de lidar como se aquilo dali fosse uma casa. Eu não consigo ter esse olhar, eu tenho essa dificuldade. Tenho muito essa dificuldade. E saúde não está englobada aquilo dali. Eles não têm saúde porque eles não têm moradia, eles não têm paz, não têm nada, nada, nada, nada. Eles têm, eu acho, porque aí a gente julga né, eu acho que é um canto. Um canto que eles têm, eles não têm saúde, não têm mesmo. (B1) Enfermeira.

Agora que você está me perguntando... Promoção da saúde é aquilo que impacta dentro do que seria um contexto de saúde, mas é exatamente aquilo que extrapola a saúde. Pensar em promoção de saúde já limita muito o conceito e vai limitar a ação, porque é como se fosse só do âmbito da saúde, a saúde. Na realidade, a saúde é um complexo que está dentro de um monte de outras coisas. Então, por exemplo, ter uma praça com árvores, com plantas, com flores, na qual as crianças possam ter espaço para brincar, as mães e os pais possam estar num espaço protegido, no qual os jovens também possam ter uma quadra, é um aparato que não é da saúde, mas que promove a saúde. A doença contamina tudo, a ideologia da doença contamina tudo, contamina todos os espaços. A promoção é, nesse aspecto, uma estratégia para sair desse pensamento que é muito cartesiano, causa e efeito, eu espirro então estou doente, estou triste então estou deprimido, estou com dor no peito então estou infartando. E a mídia explora muito isso. A questão do suicídio tem muito isso, as mídias... “Estou triste, levei um fora, estou angustiado, estou me sentindo um merda”, mas aí vai modulando na mídia como se isso já fosse uma doença e no final você se sente pior que as pessoas, você não tem uma promoção de saúde. Espaços de escuta na comunidade não existem, no qual as pessoas possam sentir vontade de se sentar e conversar. Os espaços de escuta são mediados por álcool, cigarro, droga.” (A7) Médico.

Silva (2019, p. 29) enfatiza a necessidade de cada setor (Educação e Saúde) conversar sobre o significado que cada um tem sobre os componentes da Promoção da Saúde (intersetorialidade, gestão participativa, empoderamento e participação comunitária, territorialização, descentralização das atividades e realização das ações locais), no caso específico do município do Rio de Janeiro, a Assistência Social compõe o tripé do PSE Carioca. Ainda no campo da Promoção da Saúde, o autor aborda a importância da escuta neste processo:

Na promoção da saúde, a escuta do outro é fundamental, pois é caminho para que todos participem ativamente de um programa único que atenda aos dois setores e, principalmente, aos direitos dos sujeitos neles envolvidos e comprometidos com a vida de qualidade (2019, p. 31).

Posvenção

As narrativas apontam necessidade da construção de grupos de posvenção, com entrevistados assinalando a importância de esses espaços serem pensados fora do território, por se tratar de temas que abarcam a dimensão familiar e que podem inibir a adesão dos

sobreviventes a estes espaços de acolhimento. Algumas dimensões são postas pelos entrevistados e merecem destaque, possibilitando compreender que a longitudinalidade é um dos atributos da Atenção Primária à Saúde, com Starfield (2002) assinalando que:

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde. (2002, p. 62).

As entrevistas corroboram com os relatos dos grupos focais e com a não identificação de espaços de posvenção na pesquisa documental, com narrativas que sublinham a fragilidade da rede de atenção psicossocial.

Eu acho que a gente acaba sendo essa rede. A gente acaba sendo essa equipe que tenta manter esse cuidado, um cuidado mais longitudinal. Mas a rede é um pouco frágil. Eu acho ela frágil. Acho que se a gente tivesse uma rede um pouco mais fortalecida, ou com mais psicólogos, com mais psiquiatras ou até de grupo, de abordagem em grupo também." (A1) Médica.

É muito difícil. Por isso que eu tento fazer os grupos, eu tento fazer a minha parte, o que eu posso. A gente não tem pernas pra tudo, mas o que eu posso fazer eu faço. Então, por exemplo, quando eu percebo que tem essas pessoas que não têm pra onde ir depois, difícil, você vai encaminhar para onde? A gente não tem muito para onde encaminhar, então eu procuro tentar fazer grupos de acolhimento, com arteterapia, rodas de conversa, um lugar onde eles possam se expressar, materializar os sentimentos, os afetos. Então eu faço os grupos aqui. (A5) Psicóloga.

Não vejo uma rede de cuidado... longitudinal. Pode ter um acolhimento logo após a morte. Tem o grupo de luto da unidade, que é recente, mas da mesma forma que a gente falou da outra vez, acho que falta ainda. Acho que ainda é pouco suporte para os que ficam ter que atravessar. Então acho que a psicoterapia, por exemplo, que é super importante para que a pessoa consiga lidar com o luto, dificilmente consegue porque seria ambulatorial, teria que referenciar. (A6) Dentista.

Para os sobreviventes não. O que ele pensa é: "ah, está tudo bem". Tá de alta? Liberou, vai pra casa, está tomando remédio, sobrevivente sobreviveu, acabou. Então aí que está o problema. Quando você não tem a capacidade de ter uma rede para dar continuidade. E hoje, muitas vezes não só acontece em saúde mental, como acontece com um simples aborto, a paciente foi estuprada, ou uma adolescente que tem uma gravidez que ela não deseja, você vai fazer aborto pela lei, depois você não tem um fluxo para acompanhar aquela paciente. E que a saúde emocional mais frágil, saúde mental mais frágil, numa gravidez não desejada. Seja por idade, seja por estupro ou seja porque simplesmente não quer. Que há rede há. Conseguiu o aborto, acabou o problema. Não. E a saúde mental dessa pessoa, dessa mulher, dessa adolescente? É uma saúde mental também, que é frágil. Porque tem dentro dela uma coisa que ela não desejou. Tiraram, pronto. Acabou? Não, não acabou. Ali que começa o problema. Ali que você não sabe como vai continuar essa história. Então a gente não tem uma rede articulada para a continuidade. A gente não tem uma rede articulada para sobrevivente. (B7) Médico.

Espaços de formação

Outro recorte importante é uma narrativa de uma trabalhadora que abarca duas dimensões deste estudo: estratégia para lidar com a temática e a necessidade de espaços de educação permanente para os trabalhadores da saúde, conforme anunciado em outros momentos e documentos deste estudo.

Eu vou me adaptando, né, porque a gente não tem uma capacitação pra isso. Não falando mal, mas é a realidade. Eu entrei pra trabalhar pra fazer cadastro e aí com o tempo você vai aprendendo que você precisa ter um jogo de cintura, você tem que ter argumento, você tem que aprender de tudo. Então assim, você vai aprendendo, aprendo um pouco com o médico, aprendo um pouco com a enfermeira, aprendo um pouco com a psicóloga. Esses matriciamentos, essas reuniões são muito importantes pra isso. Você vai captando palavras, você vai buscando conhecimento sobre certo assunto que teve naquele certo dia com aquela certa profissional. A gente teve matriciamento com psiquiatria... nossa, a mulher me deixou encantada! Então você vai aprendendo. Então a minha estratégia é: aprenda. Procure saber melhor pra você passar uma boa informação. Porque o usuário está em perigo quando ele sofre... ele está em sofrimento, ele está em perigo, então ele precisa que você tenha uma postura que tranquilize ele. Então se você não souber nem o que você tem pra falar com ele, então é melhor você não falar nada, ficar quieta. (B2) Agente Social.1.

Preciso aprender mais. Técnicas... Porque em determinadas circunstâncias, como eu mesma já falei aqui, eu não sabia o que falar para essa família, você entende? Eu tentei puxá-los para UBS, puxá-los pro atendimento... Mas teve momentos que eu não tive o que falar, o que eu ia falar pra essa família? Eu abracei... Mas eu me senti incapaz, naquele momento, de dar uma palavra de conforto. Porque o que eu podia falar? Eu abracei a família, demonstrei apoio, para o que eles precisarem eu estava aqui disponível pra ajudar. Mas eu sou limitada. E essa limitação que nos gera uma insatisfação por causa dessa falta de capacitação. Nesse momento que aconteceu essa situação, entende? Essa Tati, essa mocinha da minha área. Tem momentos que eu não sei o que vou dizer pra ela. Será que eu posso dar mais um passo, será que eu não posso. Por isso que eu acho de grande importância os profissionais serem capacitados. E às vezes eu me sinto limitada nas palavras. Como que eu devo proceder, será que eu posso? Será que eu não posso? Será que eu posso avançar mais um pouquinho? (B5) ACS2.

A maioria dos trabalhadores da saúde menciona que conhecem alguns mitos e verdades sobre as tentativas e mortes por suicídio, mas foi possível identificar que alguns trabalhadores ficam reticentes quando a tentativa do suicídio está atrelada à automutilação. Automutilação ainda é compreendida pela minoria dos trabalhadores como um ato para chamar atenção. O relato a seguir oportuniza ampliarmos os olhares sobre os mitos e verdades que atravessam a morte por suicídio.

Os mitos mais ou menos que eu consigo identificar, são aqueles que a pessoa fala que criança não atenta contra a vida, criança... Isso está errado. Pessoas que falam que quem vai se matar não faz a tentativa, que são frequentes. Ou que a pessoa que está em tratamento não vai acontecer nada, também está errado. Paciente estabilizado não vai tentar novamente. Quem fez uma vez não faz de novo. Homem não faz aquilo. São aquelas coisas mais frequentes que a gente escutou e que

realmente na prática a gente vê que não tem nada a ver com isso. (B7) Médico.

Tem vários mitos. Um deles é que a gente não pode tocar no assunto. É um tabu falar sobre suicídio, então muita gente evita falar. Alguns acham que é pra chamar a atenção que está fazendo isso. Com certeza isso está muito presente, a gente vê o tempo todo. “É besteira”, “se quisesse se matar se matava.” Existe um tabu muito forte ainda a respeito do suicídio. Tem muitas pessoas que acham que se a gente tocar no assunto a gente vai estar incentivando. (A5) Psicóloga.

Mas a gente sabe que falar só facilita. Facilita a pessoa expressar a dor dela. Eu acho que as pessoas têm muito medo de se sentirem culpadas. (A1) Médica.

Com a intencionalidade de delimitar a discussão sobre os mitos e verdades que cercam a morte por suicídio e percorrendo os relatos e as percepções dos trabalhadores da saúde que atuam diretamente com os indivíduos que se encontram em sofrimento psíquico, é importante trazer uma fala que; dentro do contexto, permite esse movimento de delimitação e ao mesmo tempo de ampliação acerca do fenômeno.

Não posso dizer que conheço. O que eu tento é fazer uma abordagem como médico dentro do contexto das possibilidades que a gente tem de acolhimento. Eu vejo como uma situação de extremo sofrimento porque eu vejo assim, que a palavra câncer, “o senhor está com câncer”, é um peso muito grande. E suicídio tem esse peso se a gente for pensar. Talvez essa coisa do mito tira possibilidades. Câncer é uma coisa que não tem possibilidades. Quando você fala: “é um tumor que provavelmente tem tratamento, cura, quimioterapia, seja lá o que for, não é maligno”, é uma coisa, mas se você usa a palavra câncer tem um impacto negativo muito grande no paciente e na família. E suicídio eu vejo que tem isso também, “o suicida”, “o suicídio”. Quando eu comecei a trabalhar com a questão da autoagressão, da autoviolência, já vai desmistificando um pouco na abordagem dos profissionais. (A7) Médico.

Um aspecto que chama atenção ao ouvir as histórias é constatar que a maioria dos trabalhadores da saúde já se aproximou da morte por suicídio no internato, na universidade, com pessoas próximas (afetos, familiares) e nas unidades básicas de saúde. Narrativas que trazem as lembranças e os motivos: desilusão amorosa, briga entre o casal, separação, perda de um filho, desemprego, e a sexualidade.

Foi um colega na turma. A gente estava no quarto ano, quarto semestre da formação. Foi mesmo por uma questão... Hoje a gente pode falar que foi por uma questão mesmo de aceitação social. Acho que há muitos anos atrás a gente tinha muito mais preconceito do que a gente tem hoje. E quando a pessoa é do interior é muito mais complicado. Então nossa faculdade tinha pessoas de todas as partes do país. Era um menino que era muito do interior. Então ele chegou na capital e viu como era a vida na capital, que é sempre muito mais aberta e ele se abriu daquele jeito, daquela maneira que a alma dele precisava. E três, quatro meses depois que ele já decidiu ter aquela liberdade de sentimento, de expressão, ele voltou à cidade dele e, de repente, teve algum conflito lá, questões familiares, questões sociais mesmo do bairro onde ele morava, cidade bem do interior, que tem muito mais questões religiosas. E a gente sempre lembra que ele voltou muito apagado, muito apagado emocionalmente, todo o tempo fechadinho, chorava. E em uma festa que a gente teve da turma, parece que ele bebeu mais um pouquinho, e ali desabafou, foi para a praia, pegou uma

pedra, segurou (?) nos pés, se jogou junto (?). A gente só soube acho que foram meses depois, que apareceu... (B7) Médico.

Posto isso, entende-se a necessidade de investimento institucional em processos de educação permanente sobre a temática, e a construção de espaços de posvenção no território.

A maioria dos entrevistados aponta a ausência de espaços de educação permanente. Os participantes assinalam que a discussão sobre a morte por suicídio é abordada na residência por meio de estudos de caso que abordam as formas de violência direta e indireta. Apontam o ciclo de debates como um retorno de algumas discussões, com caráter verticalizado de informações, com pouco espaço para discussão; e outros entrevistados fazem cursos por conta própria, fora da rede municipal.

Os achados da pesquisa documental corroboram com as falas dos entrevistados, com destaque para o item cinco que foi discutido no Fórum de Saúde Mental, realizado no dia 14 de dezembro de 2021: Investimento em Educação Permanente para os profissionais da APS para qualificação do manejo do cuidado nos momentos de crise ou surto psicótico e acolhimento em saúde nos casos complexos de usuários com transtorno mental grave e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Não existe um espaço institucional para acontecer a educação permanente. O máximo que acontece aqui é a educação continuada que é mais verticalizada, fragmentada e atende mais a demanda do sistema. Covid... Variola... Hipertensão... Tuberculose... Que é o modelo, como se chama? De reforço da doença, ideológico da doença, então por mais que você esteja bem ele reforça o pensamento da doença, a configuração ideológica de pensamento do que você deve pensar para cuidar das pessoas. É por isso que quando as pessoas não se encaixam elas são excluídas. O espaço para a educação permanente acontece no cotidiano, como eu sou da universidade, com os professores, nos encontros... (A7) Médico.

7.4 DISCUSSÃO

O verbo analisar também significar esquadrihar, examinar, dissecar o material apresentado. Ao se comparar uma unidade com a outra, tem-se como objetivo seguir as proposições de Yin (2010), dentre elas, a compreensão dos fenômenos individuais e grupais que abarcam o fenômeno estudado, a atuação dos trabalhadores da saúde frente ao suicídio das juventudes. Entende-se que a comparação que aqui se propõe, se desenha como um ponto de complementaridade entre os achados dos grupos focais.

Ainda sobre a trajetória de análise que abarca a discussão final do presente estudo, foi imprescindível recorrer, em muitos momentos, a Minayo & Guerreiro (2014) sobre a

necessidade contínua de se estranhar o que parece ser conhecido no sentido de não afetar as percepções na análise e na produção dos resultados.

Posto isto, é importante assinalar que, em muitos momentos, os entendimentos se tornaram complementares, principalmente quando a discussão envolveu os processos de trabalho e a reconstrução do cuidado, tanto nos grupos focais, como nas entrevistas individuais. Tal entendimento poderá ser observado mais adiante, quando serão expostas as possibilidades e impossibilidades de atuação profissional. Antes, é necessário expor o motivo da adoção do termo *trabalhadores da saúde* no decorrer desta pesquisa.

Trabalhadores da saúde foi o enfoque adotado neste trabalho, compreendendo a necessidade de incluir as categorias profissionais que atuam direta ou indiretamente frente à temática do suicídio nas juventudes nas unidades básicas de saúde. O porteiro, por exemplo, pode não ter uma formação em uma área da saúde, mas é o profissional que trabalha na unidade, assim como outros profissionais. Tal compreensão desta perspectiva é entendida por Tavares (1998) ao ressaltar que:

Existem determinadas formas de considerar os profissionais empregados no setor saúde em nível teórico-conceitual, como, por exemplo, força de trabalho; recurso humano; emprego em saúde; trabalhadores da saúde; profissional de saúde e a de pessoal de saúde (NOGUEIRA, 1987; MACHADO *et al.*, 1992) (TAVARES, 1998, p. 93).

Portanto, é compreendido que a primeira característica que merece ser destacada é o nível de formação profissional de cada grupo focal. Os participantes do grupo focal da Unidade A foi composta por trabalhadores de saúde com nível universitário e da Unidade B por trabalhadores da saúde, em sua maioria, com nível médio.

Uma indagação se presentifica ao final desta constatação: *Será que o nível de formação dos trabalhadores da saúde influencia suas percepções no campo de atuação profissional?* Pergunta geradora para estudos posteriores, mas é imprescindível apontar que as problematizações sobre os processos de trabalho, a identificação de estratégias e os limites de suas atuações profissionais se firmaram com maior amplitude no grupo focal da Unidade A.

Outro aspecto que merece atenção é que a Unidade A conta com o Programa de Residência de Medicina Família e Comunidade (RMFC da UERJ) e com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o que pode oportunizar que esse trabalhador da saúde esteja mais atento às novas proposições e conceitos que conformam a saúde na contemporaneidade e no seu território de atuação profissional; a capacidade desse trabalhador da saúde estabelecer diálogo com outros saberes, com outras políticas; respeitar à diversidade

de saberes e de culturas; e para tanto; compreende-se a relevância de políticas públicas afirmativas, que orientem, sensibilizem, oportunizem espaços para o seu aprendizado e aperfeiçoamento de sua literacia em saúde.

Ao refletir sobre este entendimento surge outra indagação: *Será que toda essa discussão, todo esse diálogo sobre o processo de trabalho também pode acontecer na Unidade B?*

A partir dos relatos dos trabalhadores da saúde nos grupos focais, nos achados da pesquisa documental e nas entrevistas é entendida a urgência que esse diálogo, que essas discussões se façam presentes, principalmente nos espaços de educação permanente, e que este caminhe institucionalmente, através de políticas públicas, oportunizando o acesso desses diálogos aos trabalhadores da saúde do município do Rio de Janeiro.

Outras dimensões que requerem atenção se dão a partir do entendimento dos cenários que se apresentam na pesquisa para além das unidades básicas de saúde, como a escola e os outros equipamentos intersetoriais; o tema e a idade (suicídio nas juventudes), o núcleo familiar em seu contexto, entendido pelos participantes dos grupos focais e dos entrevistados como um dos motivos do sofrimento psíquico dos jovens. Entendido isto, foi necessário recorrer à literatura que aponta a importância da família “nos processos de socialização e subjetivação dos indivíduos e de difusão de práticas culturalmente compartilhadas ou rotinas domésticas” Leny A. Bomfim (2010, p. 44).

Algumas dimensões foram discutidas em Resultados e Discussão dos grupos focais e das entrevistas individuais, sendo necessário apontá-las antes da discussão final:

- ✓ as percepções dos trabalhadores da saúde em relação aos motivos que levam às juventudes ao suicídio em aproximação com os autores que abarcam essa questão;
- ✓ o sofrimento psíquico que atravessa as juventudes;
- ✓ a adolescência como um período conturbado;
- ✓ o jovem invisibilizado em suas questões emocionais e sociais;
- ✓ a emancipação, a tutela e a regulação; e outras influências entre as redes sociais, e a forma de aprender;
- ✓ a estrutura do serviço x o contexto x as necessidades de saúde;
- ✓ as questões ligadas à sexualidade como um dos motivos levam às juventudes a tentativas e morte por suicídio;
- ✓ a complexidade multidimensional do núcleo familiar;
- ✓ a dimensão da violência e a necessidade de atuação interdisciplinar;
- ✓ a necessidade de extrapolar os muros da unidade de saúde para chegar a outros espaços de atuação em saúde;
- ✓ a escola e suas múltiplas dimensões, mas que se configura um espaço identificado privilegiado para ações de promoção da saúde;
- ✓ a urgência de espaços de educação permanente;
- ✓ a emergência da construção de espaços de posvenção;
- ✓ as potencialidades e os desafios do campo intersetorial;
- ✓ a defesa da causa da saúde;
- ✓ a construção da intersetorialidade, da interdisciplinaridade e

- interprofissionalidade, considerando o contexto social como determinante de saúde;
- ✓ a fragilidade da rede de atenção psicossocial;
 - ✓ a possibilidade de compreender a Promoção da Saúde como estratégia de articulação entre a saúde do sujeito e as políticas públicas;
 - ✓ a reconstrução de espaços de conversa com as juventudes e com as famílias;
 - ✓ a precariedade que atravessa os processos de trabalho em saúde;

Ao compreender que o estudo abarca múltiplas dimensões, foi necessário separá-las para que fosse possível atender ao que está posto no objetivo principal e nos objetivos específicos desta pesquisa; sendo assim, a divisão foi organizada a partir dos seguintes tópicos na discussão final: Suicídio nas juventudes — Núcleo familiar — Sofrimento psíquico — Processo de trabalho e a reconstrução do cuidado — Possibilidades e impossibilidades de atuação profissional — Escola — Posvenção — Espaços de formação.

7.4.1 Suicídio nas juventudes

Bouchard (2006), Le Breton (2018), a OMS (2006), Bressan (2011) e diversos autores apontam os motivos que levam os jovens a morrerem por suicídio, com discussões que percorrem sobre a impulsividade nesta fase da existência, as vulnerabilidades, a dinâmica familiar, e tantos outros porquês que atravessam os jovens na contemporaneidade.

As causas relatadas por ambas as unidades, reiteradas pelos relatos individuais, estão próximas da literatura deste estudo quando se apresentam os propósitos do suicídio nas juventudes. Vemos essa semelhança quando Aberastury e Knobel (1981) sinalizam que a adolescência é uma fase de desequilíbrios e instabilidades extremas. Já Le Breton (2018) marca que pais e responsáveis são pouco receptivos e distantes das questões que atravessam os adolescentes; com os jovens que são acometidos por maus-tratos, violências, situações extremas de vulnerabilidades, rigidez e indiferenças. Bouchard (2006) aponta alterações corporais, o momento da definição da identidade sexual, e a importância de implicar a família no cuidado.

Ainda nesta discussão sobre as explicações que levam as juventudes ao suicídio é imperativo pontuar que tanto Marx quanto Peuchet (2006) apontam o adoecimento da sociedade moderna; Le Breton (2018) discutindo a subjetividade contemporânea em uma sociedade precária, competitiva e o próprio autor e Durkheim (2019) discorrendo sobre quais seriam os laços sociais que unem as pessoas, a importância de se discutir e estudar sobre a quebra de vínculos, o significado e o valor da existência, a importância de se sentir ligado aos outros e Le Breton (2018) sinaliza a ausência de recursos interiores para atravessar todas essas questões que estão postas cotidianamente.

7.4.2 Núcleo familiar

Sobre a percepção do núcleo familiar desses jovens, as duas unidades e seus entrevistados pontuam a complexidade do tema, com a maioria dos participantes da Unidade A referindo-se a essas famílias como “família desestruturada” e “famílias disfuncionais”; e a Unidade B apontando o núcleo familiar como “culpabilizante” do sofrimento psíquico do jovem.

É indispensável trazer para esta discussão o relato de uma das participantes da Unidade A ao mencionar que essas famílias também sofrem violências; e ao mesmo tempo refletir sobre a possibilidade de apropriação dos pressupostos que definem a Literacia em Saúde, com Tavares *et al.* (2018) apontando a possibilidade de oportunizar novos modos de andar na vida, principalmente quando se aborda a temática da morte por suicídio.

Ainda dentro deste contexto, é imperativo discorrer sobre os *Desafios e limites de estratégias de Promoção da Saúde dirigidos à família*, conforme aponta Maria Ligia Rangel (2010) ao retomar a definição da Promoção da Saúde a partir da Carta de Ottawa. Tal definição se aproxima das discussões deste estudo ao compreender a Promoção da Saúde como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.” (2010, p. 160).

Outro aspecto apontado pela autora se dá pela necessidade de se ter “cautela quanto à noção de ‘autonomia dos sujeitos’, que pode funcionar como um discurso ideológico a dar suporte a estratégias do Estado de repassar sua responsabilidade para os sujeitos e coletivos.” (2010, p. 163).

Rangel (2010) anuncia a importância sobre o entendimento do que é a família, parecendo não existir um consenso entre os autores mediante a complexidade e transformações; e suas políticas de saúde na contemporaneidade. Ao discorrer sobre as proposições de diversos autores, a autora anuncia a necessidade do uso do termo *famílias*, no plural, entendendo sua multiplicidade. A família compreendida a partir de um lugar, de um cenário, como um espaço de garantir a proteção e a sobrevivência, um espaço da sociabilidade e da construção da identidade.

O que parece ser uma boa definição de família nesse contexto de complexidades é colocado por Serapioni (2005): um espaço de intercâmbio simbólico entre gênero e gerações; de mediação entre natureza e cultura; de mediação entre a esfera pública e privada, podendo ser entendida seja como relação intersubjetiva, seja como instituição. Trata-se de ver a família para além de uma unidade de residência em diferentes pontos do tempo, mas como uma estrutura relacional que envolve seus membros, amigos e vizinhos. (2010, p. 167).

Vaistman (2010) aponta uma pluralidade de formas e dinâmicas familiares na contemporaneidade:

A família nem sempre corresponde à unidade doméstica, incluindo redes de vizinhança e parentesco às quais o profissional nem sempre tem acesso. Uma pluralidade de formas, relações e configurações empíricas que transbordam o núcleo doméstico, mas exercem funções na reprodução social das famílias. (2010, p. 15).

Ao dimensionar as proposições sobre o núcleo familiar, é importante mencionar o recorte de Maria Salette Bessa Jorge e Antonio Germane Alves Pinto (2010) ao discorrerem sobre o adoecimento mental e a família. Antes de refletir sobre o posicionamento dos autores sobre esse recorte, é importante contextualizar que os termos *adoecimento mental* e *transtorno mental* são compreendidos, no presente estudo, como sofrimento psíquico. Tal entendimento será discutido no próximo tópico, sendo importante destacar que os autores mencionam o termo adotado neste trabalho (sofrimento psíquico) no final da citação a seguir. Os autores, assim como Bouchard (2006), debatem sobre a importância da implicação e do apoio familiar no projeto terapêutico assistencial em saúde mental, apontando ser considerável compreender como cada sujeito entende o sofrimento psíquico.

As possibilidades de enfrentamento do problema estão condicionadas também pelos significados encontrados por todos os indivíduos envolvidos em suas percepções conceituais e descritivas do que venha ser a doença mental e a relação que o sujeito tem com ela, bem como o mundo que o rodeia. A dimensão subjetiva de cada elemento familiar proporciona os limites e possibilidades terapêuticas, pois o nível de entendimento e envolvimento com o processo de adoecimento, muitas vezes, não está claro para todos os familiares, e a tensão resultante desta desarmonia pode acarretar uma fragilidade nas ações necessárias à adaptação psicossocial do ser em sofrimento. (2010, p. 335).

7.4.3 Sofrimento psíquico

Uma dimensão que também merece destaque é o entendimento conceitual e categorizante, por vezes determinista, em relação ao termo “transtorno mental” para aqueles que pensam, tentam ou efetivam o suicídio. Para tanto, mesmo citando autores que abordam essa temática por essa perspectiva, compreende-se a necessidade de ampliação desse conceito para dimensionar, a partir das proposições de Paulo Amarante (2017) e Ana Maria Lopes Calvo de Feijoo (2021), um sentido outro para esse fenômeno, sentido este que mais se aproxima da discussão que pretendo empreender neste estudo.

Antes de fazermos uma discussão em torno do conceito de “transtorno mental”, é relevante fazer uma digressão e discorrer um pouco sobre o tema da medicalização da vida. A

esse respeito, Paulo Amarante & Fernando Freitas (2017) discutem que na medicalização da existência humana a angústia pode ser diagnosticada como um transtorno de ansiedade e o discurso biomédico e suas práticas organizam as vidas e medicalizam experiências comuns. Além disso, discorrem que “tudo pode ser patologizado, na medida em que não nos faltam motivos para o sofrimento.” (AMARANTE & FREITAS, 2017, p. 13).

Outra dimensão que merece atenção é a medicalização compreendida como um fenômeno polissêmico, com práticas discursivas que atravessam diversos cenários e atores que alimentam o processo de medicalização, destacando a indústria farmacêutica, tecnologias de saúde, planos de saúde, escritórios de advocacia e grupos organizados de pacientes e familiares.

Ao problematizar a medicalização do sofrimento psíquico, Amarante e Freitas (2017, p. 18) expõem a aliança entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica a partir da década de 50, com o entendimento de que *problemas mentais* (grifo dos autores) podem e devem ser curados por drogas em uma sociedade que acredita que os psicofármacos são *pílulas milagrosas* (grifo dos autores) que solucionam os problemas psíquicos.

7.4.4 Processo de trabalho e a reconstrução do cuidado

Onocko (2005) aponta um entendimento sobre o trabalho em saúde que se aproxima das discussões desta pesquisa, ao reconhecer que a natureza do trabalho (lidar com a dor e a morte) coloca-nos em contato constante com a fragilidade própria do ser humano.

Compreendo tal fragilidade, há de se caminhar com mais proximidade das proposições de Ayres (2004, p. 8) em *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*, que recorre à ontologia existencial do filósofo Martin Heidegger para discutir o cuidado, apontando “a dimensão dialógica do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro.” Esta dimensão se aproxima da narrativa da entrevistada (A1) Médica, ao relatar que as pessoas não estão se vendo, que o atendimento é o espaço de visibilidade do outro, do seu sofrimento; um espaço seguro, um espaço onde o outro pode ser reconhecer como um indivíduo.

Além do acolhimento, Ayres (2004) aponta que a responsabilidade e a construção de identidades ao se discutir o cuidado, mas sobre o primeiro, o autor assinala que:

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano em que se

localiza aqui a discussão. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos. (2004, p. 9).

Ainda sobre o exercício de delimitar o cuidado e a interação nas práticas de saúde, o presente estudo se ancora nas proposições de Cecílio (2009) ao apresentar a dimensão do cuidado através do conto *A morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói; em Estellita-Lins (2008) entendendo o cuidado no encontro entre os sujeitos se dá no aqui e agora; em (AZEVEDO, SÁ, MIRANDA, GRABOIS, 2018) ao pontuarem a complexidade e a multidimensionalidade do cuidado em saúde; percorrendo com Paulo Amarante e Franco Basaglia, ao dimensionarem que a Clínica do sujeito deve assentar-se no sujeito e com Ayres (2004), que apresenta alguns enunciados que se aproxima das considerações postas nesta pesquisa:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber? (2004, p. 37).

Telma Elisa Carraro e Marília de Fátima Vieira de Oliveira (2010, p. 2) apontam uma dimensão do cuidado quando discorrem sobre o imediatismo da vida moderna e que “fenômenos em saúde revelam a capacidade de abrangência das experiências humanas, o que de fato dá sentido à nossa vivência.” As autoras dimensionam o cuidado compreendendo-o

enquanto ato, está presente todos os dias quando realizamos procedimentos, quando cumprimos tarefas, quando realizamos diagnósticos, quando manipulamos um equipamento ou quando administramos um medicamento, mas é este mesmo cuidado que precisa ser reconhecido na perspectiva ontológica de sua existência. (2010, p. 2).

Ao se discutir sobre o lugar da psicologia nos serviços de saúde, em que muitos trabalhadores da saúde e usuários entendem que o psicólogo seria capaz de “resolver tudo” (*grifo do pesquisador*), é necessário recorrer às proposições de Paulo Amarante e Antonio

Lancetti (2006), que discorrem que a saúde mental e a saúde coletiva são campos que pertencem a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde.

Os Cadernos de Atenção Básica, n. 34 (2013) do Ministério da Saúde dispõem de orientações que relacionam a Atenção Básica e a Saúde Mental ao relatarem que, independente de suas formações específicas, os profissionais que compõem as equipes de saúde podem incorporar e aprimorar competências de cuidado em saúde mental, considerando a subjetividade e a singularidade do usuário no seu processo de cuidado integral à saúde. Compreendendo que, na maioria das vezes, o primeiro acesso das pessoas ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre através da Atenção Básica e, também, que muitos profissionais já realizam ações de saúde mental, mas que nem sempre essas ações são entendidas como tal.

As diretrizes propostas para área da saúde nos últimos anos no plano mundial convocam os profissionais da saúde na intervenção dos processos de reabilitação dos usuários em suas formas de adoecimento. Entende-se, também nesta perspectiva, que o bairro, o território, a comunidade são considerados espaços privilegiados para lidar com as dores, as violências e as angústias das pessoas em grave sofrimento psíquico.

7.4.5 Possibilidades e impossibilidades de atuação profissional

A atuação frente à temática do suicídio nas juventudes pela perspectiva da Promoção da Saúde é o objeto de investigação deste estudo. Para tanto, é imprescindível pontuar as possibilidades e impossibilidades de atuação profissional da Unidade A, começando pelo reconhecimento das impossibilidades que podem se tornar possibilidades:

- ✓ A necessidade de cursos de capacitação para lidar com a temática.
- ✓ A discussão sobre os protocolos x as singularidades dos casos.
- ✓ As demandas ocultas que vão sendo analisadas e identificadas durante os atendimentos pelos trabalhadores.
- ✓ A sobrecarga que o trabalhador da saúde também coloca nele mesmo mediante as histórias.
- ✓ Os jovens não procuram atendimento nas unidades por conta própria, sempre estão acompanhadas de um adulto.
- ✓ A relação entre o que é aprendido no ambiente acadêmico/universitário e sua distância entre o que acontece no cotidiano, destacando divergências entre o saber e a prática.
- ✓ A falta de rede para manejar os atendimentos.
- ✓ A necessidade que os jovens sejam colocados em primeiro plano.

Possibilidades de atuação identificadas pelos trabalhadores da saúde:

- ✓ A necessidade de atuação no território.
- ✓ Sensibilizar-se conforme os atendimentos chegam à unidade.

- ✓ Escuta sensível.
- ✓ A importância de compreender a diferença entre cada história em particular.
- ✓ A palavra “acolher” no campo de atuação.
- ✓ A atuação profissional extrapolando os muros da unidade, articulando o cuidado e acolhimento em outros espaços, intersetorialmente.
- ✓ Atuação deve ser feita antes de chegar a esse nível de sofrimento.
- ✓ Conscientização da temática nas reuniões de equipe.
- ✓ Informações passadas de jovens para jovens.
- ✓ Formato da divulgação das informações (adequar às juventudes).

A Unidade B reconhece como impossibilidades:

- ✓ O sofrimento psíquico e a espera para ser acolhido pelo Sistema Nacional de Regulação.
- ✓ Exaustão dos trabalhadores de saúde.
- ✓ Questões burocráticas que atravessam as práticas, questões de infraestrutura, questões administrativas, internet instável.
- ✓ Pressão assistencial.
- ✓ Aumentos de casos de saúde mental na pandemia.

Possibilidades de atuação profissional:

- ✓ Atualmente os casos de saúde mental são acolhidos na unidade, discutidos nas reuniões.

A partir da identificação das possibilidades e das impossibilidades, é possível compreender os desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde ao refletir sobre a possibilidade de construir novos modos de cuidado, conforme preconizado pela Promoção da Saúde (INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978).

Na discussão sobre as estratégias para lidar com a morte por suicídio nos territórios de atuação e a promoção da saúde, a Unidade B pontua que as ações acerca do tema só acontecem no Setembro Amarelo, expondo o desamparo das equipes ao se discutir o suicídio, com construções, em alguns momentos, com a rede da área programática, sobretudo em situações denominadas como crise. As estratégias da Unidade A serão expostas em tópicos para que se observe que os caminhos identificados pelas unidades são complementares.

Unidade A

- ✓ A importância de o próprio trabalhador da saúde estar em acompanhamento através de uma psicoterapia individual para lidar com o tema.
- ✓ Discussão e compartilhamento dos casos entre as equipes.
- ✓ A conversa na consulta, dando voz ao paciente.
- ✓ CPRJ com a única referência para casos graves
- ✓ Fragilidades
- ✓ Rede de Atenção Psicossocial sem CAPS, CAPSi, CAPS AD III.
- ✓ O NASF não foi ampliado no território.
- ✓ A complexidade que envolve os aspectos políticos.
- ✓ Falta de investimento em atenção continuada para os profissionais de saúde.
- ✓ Falta de médicos psiquiatras na unidade e na rede.

- ✓ Relação intersetorial.

Rabello (2018, p. 13) destaca algumas falhas na implantação da promoção da saúde que merece atenção e implicação, principalmente dos gestores e dos governantes:

- Defende-se a participação social, mas segue com políticas públicas definidas exclusivamente pelos níveis oficiais;
- Advoga-se a revisão do modelo de atenção e continua-se respondendo a uma demanda curativa-individual;
- Aceitam-se os determinantes de saúde, mas não os articulam em forma intersetorial para implementação de políticas saudáveis;
- A promoção é desenvolvida com grande limitação de recursos e não se incorpora o seguimento epidemiológico com indicadores adequados;
- A formação profissional ainda parece não priorizar suficientemente uma atuação orientada à promoção da saúde.

Ainda é necessário citar a compreensão de Rabello (2010, p. 66) ao expor que

o desafio central para os profissionais da saúde é articular e agir sob uma ampla definição de saúde pública que incorpore uma abordagem multidisciplinar e intersetorial para as causas fundamentais de morte prematura e incapacidades.

Outro aspecto importante sinalizado pelas participantes da Unidade A é a necessidade de incorporar as questões sociais e propor a interdisciplinaridade no cotidiano do trabalho, sendo necessário relacionar-se diretamente com a sociedade e o Estado, conforme preconiza (RABELLO, 2010).

Diversos autores mencionados nesse estudo, dentre eles (MELO *et al.*, 2016), se debruçam sobre a intersetorialidade, discutindo sobre a necessidade de caminhos ético-políticos que apostem em percursos que valorizem a existência humana, com a produção de novos sentidos, novos modos de saberes, fazeres, com outras relações de poder.

Ainda é necessário retomar a Declaração de Santafé de Bogotá (1992) ao publicizar a violência como uma das causas de problemas psicossociais, tornando-se problemas de saúde pública.

Ao abordar a percepção dos trabalhadores das unidades sobre recursos para saúde disponíveis no território para fazer frente ao suicídio nas juventudes, é relatada a escassez de recursos pelos participantes da Unidade B e ao mesmo tempo reconhecem o CPRJ como um equipamento de saúde, atravessados por várias limitações em relação aos atendimentos e encaminhamentos. Já a Unidade A aponta a necessidade de equipes de saúde multidisciplinares que atuem a temática também nos espaços escolares.

7.4.6 Escola

Os casos de tentativas de suicídio e mortes por suicídio nas juventudes chegam à Unidade A por intermédio da escola e da demanda espontânea. Na Unidade B os casos chegam por meio das visitas domiciliares, pela igreja, às vezes por um familiar, pelos vizinhos, pelas notificações e, principalmente, pela escola.

A escola, como mencionado por Tavares (2002), é considerada um dos espaços mais importantes para a Promoção da Saúde e os próprios participantes do grupo focal da Unidade A mencionaram a importância de saírem da unidade para irem ao encontro dos jovens no ambiente escolar.

Bressan (2011) também corrobora com Tavares (2002) quando marca que a escola é um espaço propício para desenvolver as ações de Promoção da Saúde, mas configura-se um espaço dialético, um espaço de transformações, onde se discute a cidadania e ao mesmo tempo é um espaço discriminatório e excludente, com temáticas que atravessam este espaço: o mundo do trabalho, definição de identidades, sexualidade, lazer, cultura e participação social.

7.4.7 Posvenção

Os participantes das duas unidades de saúde não identificam espaços de posvenção ou uma rede de cuidados para os sobreviventes, para as pessoas que ficam depois da morte por suicídio. Relatam que as portas da unidade de saúde estão sempre abertas para os sobreviventes, contudo, a Unidade A salienta que esses espaços de posvenção deveriam transpor os setores da saúde e educação, por se tratar de uma necessidade de ampliação do cuidado, ancorados pelo tratamento ambulatorial com uma equipe multidisciplinar voltada especificamente para estas demandas.

Por meio deste relato é necessário recorrer ao discurso de Feijoo (2021), que assinala a importância de discutir a experiência do luto para além do olhar patologizante; e Fontenelle (2008) apontando os sintomas mais comuns que atravessam os sobreviventes (os familiares, os afetos, os colegas da escola, o próprio espaço escolar).

Discutir espaços de posvenção se configura uma oportunidade singular de se aproximar dos princípios que conformam a Promoção da Saúde, com o recorte na reorientação do cuidado, compreendendo a Promoção da Saúde a partir do indicativo de Salazar (2009) que menciona a urgência e a obrigatoriedade desta política pública de saúde mundial estar no contexto das decisões políticas; caminhando um pouco mais, se faz

necessário recorrer também ao que Rabello (2010) discorre sobre a necessidade de compreender a Promoção da Saúde como um processo de construção e desconstrução.

Posto isto, é entendido a necessidade de criação de espaços de posvenção institucionais para que as pessoas possam elaborar seus lutos; para que possam encontrar um espaço onde suas dores e sofrimentos possam ser escutados, se assim elas escolherem; para que possam ter acesso a novos modos de cuidado, conforme anunciam Tavares *et al.* (2018), compreendendo que a produção de saúde também se dá a partir de si e no encontro com os outros.

Dentro desse cenário para se pensar o cuidado, Amarante e Lancetti (2006) relatam que na Estratégia de Saúde da Família (ESF), profissionais e usuários se encontram, conhecem suas histórias, seus sofrimentos, seus avanços, permitindo a construção do cuidado pela perspectiva longitudinal.

Os autores ainda enfatizam o campo relacional entre o usuário e o profissional de saúde, a importância da capacitação e apoio aos profissionais de saúde mental, o desenvolvimento de ações coletivas, iniciativas culturais e educativas, participação e protagonismo político, pontuando que o médico da família e o agente comunitário de saúde, em muitos momentos, têm poder vinculador muito maior que um psiquiatra ou um psicólogo.

7.4.8 Espaços de formação

Em *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*, María Cristina Davini (2002) aponta algumas questões relacionadas à capacitação e educação permanente; questões que podem ser compreendidas como direcionamentos para se pensar e efetivar a construção de espaços de educação permanente, a partir da análise dos documentos, dos grupos focais e dos relatos dos trabalhadores da saúde nas entrevistas individuais. Posto isto, Davini (2002) argumenta que nem toda capacitação implica um processo de educação permanente, esta entendida como uma estratégia sistemática e global, podendo abranger em seu processo distintas ações específicas de capacitação, mas não o inverso; e que todo processo de educação permanente requer ser pensado, desenhado e operado a partir de uma análise estratégica, atendo-se à cultura institucional dos serviços de saúde.

Ao se perguntar sobre a formação para construção de estratégias de intervenção e promoção da saúde, as unidades apontam caminhos diferentes. A Unidade A identifica que essa formação aconteceu apenas na residência e a Unidade B relata a leitura dos protocolos e

o retorno dos ciclos de debates. Uma trabalhadora da saúde pontua que as formações deveriam ocorrer em cada unidade de saúde.

Entende-se que essa colocação se configura um aspecto relevante para que os gestores reflitam sobre essa dimensão, mediante as complexidades e singularidades dos territórios, pois segundo esta participante, a retirada os trabalhadores de seus postos de trabalho, sem profissionais para ficarem no lugar, impacta diretamente na rotina dos atendimentos e na assistência aos usuários.

Diante deste relato, é preponderante mencionar Ribeiro (2011) quando discute as singularidades dos territórios e a potência de criação das pessoas para lidar com as adversidades. É necessário também recorrer ao apontamento de Kickbusch (2021) sobre a 10ª Conferência Global de Promoção da Saúde: a necessidade de reforçar o trabalho com territórios e suas comunidades na produção de soluções, assim como relatam trabalhadores da saúde, ao refletirem sobre a necessidade de acessar as juventudes se dirigindo até os espaços escolares.

A Unidade A menciona que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) talvez conversem mais sobre os mitos da morte por suicídio com alguns profissionais, desconhecendo os mitos e verdades que cercam o fenômeno, necessitando de uma discussão técnica.

Na Unidade B, a maioria desconhece os mitos e verdades. Além disso, uma participante comentou que uma jovem, segundo sua percepção, se cortou para chamar a atenção dos familiares. Mediante os relatos dos trabalhadores, entende-se a necessidade de espaços de educação permanente sobre o tema que atravessa este estudo, compreendendo que essa proposta pode oportunizar, conforme trata Tavares (2018) sobre literacia em saúde, um modo dos trabalhadores da saúde compreender sua prática com maior proximidade dos pressupostos da Promoção da Saúde.

Os trabalhadores da saúde relatam a existência de protocolos que orientam o cuidado e o manejo nos casos de tentativas e mortes por suicídio, mas refletem que os protocolos não dão conta da complexidade do fenômeno, porque cada caso é um caso, sendo necessária a construção de um processo permanente de educação, conforme assinalado pelos participantes dos dois grupos focais.

Ao refletirem sobre o momento atual da saúde pública e a importância de lutar pela existência e manutenção dos espaços de formação em saúde, autores reiteram que “os profissionais elaborem atividades mais relacionadas aos coletivos de indivíduos e ao ambiente em várias de suas dimensões, o que implica enfrentamento dos determinantes sociais de

saúde, ação intersetorial e políticas públicas que produzam saúde.” (TAVARES, 2008; TAVARES *et al.*, 2010, p. 116).

Diante de tantos argumentos que corroboram a necessidade de construção de espaços de educação permanente para os trabalhadores da saúde, é importante refletir sobre as proposições de Vaitsman (2010) ao se discutir famílias em diferentes contextos e situações:

Como levar o profissional da ponta a reconhecer certos fenômenos que nem mesmo teorias em diferentes campos disciplinares conseguem explicar suficientemente? Certamente não é simples modos de ação e construir metodologias de intervenção sobre fenômenos que dependem de conhecimentos multidisciplinares. Mas, por isso mesmo, se há limites em relação ao que se pode esperar dos profissionais que implementam a política, esta ordem de problemas não deveria estar fora da pauta dos projetos de formação e capacitação nas várias áreas da atuação com famílias. (2010, p. 16).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um professor, durante a exposição do presente estudo, antes do projeto ser qualificado, fez a seguinte provocação: *Afinal o que é o suicídio?* Indagação que atravessa milhares e milhares de anos, com filósofos e estudiosos se debruçando sobre a temática conforme apontado na introdução. A provocação não será respondida nesse estudo, sendo a atuação dos trabalhadores da saúde acerca do fenômeno, o seu principal objeto.

A partir do desafio dessa pergunta, outra indagação se fez presente: *De qual lugar este estudo fala sobre o suicídio?*

Ao refletir sobre a resposta, o primeiro entendimento que se tem é que o estudo fala dos lugares. Lugares para que o trabalhador da saúde dimensione este fenômeno; reflita sobre a precariedade anunciada nos resultados e sobre o seu processo de trabalho; reflita sobre as possibilidades de reconstrução do cuidado em saúde; que lute pela existência de espaços de educação permanente para que discutam sobre as dimensões abordadas na pesquisa documental, nos grupos focais e nas entrevistas individuais e que apostem em caminhos propositivos na abordagem sobre o suicídio nas juventudes, apostando na construção de redes enquanto o indivíduo escolher existir, pois segundo Feijoo (2020, p. 101), “pensar em viver ou pensar em morrer são possibilidades da existência.”

O estudo segue a direção sobre o cuidado a partir das proposições dos autores que foram referenciados nessa escrita, principalmente quando estes apontam caminhos e horizontes para atravessar a aridez das mortes por suicídio.

A escrita não encontra espaço para culpabilizações individuais, compreendendo a importância das políticas públicas para o fortalecimento da promoção da saúde para percorrer os pontos levantados nesse estudo. Feijoo (2020, p. 105) analisa a morte por suicídio além das categorias moralizantes ao discorrer que os saberes sustentam “uma moral que posiciona o ato de terminar com a própria vida como: pecado, crime, patologia, desequilíbrio psíquico ou desajustamento familiar ou injustiça social”; pensando no controle do ato sob a designação de medidas preventivas.

São inúmeros os desafios quando se aposta numa pesquisa em saúde, percorrendo o campo de pesquisa e suas vicissitudes. Para tanto, é necessário mencionar duas lacunas nesse estudo, acrescidas das limitações postas pela vida cotidiana, o pesquisador que também é professor e trabalhador da saúde, que também é atravessado pelas violências, pelas incursões policiais, e por tantos outros desafios já mencionados nessa pesquisa.

Apreendi com as Artes Cênicas que a autocrítica — podemos nomear também de autoanálise — é um exercício constante que produz o conhecimento, compreensão de limites e a possibilidade de percorrer novos caminhos.

Posto isso, identifico duas lacunas no presente estudo que produzem reflexões e que edificam a minha prática cotidiana nos espaços laborais. As lacunas também se conformam a partir das escolhas que foram feitas e do recorte do tema. Dito isso, atravessei esse percurso com os pressupostos teóricos que o iluminaram; compreendendo os contornos e o entendendo que nem sempre é possível abarcar todos os elementos frente a uma temática tão complexa.

O presente estudo foi composto por agentes comunitários de saúde, agentes sociais, técnico de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogo e dentista. A primeira lacuna, mesmo compreendendo os limites temporais, é não ter conseguido entrevistar os trabalhadores da saúde que atuam na segurança, na limpeza, nos serviços gerais, os educadores físicos, os assistentes sociais, os farmacêuticos e os técnicos de saúde bucal. Não foi possível ouvir suas histórias, seus relatos, seus olhares frente a este fenômeno. É imprescindível pontuar a importância de abarcar o máximo de categorias profissionais, fato que foi reiterado para os gestores das unidades. Levando em conta essa consideração, fiz questão de que esses mesmos gestores indicassem os trabalhadores da saúde que participariam das duas etapas da pesquisa (grupo focal e entrevista), com prontidão e atravessados pela temática em questão.

A segunda lacuna que se configura nesse estudo, podendo ser desdobrado em estudos posteriores é que, ao se tratar sobre o suicídio das juventudes, os jovens não fizeram parte da pesquisa, mesmo entendendo que o objeto desse estudo se estruturou sobre a atuação dos trabalhadores de saúde frente à temática da morte por suicídio nas juventudes.

Pode parecer repetitivo, mas a escola é identificada como um lugar de proteção, formação, informação e cuidado para crianças e jovens. Ao mesmo tempo, é necessário pensar políticas públicas que oportunizem que os profissionais da educação, da saúde e da assistência social participem de espaços coletivos para discutirem os temas postos na contemporaneidade. É necessário espaços de formação, espaços institucionalizados de educação permanente, para que esses profissionais se fortaleçam entre os seus pares, compreendendo a intersectorialidade como um caminho de empoderamento, de enfrentamento e fortalecimento de temas como a morte por suicídio.

O Programa de Saúde na Escola, conforme apontado na discussão, é um programa instituído pelo governo federal no ano de 2007 e necessita do entendimento propositivo e

conceitual dos diversos setores sobre sua atuação *in loco*. O PSE Carioca, instituído em 2015, é formado por três secretarias: Assistência Social, Saúde e a Educação. Uma das vulnerabilidades identificadas neste programa se dá pelo uso equivocado de uma preposição, configurando-se uma fragilidade. As secretarias não trabalham umas *para* as outras, mas atuam umas *com* as outras. Entendido o lugar da preposição, talvez seja possível iniciar uma discussão sobre atuação e construção intersetorial.

Atuar intersetorialmente não é algo “dado”, já instituído, sendo necessário refletir que a educação do século XXI ainda funciona, em muitos espaços, como se fosse do século XIX — atravessada pela hierarquia e pela verticalidade de conteúdos, com poucos espaços de diálogo entre pares — tornando dificultosa a discussão e a difusão do conhecimento sobre o que seria ter uma atuação profissional baseada nos princípios que são propostos pela Promoção da Saúde, princípios que abarquem os setores para além do PSE Carioca, pois entende-se a necessidade de incluir outros setores e atores nas discussões que envolvem a comunidade escolar.

Posto isto, é necessário recorrer a Silva (2019, p. 30) ao discutir sobre o empoderamento e suas diversas formas de poder:

O poder se encontra no âmago dos processos de transformação e fundamentalmente define as relações sociais e econômicas que se estabelecem entre as pessoas. Pensar sobre o poder nos referenciais freirianos representa o aumento da conscientização e o desenvolvimento de uma faculdade crítica entres os marginalizados e oprimidos. Neste sentido, o poder é considerado a capacidade de fazer e de ser capaz, ou seja, sentir-se sujeito com o controle das situações.

Dado esse entendimento, é imperativo o exercício de compreensão de que a intersetorialidade é construída em cada ação, em cada momento em que os setores se reúnem para discutir, planejar, organizar e realizar as ações, compreendendo que a rede institucional é potente dentro de várias limitações. A incompletude institucional atravessa a todos. Tavares (2018) anuncia que a promoção da saúde se caracteriza pela troca de saberes e diálogos, se estrutura pela diversidade; e Rabello (2010) a contextualiza como uma política pública de saúde mundial que precisa ser compreendida como um processo de construção e desconstrução.

Entender os limites também é um caminho de compreensão das incompletudes.

Atuar com as juventudes é existir na contemporaneidade, compreendendo os encontros, os desencontros, os desconfortos, a falta de um lugar para poder falar das emoções, das dores, das perdas e da falta de sentido que atravessa os sujeitos em muitos momentos da existência.

REFERÊNCIAS

- ABEL, T. Cultural capital in health promotion. In: McQUEEN, D. & KICKBUSCH, I. (Orgs.). **Health & modernity: the role of theory in health promotion**. New York: Springer, 2010.
- ABERASTURY, A; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artmed, 1981.
- ABRAMOVAY M., CASTRO, M. G. **Juventudes no Brasil: Vulnerabilidades negativas e positivas**. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, realizado em Caxambu/MG/Brasil, de 18 a 107 20 de setembro de 2004. Disponível em: http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_295.PDF. Acesso em: 10 fev. 2010.
- ABRASCO. Entre acordos de cúpula e demonstrações políticas, China recebeu a conferência global de Promoção da Saúde. **ABRASCO**, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaio/entre-acordos-de-cupula-e-demonstracoes-politicas-china-recebeu-a-conferencia-mundial-de-promocao-da-saude/25215/>. Acesso em: 27 dez. 2021
- ACIOLI, S. **Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito**. Informação & Informação, v.12, n esp., 2007.
- ADORNO, T. W. **Educação e Emancipação**. Tradução: Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, [s.d.]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4179825/mod_resource/content/1/EDUCA%C3%87%C3%83O%20E%20EMANCIPA%C3%87%C3%83O.pdf. Acesso em: 19 nov. 2022.
- AKERMAN, M.; ROCHA, D. G. Produção do Cuidado: há espaços para a promoção da saúde? In: SÁ, TAVARES, DE SETA (Org). **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 2018.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**, Rio de Janeiro. 2011.
- AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007. p. 127-144.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez (2004).
- BARROS, C. M. S. **Intersetorialidade, cuidado e promoção da saúde**. Aula no Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social. Rio de Janeiro: mimeo. 2020.
- BEAUTRAIS, A. Estratégias de Prevenção de Suicídio 2006. **Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)**, Volume 5, Issue 1, 2006: 1-6.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. [S. l.: s. n.], 1993.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Barcelona, Espanha, n. 19, p. 20–28, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 set. 2021.

BOTEGA, N. J. (2018). Mortalidade por suicídio: várias razões para prevenir. **Jornal da UNICAMP**. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/artigos/direitos-humanos/mortalidade-por-suicidio-varias-razoes-para-prevenir>. Acesso em: 30 de maio de 2021.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, [S. l.], v. 25, p. 231–236, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lang=pt. Acesso em: 19 jun. 2021.

BOUCHARD, G. **Facteurs de risque du suicide à l'adolescente**. 2006. Disponível em: <http://www.psychomedia.qc.ca/articles-psychologiques/facteurs-de-risque-du-suicide-a-l-adolescence>. Acesso em: 08 jul. 2022.

BOURDIEU, P. A. Opinião Pública não Existe. In: Thiollent MJM. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. Editora Polis, 1982.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 26 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>. Acesso em: 19 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, p. 56, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, v. 48, n. 30, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração do México Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade - 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 2000**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf. Acesso em: 26 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 30 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros - 2012 a 2016. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Brasília, DF, p. 85, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf?fbclid=IwAR1JvKQIuNZNIT6s_XKYEm6OiAUWfWH1toENITr1xUB1TjV_wlWCeA1iBIM. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017.** Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. DF, Brasília, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508. Acesso em: 26 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2010. 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Documento Orientador: Indicadores e Padrões de Avaliação - PSE - Ciclo 2021/2022.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.** Secretaria de Vigilância em Saúde, 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)** - Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF. Dado gerado em: 20 de maio de 2021 - 09:43h - 2019 - Dado gerado em: 20 de Maio de 2021 - 09:50h – 2020.

BRESSAN, A. **A participação juvenil no projeto saúde e prevenção nas escolas:** contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de saúde Pública. Rio de Janeiro: mimeo. 2011.

BRESSAN, A. **Reflexões sobre as propostas intersetoriais entre os Ministérios da Saúde e da Educação para o ambiente escolar.** [Monografia] Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

CÁDIZ, P. Partidos chilenos perderam quase 15.000 filiados desde o início dos protestos. **El País**, 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-02-15/partidos-chilenos-perderam-quase-15000-filiados-desde-o-inicio-dos-protestos.html>. Acesso em: 26 dez. 2021.

CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito por uma clínica reformulada e ampliada.** São Paulo, SP, 2002.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**. vol.10, n.3, pp. 573-583, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 2.ed. Trad. Maria Thereza R. de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CARRARO, Telma Elisa. OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2010. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): - abr; 64(2): 376-80.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J et al. **Comportamento suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

CECILIO, L. C. de O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, [S. l.], v. 13, n. suppl 1, p. 545–555, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

CELLARD, A. A análise documental. In: J. Poupard et al. (Org.). **A pesquisa qualitativa:** Enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução Ana Cristina Nasser. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2008.

COMTE-SPONVILLE, A. **Bom dia, angústia!** São Paulo: Martins Fontes, 1997.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, Freitas (org) **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DAMATTA, R. Trabalho de Campo. In: **Relativizando:** uma introdução à antropologia social. Rio de Janeiro, 1987.

DAYRELL, J. O jovem como sujeito social. **Revista Brasileira de Educação**, Minas Gerais, MG, n. 24, p. 40–52, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000300004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 ago. 2021.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 81–94, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2021.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. [S. l.]: Vozes, 2013.

DIEKSTRA, R. F. W.; GARNEFSKI, W. On the nature, magnitude and casuality of suicidal behavior on international perspective. **Suicide Life Threat Behav.**, 1995;25:36-57.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. Departamento de Ciências Sociais. **Pesquisadora leva questões brasileiras para reunião sobre promoção da saúde na OMS**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/detalhes.noticias.php?matid=18220&id=20>. Acesso em: 27 dez. 2021.

ESTELLITA-LINS, C. E. **Integralidade again: o São Bernardo e o R2D2**. 1^a. [S. l.: s. n.], 2008.

FEIJOO, A. M. L. C. de. **Suicídio & luto: da investigação fenomenológico-hermenêutica às práticas clínicas fenomenológico-existênciais**. 1. ed. [S. l.]: Edições IFEN, 2021.

FERNANDES, D. R. A. **Fatores críticos de sucesso em Parceria para o Desenvolvimento Produtivo de medicamentos - PDP - Estudo de caso em um laboratório farmacêutico público (Farmanguinhos)**. Rio de Janeiro, RJ, p. 90, 2018.

FERNANDES, I. Leituras holísticas: de Tchêkhov à Medicina Narrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 19, n. 52, p. 71–82, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100071&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulg. Saúde para Debate**, n.22, p.25-35, 2000.

FIOCRUZ. 10^a Conferência Global de Promoção da Saúde. **VPAAPS**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/es/noticia/10a-conferencia-global-de-promocao-da-saude>. Acesso em: 09 ago. 2022.

FONTENELLE, P. **Suicídio: o futuro interrompido, guia para sobreviventes**. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: o cuidado de si**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1985.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação** – cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo. UNESP, 2000.

GAGLIONI, C. O crescimento do suicídio infantil no Brasil e no mundo. **Nexo Jornal**. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2022/09/17/O-crescimento-do-suic%C3%ADdio-infantil-no-Brasil-e-no-mundo>. Acesso em: 30 set. 2022.

GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n. 3, p. 6, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&tlng=pt. Acesso em: 17 jul. 2021.

GIUSTI, J. S. **Automutilação**: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma** - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1963.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, MC de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade: vozes, 1994, p.67-79. 46.

HILLMAN, J. **Suicídio e alma**. Rio de Janeiro: Vozes; 1993.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, U. N. children's fund (Org.). **Primary health care**: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978: jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: WHO, 1978.

KICKBUSCH, I. S. **Health literacy**: addressing the health and education divide. *Health Promocion Internacional*, 16(3): 289-297, 2001.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação** - Episódios de racismo cotidiano. Tradução: Jess Oliveira. 1ª ed. Rio de Janeiro, Cobogó, 2019.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, LE BRETON, David. **Desaparecer de si**: uma tentação contemporânea. Tradução: Francisco Morás – Petrópolis, RJ. Editora Vozes, 2018.

LEGGE, D. *et al.* O Movimento pela Saúde dos Povos: ação global em defesa do direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 44, n. spe1, p. 5–10, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000500005&tlng=pt. Acesso em: 27 dez. 2021.

LIONÇO T.; DINIZ, D. Homofobia & Educação: um desafio ao silêncio. Brasília: LetrasLivres EdUNB, 2009.

LUDKE, M.; ANDRE, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **American Journal of Psychiatry**, 2002; 159:909-916.

MACHADO, M. H., MEDICI, A., NOGUEIRA, R. P. & GIRARDI, S. N. O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. Estrutura e Conjuntura. In: MACHADO, M.H. (Org.). Textos de Apoio. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1683-1694, 2016.

MARX, K. *et al.* **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. [S. l.: s. n.], 2001.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**. 2004; 38(6): 804-10.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. S.; GUERREIRO, I. C.Z. Reflexividade como *éthos* da pesquisa qualitativa. **Ciências e Saúde Coletiva**, 19 (4), p. 1103-1112, 2014.

MIRANDA DE CASTRO, A. Promoção da Saúde: controvérsias e aposta. In: MELO, W. *et al.* (Org.); **Mobilização, cidadania e participação comunitária**. [S. l.: s. n.], 2016 (Coleção Saúde e Educação, 5).

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa**: o debate orientado como técnica de investigação. 2002. Disponível em: http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PESQUISA%20EM%20GEOGRAFIA/Grupos%20Focais%20e%20Pesquisa%20Social%20Qualitativa_o%20debate%20orientado%20como%20t%E9cnica%20de%20investiga%E7%E3o.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

NOGUEIRA, R.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na Administração Pública, 2004. **Rede ObservaRH**. Disponível em: www.observarh.org.br. Acesso em: 02 nov. 2022.

NOVAES, R. C. R. *et al.* (Org.). **Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas**. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude: Fundação Friedrich Ebert, 2006. Disponível em: https://www.prattein.com.br/home/images/stories/Juventude/Politica_Nacional_de_Juventude. Acesso em: 15 dez. 2022.

ORGANIZACAO DO CUIDADO E PRATICAS EM SAUDE. SCIELO EDITORA FIOCRUZ, 2018. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.7476/9786557080573>. Acesso em: 25 fev. 2022.

Organização Mundial da Saúde. **A 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde**, Nairóbi, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>. Acesso em: 28 dez. 2021.

Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Genebra, p. 4, 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/07/AA40-PR-Draft-Declaracion-Astana-.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

Organização Mundial da Saúde. **Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1>. Acesso em: 27 dez. 2021.

Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas; Organização Mundial de Saúde, 2006.

Organização Mundial da Saúde. **Suicide worldwide in 2019**. [S. l.], 16 jun. 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 14 ago. 2021.

Organização Mundial da Saúde. **The Helsinki Statement on Health in All Policies**. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf. Acesso em 28 dez. 2021.

Organização Mundial da Saúde. **Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS**. [S. l.], 17 jun. 2021b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 14 ago. 2021.

PORTO ALEGRE, Governo do Estado. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Prevenção do Suicídio no nível local**: orientações para formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Organização: Anna Tereza Miranda Soares Moura, Eliane Carnot Almeida, Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Ricardo de Campos Nogueira, Tânia E. H. H. Porto Alegre: CORAG, 2011. 87p.

QUINTANEIRO, T.; OLIVEIRA, M. L. O. B.; MONTEIRO; OLIVEIRA, M. G. M. **Um toque de clássicos**: Marx, Durkheim e Weber, Belo Horizonte, Editora UFMG, 2003.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 9, p. 2821–2834, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902821&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO, Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim Epidemiológico** 002/2019. Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Suicídio e lesões autoprovocadas 2009-2018. Rio de Janeiro, RJ, p. 43, dez. 2019. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=4cM0P9oa57k%3D>. Acesso em: 12 jul. 2021.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal. **Programa Saúde nas Escolas – PSE Carioca**. Disponível em: <https://psecarioca.wordpress.com/> - Acesso em: 16 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal. **Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS nº 01 de 06 de fevereiro de 2015**. Institui as diretrizes do Programa Municipal de Saúde na Escola Carioca — PSE Carioca, e dá outras providências. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1oLTVMnSSeqMBWxY2kabN7rGzpU0uwfPo/view>. Acesso em: 19 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Juventude. **Ficha perfil da juventude**. Disponível em: <https://siurb.rio/portal/apps/sites/#/datajuv/datasets/053a8a383ae04a81a16424fca46b2819>. Acesso em: 05 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. GVDANT/CVE/SVS/SUBPAV/SMS-RJ. **Informações sobre todas as áreas de planejamento**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0> (MAPA 1.0). Acesso em: 18 jul. 2022.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de referência rápida**: avaliação do risco de suicídio e sua prevenção. 2016. Disponível em https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde da criança e do adolescente**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-da-crianca>. Acesso em: 17 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Urbanismo – Instituto Pereira Passos/Diretoria de Informações Geográficas. **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal, por ordem de IDH, segundo os Bairros ou grupo de Bairros, no Município do Rio de Janeiro em 1991/2000**. Dezembro de 2003. Disponível em: <https://www.data.rio/documents/58186e41a2ad410f9099af99e46366fd/about>. Acesso em: 25 ago. 2021.

RIOS, T. A. (Org.), 1995. **Ética e Interdisciplinaridade**. A Pesquisa em educação e as Transformações do Conhecimento. Campinas/SP: Papirus.

SÁ, M. de C.; TAVARES, M. de F. L.; DE SETA, M. H. (Org.). **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2018. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wny6k>. Acesso em: 3 abr. 2022.

SALAZAR, L. **Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio**. [S. l.]: Universidad del Valle - Programa Editorial, 2009.

SÁ-SILVA, J. R.; DE ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História**, Rio Grande do Sul, RS, p. 15, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**. Programas e Ações na Unidade Básica. Editora HUCITEC, 1996.

SILVA, C. S. **Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SOUZA, G. W. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726p.

TAVARES et al. O Cuidado: uma reflexão crítica à luz dos princípios e valores da promoção da saúde. In: SÁ, TAVARES, DE SETA (Org). **Organização do Cuidado e Práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

TAVARES, M. F. L. Da Saúde Escolar à Escola Saudável: Construindo Espaços de Promoção da Saúde. In: Zancan et al (orgs). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local** – a experiência de Manguinhos. ABRASCO; 2002.

TAVARES, M. F. L. *et al.* Promoção da Saúde e o desafio da intersectorialidade na Atenção Básica no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa**. Rio de Janeiro; Ed. Fiocruz. 2018.

TAVARES, M. F. L.; SETA, M. H. D.; SÁ, M. C. (Org.). **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

TAVARES, M. F. L. Saúde da criança e formação no trabalho: a prática como e com saber. Rio de Janeiro: s. n., 1998. Tese de doutorado. 198p.

TRAD, L. A. B. **Família Contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Organizado por Leny A. Bonfim Trad. - Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2010.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 set. 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. - 21. reimpr. - São Paulo: Atlas, 2012.

UNIVERSIDADE Federal de Pernambuco. **Carta de Bangkok**. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39050/632249/Carta+de+Bangkok.pdf/b84492d6-a05e-4b6a-995c-080489a9b571>. Acesso em: 27 dez. 2021.

VIJAYAKUMAR, L. *et al.* The national suicide prevention strategy in India: context and considerations for urgent action. **The Lancet Psychiatry**, Índia, p. S2215036621001528, dez. 2021. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036621001528>. Acesso em: 21 dez. 2021.

VIVER/DIARIO. Psiquiatra faz 13 alertas sobre a série 13 Reasons Why, da Netflix. **Diário de Pernambuco**. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/viver/2017/04/psiquiatra-faz-13-alertas-sobre-a-serie-13-reasons-why-da-netflix.html>. Acesso em: 19 nov. 2022.

WERLANG, B. G.; BORGES, V. R. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Porto Alegre, 2006.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J *et col.* **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/CIAP_Brasil_atualizado.pdf. Acesso em: 19 nov. 2022.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução: Ana Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO I — QUADROS DEMONSTRATIVOS DOS PERFIS (ATORES DA PESQUISA)

UNIDADE A

Quadro 2: Perfil dos atores da pesquisa – Unidade A

Código	Idade	Escolaridade	Profissão	Tempo de formação	Outra formação	Tempo UBS	Reside no território
A1	27	Nível Superior	Médica	6 anos	Não	2 anos	Não
A3	37	Nível Superior	Médica	12 anos	Não	10 anos	Não
A4	28	Nível Superior	Téc. Enf.	6 anos	Sim	2 anos	Não
A5	50	Pós-graduação	Psicóloga	10 anos	Sim	3 anos	Não
A6	29	Pós-graduação	Dentista	7 anos	Não	5 anos	Não
A7	54	Nível Superior	Médico	30 anos	Não	10 anos	Não
A8	33	Nível Superior	Enfermeira	8 anos	Não	6 anos	Não

UNIDADE B

Quadro 3: Perfil dos atores da pesquisa – Unidade B

Código	Idade	Escolaridade	Profissão	Tempo de formação	Outra formação	Tempo UBS	Reside no território
B1	55	Superior	Enfermeira	11 anos	Não	2 anos	Não
B2	43	Ensino Médio	Téc. Enf. e Ag. Social	3 anos	Não	8 anos	Sim
B3	50	Ensino Médio	Agente Com.	10 anos	Não	4 anos	Sim
B4	50	Ensino Médio	Agente Social/EM	Não informado	Não	8 anos	Não
B5	48	Ensino Médio	Agente Com.	16 anos	Não	7 anos	Sim
B6	32	Ensino Médio	Agente Com.	Não informado	Téc. Enf.	8 anos	Sim
B7	39	Nível Superior	Médico	16 anos	Não	18 meses	Não

ANEXO II — ROTEIRO – PESQUISA DOCUMENTAL

- ✓ As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde;
- ✓ Lei Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (1990);
- ✓ As Cartas da Promoção da Saúde - Ministério da Saúde (2002);
- ✓ Política Nacional de Promoção da Saúde (2006);
- ✓ O projeto “Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio” financiado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a SES-RS (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul) – (2009/2010);
- ✓ Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. (2012)
- ✓ Política Nacional de Promoção da Saúde (2014);
- ✓ Boletim. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção (2017);
- ✓ PORTARIA Nº 344, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017 - Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. (2017);
- ✓ Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros - 2012 a 2016. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (2018);
- ✓ Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio - Ministério da Saúde - (2018);
- ✓ Boletim Epidemiológico 002/2019. Estado do Rio de Janeiro. Divisão de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Suicídio e lesões autoprovocadas 2009-2018. (2019);

- ✓ LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 – Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio;
- ✓ LEI Nº 13.968, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2019 – Altera o Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de setembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como o de prestar auxílio a quem a pratique;
- ✓ Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) - Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF. (2020);
- ✓ Secretária de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Documento Orientador: Indicadores e Padrões de Avaliação - PSE - Ciclo 2021/2022. (2021);
- ✓ Infográfico - GVDANT/CVE/SVS/SUBPAV/SMS-RJ -(2021);
- ✓ Organização Mundial da Saúde - Suicide world wide - (2021).
- ✓ Os documentos da AP 1.0, listados abaixo, foram acessados após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS/RJ, seguindo os protocolos a partir do Termo de Anuência Institucional.
- ✓ Documentos da Rede de Atenção Psicossocial da 1.0 (RAPS) - Cartão Interativo da 1.0 (Linhas de Cuidado) com seus informes, participação de fóruns de saúde mental, cartilhas, guias, protocolos, fluxos e orientações. Dados (mapeamento/planilhas) que esclareçam sobre o sofrimento psíquico do território.
- ✓ Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2)
- ✓ O uso dessas informações tem o objetivo de compreender como a Rede de Atenção Psicossocial da 1.0 se organiza no território; e para tanto, os mesmos serão utilizados na dissertação desta pesquisa.
- ✓ Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida - 2019
- ✓ Guia de Referência - Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção – Secretaria Municipal de Saúde/2016
- ✓ Instituto Pereira Passos/Diretoria de Informações Geográficas.

ANEXO III — ROTEIRO DE DEBATE - GRUPO FOCAL

Nº ____ Data: ____/____/____

1. Dados de Identificação

- Nome:
- Idade:
- Escolaridade:
- Profissão/ocupação:
- Tempo de formação:
- Outra formação:
- Tempo de atuação na UBS:
- Se residente no território, tempo de moradia:

2. Questões-chave

2.1. Suicídio na juventude no território– núcleo familiar - atuação

1. Você reconhece os mitos dentro da temática do suicídio?
2. Como chegam os casos de suicídios ou tentativas de suicídio na unidade?
3. Por que você acha que os jovens se suicidam?
4. Como você percebe o núcleo familiar desses jovens?
5. Como você percebe a sua atuação sobre a temática do suicídio nas juventudes na Unidade?

2.2. Suicídio: posvenção

1. Você identifica espaços de posvenção ou uma rede de cuidado para os sobreviventes?

2.3. Suicídio: estratégia – promoção da saúde

1. Você usa alguma estratégia para lidar com o suicídio que ocorre no território em que trabalha? Quais?
2. Você recebe alguma formação para construção de estratégias de intervenção e promoção da saúde?
3. Você percebe recursos para saúde no território para atuar nesta temática do suicídio?

ANEXO IV — ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nº ____ Data: ____/____/____

1. Dados de Identificação

- Nome:
- Idade:
- Escolaridade:
- Profissão/ocupação:
- Tempo de formação:
- Outra formação:
- Tempo de atuação na UBS:
- Se residente no território, tempo de moradia:

2. Sobre o suicídio das juventudes no território e a organização do cuidado.

1. Você pode contar alguma história de uma situação de suicídio vivida por você ou por algum colega que atue na Unidade Básica de Saúde (UBS)?
2. Você reconhece os mitos dentro da temática do suicídio?
3. Você usa alguma estratégia para lidar com o suicídio que ocorre no território em que trabalha?
4. O que é Promoção da Saúde para você? Como você definiria?
5. Você recebe alguma formação/educação permanente para construção de estratégias de intervenção e promoção da saúde?
6. Como você percebe a sua atuação sobre a temática do suicídio nas juventudes na Unidade?
7. O que você acha dessas estratégias? Como pensa que os profissionais e a gestão deveriam atuar nessas questões?
8. Você tem alguma história familiar ou de alguém próximo a você que morreu por suicídio?
9. Você identifica espaços de posvenção ou uma rede de cuidado para os sobreviventes?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PESQUISA: *Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes*

Prezado/a participante do Grupo Focal

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa intitulada: *Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes*, desenvolvida por Rodrigo Barbosa Machado, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a Maria de Fátima Lobato Tavares, pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ.

A pesquisa é direcionada a partir do seu objetivo que é analisar como os trabalhadores das equipes de saúde atuam na temática do suicídio nas juventudes na construção de estratégias de intervenção com base nos princípios da promoção da saúde nos seus territórios.

O convite para sua participação se dá pelo fato de atuar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e compreender, a partir da sua experiência, a existência de estratégias de intervenção no contexto do suicídio nas juventudes no território.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro (HD externo do pesquisador).

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua inserção neste estudo consistirá em participar de um Grupo Focal (GF). O GF é uma técnica para o trabalho de pesquisa em saúde que se caracteriza por entrevistas em grupo, geradas através de debates entre os participantes, baseada na comunicação e interação, com o objetivo de reunir informações detalhadas sobre o suicídio nas juventudes a partir dos pressupostos da Promoção da Saúde no território. O GF será agendado em local de melhor

conveniência para os participantes, de forma que seja um ambiente reservado que ofereça privacidade e sigilo.

Neste encontro (GF) você responderá perguntas de um roteiro previamente estruturado com perguntas que se referem ao tema proposto nesta pesquisa: suicídio nas juventudes, promoção da saúde, organização do cuidado e estratégias de intervenção. Esta reunião será gravada em áudio, portanto, a sua participação implica em aceitar que a sua fala seja gravada. O tempo de duração deste encontro será de aproximadamente 90 minutos, portanto é imprescindível sua pontualidade.

O processo de análise do material coletado no GF deverá contemplar dois momentos complementares: análise específica de cada grupo e análise cumulativa e comparativa do conjunto de grupos realizados. Em síntese, o objetivo deste processo é identificar tendências e padrões de respostas associadas com o tema de estudo.

A discussão proveniente será transcrita e armazenada, em arquivos digitais (HD externo do pesquisador), mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Apesar de todos os esforços, conforme Resolução nº 466/12 do CNS toda a pesquisa pode ocorrer o risco de quebra de confidencialidade, ainda que involuntária e não intencional, comunico ainda que serão tomadas as seguintes medidas e procedimentos para resguardar a sua confidencialidade e a privacidade das informações prestadas na entrevista: 1) Apenas o pesquisador do projeto e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos seus dados; 2) Os dados da entrevista individual (transcrição da gravação e/ou anotações) também serão mantidos em sigilo sob responsabilidade do pesquisador e da orientadora; 3) Havendo permissão para gravação do áudio da entrevista, nas transcrições você será identificada através de uma sigla e código numérico; 4) Caso você não autorize a gravação da entrevista, nos registros e anotações você também será identificada por meio de sigla para nomeação da sua categoria profissional acrescida de um código numérico; 5) O pesquisador não fará uso destas informações para outras finalidades; 6) Quaisquer dados que possam identificar você mesmo, que indiretamente, serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa.

Os benefícios da sua colaboração para essa pesquisa são indiretos e estão relacionados com a problematização, construção e reflexão acerca da reorientação do cuidado em saúde com a temática do suicídio, exercido pelos trabalhadores que compõem as equipes de saúde

em suas unidades básicas, de modo a que todos os trabalhadores que atuam na unidade sejam beneficiados, podendo servir de subsídio para modificações de políticas públicas.

Os resultados serão apresentados aos participantes e demais interessados em reunião convocada para discussão depois da conclusão da dissertação.

Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando o pesquisador responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo.

Os assuntos discutidos no GF podem causar desconforto e podem aflorar emoções em decorrência dos relatos sobre os casos de suicídios vividos no processo de trabalho. Se houver qualquer desconforto, e se você achar necessário, sua participação poderá ser suspensa e poderei fazer um encaminhamento a um especialista da área da saúde mental, acionando a Rede de Atenção Psicossocial do território, ou seja, na sua própria unidade de saúde, caso tenha esse especialista, ou se você não se sentir confortável que seja na sua unidade, poderei articular o encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial mais próxima da sua unidade de trabalho.

É importante, nesse sentido, afirmar que a Resolução nº 510/2016 do CNS assegura a todos participantes o direito a assistência e a indenização de quaisquer danos decorrente da pesquisa, sejam aqueles previstos ou não neste termo. Assim, caso você vier a sofrer qualquer forma de dano em consequência de sua participação nesta pesquisa, você poderá recorrer, nos termos da Lei, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução 510/2016.

Este termo será redigido em duas vias, com páginas numeradas e rubricados em todas as suas páginas (pelo participante de pesquisa e pelo pesquisador), sendo uma via deste termo para o participante de pesquisa e outra via para o pesquisador. Todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas por você, participante do grupo focal, e pelo pesquisador, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Seguem os contatos do Comitê:

Tel. e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863;

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>;

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato do pesquisador responsável:

Sinta-se à vontade para entrar em contato comigo a qualquer momento, pelos meios descritos abaixo:

Rodrigo Machado (Mestrando em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 9 9318 5686

E-mail: rodrigomachado2708@yahoo.com.br

Local: Rio de Janeiro Data: ___ / ___ / 2022

Rodrigo Machado

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada: *Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes* e concordo em participar.

- () Autorizo a gravação do grupo focal.
- () Não autorizo a gravação do grupo focal.

Nome completo do participante:

Assinatura do participante da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PESQUISA: Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes

Prezado/a participante da Entrevista

Você está sendo convidado/para participar da pesquisa intitulada: *Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes*, desenvolvida por Rodrigo Barbosa Machado, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a Maria de Fátima Lobato Tavares, pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ.

A pesquisa é direcionada a partir do seu objetivo que é analisar como os profissionais de saúde atuam na temática do suicídio nas juventudes na construção de estratégias de intervenção com base nos princípios da promoção da saúde nos seus territórios.

O convite para sua participação se dá pelo fato de atuar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e compreender, a partir da sua experiência, a existência de estratégias de intervenção no contexto do suicídio nas juventudes no território.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro (HD externo do pesquisador).

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista individual, compreendida como técnica privilegiada ao estabelecer contato com o outro através da conversa, do diálogo e da palavra, em que você responderá perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do estudo. As questões que serão abordadas se referem ao suicídio nas juventudes e a promoção da saúde atrelados ao seu processo de trabalho no território de atuação profissional. As

entrevistas serão agendadas em local de melhor conveniência para você, de forma que seja um ambiente reservado que ofereça privacidade e sigilo. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

A discussão proveniente será transcrita e armazenada, em arquivos digitais (HD externo do pesquisador), mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Apesar de todos os esforços, conforme Resolução nº 466/12 do CNS toda a pesquisa pode ocorrer o risco de quebra de confidencialidade, ainda que involuntária e não intencional, comunico ainda que serão tomadas as seguintes medidas e procedimentos para resguardar a sua confidencialidade e a privacidade das informações prestadas na entrevista: 1) Apenas o pesquisador do projeto e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos seus dados; 2) Os dados da entrevista individual (transcrição da gravação e/ou anotações) também serão mantidos em sigilo sob responsabilidade do pesquisador e da orientadora; 3) Havendo permissão para gravação do áudio da entrevista, nas transcrições você será identificada através de uma sigla e código numérico; 4) Caso você não autorize a gravação da entrevista, nos registros e anotações você também será identificada por meio de sigla para nomeação da sua categoria profissional acrescida de um código numérico; 5) O pesquisador não fará uso destas informações para outras finalidades; 6) Quaisquer dados que possam identificar você mesmo, que indiretamente, serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa.

Os benefícios da sua colaboração para essa pesquisa são indiretos e estão relacionados com a problematização, construção e reflexão acerca da reorientação do cuidado em saúde com a temática do suicídio, exercido pelos trabalhadores que compõem as equipes de saúde em suas unidades básicas, de modo a que todos os trabalhadores que atuam na unidade sejam beneficiados, podendo servir de subsídio para modificações de políticas públicas.

Os resultados serão apresentados aos participantes e demais interessados em reunião convocada para discussão depois da conclusão da dissertação.

Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando o pesquisador responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo.

Os assuntos discutidos na entrevista podem causar desconforto e podem aflorar emoções em decorrência dos relatos sobre os casos de suicídios vividos no processo de trabalho. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa e se você achar necessário poderei fazer um encaminhamento a um especialista da área da saúde mental, acionando a Rede de Atenção Psicossocial do território, ou seja, na sua própria unidade de saúde, caso tenha esse especialista, ou se você não se sentir confortável que seja na sua unidade, poderei articular o encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial mais próxima da sua unidade de trabalho.

É importante, nesse sentido, afirmar que a Resolução nº 510/2016 do CNS assegura a todos participantes o direito a assistência e a indenização de quaisquer danos decorrente da pesquisa, sejam aqueles previstos ou não neste termo. Assim, caso você vier a sofrer qualquer forma de dano em consequência de sua participação nesta pesquisa, você poderá recorrer, nos termos da Lei, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução 510/2016.

Este termo será redigido em duas vias, com páginas numeradas e rubricados em todas as suas páginas (pelo participante de pesquisa e pelo pesquisador), sendo uma via deste termo para o participante de pesquisa e outra via para o pesquisador. Todas as páginas deste Termo deverão ser rubricadas por você, participante da entrevista individual, e pelo pesquisador, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Seguem os contatos do Comitê:

Tel. e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863;

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>;

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato do pesquisador responsável:

Sinta-se à vontade para entrar em contato comigo a qualquer momento, pelos meios descritos abaixo:

Rodrigo Machado (Mestrando em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 9 9318 5686 / E-mail: rodrigomachado2708@yahoo.com.br

Local: Rio de Janeiro

Data: ___ / ___ / 2022

Rodrigo Machado

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada: *Promoção da Saúde e o suicídio nas juventudes* e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista.

Não autorizo a gravação da entrevista.

Nome completo do participante:

Assinatura do participante da pesquisa