

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

LUCIMARA DA SILVA MAGALHÃES



DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**CAMPO GRANDE
2015**

LUCIMARA DA SILVA MAGALHÃES

DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Maria de Oliveira Andrade.

**CAMPO GRANDE
2015**

TERMO DE APROVAÇÃO

A dissertação intitulada “Depressão e comportamento suicida na atenção primária”, apresentada a banca por LUCIMARA DA SILVA MAGALHÃES, como exigência para obtenção do título de Mestre em saúde da família, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, obteve aprovação.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Sônia Maria de Oliveira Andrade - UFMS
Orientadora

Prof. Dr. Reinaldo Souza dos Santos - FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Adriane Pires Batiston - UFMS

Prof. Dr. Joel Saraiva Ferreira - Suplente - UFMS

Campo Grande, 16 de abril de 2015.

A Deus, por ter me dado saúde física e mental, por ter me inspirado a questionar, propor e fomentar novas possibilidades.

Ao meu filho Marcos Henrique, a melhor parte de mim, minha fonte de alegria e motivação.

Ao meu esposo Flávio pela paciência e contribuição diária, pela força nos momentos necessários.

A minha mãe Marta, seu cuidado e dedicação ao nosso Marcos Henrique durante as minhas ausências, foram fundamentais para a conclusão desta etapa.

A todos os pacientes que dividiram comigo suas experiências de vida, sem vocês não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas de trabalho Indianara, Andréia Magalhães, Lailson Lesbão, Cárola Helena, Márcia Maria Barbosa, Neyle Demétrio, Eidimara Magalhães e Khédma Karin (in memória).

As equipes das unidades básicas de saúde Estrela Dalva e Marabá pela acolhida, contribuição para com o desenvolvimento da pesquisa e implementação do trabalho por meio dos grupos intersetorial e de apoio a usuários da atenção primária.

As minhas irmãs Eidimara e Dulci e ao meu pai Deusimar pela paciência e por compreender minha ausência em muitas ocasiões.

A minha orientador Sonia Maria, pela paciência, atenção disponibilizada nos dias e horários impróprios e por ter sido minha bússola nesta caminhada.

A todos os anjos em forma de pessoas que me inspiraram, encorajaram a ter força de propor e fomentar melhoras para saúde mental na atenção primária.

Eu sou fruto do meio, todos vocês são parte do meu eu, o que me orgulha em demasia. A todos vocês muito obrigado.

“O importante e bonito do mundo é isso: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam e desafiam”

Guimarães Rosa

RESUMO

Questiona-se, sobre a situação, tentativa de suicídio pela qual o paciente passou e ainda como avalia os serviços da atenção primária. Este estudo teve como objetivo contextualizar a depressão e o comportamento suicida de pacientes em atendimento na atenção primária segundo a percepção dos mesmos. Trata-se de pesquisa qualitativa com base em dados primários e secundários, realizada no período de março a julho de 2014. Foram considerados como sujeitos da pesquisa, 25 pacientes com idade entre 18 a 61 anos. Atendidos na Atenção Primária de Campo Grande – MS, de unidades que pertencem ao Distrito Leste, Distrito Oeste, Distrito Norte e Distrito Sul. Como técnica para obtenção do discurso dos pacientes foi utilizado entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados utilizando-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Como fundamentação teórica utilizou-se a teoria das representações sociais que possibilita a compreensão do coletivo, atuando como indicador da realidade. A análise dos dados dos pacientes depressivos com comportamento suicida trouxe o indicativo de conteúdos referentes a três ideias centrais: antecedentes familiares; antecedentes pessoais e questões espirituais. No que se refere aos antecedentes familiares expõem que o comportamento suicida está relacionado com a consanguinidade devido a casamentos entre primos e fatores hereditários oriundos de seus genitores. Em relação aos antecedentes pessoais embora não houvesse a pergunta sobre trauma ou violência os participantes destacaram o histórico de abuso sexual e todos, mencionaram aspectos relacionados à sua própria história de vida, com destaque para o conflito familiar. Já as questões espirituais aparecem com a indicação de que terceiros a consideram como causa ou motivação para o comportamento suicida, sendo reproduzida essa crença pelos pacientes. Sobre a percepção dos serviços oferecidos na atenção primária os sujeitos verbalizaram conteúdos referentes a três ideias centrais: relacionadas à equipe, a outros serviços e ofereceram sugestões para melhorar o atendimento. Reconhecem a proximidade da unidade como fator positivo, recorrem a atenção primária, por falta ou ausência de serviços especializados, e ainda identificam na recepção a ausência de acolhimento. Os sujeitos não foram questionados sobre outros serviços, contudo observa-se a menção a serviços especializados em saúde mental, com critério de comparação. As proposições refletem a necessidade de expandir as ações em saúde mental na atenção primária; a falta de médicos; a qualidade do atendimento comprometida pela presa e ainda a necessidade de adaptação a horários expendidos ou diferenciados da carga horária do mercado de trabalho. Conclui-se que questões como depressão e comportamento suicida são carregadas de estereótipos representam um trabalho árduo, devido à gravidade e complexidade da patologia e dos dogmas que envolvem o comportamento suicida, contudo evidenciou-se que expor a situação traz alívio dos sintomas, favorece a minimização de danos, indica a possibilidade de superação algo que é intrínseco aos pacientes. Cabe a Atenção Primária assistir integralmente os indivíduos e famílias, desenvolvendo ações para as necessidades de ordem psicossocial, com enfoque na prevenção e promoção da saúde mental e de melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Depressão. Comportamento Suicida. Atenção Primária.

ABSTRACT

The research's subject is the situation of suicide attempt in which the patient has been through, and also the patient's evaluation about the primary care services. The main objective of this study was to contextualize the depression and suicidal behavior in patients attending primary care according to their own perceptions. It was used a qualitative research based in primary and secondary data, performed in a period between march and july of 2014. The research was applied in 25 individuals, aged between 18 to 61 years old, attended in the Primary Care of Campo Grande - MS, in units localized in East, West, North and South Districts. The techniques used to the acquisition of the patient's speech were semi-structured interviews. The obtained data was analised using the method of the Collective Subject Speech (DSC). Regarding the theoretical foundation, we used the theory of social representations that allows the comprehension of the collective, acting as an indicator of reality. The data analysis of the patients with depression and suicidal behavior brought the indicative of subjects referred to three principal ideas: family history (of the pathology) personal precedentes and spiritual matters. Referring to the family history, it is shown that the suicidal behavior is related with the consanguinity due to marriage between cousins and hereditary factors originated from their parents. About the personal precedents, although there was no question regarding trauma or violence the patients highlighted a history of sexual abuse and all mentioned aspects related to their own lives, emphasizing Family conflicts. And so, the spiritual matters appears when third parties indicate them as a cause or motivation to the suicidal behavior, and this beliefs are sometimes accepted by the patients. Regarding the perception of the services offered in primary care, the subjects expressed matters referring three main ideas: Related to the team, to other services and presented suggestions to improve the attendance. They recognize the proximity of the units a positive fator, due to the use of the primary care, for lack ou absence of specialized services, and also complain about the absence of welcoming in the reception. The subjects weren't questioned about other services, however is highlighted the mention of services specialized in mental health, as a criterion of comparison. The propositions reflect the need of expanding actions of mental health in primary care; the lack of doctors; the quality of attendance harmed by haste and the necessity of adaptation to schedules different from the common workload. It is concluded that matters such as depression and suicidal behavior are loaded with stereotypes and represent a harsh work, due to the complexity and gravity of the pathology, and the dogmas involving the suicidal behavior, yet it was shown that the exposure of the situation brings relief of the symptoms, favors the minimization of damages, and highlights the possibility of superation, something intrinsic to the patients. It is a duty of the Primary Care to full-time assist the patients and their families, developing actions to the necessities of mental orders, emphasizing prevention and promotion of mental health and a growth in the life quality of the population.

Key words: Depression. Suicidal Behavior. Primary Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1 Contextualização teórica: políticas públicas.....	10
2.2 Política nacional de saúde.....	11
2.3 Atenção Primária.....	12
2.4 Saúde mental e atenção primária.....	13
3 DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA.....	14
3.1 Contexto social e familiar	16
3.2 Territorialização e atenção primária	18
4 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	21
5 OBJETIVO.....	23
5.1 Objetivo geral	23
5.2 Objetivos específicos	23
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
6.1 Tipo, local e período da pesquisa	24
6.2 Fontes de dados e critérios de inclusão/exclusão	24
6.3 Coleta de dados.....	24
6.4 Organização e análise dos dados	25
6.5 Aspectos éticos	25
7. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	26
7.1 Caracterização dos sujeitos.....	26
7.2 Caracterização do comportamento suicida.....	27
7.2.1 Antecedentes familiares.....	27
7.2.2 Antecedentes pessoais.....	30
7.2.3 Antecedentes espirituais.....	36
7.3 Percepção dos serviços oferecidos na atenção primária.....	38
7.3.1 Percepção sobre os serviços de saúde	38
7.3.2 Descrição de serviços específicos a saúde mental.....	40
7.3.3 Proposições para melhorar os serviços.....	41
CONSIDERAÇÕES.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	51
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	52
ANEXO – A AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE – MS - SESAU PARA PESQUISA.....	54
ANEXO – B DOCUMENTO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	55

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica em andamento no país tem contribuído para várias transformações no modelo de atenção em saúde mental, que priorizam ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Neste contexto, identifica-se o movimento social de profissionais, usuários e familiares que tem favorecido mudanças na legislação e proposição de novos modelos de atenção em saúde mental, deslocados dos centros especializados para atenção primária, devido às peculiaridades territoriais que permeiam e fortalecem o vínculo entre paciente, família, comunidade.

O território, como espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham e cultivam suas crenças e culturas (BRASIL, 2008), ou seja, palco das múltiplas relações, entre família e comunidade; um espaço de vivência organizado por lugares e pessoas interagindo, cuja base é a identidade histórica e cultural, que tem capacidade de contribuir com um futuro melhor, para as pessoas que nele se encontram.

Diante deste quadro está presente a família como a primeira unidade responsável pelo cuidado, grupo primário, sendo a responsável pela base material e afetiva, considerada modelo de referência.

A depressão é uma das principais causas de incapacitação, ocupando o quarto lugar entre as dez principais doenças em nível mundial, com a possibilidade de se tornar a segunda causa de doença em todo o mundo (CHIAVERINI, 2011), tendo como um de seus desdobramentos o comportamento suicida. O fato de ser a vida um bem irrecuperável e o paciente estar dentro da área de abrangência da Atenção primária, provocou a necessidade de realizar a pesquisa, cujo subsídios visam contribuir para mudança desta realidade.

Considerando que atender as pessoas com problemas de saúde mental é, de fato, uma tarefa complexa, a deficiência quantitativa de pessoal, capacitação e incentivo, prejudicam o desenvolvimento de ação integral pelas equipes da atenção primária.

Assim, contextualizar a depressão e o comportamento suicida, na perspectiva do paciente, torna-se relevante devido ao aumento da procura por atendimento por usuários, da rede de atendimento municipal e intersetorial e à inexistência de ações próprias da Atenção primária para a abordagem e cuidados adequados a essa clientela.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualização teórica: políticas públicas

O que difere políticas de políticas públicas são suas finalidades e objetivos, políticas tem significado amplo e diversificado já políticas públicas além de serem mais específicas tem origem recente se consideramos o incremento da intervenção estatal, via processo de modernização conservadora do Brasil a partir dos anos 30, em sintonia com as tendências mundiais após a crise capitalista de 1929, tendo em vista o enfrentamento de questões sociais resultantes do processo da 2º guerra mundial (BERING; BOCHETTI, 2008).

São diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado, nas três esferas de poder, federal, estadual e municipal (TEIXEIRA, 2002).

É a forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com o conhecimento empírico de modo a estabelecer o diálogo entre cientista sociais, grupos de interesse e governo (SOUZA, 2006).

Para Simões (2009, p. 279) “As políticas públicas distinguem-se entre as que regulam atividades econômicas de interesse público (estatais ou privadas) e as que implementam os direitos sociais”. Ambas são citadas nos artigos 21¹ a 24² da Constituição da República Federativa do Brasil de 1998 (BRASIL 2012). Com relação às econômicas de interesse público, o governo detém a prerrogativa de as planejar e formular, em decorrência de sua competência regulatória integral (art. 174) da Constituição, ainda segundo Simões (2009; 280).

São as instituídas, basicamente, no seu Título VII – Da ordem econômica e Financeira (art 170), vinculadas à valorização do trabalho humano, à justiça social, função social da propriedade, redução das desigualdades regionais e sociais e busca

¹ Art 21. Compete a união: IX - elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social;

² Art 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: I - direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico; II - orçamento; III - juntas comerciais; IV - custas dos serviços forenses; e V - produção e consumo.

de pleno emprego. Deve implementá-las como agente normativo e regulador, mediante concessões ou permissões públicas (art 175) ao setor privado (outorgas), com a função de fiscalizar, incentivar e planejar, sendo este determinante para o setor estatal (empresas estatais) e indicativo para o setor privado (concessionárias) (art. 174) por meio de planos nacionais e regionais de desenvolvimento”.

Já as políticas sociais são instituídas pelos conselhos e executadas pela Administração Pública, seus Ministérios e secretarias instituindo planos e programas, com a participação de entidades e organizações sociais, mediante convênios.

Dentre as políticas sociais temos: educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados entre outros e a saúde.

2.2 Política nacional de saúde

A política nacional de saúde efetivada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, foi avanço social significativo no Brasil, garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil, título VIII, seção II, artigos 196 a 200.

O artigo 198 da carta magna (BRASIL, 2002) dispõe:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

A organização da assistência à saúde no SUS, ocorre por meio de uma rede de serviços organizada por nível de complexidade: Atenção primária, Média e Alta complexidade. Os de média e alta complexidades são regionalizados, localizados em emergências, ambulatórios de especialidades e internações hospitalares (GÖTTEMS; PIRES, 2009).

A alta complexidade é considerada “um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e custo, cujo objetivo é propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-o aos demais níveis de atenção”. Já a média complexidade pode ser entendida como um conjunto de ações ambulatoriais e hospitalares, caracterizadas

pela especialização médica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, adensamento tecnológico e oferta.” (BRASIL, 2007).

2.3 Atenção primária

Historicamente, a denominação atenção primária à saúde foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde aparecendo pela primeira vez no chamado Relatório Dawson,³ em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano⁴ americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual (MATTA; MOROSINI, 2014).

No Brasil a Atenção Primária é descentralizada e municipalizada e a consolidação dos sistemas locais para Estratégia da Saúde da Família surgem como políticas setoriais que propiciam a superação de dificuldades. Inicialmente considerado um programa, o saúde da família passou à condição de estratégia para reorganizar a assistência, a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica⁵. (CONILL, 2002).

Para Starfield (2004), a Atenção Primária é a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, tendo como atribuição propiciar a atenção necessária para efetivação das necessidades individuais e coletiva, organizar os serviços de saúde em “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.

Tem caráter democrático, participativo, desenvolvida por equipe multiprofissional, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares ou técnicos de enfermagem e de higiene bucal, agente comunitários de saúde, em algumas situações assistente social e farmacêutico, esses dois últimos não fazem parte obrigatória da equipe mínima, as ações tem foco na família e territorialização. (Brasil 2006).

Essa modalidade de atendimento vem ganhando força de modo que as Unidades Básicas de Saúde – UBS, estão sendo substituídas pelas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF, o que demonstra a expansão do Programa Saúde da Família – PSF, criado pelo Ministério da Saúde em 1994 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

³ Relatório Dawson: Tem o crédito de ter proposto pela primeira vez.

⁴ Modelo flexneriano: perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento.

⁵ Estes termos são usados ora como sinônimos ora como contraposição.

O PSF, atua em área de abrangência delimitada, as ações se entendem para fora do espaço físico da unidade, abrangendo a comunidade, instituições e empresas pertencentes a mesma área de abrangência, possibilitando proximidade com a realidade local (BRASIL, 2001).

2.4 Saúde mental e atenção primária

O processo da reforma psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais. O foco fundamental deste movimento é a desinstitucionalização, redução do número de leitos, implementação de rede comunitária de serviços substitutivos. E para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes a implantação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2007).

Conforme Tanaka e Ribeiro (2009; p. 479) a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, publica o documento “Manual de saúde mental para trabalhadores da atenção primária”, no qual destaca a importância do aspecto emocional na atenção à saúde: “É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais” e ainda “as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços de atenção primária; pelo contrário, aumentam a efetividade desta”.

Ainda segundo os autores supramencionados em 2001, a OMS reforça esta orientação quando publica dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental, sendo a primeira: proporcionar tratamento na atenção primária, devido a potencialidade em identificar queixas relativas a saúde mental e ainda realizar a escuta qualificada, oferecendo tratamento ou encaminhando os pacientes para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde, via Declaração de Caracas, menciona que a atenção psiquiátrica convencional não é compatível com uma atenção comunitária, integral, descentralizada e participativa, impetra que a ressignificação da atenção psiquiátrica por meio da Atenção primária permite a promoção de modelos alternativos centrados nas comunidades e em suas redes sociais, em conformidade com os direitos humanos (BRASIL, 2002).

A Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS na busca pela sistematização e melhora da atenção em saúde mental, desenvolveu, a partir de 2001, uma série de documentos sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção primária. Com a indicação de três diretrizes para esta articulação: Apoio matricial de saúde mental às equipes da atenção primária; aumento da capacidade resolutiva das equipes; priorização da saúde

mental na formação das equipes da atenção primária e ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção primária (BRASIL, 2007).

Ainda é muito forte na atenção primária a centralização da saúde mental no médico, o que, demonstra a medicalização dos sintomas dos pacientes, contudo existe a reflexão sobre a necessidade de equipe interdisciplinar dentro das unidades de saúde da atenção primária. (BUCHELE; BORGES; COELHO 2006).

A estratégia de saúde da família está constantemente sendo revisada de forma que sua estrutura passe a adquirir um modelo que favoreça a clínica ampliada na atenção primária baseada nas singularidades do sujeito (ARCE; SOUZA e LIMA, 2011).

O apoio matricial do CAPS, NASF, educação permanente, grupos de estudo contribui para o empoderamento dos trabalhadores para o acolhimento, escuta qualificada, oficinas psicossociais, grupos operativos, construção de vínculos, participação em grupos terapêuticos, atividades de prevenção e promoção da saúde com foco nos determinantes sociais, ênfase na interação social, apoio à família e visitas domiciliares e práticas intersetoriais (GAMA; KODA 2008) e (CARDOSO; FÉRES; CARNEIRO 2008).

Chama atenção também a pouca vontade política dos gestores, caracterizada pela falta de serviços ou de profissionais de apoio às equipes da ESF, revelando baixo investimento político no fortalecimento da atenção primária. Falta de estrutura física material e de recursos humanos (REINALDO, 2008).

Os pacientes com depressão, tendo como desdobramento o comportamento suicida tem sido atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF, sem um protocolo de atendimento, o que gera o desencontro de informações, os mesmos chegam por procura espontânea, encaminhamentos e/ou notificações.

3 Depressão e comportamento suicida

Segundo Baptista, Baptista e Dias (2006) a depressão pode ser considerada um dos principais transtornos de nossa época, cuja causa específica não pode ser atribuída a um único fator, pois como a maioria dos problemas humanos, é mais adequado, falar em multifatores que se interrelacionam e geram, como respostas, alguns comportamentos que o indivíduo apresenta em seu meio.

Zorzetto (1999) menciona a depressão na psiquiatria, sua utilização com vários significados, devido à perda de seu valor semântico original, o termo depressão passou a ser associado às reações emocionais de sofrimento, perda e pesar oriundos de situações adversas,

já a depressão clínica é um transtorno mental, que difere das reações normais diante das adversidades. A depressão devido a gravidade e o custo para cada indivíduo e sociedade, precisa ser diagnosticada corretamente, apresenta vários sintomas, semelhantes e mutáveis ao longo do tempo e, ao mesmo tempo individual.

Silva, Furegato e Junior, (2003), com base em relatórios da Organização Mundial de Saúde, têm destacado a depressão como uma das formas mais comuns de transtorno afetivo, sendo uma das doenças com maior frequência na atenção primária, com cerca de 10% de todas as novas consultas.

Ainda segundo os autores citados, a depressão atinge a população em geral, sendo altamente incapacitante, afetando de forma decisiva e intensa a vida pessoal, profissional, social e econômica, sendo comum que pessoas sofram em silêncio, devido à ausência de atendimento ou diagnóstico correto, ou devido a sintomas como falta de energia, insegurança, indecisão e culpabilidade. É considerada fator de risco para outras enfermidades, já que pode se apresentar acompanhada por outras queixas como: dor de cabeça persistente, dispepsia, falta de apetite, constipação, gosto ruim na boca.

Dentre seus desdobramentos bipolaridade, síndrome do pânico, esquizofrenia está o comportamento suicida, “estima-se que aconteçam em todo o mundo um milhão de mortes por ano decorrentes do suicídio, o que equivalente a uma morte a cada 40 segundos.” (CHIAVERINI, 2011, p. 130).

Dados da Organização Mundial de Saúde informam que para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas. E ainda 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a tentativas de suicídio, estimando-se que chegará a 2,4% em 2020. Há perspectiva de um país populoso, como o Brasil, já entre os dez maiores em número de suicídios que entre as pessoas gravemente deprimidas 15% se suicidam (BRASIL, 2006).

Para Fráguas e Figueiró (2005) existe discordância em torno do termo mais indicado para definir tentativa de suicídio. Algumas publicações consideram suicídio e tentativa de suicídio sob a denominação: comportamento suicida, entendido como o ato de causar lesão a si mesmo, independente do nível da lesão e de conhecimento da motivação do ato, ou seja pode se conceber por comportamento suicida pensamentos de autodestruição, gestos e tentativas de suicídio.

Ainda segundo Souza (2010) o suicídio ocorre com mais frequência nos períodos de crises socioeconômicas, familiares e individuais, por exemplo, a perda de relacionamento afetivo, tendo também como influência o meio cultural.

Alguns eventos da vida são relacionados à tentativa de suicídio, como brigas, problemas de relacionamentos, amorosos e familiares, morte de ente querido, separação ou abandono, perdas financeiras, gravidez indesejada, aborto e inconstância religiosa. Porém o fator de risco mais significativo encontrado nos casos de tentativas de suicídio e descrito na literatura é a presença de transtorno mental. A depressão, os transtornos de personalidade e o abuso de álcool são os mais comuns. (RIBEIRO, 2006, p. 6).

Consta da mesma fonte que os números de registros referentes a tentativas são em menor quantidade e menos confiáveis do que os registros que confirmam o transtorno mental.

Dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde indicam o suicídio, como uma dentre três causas de mortalidade violenta, com crescimento na última década, de 24,3% no Estado de Mato Grosso do Sul – MS, colocando o Estado em 3º lugar em número de suicídios (WAISELFISZ, 2014).

Cabe ressaltar que conforme a referência supramencionada os dados informam casos, cujo comportamento suicida teve êxito na tentativa.

3.1 Contexto familiar e social

A família historicamente foi excluída do tratamento proporcionado às pessoas com transtorno mental, pois a localização dos hospitais psiquiátricos era distante, o que dificultava o acesso dos familiares. Havia ainda, o entendimento de que a família era a produtora da doença, uma vez que o membro que adoecia era considerado, como aquele que carregava todas as mazelas da família e que deveria ser afastado daqueles considerados responsáveis pela sua doença. Desta forma, à família encaminhava o doente à instituição psiquiátrica para que fosse tratado por profissionais habilitados (MORENO; ALENCASTE 2003).

Ainda segundo os autores supramencionados, esta análise da família e das instituições de tratamento esteve presente na relação de pessoas com transtorno mental até aproximadamente 1980, quando surgem novas possibilidades referentes ao papel e ao relacionamento da família com o portador de transtorno mental. Esse contexto ocorre em face das novas políticas na área da saúde mental, consequência do movimento da reforma psiquiátrica que acontece no Brasil.

Para Silva e Azevedo (2011) esse contexto ocorre em face das novas políticas na área da saúde mental, iniciadas em 1970 sob influência internacional de reversão efetiva do modelo hospitocêntrico. O movimento ganhou legitimidade devido a críticas de psiquiatras e à conduta médica objetivando a desinstitucionalização, ou seja, a desconstrução do manicômio

e de todos os paradigmas que o permeavam, sendo adotado no Brasil com a transição dos espaços de tratamento da instituição coercitiva e restritiva para serviços comunitários de atenção à saúde.

Zanetti e Galera, (2007) diante dos avanços o modelo de assistência em saúde mental, incluem a participação da sociedade, o trabalho em equipe e a inclusão da família no cuidado à pessoa com transtorno mental. A família, portanto, é considerada como parte indispensável para a efetividade do atendimento por ser considerada um grupo com potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes.

Para Fonseca, (2006) as políticas públicas sociais concebem vários conceitos de família, seja de ordem jurídica, religiosa, ou embasamentos psicossociais, neles observamos semelhanças e descompasso de conceitos, contudo a que se considerar que a cada novo conceito, está expresso o que de fato a família em sua dinâmica contribuiu para formação do indivíduo.

Conforme Gomes e Pereira (2003, p. 358) pode-se considerar a família: *“um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa trama de emoções.”* sendo a primeira unidade responsável pelo cuidado e o grupo primário, sendo a responsável pela base material e afetiva e considerada como modelo de referência.

A família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o núcleo da sua sobrevivência material e espiritual, o instrumento através do qual viabilizam seu modo de vida, mas é o próprio substrato de sua identidade social. Sua importância não é funcional, seu valor não é meramente instrumental, mas se refere à sua identidade de ser social e constitui o parâmetro simbólico que estrutura sua explicação do mundo. (SARTI, 2007, p 52).

Segundo a mesma autora, a família tem sido, e será a influência mais poderosa para o desenvolvimento da personalidade e do caráter das pessoas. A família faz parte do mundo de experiências reais ou simbólicas dos indivíduos. Esta proximidade com a realidade defronta as pessoas com suas próprias questões familiares toca em assuntos particularmente próximos à experiência pessoal de cada um e, por isso, são assuntos cheios de significados afetivos, além dos cognitivos. Família remete a lembranças, emoções, sentimentos, identidade, afeto, desafeto, enfim, um significado único para cada um.

Segundo Petrini (2003, p. 60), *“a família encontra novas formas de estruturação que, de alguma maneira, a reconstituem, sendo reconhecida como estrutura básica permanente da experiência humana”*. É no núcleo familiar que são estabelecidos os vínculos e dessa vivência que o indivíduo forma-se para atuar nas questões objetivas como nas subjetivas, o sentir-se

bem protegido na sociedade depende consideravelmente também da dinâmica familiar presenciada.

De acordo com Pereira e Barcellos (2006) para se compreender as questões das famílias no território a Estratégia de Saúde da Família, considera três eixos: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas, cujo estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência, se faz necessária.

3.2 Territorialização e atenção primária

Conforme Santos e Silveira (2006) por território entende-se a extensão apropriada e usada. Assim, essa idéia de territorialidade se estende aos próprios animais, como sinônimo de área de vivência e de reprodução. Mas a territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que os seres vivos, é privilégio do homem.

Em um sentido mais restrito, o território é um nome político para o espaço de um país, ou seja, a existência de um país supõe um território. Pode-se falar, portanto, de territorialidade sem Estado, mas não de Estado sem território.

Ainda segundo os autores anteriormente citados, esse espaço territorial está sujeito a transformações sucessivas. O uso do território pode ser definido pela implantação de infraestrutura e pelo dinamismo da economia e da sociedade.

Diante de tais fatos se faz necessário ações voltadas para o empoderamento e fortalecimento das famílias com mais participação, protagonismo dos cidadãos, equidade social, sensibilização para ações de prevenção, promoção da saúde e sustentabilidade ambiental, a partir de ações locais tal fato conclama a adoção de parcerias para mobilizar os recursos locais que são a parte mais importante desse processo tais recursos são denominados capital humano que são as pessoas com habilidades e competências; e capital social, que são as pessoas organizadas e articuladas. Desta forma entende-se que o progresso de uma região por meio do trabalho nela desenvolvido se deve também ao desenvolvimento endógeno.

O Relatório de Desenvolvimento Humano Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, 1996, confirma que território é um espaço socialmente organizado composto de espaço e fluxos, lugares e pessoas interagindo. Representa uma identidade histórica e cultural. São fluxos econômicos, sociais, culturais, institucionais, políticos,

humanos. São atores com capacidade, organizados que fazem acordos, planos, projetos em grupo, na busca de construir um futuro melhor.

Como coloca Zapata, (2000, p. 28) “*o desenvolvimento territorial é uma estratégia para mudar a situação de adversidade, é um movimento para ação, mobiliza as pessoas, os técnicos, os agentes produtivos e as instituições*”.

Assim proporciona o acesso aos cuidados, dando sentido ao trabalho desenvolvido, torna as pessoas protagonistas e sujeitos da sua história, estimula a solidariedade e o espírito de cooperação e um campo de constante aprendizado, sendo a participação da sociedade fundamental para efetivação do território como espaço de cidadania.

A participação dos diferentes atores sociais na discussão dos problemas locais colabora para o processo de construção da identidade social do território. A participação da sociedade favorece o controle social e para que ocorra o desenvolvimento territorial endógeno se faz necessário à formação de equipes locais, como agentes e facilitadores do processo, para o fomento do desenvolvimento (FRANCISCO; ALMEIDA, 2007).

A estratégia de saúde da família propõe a reversão do modelo de atenção em saúde, tradicional centrado na cura para assumir como foco a família no seu território. Sendo assim, a necessidade de inserir questões de saúde mental na ESF se evidencia diariamente nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de pacientes com sofrimento psíquico nas unidades de saúde da família é frequente e as queixas são as mais variadas. (COIMBRA *et al*, 2011, p.54)

Segundo a mesma fonte, avaliação do cuidado em saúde mental pelo usuário é importante para construção de uma assistência integral, e o foco na satisfação de quem recebe o serviço é imprescindível como objeto de investigação, pois o usuário é quem melhor está apto a julgar seu próprio bem estar e o cuidado a ele prestado, podendo ser um grande colaborador.

Por vezes, a falta de recurso de pessoal e a falta de capacitação prejudicam o desenvolvimento de ações integrais pelas equipes, considerando que atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa. Com o objetivo de discutir a inclusão da saúde mental na atenção básica, visando o aperfeiçoamento deste serviço a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem promovido encontros para discussão do assunto.

Segundo documentos Ministério da Saúde (2003), a partir dos subsídios produzidos, a Coordenação Geral de Saúde Mental, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propôs: Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica, ou

seja, um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local.

Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

Segundo Chiaverini (2011) houve grandes ganhos em saúde, em parte como resultado de melhorias em renda, educação, nutrição, higiene, abastecimento de água, saneamento e habitação. Embora esses ganhos sejam resultado de novos conhecimentos sobre causas, prevenção e tratamento de doenças e a introdução de políticas interventivas acessíveis, possibilitando mudanças estruturais assim como ações individuais, observa-se demanda crescente, no que se refere principalmente aos transtornos mentais, e dificuldade de acessar os serviços, devido a poucas unidades especializadas de atendimento em saúde mental levando a demanda para saúde da família.

4 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O discurso do sujeito coletivo (DSC) de autoria de Lèfrevre e Lèfrevre, utilizado desde o fim 1990, tem como fundamentação a teoria das representações sociais. Sendo utilizado com frequência em pesquisas de opinião, de representação social, tendo como subsídio: depoimentos individuais, discussões em grupo artigos de revistas e jornais entre outros.

O método do discurso do sujeito coletivo se caracteriza pela utilização da primeira pessoa do singular para expressar uma opinião coletiva ou socialmente partilhada dando origem a uma produção empírica, sendo denominada de primeira pessoa coletiva do singular, expondo o que pensam a coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

O DSC considera tanto as ideias que aparecem com mais frequência como aqueles com incidência menor, reproduz a fala do sujeito juntando uma a uma, retirando de cada fala os resultados compatíveis com a opinião individual, atribui um sentido a cada resposta e agrupa em uma categoria.

Este método reproduz a fala do coletivo em uma fala única, também denominada do eu ampliado pelos seus autores que utilizam como figuras metodológicas: expressões-chave, ideias centrais e o DSC. Expressões-chave são partes ou trechos do discurso, cuja essência do conteúdo é mantida. As ideias centrais diferenciam-se das expressões-chave, porque de forma mais sintética e precisa referem-se ao assunto que o entrevistado quis dizer, enquanto as expressões-chave descrevem como foi dito. O DSC consiste na elaboração construída a partir de expressões-chave do relato de vários participantes, mas que se referem a uma mesma idéia central.

Conforme Lèfrevre e Lèfrevre (2010), o DSC se inicia com a pesquisa qualitativa, pois para pesquisar corretamente a opinião coletiva é preciso, antes, entender que a opinião não pode deixar de ser vista e coletada como uma qualidade, obtida via uma pergunta aberta que dá origem a emissão de um depoimento; assim, as opiniões devem ser qualificadas, ou seja, descritas.

Segundo Minayo (1999), a pesquisa qualitativa é uma abordagem largamente utilizada no universo das ciências sociais, quando a opção é trabalhar principalmente com representações sociais, que podem ser entendidas como visão de mundo. Busca uma explicação da realidade via abordagem qualitativa corresponde compreendê-la a partir da revelação dos desenhos mentais dos sujeitos-objeto da investigação. Interessa, pois, nessa abordagem apreender as percepções comuns e incomuns presentes na subjetividade das pessoas envolvidas na pesquisa, notadamente na condição de objeto-sujeito. E a relação entre

qualitativo e quantitativo não pode ser pensada como oposição contraditória. Assim, o estudo quantitativo gera questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice e versa.

Lèfevre e Lèfevre (2010), expressam que não há mais a (falsa) oposição entre o qualitativo e quantitativo: trata se de um método essencialmente quali quantitativo, já que, em todos os momentos da pesquisa, do começo ao fim, fica preservada a natureza essencialmente discursiva e qualitativa da opinião ou representação e, inseparável dela, a dimensão quantitativa, associada à representatividade e generalidade dos resultados.

5 OBJETIVO

5.1 Objetivo geral

Contextualizar a depressão e o comportamento suicida de usuários da atenção primária.

5.2 Objetivos específicos

Para alcance dos objetivos qual foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) proceder à caracterização do comportamento suicida de usuários da atenção primária e
- b) descrever a percepção desses usuários sobre os serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde da Família.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de pesquisa descritiva, qualitativa, realizada no município de Campo Grande, com usuários depressivos com comportamento suicida, atendidos nas UBSF, cuja cobertura em campo grande é de 38 unidades o que corresponde a 39% de cobertura.

6.2 Fontes de dados e critérios de inclusão/exclusão

Foi realizado levantamento de dados secundários junto ao Núcleo de Prevenção às Violências- Individual, Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências – NPV, da Secretária Municipal de Saúde (SESAU), por meio da planilha de violência mensal do núcleo supramencionado, que deu o indicativo de 25 casos de tentativa de suicídio nas UBSF no Distrito Leste: Maria Aparecida Pedrossian; Distrito Oeste: Tarumã, Zé Pereira e Portal Caiobá; Distrito Norte: Estrela Dalva e Nova Lima e Distrito Sul: Alves Pereira, Parque do Sol e Los Angeles.

Os casos notificados e disponibilizados pelo NPV, conforme supramencionado totalizaram 25 casos de tentativa de suicídio, todos convidados a participar da pesquisa, contudo na ocasião das visitas domiciliares para efetivação do convite ocorreu situações tais como óbito, internações em hospital psiquiátrico, mudança de endereço, reclusão de liberdade, desistência, recusa e simulação da tentativa de suicídio.

Foram incluídos como participantes da pesquisa nove pessoas notificadas pelo referido núcleo com indicativo de tentativa de suicídio, sendo excluídos menores de idade, pessoas interditadas judicialmente e aquelas que tinham dificuldade para entender ou responder às perguntas, apenas uma exclusão aconteceu por dificuldade de entendimento.

Trata-se de amostragem por conveniência, sendo realizada uma entrevista com um usuário de cada distrito, em sistema de rodízio, até atingir a compreensão do fenômeno estudado.

6.3 Coleta dos dados

O instrumento elaborado para este estudo foi submetido a pré-teste visando à análise de sua adequação para alcance dos objetivos estabelecidos.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, cujo roteiro encontra-se no apêndice A.

Antes da aplicação da entrevista, os participantes convidados e que aceitaram ser incluídos como sujeitos, foram informados sobre a pesquisa, objetivos, metodologia, inexistência de risco, benefícios, a razão de sua escolha como participante e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com escrita acessível.

Após as informações e a concordância em participar da pesquisa foi solicitado a assinatura do TCLE, em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com entrevistador, apêndice B.

Cabe ressaltar que foi acordado termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projetos de pesquisa, junto a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

A entrevista foi realizada, conforme preferência do participante desde que mantido a privacidade os sujeitos (3; 5; 8 e 9) optaram pela realização na residência já os sujeitos (1; 2; 4; 5; 6 e 7) e nas respectivas Unidade Básica de Saúde da Família em espaço reservado, sem interferência de terceiros, todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, sendo mantida a confidencialidade das informações.

6.4 Organização e análise dos dados

Na sequência após a transcrição foram identificadas as expressões-chave e as ideias centrais correspondentes. Em seguida foram agrupadas as expressões-chave referentes às ideias centrais da mesma natureza presente em cada um dos relatos, elaborando-se o discurso do sujeito coletivo referente às mesmas (LEFÉVRE; LEFÉFRE, 2003).

6.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFMS, processo nº 088896/2013, sendo submetido 07/12/2013 e aprovado em 28/02/2014, número: CAAE 23775713.8.0000.002. Consta no anexo A.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Caracterização dos sujeitos

Com objetivo de caracterizar o grupo estudado foi elaborada uma síntese com informações sobre sexo, faixa etária, renda familiar e escolaridade.

Tabela 1 – Distribuição das características dos sujeitos segundo sexo, faixa etária, renda familiar e tempo de estudo

Variáveis	Distrito Sanitário	DN	DS	DL	DO	Total
Sexo						
Masculino		-	-	-	1	1
Feminino		2	3	1	2	8
Faixa etária						
18-30		-	2	1	1	4
31-40		-	1	-	1	2
41-50		-	-	-	-	-
51-60		1	-	-	1	2
61 e mais		1	-	-	-	1
Renda familiar (em salários mínimos)						
1-2		2	3	-	2	7
3-4		-	-	1	1	2
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto		2	2	-	1	5
Ensino fundamental completo		-	1	-	-	1
Ensino médio incompleto		-	-	-	-	-
Ensino médio completo		-	-	-	-	-
Ensino superior incompleto		-	-	-	2	2
Ensino superior completo		-	-	1	-	1

Legenda: DN – Distrito Sanitário Norte; DS – Distrito Sanitário Sul; DL - Distrito Sanitário Leste; DO - Distrito Sanitário Oeste

7.2 Caracterização do comportamento suicida

Quando solicitados a exporem sobre a situação do comportamento suicida os sujeitos verbalizaram conteúdos referentes a três ideias centrais: antecedentes familiares; antecedentes pessoais e questões espirituais.

7.2.1 Antecedentes familiares

A depressão pode ser influenciada, na sua etiologia e manutenção, por fatores biológicos, genéticos, psicológicos e sociais. No que se refere aos aspectos sociais, há destaque para as influências na relação entre o suporte familiar (BATISTA, 2006).

Minayo (1998), ao refletir sobre o suicídio enquanto questão sociológica, menciona que muitos consideram um acontecimento pessoal, determinado por fatores psicológicos ou orgânicos individuais, ou fatores psicológicos e predisposição genética. Nas ciências sociais é discutido o papel do sujeito, dos significados e das intencionalidades como parte que integra o fato e o ato social, ou seja, cada especialidade reforça o seu entendimento, porém os fatos mostram que a autodestruição é resultado de vários fatores de origem histórica, cultural, e individual, podendo ser entendida como uma síntese biopsicossocial de fatores internos e externos.

O suicídio é um fenômeno que não depende de uma única causa. Há uma combinação de fatores – biológicos, psicológicos e sociais. Entre as principais causas psiquiátricas preveníveis está a depressão, transtorno bipolar, a esquizofrenia e o alcoolismo. Indivíduos com dois transtornos mentais tem um risco de tentar o suicídio 3,5 vezes mais alto do que aqueles que não tem nenhum transtorno. Embora os transtornos mentais estejam associados a mais de 90% de todos os casos de suicídio, o suicídio pode ser resultado de muitos fatores culturais e sociais muito complexos (SOUZA, 2010, p. 6).

O estudo sobre a questão incitou o questionamento sobre a patologia na percepção do paciente, cuja ideia central extraída das respostas dos participantes, com base no questionamento: Gostaria de saber sobre a situação, tentativa de suicídio pela qual você passou?

Os sujeitos (S2, S6, S7 e S9) expõem que o comportamento suicida está relacionado com a consanguinidade devido a casamentos entre primos e fatores hereditários oriundos de seus genitores.

“Meu pai e minha mãe eram primos de 1º grau acho que é por isso que sou doente, Teve um período que minha mãe ficava assim igual eu. A família toda tem história, tanto da parte da minha mãe como do meu pai, meu filho tentou suicídio, minha filha também, ele não tem vontade de conversar, só que ficar deitado, sempre foi muito calado. Meu ex-esposo tem depressão, mas não assumi, nós somos primos. Na nossa família tem muita gente com depressão do lado dele já morreu três enforcado no quintal, drogas com remédio e bebida. Tenho parente com problema de cabeça internados, minha mãe conseguiu os exames e eu não tenho problema de cabeça”.

Diante do exposto a que se especificar que o parentesco se divide em consanguíneo, estabelecido mediante um ancestral e por afinidade, oriundo do casamento e outras relações sociais. Em caso de parentesco por consanguinidade existem os de linha reta pessoas que estão umas para com as outras na relação de ascendentes e descendentes: filho, neto, bisneto e assim por diante e os parentes, em linha colateral, ou transversal, até o quarto grau, pessoas com origem de um só tronco, sem descenderem umas das outras: tios, sobrinhos, primos entre outros (BRASIL, 2014).

Rassi e Nardi (2006), destacam que presença de histórico familiar aumenta consideravelmente o risco de desenvolvimento de depressão em até 46,1%.

Conforme Beltrão, Silva e Alves (2006). Essa doença não tem origem em um único fator, várias causas: psicológicas, biológicas, sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outras fazem com que a depressão se manifeste, existem ainda situações que a pessoa e acometida por mais de uma causa, ou seja, o indivíduo pode sofrer influencia separadamente ou sinergicamente, com destaque para pessoas cujos parentes próximos sofreram de depressão serem mais propensas a desenvolvê-la.

A investigação biológica responsável por elucidar os supostos desvios dos mecanismos bioquímicos, dispõe de uma plena autonomia, do ponto de vista metodológico, em relação a esses diagnósticos, contudo, para os estudiosos do comportamento humano a questão é outra, pois a lógica que rege o meio linguístico e o conceitual que explica os “transtornos e os distúrbios que observa baseia-se nos indícios sensoriais dos fracassos do sujeito no desempenho de função relativas a seu cotidiano” (DELOUYA, 2001, p 27).

Outras pesquisas destacam a influência dos antecedentes pessoais psiquiátricos, assim como estudos antropológicos mostram que os mesmos fenômenos são vivenciados de formas diferentes conforme a cultura (SILVA, 2008).

Os pacientes com depressão seguida de ideação suicida, podem apresentar características clínicas diferentes com uma indicação maior para os casos de transtorno depressivo maior (NIERENBERG, 2008).

A depressão com tratamento adequado e eficaz, regride, contudo existem fatores que impossibilitam a intervenção: a história do indivíduo, fatores hereditários e aspectos como sexo e idade, podendo também estar incluso o desemprego e as dificuldades financeiras, todos são fatores de difícil transformação, a curto prazo (PARENTE, 2007).

A contribuição de diversos fatores biopsicossociais para a depressão confirmadas por pesquisa sugere que a incapacidade física e desajuste emocional dependem menos de fatores biológicos do que psicossociais. Essas indicações sugerem que alterações biológicas, estado psicológico e contexto social, tem papéis distintos, e os estudos baseados nesta perspectiva têm demonstrado que incapacidade física e desajuste emocional não é apenas uma função de fatores biológicos (SARDÁ JÚNIOR, 2012).

Conforme Damásio (2007, p. 109 e 172) “os processos da emoção e dos sentimentos fazem parte integrante da maquinaria neural para a regulação biológica, cujo cerne é constituído por controles homeostáticos, impulsos e instintos”. Sendo a diferença entre sentimento e emoção balizada pela razão de que apesar de alguns sentimentos estarem relacionados com as emoções, existem muitos que não tem essa relação, todas as emoções originam sentimentos, se estiver esperto e atento, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções. Segundo James William *apud* Damásio (2007, p. 158): A cerca da natureza das emoções e sentimentos expõe:

Se imaginarmos uma emoção forte e depois tentarmos abstrair da consciência que temos dela todos os sentimentos dos seus sintomas corporais, veremos que nada resta, nenhum “substrato mental” com que constituir a emoção, e que tudo o que fica é um estado frio e neutro de percepção intelectual. É muito difícil senão impossível, pensar que espécie de emoção de medo restaria se não se verificasse a sensação, de aceleração do ritmo cardíaco, de respiração suspensa, de tremura dos lábios e de pernas enfraquecidas, de pele arrepiada e de aperto no estômago.

Assoun, 2012 expõe a patologia social segundo Émile Durkheim, suas considerações sobre a “norma social”, assegurada mediante o autocontrole, sendo um efeito regulador do comportamento individual, a anomia expressa a ausência desse equilíbrio, momento crítico no interior da relação do indivíduo com a totalidade social, passagem de uma forma mecânica para uma orgânica.

7.2.2 Antecedentes pessoais

Em antecedentes pessoais, embora não houvesse a pergunta sobre trauma ou violência três (S5; S7 e S8) dentre quatro participantes destacaram o histórico de abuso sexual e todos (S1; S5; S8 e S7), mencionaram aspectos relacionados à sua própria história de vida, com destaque para o conflito familiar. Conforme segue no artigo logo abaixo:

O comportamento suicida refere-se ao estado em que o indivíduo passou pelo processo de ideação e intenção e já realizou uma ou mais tentativas de suicídio. É o ato de causar lesão a si mesmo, independentemente do nível da lesão e da motivação. Pode se conceber por comportamento suicida pensamentos de autodestruição, e atitudes de auto-agressão capaz de levar a morte ¹.

Dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, do Ministério da Saúde indicam o suicídio dentre três principais causas de mortalidade violenta.

O Brasil está entre os dez maiores em número de suicídios sendo que entre as pessoas que tentam o suicídio, 15% apresentam quadro de depressão (BRASIL, 2006) ³.

A depressão é uma das principais causas de incapacitação, ocupando o quarto lugar entre as dez principais doenças em nível mundial, com a possibilidade de se tornar a segunda causa de doença em todo o mundo, tendo como um de seus desdobramentos o comportamento suicida, ou seja, pessoas que já passaram pelo processo de ideação e intenção ⁴.

Ainda segundo o SIM com crescimento na última década, de 24,3% no Estado de Mato Grosso do Sul – MS, colocando o Estado em 3º lugar em número de suicídios ².

O processo de atendimento aos casos de saúde mental tem ocorrido em uma ordem inversa, pois os serviços oferecidos pelos centros especializados são deslocados para as unidades básicas de saúde da família, devido à oferta de atendimentos não suprir a demanda existente e em constante aumento. Outra característica observada na atenção especializada é a alta rotatividade de profissionais, e a deficiência quantitativa de pessoal, o que fortalece a busca de atendimento na atenção primária.

Proceder à caracterização do comportamento suicida em usuários da atenção primária torna-se relevante devido ao aumento da procura por usuários pelo atendimento e a solicitação da rede, às dificuldades da atenção especializada e à inexistência de ações próprias da atenção primária para a abordagem e cuidados adequados a essa clientela.

De modo geral, os pacientes com comportamento suicida tem histórico de negligências tais como privação de alimentos, roupas, abrigo, castigo físico entre outros traumas na

infância e adolescência, há destaque para o abuso sexual. Apesar da importância o tema é relativamente pouco estudado e sua expressão para os profissionais da saúde é identificada como de difícil abordagem devido ao envolvimento das questões subjetivas.

As diversas manifestações dos transtornos mentais têm sido relacionadas a situações traumáticas vivenciadas na infância com base no tipo negligência, duração e o vínculo existente com o agressor⁵.

A situação de violação de direitos na infância na maioria das situações ocorre dentro do núcleo familiar, contudo a família extensa, ou ampliada⁶, aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade, nessas situações aparece como elo mais forte proporcionando acolhimento, minimizando os danos e possibilitando reabilitação. Por isso considera-se a necessidade de um trabalho que integre o paciente e sua família, a comunidade em todo seu contexto social^{7,8}.

Diante deste quadro está presente a família como a primeira unidade responsável pelo cuidado, grupo primário, sendo a responsável pela base material e afetiva, considerada modelo de referência⁹.

Nessa compreensão, verificou-se a necessidade em estimular, a expansão, e formulação da atenção básica, de forma que diretrizes incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas de saúde mental, para além da compreensão dos fatores orgânicos¹⁰.

As ações de saúde mental na atenção primária devem obedecer ao modelo de rede de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas que busquem o estabelecimento de vínculo. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica, cuja responsabilidade compartilhada exclua a lógica do encaminhamento e a ampliação da clínica na equipe signifique o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica¹¹.

Diante desses elementos e da magnitude da questão sobre o comportamento suicida em paciente com histórico de abuso sexual o objetivo desse estudo foi caracterizar o comportamento suicida através da análise de discurso do paciente.

Metodologia

Realizou-se pesquisa, qualitativa¹², na atenção primária do município de Campo Grande, MS, sobre comportamento suicida, cujo os pacientes entrevistados deram o indicativo de histórico de abuso sexual.

O levantamento de dados secundários foi realizado junto ao Núcleo de Prevenção às Violências- Individual, Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências - NPV, da Secretária Municipal de Saúde (SESAU), por meio da planilha de violência mensal do núcleo supramencionado, que deu o indicativo de 25 casos de tentativa de suicídio sendo: oito Distrito Sul; dois do Distrito Oeste; seis do Distrito Leste e nove Distrito Norte. Os casos notificados e disponibilizados em outubro de 2013 pelo NPV, conforme supramencionado totalizaram 25 casos de tentativa de suicídio, dentre estes um foi descartado por se tratar de pré-teste.

Para coleta dos dados primários todos os pacientes indicados na planilha do NPV, foram convidados a participar da pesquisa, contudo na ocasião das visitas domiciliares para efetivação do convite nos deparamos com situações tais como óbito, internações em hospital psiquiátrico, mudança de endereço, reclusão de liberdade, recusa, desistência e simulação da tentativa de suicídio, menores de idade, pessoas interditadas judicialmente e aquelas que tinham dificuldade para entender ou responder às perguntas. Dentre os 25 pacientes, 16 foram excluídos do estudo por conta das situações supramencionadas.

Segue o instrumento utilizado na pesquisa.

Roteiro de entrevista

Identificação

Sexo:

Faixa etária:

Renda Familiar:

Tempo de estudo:

Questionário

1. Gostaria de saber sobre a situação, tentativa de suicídio pela qual você passou?
2. O atendimento da UBSF a pacientes com tentativa de suicídio como é?
3. Tem sugestões para o atendimento?

O roteiro de entrevista estabeleceu a identificação dos participantes incluindo sexo, idade, tempo de estudo e renda familiar, tendo como intenção saber sobre a situação, tentativa de suicídio por qual o paciente passou, este questionamento indicou três ideias centrais: questões espirituais, antecedentes familiares, antecedentes pessoais. No entanto neste estudo focou-se somente na ideia central relativa aos antecedentes pessoais, que foram

os maus tratos na infância com destaque para o abuso sexual relatado por um terço dos participantes.

Dentre as perguntas que compõem o questionário, somente a primeira foi utilizada para aprofundamento deste estudo.

A amostragem se deu por conveniência, sendo realizada ao menos uma entrevista semi-estruturada em cada distrito, em sistema de rodízio, até atingir a compreensão do fenômeno estudado, sendo incluídos como participantes da pesquisa nove pessoas, três do Distrito Sul, três Distrito Oeste, um Distrito Leste e dois do Distrito Norte.

As entrevistas foram realizadas, conforme preferência do participante desde que mantido a privacidade dos sujeitos: três optaram pela realização na residência e os demais nas respectivas Unidades Básicas de Saúde da Família. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, sendo mantida a confidencialidade das informações.

Após a transcrição foram identificadas as expressões-chave em cada entrevista e a ideia central (antecedentes pessoais) correspondente ao discurso do sujeito coletivo^{13, 14, 15}.

Antes da aplicação da entrevista, os participantes convidados e que aceitaram ser incluídos como sujeitos, foram informados sobre a pesquisa, objetivos, metodologia, inexistência de risco, benefícios, a razão de sua escolha como participante. Após as informações e a concordância em participar da pesquisa foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe ressaltar que foi acordado termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projetos de pesquisa, junto a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e emitida autorização da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande – MS.

A pesquisa não oferece risco aos participantes no que se refere aos benefícios atende a Resolução 466 (2012, p. 7) V.2¹⁶. “São admissíveis pesquisas cujos benefícios de seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFMS, processo nº 088896/2013, sendo submetido 07/12/2013 e aprovado em 28/02/2014, número: CAAE 23775713.8.0000.002.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com nove pacientes sendo oito mulheres, destas três na faixa etária entre 18 e 30 anos; duas pacientes de 31 a 40 anos; uma com 51 anos e duas com mais de 61 anos, e um paciente do sexo masculino com 19 anos. Observa-se que o ponto crítico está na faixa etária entre 18 e 30 anos, por conter quatro pacientes nesta faixa etária com indicativo de depressão seguida do comportamento suicida.

No que se refere a renda familiar dos nove entrevistados, sete relataram ter renda familiar de um a dois salários mínimos os outros dois pacientes de dois a três salários mínimos. Em relação a escolaridade cinco tem o Ensino fundamental incompleto; um Ensino fundamental completo; dois superior incompleto e um com ensino superior completo.

Comportamento suicida e abuso sexual

O estudo sobre a questão incitou o questionamento sobre a patologia na percepção do paciente, cuja ideia central extraída das respostas dos participantes, com base no questionamento: Gostaria de saber sobre a situação, tentativa de suicídio pela qual você passou? Demonstrou com destaque antecedentes pessoais.

Em antecedentes pessoais, embora não houvesse a pergunta sobre trauma ou violência três (S5; S7 e S8) dentre quatro participantes destacaram o histórico de abuso sexual e todos (S1; S5; S8 e S7), mencionaram aspectos relacionados à sua própria história de vida, com destaque para o conflito familiar.

A pesquisa revelou que um terço dos entrevistados, cujo histórico é de comportamento suicida, foram vítimas de abuso sexual, na infância.

“Começou quando eu nasci minha mãe sofreu muito no parto. Meu irmão abusava de mim quando eu tinha 5 anos, eu lembro como se fosse hoje eu me lavando numa bacia de alumínio eu tinha nojo de mim ficava ali tentando me limpar. Com 09 anos eu tentei, tomei um óleo minha mãe falava que era veneno não podia mexer, quando era adolescente foi com medicamento, depois de casada toda vez que eu ia ao médico ficava prestando atenção como as pessoas tinham feito, porque eu queria um jeito que eu e as crianças não sofresse, fosse rápido porque eu não queria dar trabalho pra ninguém agora que eu quero viver tô com problema de saúde, Deus não quer que eu viva, quero cuidar da minha netinha que foi abusada, a mãe dela batia nela pra ir pra escola, tentou suicídio depois que soube. Meus pais brigavam muito me sentia culpada, é coisa lá de trás, é tanto problema, eu fui abusada é por

isso que eu quero preciso, meu pai já me pediu perdão mas....(silêncio lágrimas) eu sei quanto mau ele me fez, eu acho que tem que ser isso porque eu tenho tudo pra ser feliz, eu tento porque sei que depende de mim, mas não consigo, o que mudou um pouco foi quando ouvi o coração dela, tava fraquinho (gestante 7 meses) minha situação tava atingindo ela”

Traumas ocorridos na infância

Os discursos refletem em consenso trauma ocorrido na infância ora da própria pessoa ora em familiar, os maus tratos na infância representam uma doença biopsicossocial cada vez mais comum na sociedade provocada por privação de alimentos, roupas, abrigo, negligências, agressões verbais, castigo físico entre outros. O agressor não percebe a vítima como uma pessoa, mas como objeto sem sentimentos e direitos^{17, 18, 19}.

Muitos transtornos psiquiátricos são relacionados a eventos traumáticos ocorridos na infância, com gravidades em níveis que variam com o tipo de abuso, sua duração e o grau de relacionamento da vítima com agressor. O comprometimento da saúde mental e a futura adaptação social das vítimas, é alterável de indivíduo para indivíduo, devido as peculiaridades de cada um e conforme o tipo de violência sofrida e a capacidade de reação diante de fatos geradores de estresse^{20, 21}.

A violência, pode ser desencadeada por diversos fatores, manifestando-se de formas diferentes, observar se que, muitas vezes, a família, ao invés de ser um refúgio seguro, é o lugar que põe em risco a integridade física e emocional de seus membros^{22, 23}.

Dados informam que 84,5% das crianças foram abusadas por agressores identificáveis, geralmente do núcleo familiar, no abuso sexual contra criança e adolescentes, a indicação do pai biológico é o que mais aparece, depois os avô, o padrasto, e por ultimo vizinhos e pessoas próximas^{24, 25}.

Atenção em saúde às vítimas

A negligência dos serviços de saúde para com a atenção a saúde criança, pode resultar no agravo da situação. Sendo necessário à intervenção interdisciplinar e intersetorial sobre a questão e seus determinantes.

Sabemos que é um trabalho difícil, devido às condições de desenvolvimento biopsicosocial da criança e ainda a gravidade e complexidade do abuso sexual, enquanto violação de direito em muitas ocasiões ocorrido dentro do núcleo familiar^{26, 27}.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à

profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão^{28, 29}.

De fato a lei estabelece regras normas e condutas, percebemos avanços na percepção da sociedade em relação à questão, mais outros progressos na garantia e defesa de direitos sociais precisam ocorrer.

Crianças vítimas de violação de direitos refletem na sua condição exterior o que se passa no seu interior, vítimas de violência física apresentam por vezes corte nos lábios, pois como mecanismo de defesa quando agredidas mordem a boca para alívio da dor, outras tem o coccx machucado, devido ao fato de se encostarem na parede quando se sentem acuadas, em outros casos é possível observar o arco íris dos hematomas característico de crianças que sofrem agressão constantemente, perda do controle do esfíncter, esses são sinais físicos possíveis de serem observados ou questionados no atendimento e podem contribuir para se dar início ao processo de intervenção.

Perceber o paciente através de diferentes olhares, e a interação desses olhares possibilita ir além das questões objetivas. Assim, compreendendo o paciente como um todo a ser tratado, se produz uma estratégia de atendimento mais eficiente, oferecido pela atenção primária, pedra angular desta integração que pode trabalhar questões de empoderamento ao indivíduo e/ou família, para que quando capaz a partir de seu horizonte de possibilidades ele mesmo perceba a complexidade de sua problemática e busque recursos de superação.

7.2.3 Antecedentes espirituais

Os sujeitos (S3 e S8) mencionam como caracterização do comportamento suicida fatores espirituais. Observa-se que há destaque na crença do que terceiros consideram como causa ou motivação para o comportamento suicida.

“Minha mãe está me levando na igreja, o pastor falou que suicídio não tem salvação mostrou num vídeo. O pastor já veio orar por mim é falou que causa espiritual”

Torres (1986), pesquisou a ligação entre religiosidade, medo da morte e atitude perante o suicídio. Separando os indivíduos em dois grupos de orientação religiosa: extrínseca e intrínseca. Entre os indivíduos de religiosidade extrínseca, não observou associação entre

religiosidade e medo da morte. Para os indivíduos de orientação religiosa intrínseca, o medo da morte apresentara-se contrário, a aceitação do suicídio, demonstrando se o grau de prática religiosa.

Estudos epidemiológicos apontam a religião como influência positiva no comportamento de pessoas com histórico de uso de drogas, etilismo, depressão, suicídio entre outros. Essa influencia positiva é visualizada pelo fortalecimento que o indivíduo, adquire demonstrando se capaz e sensível ao aceite da oferta de tratamento tais como terapia (ALVES, 2010).

Alguns cientistas sociais, filósofos e psicólogos sociais concordam de que a religião é um importante sistema ético de leis, regras, proibições, e conduta resultantes na significação e ordenação da vida, sendo importante em momentos de crises na vida tais como os problemas espirituais, afetivos e sociais, dentre esse ultimo há destaque para os problemas de saúde (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

No século XIII è início do século XIX em que predominava o humanismo e liberalismo de influência iluminista, Philippe Pinel é considerado o pioneiro no tratamento de pessoas com transtornos mentais, considerado um revolucionário sendo um dos precursores da psiquiatria moderna, mudando o estereótipo das pessoas com transtornos mentais, antes consideradas endemoniados a condição de homo sapiens, doentes devido a exposição excessiva a estresses sociais e psicológicos, e em alguns casos hereditários, sendo que a doença ocorria devido a patologias do cérebro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Conforme, Gussi e Dtyz (2008), fatores de risco podem contribuir para que o indivíduo torne se mais vulnerável, com destaque para características individuais ou sociais e fatores de proteção funcionam como fator contribuinte capaz de minimizar a situação de vulnerabilidade.

Diante do exposto a religião é apontada tanto como fator de risco como de proteção, fato esse determinado pelas circunstancia vivenciadas por cada indivíduo. Sendo a fé e a oração consideradas fatores terapêuticos já as práticas religiosas podem atingir níveis de integração como de desintegração no processo saúde doença mental. Ainda segundo Gussi e Dtyz, (2008, p. 365):

Em algumas situações a busca religiosa, em vez de aliviar o sofrimento, piora o quadro clínico, com comportamento de enfrentamento negativo e uso inadequado dos serviços de saúde. Entre os aspectos negativos, poderiam ser mencionados o fanatismo e tradicionalismo opressivo. Algumas religiões institucionalizadas, em função de sua compreensão sobre a saúde/doença/sofrimento mental, têm se oposto ao tratamento conduzido pelas instituições do campo da saúde mental.

Os indivíduos possuem uma inclinação para a busca do sentido da vida por meio de conceitos que ultrapassam o alcançável se consideramos as explicações científicas. Esta busca e crença incluem a ligação com algo superior a si mesmo, é explicada pela necessidade humana de entender o sentido do que o diferencia das demais espécies. A espiritualidade, engloba emoções, e convicções de natureza não palpável com a dedução que há mais no viver do que pode ser visualizado ou compreendido, não se limitando a qualquer tipo de crença ou prática religiosa (GIOVELLI, et al., 2015).

7.3 Percepção dos serviços de saúde oferecidos na atenção primária

Quando questionados sobre a percepção dos serviços oferecidos na atenção primária os sujeitos verbalizaram conteúdos referentes a três idéias centrais: relacionadas à equipe, a outros serviços e ofereceram sugestões para melhorar o atendimento.

7.3.1 Percepção sobre os serviços de saúde

Os sujeitos (S1, S2, S3, S5, S6, S7 e S9) verbalizaram a percepção que tem da equipe da Unidade Básica de Saúde da Família, responsável pela abrangência territorial dando origem ao discurso do sujeito coletivo que segue:

“Sobre a equipe sempre tão lá em casa dando apoio. Quem trouxe foi a agente de saúde. Eu acho bom é perto não moro tão longe venho trocar receita porque o médico do CAPS está de férias. Tem 6 meses que não consigo psiquiatra, troco a receita aqui no posto. O atendimento é bom, eles me ajudaram” Eu acho é que a recepção tinha que atender um pouco melhor eles são muito desinteressados”

Observa-se nesta fala, que os sujeitos reconhecem a proximidade da unidade como fator positivo, recorrem a atenção primária, por falta ou ausência de serviços especializados, e ainda identificam na recepção a ausência de acolhimento.

O ato de cuidar é complexo, exige do cuidador entre outras habilidades conhecimento, empatia e sensibilidade, pois o cuidado envolve tarefas como tocar, sentir, escutar e auxiliar o outro nas atividades em que ele apresenta dificuldade.

O serviço deve sempre buscar formas de alcançar a família, pois a sensação de responsabilidade, associada à vivência do sofrimento psíquico, é desgastante e o apoio no tratamento e parceria com a equipe é sempre necessário (SOARES, SANTANA e SIQUEIRA, 2000).

O exposto justifica mudanças na atenção em saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica e da atenção primária sendo reorganizada em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família, definido em 1997 como Estratégia Saúde da Família (ESF) e apresentado como ferramenta de mudança e concepções (PINI; WAIDMAN, 2012).

Cabe a Atenção Primária acompanhar integralmente os indivíduos e famílias, desenvolvendo ações de atendimento as necessidades de saúde mental, com enfoque na prevenção e promoção estendidas aos seus cuidadores.

Ainda segundo os autores supramencionados, a respeito da saúde mental e atenção primária (PINI; WAIDMAN 2007, p. 373):

Ambos buscam constituir novas tecnologias para melhorar a qualidade de vida e se convergem na busca em romper com o modelo médico hegemônico, no desafio de tomar a família em sua dimensão sócio-cultural como objeto de atenção, no planejamento e execução de ações num determinado território e na promoção da cidadania/participação comunitária.

Os familiares demonstram, dificuldades em questionar a atenção oferecida pelos profissionais pela insegurança de haver uma interferência negativa no cuidado. Os profissionais precisam estar atentos às suas atitudes e à forma de tratar, contribuindo com a cooperação e o suporte oferecido aos familiares (KANTORSKI; DUARTE, 2011).

Pacientes com depressão seguida do comportamento suicida em busca de atendimento na atenção primária é uma realidade vivenciada dia a dia, os casos chegam a Atenção Básica via registro em instrumental específico⁶ utilizado nas Unidades de Pronto Atendimento, Unidades 24h – UPA, Hospitais, entidades, instituições, UBS e também pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros e outros profissionais.

Os registros são sistematizados pelo Núcleo de Prevenção as Violências – SESAU que disponibilizou mediante termo de responsabilidade dados secundários referentes ao mês de setembro de 2013, deram o indicativo de 02 novos casos em média por mês em cada UBSF. Os registros dos casos de tentativa de suicídio notificados não estão disponíveis ao público comum, por questões éticas de preservação da identidade de cada usuário.

⁶ Ficha de Notificação de Violência Sexual, Domésticas e Outras. Instrumental, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde Pública – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - Núcleo de Prevenção às Violências, utilizado por toda a rede de atendimento da Saúde, com maior frequência nas Unidades de Pronto Atendimento e nas de atendimento 24 horas. Após o atendimento no plantão ao paciente vítima de violência ou violência auto provocada o instrumental é preenchido e segue para a Coordenação do Distrito Sanitário de Saúde que envia para as UBS ou UBSF para atendimento e acompanhamento do caso.

7.3.2 Descrição de serviços específicos à saúde mental

Os participantes não foram questionados sobre outros serviços, contudo observa-se que alguns dos sujeitos mencionaram serviços especializados em saúde mental, com critério de comparação. Os sujeitos que do discurso a seguir são (S2, S5 e S6).

“lá no CAPS acho que o atendimento não é pra gente, é pra pessoas muito pior, aquela gente caindo em cima da gente, mas lá na Santa Casa eu gostava eu ia no CAPS me sentia pior... já fui em psiquiatria da pax, mas é caro 90 e pouco a consulta...ai faço atendimento no CEM, mas a consulta está longe o remédio vai acabar, olha tem pouco só da pra uns 3 dias”

Os Centros de atenção psicossocial - CAPS, foram formalizado pela Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, Ministério da Saúde como unidades locais, com atendimento organizado por regiões, cujo atendimento foi classificado como de tratamento de transtornos mentais graves e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

São serviços de atendimento diário de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico, cujo trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional, que desenvolve atividades variadas: oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia, além da medicação, antes considerada a protagonista do tratamento. As atividades são aplicadas individualmente e para grupos a depender do perfil e necessidade do paciente e se estendem a família (CASTRO; ORNELLAS, 2012).

Admitir o conhecimento do outro como coerente, é um processo ético político no âmbito do cuidado, que da abertura ao usuário como ponto de referência no cuidado em saúde, e o destaque da atual política de saúde, quando se manifesta em favor das mudanças nos modos de se cuidar em saúde, visando medidas que contribuam para uma efetiva produção de mais vida, considerando que produzir vida em um é produzir vida em todos (MERHY, 2015).

Indicadores que demonstram baixo envolvimento dos profissionais nos casos de saúde mental, o que é preocupante já que os profissionais representam o impulso necessário para que os serviços aconteçam de forma eficaz.

Ainda segundo o autor são poucas as pesquisas que dão o indicativo das causas que tornam o envolvimento dos profissionais restrito, há também indicadores de que a reforma psiquiátrica trouxe novos dispositivos que requisitam profissionais com perfil ético, técnico, e político para as novas formas de atendimento (FURTADO, 2006).

O município de Campo Grande MS, tem uma população de aproximadamente 805.397 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012) e somente 02 Centros de Atenção Psicossocial para faixa etária igual ou acima de 18 anos, sendo que tais unidades passam por troca constante de profissionais que justificam a saída devido aos baixos salários, demanda excessiva de atendimentos, ausência de perfil entre outros.

O que contribui para as longas filas de espera por atendimentos nos CAPS, outra dificuldade são de atendimento a saúde mental em serviços especializados, tais como o que eram oferecidos pela Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande – MS, repassado em março de 2014 para a Atenção primária, o que torna a procura mais intensa e fortalece a cultura da troca de receita (DIAS, 2014).

Observa-se ainda dificuldade do usuário em aderir ao tratamento devido à distância entre residência e CAPS, ausência de recurso financeiro para deslocamento até a unidade de atendimento especializado e fatores biopsicossociais como contribuintes para descontinuidade ou abandono do tratamento.

7.3.3 Proposições para melhorar os serviços

Em relação às proposições para melhorar os serviços os sujeitos (S1, S3, S4, S5 e S8) não se manifestaram, sendo elaborado o discurso dos sujeitos via contribuição dos participantes (S2, S6 e S7).

“era bom se tivesse um médico psiquiatra, lá no CAPS a gente faz pintura tapete com a T.O se tivesse era bom. Falta médico, e outra o atendimento deles é muito rápido e não tem tudo o que a gente precisa. O horário poderia ser mais amplo pra atender as pessoas que trabalham”.

As falas dos sujeitos supramencionados refletem a necessidade de expandir as ações em saúde mental na atenção primária, reflete a falta de médicos, a qualidade do atendimento comprometida pela pressa e ainda a necessidade de adaptação a horários expendidos ou diferenciados da carga horária do mercado de trabalho.

A Política Nacional de Saúde Mental, em vigor no Brasil, tem como objetivo expandir qualificar e fortalecer a rede extra-hospitalar através da implementação de serviços substitutivos como: Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, e ainda incluir as ações da saúde mental na atenção primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Observa-se o fomento a serviços comunitários destinados à saúde mental, contexto este desafiador aos pesquisadores, gestores, órgãos e instituições e usuários do serviço de saúde, cujo modo baseado na democracia articulando saberes e desenvolvendo estratégia de mudanças no modelo assistencial e na legislação em saúde mental, visando mudanças gradativamente, no comportamento dos usuários, família, amigos e afins (SOUZA; MATIAS; PARENTE, 2007).

A Lei nº 10.216/2001 estabelece o atendimento aos pacientes com transtornos mentais preferencialmente em nível comunitário e junto à família, com o acompanhamento de pacientes e de sua família na atenção primária. Devido ao entendimento de que não é possível (re) inserção social junto a família se ela não for assistida (BRASIL, 2001).

A gestão governamental em saúde é constituída a partir de uma prática social de âmbito institucional, possuindo um caráter polivalente, cuja forma de ser tem dimensão política, intermediada por interesses distintos dos poderes composto por ações intencionais e atores sociais, de forma que a racionalidade da ação, conduz a uma gama de decisões formais e informais (CARVALHO *et al.*, 2012).

Mudanças na administração pública buscam melhoras de modo a modernizar a gestão a fim de acompanhar as alterações econômicas, para isto busca se ainda descentralizar e desburocratizar o serviço público (BARBIERI; HORTALE, 2005).

CONSIDERAÇÕES

Compreende-se que a depressão tendo como um de seus desdobramentos o comportamento suicida, a partir da percepção do paciente, é um fator de suma importância para o desenvolvimento de intervenções, as experiências de vida provocam a reflexão sobre aspectos que precisam ser fortalecidos e fomentados no âmbito da saúde mental na atenção primária.

Os discursos repletos de sentimentos e emoções, revelaram questões nunca antes mencionadas, os sujeitos demonstraram entender a causa, compreender a necessidade de superação, contudo não expõe nenhum movimento no que se refere a buscar auxílio. O que pode ser justificado pelos sintomas biopsicossociais da patologia assim como pelos dogmas e estereótipo atribuído a doença.

Os pacientes expressaram diferentes percepções para o que consideram fator motivador para a patologia: causas hereditárias, pessoais, conflitos familiares, traumas na infância e questões espirituais e tem o contexto familiar como fator determinante no processo de busca da resposta, seja como núcleo de apoio ou de violação de direitos.

A conjuntura supramencionada gera um fluxo de atendimento para atenção primária, cuja dinâmica de trabalho não é sistematizada, cada qual age como entende ser adequado prejudicando o paciente devido a idas e vindas em busca de atendimento. O que seria a unidade de referência para atendimento o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, também encaminha para atenção primária, devido a ausência de profissionais para o atendimento, e equilíbrio entre oferta e demanda.

Essa situação é absorvida pelo paciente como descaso, e tem desdobramentos que incidem diretamente nas condições de saúde das famílias envolvendo o bem estar mental e físico, ocasionando o adoecimento.

Os sujeitos reconhecem a proximidade da unidade como fator positivo, recorrem a atenção primária, por falta ou ausência de serviços especializados, e ainda identificam na recepção a ausência de acolhimento.

Mencionaram serviços especializados em saúde mental, com critério de comparação negativa para o CAPS e Centro de Especialidades Médicas e positiva para Santa Casa de Misericórdia, destacam as a falta de médicos, a qualidade do atendimento comprometida pela pressa e ainda a necessidade de adaptação a horários expendidos ou diferenciados da carga horária do mercado de trabalho.

Diante do exposto deixamos como sugestão para o trabalho da Atenção Primária em Saúde da Família: horário diferenciado em atenção aos usuários que trabalham no mesmo horário de funcionamento das unidades; a lotação de um psicólogo por unidade, para atendimento clínico; a disponibilidade de um psiquiatra uma vez por semana; protocolo de atendimento; aumentar a cobertura hoje de 39 por cento; Grupo de estudo sobre saúde mental entre os trabalhadores; grupo de apoio aos pacientes, acolhimento com materiais impressos e sensibilizantes sobre a causa; disponibilidade de sala de cuidados para mães que não tem local para deixar os filhos nos horários de consultas ou terapia.

Conclui-se a necessidade da atenção primária estar preparada para o atendimento das questões mentais sobre sua responsabilidade territorial, adquirindo novos conhecimentos via capacitação e educação permanente, assim como novas práticas e incentivos para que de forma eficiente possa promover a prevenção e promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ADED, O.L.N; DALVIN, S.G.L.B; MORAES, M.T; CALVACANTI, T.M. Abuso sexual de crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.33, n, 4, p. 204-213, nov. 2006.
- ALVES, R.R.N et al. The influence of religiosity on health. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2010 -15, jul. 2010.
- ARCE, R. A. V; SOUSA, F.M e LIMA, G, M. A práxis da Saúde Mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 541-560, abr. 2011
- AMAZARRAY, R. M; KOLLER, S.H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicologia e Reflexão Crítica**, v. 11, n.3. p. 559-578, jul. 1998.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E Á ADOLESCÊNCIA. (ABRAPIA). **Abuso sexual: mitos e realidade**. Petrópolis: Autores & Agentes Associados; 1997.
- ASSOUN, P. L. **Freud e as ciências sociais: psicanálise e teoria da cultura**. São Paulo: Loyola, 2012.
- BAPTISTA, M. N ; BAPTISTA, A. S. D ; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 21. n. 2, p. 52-61, jun. 2001.
- BELTRÃO, I. N. SILVA, L.M. ALVES, M.S.C.F, et al. Sintomatologia da depressão em idosos atendidos em unidades básicas de saúde. *Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online*. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado>>. Acesso em: 29 dez 2014.
- BERING, E. BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. In: *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil - 1998**: 35. ed. Brasília DF : Câmara dos Deputados 2012.
- BRASIL. **Lei 10.406 de 10 de janeiro 2002: Código Civil**. Brasília DF : Presidência da Republica Casa Civil 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil - 1998**: Câmara dos Deputados 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**:

acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários** [site na Internet]. [acessado 2007 out 8]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>

BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990: **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF : Presidência da República Casa Civil 2014.

BUCHELE, D. L .P. L.; BORGES, V. F.; COELHO, E.B.S. A interface da Saúde Mental na Atenção Básica. **Cogitare enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 226-33, 2006.

BUSS, M. P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 5, n.1, p 164-177, dez, 2010.

CARDOSO, C. L; FÉRES-CARNEIRO, T. Sobre a família: com a palavra, a comunidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 523-539, 2008.

CHIAVERINI, H. D. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COIMBRA, V; KANTORSKI, L. P ; OLIVEIRA, M. M; PEREIRA, D. B; NUNES, C. K ; ESLABÃO, A. D. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 51-63, out. 2011.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000 **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, sup.: p. 191-202, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadores de pesquisa envolvendo seres humanos, 2012. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.

COSTA L.L.H; CARVALHO C.A. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 769-778, mar. 2013.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes: emoção razão e o cérebro**. São Paulo: Companhia das letras, 2007.

DELOUYA, D. **Depressão**. 4. ed. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

DREZETT, J; CABALLERO, M; JULIANO, Y; PRIETO, T.E; MARQUES, A.J; FERNANDES E.C. **Estudos de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino**. *Jornal de Pediatria*. v,77, p. 413-419, 2011.

DURHEIM, É. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2004. FAGURY, T. **Jornal sociológico**. Disponível em: <<http://jornalsociologico.blogspot.com>>.

em: <<http://jornalsociologico.blogspot.com.br/2009/06/um-pouco-mais-sobre-o-suicidio-de-emile.html>>. Acesso em: 29 out. 2014.

FONSECA, M. T. N. M. Famílias e políticas públicas: subsídios para a formulação e gestão das políticas com e para família, **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 2, p. 1-13, dez. 2006.

FRÁGUAS, J. R.; FIGUEIRÓ, A. B. **Depressões em medicina internas e outras e condições médicas: depressões secundárias**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FRANCISCO, E. M. V.; ALMEIDA, C. C. L. **Trabalho, território, cultura: novos prismas para o debate das políticas públicas**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GAMA, C. A. P.; KODA, M. Y. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 418-429, 2008.

GIOVELLI, G; LUHRING, G; GAUER, C.J.G; CALVETTI, U. P; GASTAL, R; TREVISAN, C; SILVA, L. **Espiritualidade e religiosidade: uma questão bioética?** Disponível em <<http://www.sorbi.org.br/revista/5/Espiritualidade.pdf>>. Acesso em 14 janeiro 2015.

GOMES, A. M; PEREIRA. L. D. M. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-363, jun. 2007.

GÖTTEMS L. B. D; PIRES M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Ciência e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2009.

GUSSI, M. A e DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 377-384, maio/jun 2008.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**. um novo enfoque em pesquisa qualitativa. (Desdobramentos). Caxias do Sul. EduSC, 2003.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo**. Brasília: Liberlivro, 2010.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo: um nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EduSC, 2000.

MATTA, G. C; MOROSINI, M, M, V. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em 24 de nov. 2014.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 421 428, abr./jun. 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

MIOTO, R.S.T. Família e Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** nº 55. São Paulo: Cortez, p. 114-129, nov. 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: 2002.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Média e alta complexidade**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=821>. Acesso em: 23 nov. de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O programa saúde da família e a atenção básica no Brasil**. Brasília: 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.Pdf>. Acesso em: 15 nov. de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Atenção Básica Saúde Mental e Atenção Básica/ Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **O vínculo e o diálogo necessário**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

MORENO, V; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 37, n. 1, p. 43-50, 2003.

MURAKAMI, R; CAMPOS, G. J. C. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n. 2, p. 361-367. mar/abr 2012.

NIERENBERG, A. A. Antecedentes familiares de suicídio consumado y características del trastorno depresivo mayor: estudio STAR*D (*sequenced treatment alternatives to relieve depression*). **Revista Psiquiatria Biológica**, v. 15, n. 6, p. 195-201, nov. 2008.

NUNES, M; JUCA, V. J; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

PARENTE, M. C. A. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60 n. 4, p. 377-381, jul/ago 2007.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PETRINI, J. C. **Pós-modernidade e família**. um itinerário de compreensão. Bauru: EduSC, 2003.

PIFFER, L; SALVAGNI, P. E. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**. v. 81, p. 164-172, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório de Desenvolvimento Humano do Brasil**. Brasília, DF - PNUD, 1996.

RASSI, A. B. V; NARDI, A. M. V. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul**. v. 28, n. 2, P. 130-134, mai/ago. 2006.

REINALDO, A. M. S. Saúde Mental na Atenção Básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**. v. 12, n. 1, p. 173-178, mar. 2008.

REIS, S.R. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Libertas**. 2004; v.4, n 5, p. 17-42. 2004.

RIBEIRO, L. P. **Análise funcional de relatos de tentativas de suicídio**. 2006 Campinas, 72 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Pontifca Universidade Católica – PUC, São Paulo, 2006.

SANTOS, M; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SARTI, C. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 4. ed. Campinas: Autores Associados, 2007.

SARDÁ JÚNIOR, J. J. S; NICHOLAS, M. K; PIMENTA, C. A. M. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. **Revista Dor**, v. 13, n. 2, p. 111-118, abr/jun 2012.

SAUER, L.; CAMPELO, E. **O índice de exclusão social de Campo Grande – MS**. 1. ed. Campo Grande: UFMS, 2004.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D.M. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: a percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 587-594, jul. 2011.

SILVA, M. N. M; BRITO, L. M. O; CHEIN, M.B.C; BRITO, G.O; NAVARRO, P. A. A. S. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30 n. 2, p. 150-154, jul. 2008.

SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JUNIOR M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n. 1, p. 7-13, jan/fev. 2003.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social**. Biblioteca Básica/Serviço Social. 3.ed. rev.e atual. São Paulo: Cortez 2009.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez. 2006.

SOUZA, F. Suicídio: - dimensão do problema e o que fazer. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 2, n.5, p. 6-10, set/out. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2004.

TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista da AATR**, 2002. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/57253448/03-Aatr-Pp-Papel-Políticas-Publicas>>. Acesso em: 24 de nov 2014.

TORRES, W. C. Relação entre religiosidade, medo da morte e atitude frente ao suicídio. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 38, n. 4, p. 3-23, out/dez, 1986.

WASELFISZ, J. **Prévia do mapa da violência**: os jovens do Brasil, 2014. Disponível em <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Previa_mapaviolencia2014.pdf>. Acesso em: 27 maio 2014.

ZANETTI, A. C. G; GALERA, S. A. F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 385-92, set. 2007.

ZAPATA, T. **Gestão participativa para o desenvolvimento local**. 8. ed. Recife: BNDES/PNUD, 2000.

ZORZETTO, F. D. **Alterações cognitivas na depressão**. 1999. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas/Unicamp, São Paulo, 1999.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL FIOCRUZ MATO GROSSO DO SUL

I - Identificação:

Sexo:

Idade do usuário:

Local de residência? (Distrito e Bairro)

Tempo que reside na região?

Trabalho/Ocupação:

Renda Familiar:

Anos de estudo:

1. Gostaria de saber sobre a situação, tentativa de suicídio pela qual você passou?
2. O atendimento da UBSF a pacientes com tentativa de suicídio como é?
3. Tem sugestões para o atendimento?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar em uma pesquisa e você precisa decidir se quer participar ou não. Vamos ler cuidadosamente o documento e à medida em que surgir alguma dúvida, pode perguntar para o pesquisador.

Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Lucimara da Silva Magalhães de Oliveira, que pesquisa sobre a depressão e comportamento suicida de usuários de UBSF. Esta pesquisa tem por finalidade contextualizar a depressão e o comportamento suicida, com base na opinião de usuários de UBSF.

Estamos colhendo a opinião de pessoas com registro de auto violência, gostaríamos de obter sua opinião sobre a situação pela qual você passou e o que trouxe você até uma unidade de atendimento do município de Campo Grande MS.

Não participam da pesquisa pessoas menores de 18 anos, interditadas, indígenas, quilombolas ou que tenham dificuldade para entender ou responder às perguntas.

Caso decida participar desta pesquisa, faremos algumas perguntas relacionadas aos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde da Família e fatores familiares e comunitários que interferem no tratamento, elas serão registradas em áudio e posteriormente transcritas e arquivadas. A entrevista não passará de vinte minutos e você tem a liberdade de desistir dela a qualquer momento. Mesmo depois de terminada a entrevista, se você quiser desistir de participar, pode informar essa decisão para mim pessoalmente ou pelo telefone que encontra-se mais abaixo.

Você não terá qualquer prejuízo, mas se sentir que a pergunta não é adequada, pode deixar de responder ou mesmo desistir de continuar a entrevista.

Não haverá qualquer compensação financeira para os que decidirem participar da pesquisa e os benefícios serão obtidos quando os resultados da pesquisa forem usados para aperfeiçoamento dos atendimentos. Os dados serão divulgados em eventos e publicações científica.

Ninguém, além do pesquisador, saberá das suas respostas e em nenhum momento você poderá ser identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas o pesquisador e você, terão acesso a este documento em que consta o seu nome. Isso significa que se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

Rubrica do Voluntário(a)

Rubrica do pesquisador

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para Lucimara da Silva Magalhães de Oliveira, telefone (067) 33148316. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Sêres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187.

Como já foi informado, sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

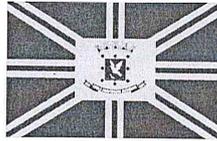
Assinatura do Voluntário

Data ___/___/___ Telefone (opcional) _____

Assinatura do pesquisador

Data ___/___/___

**ANEXO - A AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
CAMPO GRANDE – MS - SESAU PARA PESQUISA**



Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Gestão e Políticas de Saúde

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **LUCIMARA DA SILVA MAGALHÃES DE OLIVEIRA**, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **“DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA DE USUÁRIOS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 31 de Outubro de 2013.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Regina L. Portioli Furlanetti'.

Regina L. Portioli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

ANEXO B - DOCUMENTO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.

Docentes e disciplinas PP... ScholarOne Manuscripts

file:///D:/Usuarios/sonia.andrade/Desktop/pesquisas/Lucimara/ScholarOne%20Manuscripts.html

ScholarOne Manuscripts™ Lucimara Magalhães Instructions & Forms Help Log Out

SciELO Ciência & Saúde Coletiva

Main Menu / Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Ciência & Saúde Coletiva*.

Manuscript ID:	CSC 2015 0421
Title:	Comportamento suicida e abuso sexual: atenção primária à saúde Suicidal behavior and sexual abuse: primary care on health
Authors:	Magalhães, Lucimara
Date Submitted:	25-Mar-2015

[Print](#) [Return to Dashboard](#)

SCHOLARONE™ THOMSON REUTERS™

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2014. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

16:36 31/03/2015