

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

DANIELA BRUNO DOS SANTOS

IDEAÇÕES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO: ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

CAMPO GRANDE - MS

2023

Daniela Bruno dos Santos

**IDEAÇÕES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO: ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do curso de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Bellenzani.

CAMPO GRANDE - MS

2023

Daniela Bruno dos Santos

**IDEAÇÕES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO: ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. ALBERTO MESAQUE MARTINS
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Prof.^a Dr.^a ELISA ZANERATTO ROSA
Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP

AGRADECIMENTOS

À Deus.

À minha família, que me deu condições e apoio da forma como foi possível, minha mãe Mague e meu pai Beto.

À minha amiga Sara Ingrid, que tem acompanhado todo o meu percurso acadêmico, fazendo parte desta construção.

À Prof.^a Dr.^a e orientadora Renata Bellenzani, pelos ensinamentos e contribuições ao meu processo de desenvolvimento profissional durante esse período.

Aos profissionais participantes da pesquisa.

Aos membros da banca avaliadora, Prof.^a Dr.^a Elisa Zaneratto Rosa e Prof. Dr. Alberto Mesaque Martins, pelas ricas contribuições e aconselhamentos.

Às minhas colegas do programa de mestrado, Daniela Medrado, Beatriz Carvalho e Ana Cristina, pelo apoio, por compartilhar de conhecimentos e afetos, fundamental durante esse período.

Aos meus amigos de graduação Marcos Santos, Fernanda Barros, Isabela Bogéa, Gabrielle Sanches, Isadora Rodrigues e Luana Menezes, pelo companheirismo de sempre.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa concedida para a realização desta pesquisa - Código de Financiamento 001.

“Se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária”
(MARX, 1983).

RESUMO

O suicídio é um problema frequente no Brasil e no mundo e, nas últimas décadas tem se tornado alvo de diversas pesquisas, sobretudo, em razão do aumento progressivo de casos. O enfrentamento desse fenômeno perpassa também o campo da saúde, em que o nível assistencial primário desponta como importante para o cuidado em saúde mental. Assim, o objetivo geral deste estudo foi caracterizar e analisar as concepções e as práticas de profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde, voltadas aos cuidados em situações envolvendo ideações e tentativas de suicídio, prioritariamente de unidades de saúde organizadas segundo a Estratégia Saúde da Família, com retaguarda de psicólogos que integram equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em Campo Grande/MS. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada (dois psicólogos) e grupos focais (duas equipes Estratégia de Saúde da Família - ESF, de unidades de saúde diferentes, sendo uma unidade com apoio de um dos psicólogos via NASF-AB e a outra não), totalizando 18 participantes. As análises têm como base teórico-metodológica pressupostos do método do materialismo histórico-dialético na área da saúde coletiva, da Psicologia Histórico-Cultural e da Psicologia Social em Saúde. Espera-se que o estudo contribua com dados e reflexões importantes para a compreensão do fenômeno e a prática dos profissionais no campo da saúde como estratégia do cuidado na Atenção Primária.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde mental; psicologia histórico-cultural; determinação social da saúde; suicídio.

ABSTRACT

Suicide is a frequent problem in Brazil and around the world and, in recent decades, it has become the target of several studies, mainly due to the progressive increase in cases. Coping with this phenomenon also permeates the health field, where the primary level of care emerges as important for mental health care. Thus, the general objective of this study was to characterize and analyze the conceptions and practices of professionals who work in Basic Health Care, focused on care in situations involving suicide ideations and attempts, primarily in health units organized according to the Family Health Strategy, backed by psychologists who are part of teams from the Expanded Center for Family Health and Primary Care (NASF-AB), in Campo Grande/MS. This is a qualitative study. Data collection occurred through semi-structured interviews (two psychologists) and focus groups (two Family Health Strategy - ESF teams, from different health units, one unit with support from one of the psychologists via NASF-AB and the other no), totaling 18 participants. The analyzes are based on the theoretical-methodological assumptions of the method of historical-dialectical materialism in the area of collective health, Historical-Cultural Psychology and Social Psychology in Health. It is expected that the study will contribute with important data and reflections for the understanding of phenomenon and the practice of professionals in the health field as a care strategy in Primary Care.

Keywords: primary health care; mental health; historical-cultural psychology; social determination of health; suicide.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	12
1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO BRASILEIRO DE APS, EQUIPES NASF E A PSICOLOGIANA APS	16
1.3 OBJETIVOS.....	20
1.3.1 Objetivo Geral.....	20
1.3.2 Objetivos Específicos.....	20
2 CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O FENÔMENO SUICÍDIO E SUA ABORDAGEM PELA SAÚDE MENTAL/REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	21
2.1 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SUICÍDIO E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	25
3 CAPÍTULO II - MARCOS TEÓRICOS E DELINEAMENTOS METODOLÓGICOS	31
3.1 PRESSUPOSTOS DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL E DA TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA ABORDAGEM DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO	31
3.2 PROCEDIMENTOS DO TRABALHO DE CAMPO	39
3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS	42
4 RESULTADOS.....	43
4.1 A PERSPECTIVA DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATUAÇÃO COM AS PESSOAS EM TENTATIVAS DE SUICÍDIO	43
4.1.1 Rotina de trabalho.....	44
4.1.2 Percepção do perfil social e epidemiológico do território	45
4.1.3 NASF e o Profissional de Psicologia no processo de trabalho com a equipe de referência: encaminhar ou compartilhar	45
4.1.4 Dificuldades no manejo cotidiano	46
4.1.5 A não priorização da saúde mental no cuidado primário, na gestão do cuidado, na vigilância epidemiológica e no monitoramento de indicadores assistenciais	47

4.1.6 O cuidado em saúde mental e a atuação da psicologia via NASF e via atenção secundária.....	48
4.1.7 Introdução de psicotrópicos	49
4.1.8 Compreensão das determinações do sofrimento psíquico: intuição, senso comum e cientificidade	50
4.1.9 O sofrimento psíquico em adolescentes	51
4.1.10 Estrutura e processo de trabalho	52
4.1.11 Compreensão sobre ideações e tentativas de suicídio	55
4.1.12 Como as ideações suicidas são reconhecidas no cotidiano assistencial	56
4.1.13 Casos de suicídio de profissionais da equipe	57
4.2 A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA	58
4.2.1 Caracterização do modelo geral de atuação da psicologia no NASF-AB	58
4.2.2 A identificação das demandas de sofrimento envolvendo o risco de suicídio e suas causalidades	60
4.2.3 Perfil de usuários mais atendido na unidade de saúde direcionado à psicologia.....	61
4.2.4 Embasamento teórico/metodológico dos profissionais de psicologia.....	62
4.2.5 Capacitação profissional ou busca pessoal por formação para atuar nas situações de tentativas de suicídio	63
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
7 REFERÊNCIAS.....	80
8 APÊNDICES.....	89
8.1 APÊNDICE I - INSTRUMENTO ROTEIRO GRUPO FOCAL	89
8.2 APÊNDICE II - INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	91

APRESENTAÇÃO

A aproximação com o tema suicídio e o interesse em desenvolver uma pesquisa sobre o fenômeno se deu no período da graduação, momento em que participei do projeto de extensão Liga Acadêmica Multidisciplinar em Saúde do Adolescente (LAMSA) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), coordenado pela querida professora Dr.^a Soraya Sólón. O projeto possibilitou a experiência em planejar e desenvolver ações educativas com adolescentes sobre temas transversais à saúde.

Em campo, a saúde mental se destacou como uma preocupação, sobretudo, devido à demanda de adolescentes com histórico de automutilação e relato de ideações suicidas. Logo, o interesse em pesquisar esse assunto teve como objetivo inicial analisar os resultados de uma intervenção educativa realizada com alunos do ensino médio sobre o conhecimento a respeito do suicídio.

Dessa forma, junto com a minha amiga Sara Ingrid, que também participava na época da LAMSA, criamos um projeto de pesquisa e tivemos a oportunidade de fazer parte do grupo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Psiquiatria, Saúde Mental e Condições Crônicas - NEPPSCC, da UFMS, coordenado pela professora Dr.^a Bianca Giacon, onde vinculamos a proposta a um projeto maior e contamos com uma bolsa de Iniciação Científica.

Contudo, na fase de aplicação da intervenção a pesquisa precisou ser interrompida, devido a pandemia da Coronavírus, a COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), e deu lugar a uma revisão integrativa da literatura com objetivo de sintetizar as intervenções educativas sobre o suicídio entre os adolescentes escolares e seus principais resultados. Nesse ínterim, participei do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET- Saúde), em que o campo de extensão foi uma Unidade de Saúde da Família, e me deparei com um manejo incipiente em saúde mental.

Assim, concluindo a graduação, submeti um pré-projeto com a proposta de pesquisar sobre as ações de cuidado na atenção primária em casos de tentativa e ideações de suicídio, como requisito parcial para ingressar no programa de Mestrado em Psicologia da UFMS. Pelas linhas de pesquisa vinculadas ao programa encontrei a professora Dr.^a Renata Bellenzani, que desde o início identificou o tema do suicídio na atenção primária como relevante, pouco pesquisado, e com bom potencial para

uma pesquisa de campo, o que deu origem ao estudo na cidade de Campo Grande-MS, que ora se concretiza nesta dissertação.

Esta pesquisa contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, com bolsa concedida para a sua realização - Código de Financiamento 001.

Neste trabalho apresentamos um estudo sobre a atuação profissional na atenção primária no manejo a casos de ideações e tentativas de suicídio, realizado por meio de uma busca da produção científica existente na literatura e uma pesquisa de campo desenvolvida com profissionais de duas Equipes da Estratégia Saúde da Família e dois Psicólogos, atuantes na Atenção Primária a Saúde, vinculados a uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), sendo um profissional da mesma unidade em que ocorreu um dos grupos focais.

O Estudo conta com uma Introdução que descreve de forma breve a constituição do Sistema Único de Saúde, o percurso de formação da Atenção Primária no Brasil, e delimita dentro destes temas os objetivos da pesquisa que deu base a esta dissertação; como Capítulo I insere considerações gerais sobre o fenômeno suicídio e sua abordagem pela saúde mental/rede de atenção psicossocial; no Capítulo II explica sobre marcos teóricos e delineamentos metodológicos empregados nesta pesquisa; por seguinte, expõe os resultados, a discussão e as considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

O desenvolvimento de sistemas públicos de saúde em diversos países implica na redução da dependência da população em acessar serviços privados de saúde, esses dentro do sistema capitalista atuam sob a forma de planos, seguros de saúde ou desembolso pessoal direto, em hospitais, clínicas, laboratórios, e consultórios particulares. Dessa forma, o fortalecimento desta política envolve vários aspectos, entre eles o envolvimento ativo de uma sociedade que pense o desenvolvimento humano tão ou mais importante que o avanço econômico (CAMPOS, 2018).

Existem inúmeras evidências concretas que comprovam as vantagens dos sistemas públicos e universais de saúde, com fundamentos que discutem os graus de efetividade e eficiência quando comparados com modelos de mercado. Dentre as divergências mais eminentes estão a desigualdade no cuidado, custos elevados, não garantia de direitos, ações focais e acesso definido não por necessidades de saúde, mas por regras de mercado e poder aquisitivo (CAMPOS, 2018).

O setor saúde no contexto social se insere em uma disputa entre projetos de sociedade que se opõem: em um polo que se denomina como modelo democrático-popular representado, sobretudo, pelas propostas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e do outro lado uma proposta de mercado liberal-conservador relacionada ao avanço da exploração das necessidades em saúde pelo setor privado. Desde o fim do período do regime militar em 1985, a Reforma Sanitária no Brasil conquistou importantes vitórias, ativando caminhos estratégicos (SOUZA; PAIM; TEIXEIRA; BAHIA; GUIMARÃES; FILHO; MACHADO; CAMPOS; SILVA, 2019).

O movimento sanitário é caracterizado por lutas em prol de políticas mais universalistas, teve início no final da década de 1970 e ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária. No processo de invenção e implementação do SUS e do direito universal à saúde, o Movimento da Reforma Sanitária é reconhecido como um dos principais protagonistas, representado por trabalhadores da saúde, professores, pesquisadores e estudantes. As reformas da saúde no Brasil fazem parte de um movimento de luta para reduzir as desigualdades sociais, desse empenho resultou o SUS (CAMPOS, 2018).

Com o declínio do modelo de saúde da medicina previdenciária no final dos anos 70, ou seja, uma assistência essencialmente hospitalar, curativa e empresarial, e da incapacidade da saúde pública de controlar os problemas eminentes da época, como as endemias e epidemias, surgiu a necessidade de repensar a qualificação profissional e o desenvolvimento científico. Nesse sentido, ao longo dos anos 80, constrói-se um vínculo orgânico entre o movimento da Saúde Coletiva e o da Reforma Sanitária. Isso coaduna com a consagração do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, através do parlamento e nesta ficou instituída a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Pela via técnico-institucional, viabilizou a implantação de um conjunto bastante efetivo de políticas e programas de saúde. Pela via sociocomunitária, assegurou a participação social através de conselhos e conferências de saúde, tornando-se possível os avanços necessários (SOUZA et al., 2019).

Dois conceitos importantes como fundamento teórico para a reforma sanitária, desenvolvidos pela produção acadêmica em Saúde Coletiva, foram: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. Segundo Paim (2010), o “entendimento de que a saúde e a doença não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade” (p. 165) (OSMO; SCHRAIBER, 2015). Na fase inicial de formação da Saúde Coletiva, portanto, dentre seus instrumentos e proposições, a epidemiologia social ou crítica, aliada às ciências sociais em saúde, despontou ao priorizar o estudo da determinação social das condições e dos processos de saúde-doença. O conceito de determinação traz como pressuposto fundamental que a compreensão da saúde humana deve passar pela análise das formas de organização da sociedade, de sua estrutura social e econômica, entendendo que esta subordina a dimensão natural da produção da saúde, da doença e do cuidado (colocar uma refe).

Nesse sentido, Paim (2010) afirma que a Saúde Coletiva apoiou teoricamente a reforma sanitária brasileira, a partir da sua ideologia, saber e prática, porquanto surgiu e se desenvolveu, enquanto campo científico, de forma vinculada à proposta e ao projeto da Reforma Sanitária. Para o autor, o campo da Saúde Coletiva apresenta rupturas fundamentais em termos políticos em relação ao da Saúde Pública, apesar de trazer ainda algumas continuidades.

Uma vez aprovada a Constituição Federal de 1988, através da qual foi concebido o Sistema Único de Saúde, existia a necessidade de uma legislação

própria, que regulamentasse como colocar essas orientações gerais na realidade objetiva do país. Dessa forma, na década seguinte, foi publicada a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Como passou por vários vetos, a Lei foi complementada no mesmo ano, pela Lei nº 8.142/90, propondo estratégias com intuito de garantir o direito à saúde por meio de serviços, políticas e programas que atendessem as demandas da sociedade (PAIVA, 2021).

Com efeito, ao longo dos anos seguintes, uma série de portarias, programas e projetos foram anunciados no âmbito do SUS em resposta a algumas das expectativas estabelecidas no processo de reforma e democratização da saúde. Esses movimentos apresentam flutuações importantes, haja vista, o cenário político vigente, a orientação política dos que ocupam cargos administrativos nos níveis federal, estadual e municipal, bem como da qualidade de diversos interesses sociais e do setor privado (PAIVA, 2021). Nesses pouco mais de 30 anos de funcionamento do SUS, entretanto se deu o crescente aparelhamento político do Estado por grupos com poder econômico e pela crise de representação em partidos políticos e movimentos sociais, inclusive os de apoio ao SUS (CAMPOS, 2018).

Após lograr a aprovação do SUS na Constituição de 1988, juntas, as conformações do campo da Saúde Coletiva e do movimento da reforma sanitária seguiram nas décadas a partir de então apontando as necessidades de aprimoramento do SUS e ajudando a impulsionar mudanças institucionais nesta direção, como as propostas de gestão participativa e maior participação de movimentos sociais organizados no controle social do Estado pela sociedade. Nas duas décadas iniciais instauraram-se, assim, mudanças significativas, em particular no campo da extensão de cobertura e de estruturação da atenção primária como porta de entrada deste sistema, a partir das repercussões da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata em 1978, ganhou destaque na agenda setorial (PAIVA, 2021), o que se consolida em 2006, com a formulação e implementação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), parte de um processo que envolveu a garantia do direito à saúde a partir da expansão e consolidação da atenção básica no país com vistas a mudar modelo de atenção à saúde vigente (PAIVA, 2021).

Vários estudos apontam que a Atenção Primária à Saúde (APS) é capaz de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de um território, garantindo maior segurança ao paciente. Além disso, evita a necessidade de recorrer a serviços especializados de atenção em nível secundário, ofertados a nível ambulatorial e

hospitalar com densidade tecnológica intermediária e custo mais elevado (SELLERA; PEDEBOS; HARZHEIM; MEDEIROS; RAMOS; MARTINS; D'AVILA, 2020).

Os trabalhos sobre Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, na literatura existente usam em geral os dois termos como sinônimos, para se referir aos serviços prestados em uma ampla rede de unidades básicas de saúde em todo território nacional. Atenção Primária à Saúde tem sido a terminologia empregada com mais frequência, mas o emprego do termo “Atenção Básica à Saúde” utilizado, sobretudo, pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária em algumas propostas das agências internacionais, sem compromisso com a defesa de um sistema nacional universal, público, integral e gratuito, com o objetivo pautado na garantia da seguridade social e cidadania ampliada (GIOVANELLA, 2018).

Defendendo um modelo de integralidade, a concepção de atenção primária ampliada à saúde desde a Conferência de Alma-Ata contempla alguns componentes fundamentais que abrangem o conjunto das necessidades de saúde da população, ou seja, acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao SUS (GIOVANELLA, 2018).

Essa concepção ampla de atenção primária à saúde, definida e defendida pela medicina social latino-americana como “atenção primária à saúde integral”, vai ao encontro das diretrizes do SUS. Apesar da literatura brasileira apresentar um certo consenso ao se referir a atenção básica como estruturante do SUS de qualidade, notam-se tensões e disputas em torno de modelos/enfoques de nossa atenção básica/atenção primária à saúde, que por vezes se apresentam como contraposições entre “promoção/prevenção versus cuidado; saúde coletiva versus clínica; ações programáticas versus demanda espontânea; orientação comunitária versus serviços ambulatorial de saúde; programação da assistência por necessidades populacionais versus ofertar acesso oportuno a quem procura; atenção médica generalista versus multiprofissionalidade (GIOVANELLA, 2018).

A APS, do ponto de vista de sua conceituação teórico-técnica, no mundo, é apresentada como um modelo de assistência cujo enfoque está, sobretudo, na promoção e prevenção, e no cuidado territorializado em saúde. Nesse sentido, se propõe a reverter o cenário imposto historicamente pelo modelo curativo flexineriano,

que se disseminou em determinado período, revelando-se de alto custo e baixa resolutividade. Tendo a doença como aspecto central do cuidado, os fundamentos deste modelo a serem revertidos são reducionistas pois focam na doença (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017) em seus aspectos orgânicos e não as pessoas, seus modos de vida e seus processos de adoecimento como imanentes à vida.

1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO BRASILEIRO DE APS, EQUIPES NASF E A PSICOLOGIA NA APS

Em relação ao Brasil, no campo da APS, eixo ordenador da saúde, dentre os principais programas que se destacam na sua criação, encontra-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) – instituído em 1991 e ampliado de forma significativa em 1994 com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). A fim, de possibilitar a valorização do território, do vínculo com a população, o trabalho em equipes multidisciplinares, a promoção da saúde por meio de ações intersetoriais e o estímulo à participação comunitária, entre outros aspectos (SANTOS; MELO, 2017).

Com uma atenção básica responsável por ordenar a rede de saúde e coordenar o cuidado, foi estabelecido em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) a fim de orientar o trabalho da atenção primária à saúde no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS. A partir disso, foi empregado o trabalho em equipe multiprofissional, sobretudo, médicos da família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e, eventualmente, outros profissionais de saúde (FERREIRA, 2019).

Em 2006 o PSF deixou de ser “programa” e passou a ser uma “estratégia” permanente na atenção básica em saúde, justamente porque “programa” possui tempo determinado e “estratégia” é permanente e contínua. Com isso, passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (eSF), uma estratégia ininterrupta com objetivo de atender indivíduo e família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em uma nova abordagem assistencial, não mais centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (FERREIRA, 2019).

Com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, em 2008 foi criado o NASF de então, cuja sigla correspondia à Núcleo de Apoio à Saúde da Família, recentemente modificado para

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), composto em sua origem por equipes de diferentes especialidades em saúde, como Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Educação Física e Serviço Social. Vale ressaltar que a inserção formal de psicólogos nas unidades básicas de saúde do SUS, se deu justamente por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família como integrante dessas equipes constituídas para dar suporte às equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008), em várias frentes de trabalho, uma delas a Saúde Mental.

O processo de trabalho entre NASF-AB e eSF constitui-se a partir de ações compartilhadas entre ambas as equipes, incluindo discussões de casos de sujeitos ou de demandas do território, atendimento e realização de grupos, tendo como principais estratégias e ferramentas, o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS), o projeto de saúde no território (PST) e a pactuação de apoio (BRASIL, 2010).

O trabalho do NASF-AB junto com as eSF, não se restringe a ações assistenciais, mas deve abranger fortemente, também, as atividades preventivas, de promoção e proteção à saúde, baseadas na metodologia de Apoio Matricial Especializado operada entre as equipes de referência, ou seja, as equipes de saúde da família, e os profissionais que compõem as equipes NASF. O objetivo com essa metodologia é a construção de uma relação horizontal e integrada na atuação conjunta entre os profissionais de referência e os especialistas de outras profissões, proporcionando troca de conhecimentos e ações de cuidado segundo a ampliação do olhar sobre os problemas relacionados à saúde, intensificando o vínculo e a longitudinalidade do cuidado. O apoio matricial visa superar a lógica de encaminhamentos indiscriminados na direção de uma lógica de corresponsabilização entre os profissionais, as equipes e os serviços (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

A entrada da psicologia na saúde pública, particularmente na APS como uma das profissões que integram o NASF-AB, tem sido desafiadora, sobretudo, devido ao tradicional modelo de atuação clínica individual, que se consolidou mais como atenção especializada, de média complexidade, do que como atenção generalista. A formação profissional em geral é concentrada mais em disciplinas teóricas com abordagem positivista. No entanto, a teoria e prática profissional não podem ser dissociadas, pois são realidades constituídas simultaneamente nos domínios prático e conceitual (PITOMBEIRA; XAVIER; BARROSO; OLIVEIRA, 2016).

Dentro dos limites do exercício profissional no campo da saúde, a atenção primária talvez se constitua como o espaço em que os psicólogos estejam, até o momento, menos qualificados para atuar, comparado ao percurso de inserção e atuação em hospitais, ambulatórios e clínicas especializadas. A atenção primária ainda é um nível assistencial do SUS a ser ocupado devidamente pelos profissionais de psicologia, revendo e reconfigurando seu modelo e técnicas de trabalho, assim, como desenvolvendo novas e mais bem apropriadas para tal nível.

Alguns pesquisadores apontam que o papel do psicólogo na saúde pública não está claro, nem para a legislação vigente nem para a categoria profissional, as políticas públicas vigentes não o descrevem de forma clara e efetiva. Neste aspecto, a formação acadêmica e profissional dos psicólogos precisa nutrir-se do debate sobre as particularidades territoriais e da determinação social da saúde, das formas de adoecimento e sofrimento para que possa construir uma posição diferenciada e adequada aos objetivos da APS, intensificando a inserção da profissão no campo da saúde e no SUS (LHULLIER; LEMOS, 2020).

Não obstante, após onze anos do início da implantação das equipes de NASF, em 2019 o governo instituiu a portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que implementou o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, além da portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, dispondo sobre os indicadores do pagamento por desempenho. O pagamento por desempenho é aferido a partir de indicadores definidos em portaria específica (ALVAREZ, 2022).

Sobre os incentivos financeiros para a implantação das ações estratégicas, o programa não inclui o NASF-AB, embora mesmo assim tenha modificado sua concepção original, o que foi expresso na mudança de sua designação/nome, mesmo mantendo a sigla. Passou a ser afetada diretamente a manutenção das equipes NASF, e o que vem ocorrendo na prática é sua extinção por falta de financiamento dessas equipes. Com a desestimulação por parte do Ministério da Saúde, o financiamento do Previne Brasil funciona da seguinte maneira: os repasses são feitos para o número de eSF e NASF-AB credenciadas, juntamente com o nº de cadastros nas na AP e também pelo desempenho das equipes e incentivo para ações estratégicas. Em síntese não existe mais um valor fixo para ser passado regularmente para os municípios, não há mais repasse diretamente para o NASF- AB, pois a lógica do apoio matricial e suas estratégias deixam de existir, sendo que a manutenção da

equipe NASF-AB passa a ficar a cargo dos gestores locais (MATTOS; GUTIÉRREZ; CAMPOS, 2022).

Ao analisarmos a constituição do sistema público de saúde brasileiro, com princípios e diretrizes importantes para democratização do acesso, pretendemos compreender qual é o modelo de assistência ofertado na prática, sobretudo, no cuidado a saúde mental na atenção primária. Identifica-se, que as situações referentes a saúde mental fazem parte das que mais exigem capacidade técnica, sensibilidade e prudência das equipes de saúde, para uma percepção oportuna das demandas e uma condução satisfatória dos casos.

Frequentemente as queixas dos usuários não se apresentam de forma explícita, demandando uma escuta atenta e qualificada, realizada por qualquer profissional da equipe. Nesse sentido, é importante o investimento de mais tempo, bem como recursos humanos e materiais para que seja avaliado a condição de saúde de forma contextualizada, como parte da rotina do conjunto de ações e serviços de uma unidade de saúde, evitando que os casos de saúde mental se tornem demandas reprimidas, que não serão supridas por um modelo no qual predomina atendimentos clínicos individuais.

A execução de uma assistência de base comunitária, idealizada para o cuidado a saúde na atenção primária, requer uma formação profissional alinhada a compreensão do processo saúde-doença a partir dos pressupostos da saúde coletiva, dando visibilidade ao caráter social desse processo. Dessa forma, é indispensável o conhecimento do território e a articulação com serviços intersetoriais, o mapeamento das condições de saúde da população, como estratégias centrais para oferta do cuidado.

Considerando a alta complexidade no processo de trabalho da APS, onde as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, o acesso só é garantido quando essa assistência se concretiza atendendo as demandas de promoção e prevenção apresentadas. Logo, se justifica a importância de equipes multiprofissionais, sobretudo, o apoio matricial realizado pelas equipes NASF-AB, como suporte técnico-pedagógico às equipes de referências, a fim de ampliar a resolutividade nesse nível de atenção, reduzindo a necessidade dos encaminhamentos para a atenção secundária.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Caracterizar e analisar as concepções e as práticas no cuidado a casos de ideações e tentativas de suicídio, de profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde em Campo Grande/MS, que compõem as equipes de saúde da família e psicólogos/as de equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as compreensões sobre ideações e tentativas de suicídio e as condutas profissionais envolvidas;
- Investigar o trabalho em equipe de forma multi e interprofissional, a partir das descrições de casos envolvendo demandas de cuidado em torno do suicídio, emergentes na APS;
- Descrever e analisar as possibilidades e dificuldades da equipe da APS na articulação com a rede de atenção à saúde (RAS) e intersetorial, para garantia da integralidade do cuidado em saúde mental de forma contínua;
- Apreender os aspectos teórico-metodológicos empregados no manejo profissional; e
- Avançar nas formulações analíticas e propositivas da Psicologia Histórico-cultural em torno do sofrimento psíquico e do cuidado em Saúde Mental em geral e, em particular, das situações envolvendo as condutas ligadas ao suicídio.

2. CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O FENÔMENO SUICÍDIO E SUA ABORDAGEM PELA SAÚDE MENTAL / REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Entende-se que, o suicídio está relacionado ao desejo consciente e intencional de morrer, se configurando como uma ação com o entendimento claro do que o ato concretizado pode causar, ou seja, a própria morte. Nesse contexto, o comportamento suicida é um fenômeno complexo que engloba tanto o pensamento, tentativas até o ato consumado (ARAÚJO; JCHATELARD; CARVALHO; VIANA, 2016; ABP, 2014). A nível mundial, mais de 800 mil pessoas se suicidam todos os anos, representando uma morte a cada 40 segundos. Já as tentativas de suicídio são estimadas em 20 vezes a de suicídios consumados, ou seja, uma tentativa a cada dois segundos. No Brasil, a cada 43 minutos há um suicídio (BARBOSA; TEIXEIRA, 2021).

É estimado que ao menos 20 tentativas de suicídio ocorram para cada morte por suicídio de adulto, o que é traduzido em uma tentativa de suicídio a cada segundo. Os dados brasileiros passam a ser melhor coletados e notificados a partir de 2014, devido à legislação em vigor, infere-se que, isso influenciou sobremaneira para o aumento elevado de casos notificados de 2011 a 2018 (497,5%) (SILVA; MARCOLAN, 2021).

O Brasil dispõe de uma ampla rede de Sistema de Informação em Saúde (SIS) de contexto nacional, com a maioria de suas informações disponíveis na internet, podendo ser acessadas através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O DATASUS surgiu em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde, e já desenvolveu mais de duzentos sistemas que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento do SUS, tais como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (DATASUS, 2022).

Por se tratar de uma manifestação de violência, a notificação da tentativa de suicídio é realizada através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, instrumento que fornece informações quantitativas e qualitativas. A obrigatoriedade da notificação de tentativa de suicídio, por sua vez, foi

ratificada com a Portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014. Neste documento oficial, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde privados e públicos em todo território nacional, o registro da tentativa de suicídio encontra-se no SINAN no campo das violências (BAÉRE, 2019).

A subnotificação e o sub-registro são reais e esculpem uma realidade não verdadeira, e, ainda, é importante citar o acidente automobilístico, o afogamento, o envenenamento acidental e a morte por causa indeterminada, que por vezes “escondem” a morte por suicídio. Conforme dados do DATASUS, o Brasil em 2018 registrou 12.733 mortes por suicídio, o que importa na taxa de 6,1 suicídios para cada 100.000 habitantes, a se traduzir em cerca de 35 mortes por dia nesse ano, e manter a posição de oitavo país com mais suicídios no mundo em números absolutos (SILVA; MARCOLAN, 2021).

O Brasil tem apresentado aumento gradual no número de notificações de violência autoprovocada. Entre 2011 e 2018, identificou-se aumento de 497,5% nos casos notificados. A fase jovem, com idade entre 20 e 59 anos, apresenta maior percentual de ocorrências de tentativa de suicídio, com 65,6% no Brasil, em 2018. Em todas as regiões brasileiras, a tentativa de suicídio é maior nessa fase (SILVA; MARCOLAN, 2021).

Para a cor de pele, em 2018 no Brasil, 49,4% das notificações de violência autoprovocada foram de pessoas brancas, seguido de pessoas pardas com 34,2%. Contudo, há de se considerar as diferenças regionais que caracterizam a população brasileira, de forma que em Santa Catarina, o percentual proporcional para pessoas brancas é de 87,6%, e no Amazonas é de 3,8%. Para pessoas pardas, o percentual proporcional varia de 82,7% em Roraima a 6,3% em Santa Catarina (SILVA; MARCOLAN, 2021).

Nos últimos 10 anos (2009 a 2018), dados mais recentes disponibilizados pelo DATASUS, o Brasil registrou, em caráter ascendente, 108.020 óbitos por suicídio, denominadas lesões autoprovocadas voluntariamente. Destes, 38,3% foram registrados na Região Sudeste, fato que, em números absolutos, se relaciona ao maior quantitativo da população brasileira nessa região (SILVA; MARCOLAN, 2021).

Para a escolaridade, no Brasil, excluindo as informações ignoradas, em 2017 e 2018 o maior percentual proporcional foi de pessoas com 8 a 11 anos de estudo, 33,1% e 35,6%, respectivamente. Nos anos anteriores, 2013, 2014 e 2015, o maior

percentual era de pessoas com 4 a 7 anos de estudo, 33,5, 32,9 e 33,6%, respectivamente (SILVA; MARCOLAN, 2021).

Os dados sobre dar fim a própria vida pelo suicídio, conforme Estimativas Globais de Saúde da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2016 revelou a taxa de mortalidade por suicídio maior nos homens (13,7 por 100.000 habitantes) do que nas mulheres (7,5 por 100.000 habitantes) (SILVA; MARCOLAN, 2021).

É grande a vulnerabilidade de adolescentes e jovens adultos ao comportamento suicida. No mundo, quase um terço de todos os suicídios é de pessoas jovens. O coeficiente de mortalidade por suicídio na adolescência segundo a raça-cor da pele no Brasil de 2000 para 2010, com dados do DATASUS, os adolescentes de cor de pele preta, parda e indígena foram os mais acometidos pelo suicídio (SILVA; MARCOLAN, 2021).

Há aumento significativo e ainda crescente nas taxas de tentativa de suicídio e suicídio no Brasil, com especificidades para cada região e estado brasileiros, com destaque para aumento na morte de indígenas, brancos, com mais anos de escolaridade e melhor coleta e notificação dos dados, embora ainda não seja um sistema de excelência (SILVA; MARCOLAN, 2021).

O suicídio é referido atualmente como uma questão geral de saúde pública e na política de saúde brasileira sua abordagem acaba por configurá-lo como uma questão de saúde mental da população. Para prevenir os óbitos por suicídio, tem sido formulada a tese nem sempre explicitada de que se deve melhorar os cuidados em saúde mental, fazendo das situações de risco para tentativas de suicídio alvos prioritários da Política Nacional de Saúde Mental, por sua relação com a agudização de várias formas de sofrimento psíquico.

No que tange ao atendimento às pessoas em sofrimento psíquico no SUS, desde a Portaria nº 3.088/2011, emitida pelo Ministério da Saúde, ficou formalmente instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como uma das redes temáticas do SUS. Essa portaria apresenta a organização do trabalho em conjunto dos diversos serviços agora formalizados como pontos de atenção da RAPS, com atribuições na oferta de ações e serviços em saúde mental, no modelo de redes locais e regionalização, de base comunitária, o que significa, priorizar a oferta de ações em serviços abertos, territorializados, não asilares e distantes das moradias das pessoas, operacionalizando nos seguintes componentes: (i) Atenção Básica em Saúde; (ii) Atenção Psicossocial Especializada; (iii) Atenção de Urgência e Emergência; (iv)

Atenção Residencial de Caráter Transitório; (v) Atenção Hospitalar; (vi) Estratégias de Desinstitucionalização; e, por fim, (vii) Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Entretanto, nos últimos anos, sobretudo, no período de 2016-2019, houve um retrocesso significativo na Política Nacional de Saúde Mental, se configurando em um processo acelerado de “desmonte” dos avanços conquistados pela reforma psiquiátrica. Foram editados diversos documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2019f, p. 4).

Essa nova política trouxe o incentivo à internação psiquiátrica e a separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas. Portanto, um retorno ao modelo anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado de base hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Nesse sentido, evidencia-se o cenário das políticas públicas para a saúde e a suas contradições, aonde ocorre uma diminuição de recursos como a determinada pela Emenda Constitucional n.º 95, também conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, que ameaça a própria existência do SUS e ao mesmo tempo existam recursos para o amplo financiamento de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Percebe-se o retorno de serviços obsoletos em detrimento as equipes do NASF-AB, Saúde da Família e do CAPS, que poderiam ser aperfeiçoadas e ampliadas para atender a esta demanda do seu território local.

2.1 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SUICÍDIO E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Estudos sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) e Suicídio têm aumentado nos últimos anos, porém há um predomínio de pesquisas quantitativas, que buscam caracterizar um perfil das “pessoas suicidas” com foco nos fatores de risco. Por outro lado, verifica-se uma carência de estudos sobre práticas e concepções, ou seja, sobre processos psicológicos no âmbito da consciência dos atores-chaves dos modelos de atenção, estudos estes que discutam em maior profundidade a atuação profissional em saúde mental, de modo geral, em prevenção, educação e cuidado (FERREIRA, 2020).

Para conhecimento do universo pesquisado realizou-se uma revisão preliminar da literatura, em agosto de 2021¹, sem limite temporal e critérios sistemáticos para a busca, com foco em estudos sobre atenção primária e práticas de cuidado nas situações relacionadas ao suicídio na atenção primária. No geral, o suicídio aparece como um agravamento da depressão (na forma de um transtorno psiquiátrico, este é apontado como um dos principais fatores de risco para o suicídio), juntamente com outros fatores de risco. Outrossim, destacam-se a ausência de preparo dos profissionais diante esse tipo de situação, no qual o encaminhamento a “especialistas” e a prescrição de psicotrópicos as práticas mais comuns, ao contrário do que propõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (MOLINA, M. R. A.; WIENER, C. D.; BRANCO, J. C.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.; TOMASI, E.; SILVA, R. A.; PINHEIRO, R. T, 2012; SOUSA, J. F.; SOUSA, V. C.; CARVALHO, C. M. S.; AMORIM, F. C. M.; FERNANDES, M. A.; COELHO, M. C. V. S.; SILVA, J. S, 2020; MAGALHÃES; ANDRADE, 2019; NOVAES, M.; MACHIAVELLI, J. L.; VERDE, F. C. V.; FILHO, A. S. C.; RODRIGUES, T. R. C.; GRYSCHER; PINTO, 2015; HIRDES, 2015; DAMOUS; ERLICH, 2017; FERREIRA, G. S; FAJARDO, A. P; MELLO, E. D, 2019).

Atrelada a isso, há estudos que apontam preocupação quanto ao sentimento frequente manifesto em pesquisas de despreparo, por grande parte dos profissionais que se dizem inseguros para lidar com demandas graves relacionadas à saúde

¹ Utilizando o Proxy licenciado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por intermédio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (<http://www.capes.gov.br/>), via Portal de Periódicos CAPES (<http://www-periodicos-capes-govbr.ez18.periodicos.capes.gov.br/>).

mental, como, por exemplo, pessoas em risco de suicídio e episódios psicóticos. Destaca-se, que no geral a assistência a esses casos é focada na medicação e encaminhamento para avaliação especializada (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Estudos têm demonstrado que o manejo profissional de situações com pessoas manifestantes de ideação suicida é um desafio complexo e pouco explorado em pesquisas. Ademais, as estatísticas brasileiras apontam que há um aumento na incidência de casos e dificuldades nas estratégias de cuidado, provocando nos profissionais constante sentimento de impotência e preocupação diante do risco iminente da perda de um paciente (MALGAREZI; BOROWSKI; CESCNETTO; WACHHOLZ, 2020).

No contexto da atenção primária à saúde, nível assistencial de extrema importância na prevenção de casos de suicídio, dentre os motivos que podem estar associados a isso, por exemplo, destacam-se a dinâmica dos serviços e a formação profissional. É apontando como problema o foco do cuidado se concentrar no tratamento após ocorrências, ou seja, na atenção secundária (em detrimento da prevenção da tentativa e/ou do suicídio), com direcionamento do fluxo de usuários ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços de emergência (CESCON; CAPOZZOLO; LIMA, 2018).

Faz-se importante apontar que um número considerável de pessoas procura algum tipo de assistência nos serviços de atenção primária em saúde pouco antes de cometerem o suicídio (FERREIRA, 2020). Nesse sentido, é importante que os profissionais atuantes nesse nível de atenção estejam capacitados e tenham uma formação contínua que lhes deem condições de identificar e intervir nesses casos, visto sua posição estratégica no território e seu papel, sobretudo, de promoção e proteção da saúde.

Ademais, na formação profissional, muitas vezes há um excesso da valorização de uma ciência positivista, fundada no mecanicismo de procura da relação causa-efeito, o que colabora para um cuidado limitado que, nos casos das intercorrências ligada ao suicídio, por vezes se restringe à estabilização dos sinais vitais, lavagens gástricas, acesso venoso, entre outros, ou seja, o paciente é socorrido clinicamente, sem que haja um olhar ampliado, para além da recuperação orgânica, que busque identificar as determinações coletivas e singulares deste evento de saúde, e atuar com base nestas, o que exigiria inicialmente um processo de acolhimento e escuta da pessoas e de sua rede pessoal, com possíveis ações de acompanhamento

em caráter segundo a integralidade e um acompanhamento longitudinal. Dessa forma, privilegiam-se práticas que pouco envolvem reflexão sobre os sentidos e o significado social das tentativas de suicídio, em geral focadas em protocolos exclusivamente direcionados à saúde orgânica e com enfoque curativista (STOPPA; WANDERBROOKE; AZEVÊDO, 2020).

O estudo intitulado “Profissionais de Saúde no Atendimento ao Usuário com Comportamento Suicida no Brasil: Revisão Sistemática”, por exemplo, objetivou analisar, no período de 2008 a 2018, a produção nacional de artigos sobre os profissionais de saúde no atendimento às pessoas que realizaram tentativas de suicídio. De dez artigos selecionados, três correspondem a pesquisas que ocorreram no campo da atenção primária à saúde; dois na atenção secundária; quatro na atenção terciária; e um na atenção secundária e terciária conjuntamente (STOPPA et al., 2020).

Desses três estudos realizados na atenção primária, um ocorreu por meio de entrevistas com 12 enfermeiras que atuam em Unidade Básica de Saúde (UBS), com o objetivo de analisar as concepções, assim como as dificuldades encontradas e as ações desenvolvidas com os usuários que apresentavam comportamento suicida. Os resultados apontaram que as ações das enfermeiras englobam encaminhamentos para outros profissionais e pontos de atenção e prevenção de novas tentativas. As participantes do estudo em sua maioria relataram que encaminham os usuários que tentaram o suicídio para um serviço de pronto-atendimento de referência que atende emergências em saúde mental no município, contudo, é mais comum a procura direta a esse serviço. No entanto, as entrevistadas expõem as dificuldades na contrarreferência dos profissionais especializados em saúde mental, por não haver o encaminhamento de retorno do usuário à UBS para a continuidade dos cuidados (STOPPA et al., 2020).

No segundo estudo analisado foram entrevistados/as agentes comunitários/as de saúde (ACS), com objetivo de descrever o manejo prestado aos usuários com comportamento suicida nas Unidades Básicas de Saúde. Esses profissionais entendem a gravidade do comportamento suicida e o papel do trabalho que realizam para a sua prevenção, pela razão de estarem próximos aos usuários e poderem identificar fatores de risco. Foram apresentadas as seguintes ações preventivas: escuta e acolhimento, a comunicação entre a equipe de saúde, visitas domiciliares

com periodicidade, encaminhamento e verificação da frequência das consultas marcadas (STOPPA et al., 2020).

No terceiro estudo, obtiveram-se respostas de 252 profissionais da saúde de 19 UBS(s) em Barbacena, MG. Entre os principais achados, está o fato de que médicos e enfermeiros foram os profissionais que tiveram mais contato com usuários que tentaram suicídio. Esses profissionais também expressaram sentir maior capacidade para lidar com os casos de tentativas do que os demais profissionais. Os homens apresentaram maior escore que as mulheres quanto à crença pessoal de maior capacidade de lidar com casos de tentativas e atos suicidas. Outro dado relevante foi que, quanto maior a idade dos profissionais, maior a tendência de se sentirem capazes para manejar casos de comportamento suicida (STOPPA et al., 2020).

Consoante a esses achados, outro estudo de revisão da literatura nacional sobre manejo de comportamentos suicidas na APS, abrangendo artigos de 2016-2021, apontou que apesar de características favoráveis da APS (facilitação de criação de vínculos, acolhimento, identificação avaliação, acompanhamento regular dos indivíduos com comportamento suicida e dos fatores de risco, acesso facilitado por meio de visitas domiciliares e acesso a fatores protetivos dos usuários das unidades de saúde), os profissionais desse nível de atenção à saúde demonstram-se incapazes e desamparados para exercer os manejos (GOTTI; GOMES; ARGONDIZZI; OLIVEIRA; SOUSA, 2021).

Ressaltam ainda que os profissionais demandam por capacitação que possibilite ações preventivas. Apesar de programas de capacitação para lidar preventivamente com o suicídio serem identificados como demandas comuns em todos os artigos que integraram a revisão, de maneira geral, não abordam de forma detalhada como essas capacitações poderiam ser feitas, avançar nesse aspecto favorece a programação de capacitações mais efetivas, subsidiando intervenções preventivas (GOTTI et al., 2021).

Assim como ações de capacitação de manejo, rastrear amostras não aderentes aos serviços de saúde pode ser uma importante ação atenuante. Pois muitas tentativas de suicídio e comportamentos de automutilação não chegam ao conhecimento dos profissionais da saúde (GOTTI et al., 2021).

Um estudo de revisão integrativa realizado por Ferreira (2020), com publicações a sobre temática comportamento suicida e atenção primária à saúde,

entre janeiro de 2012 e abril de 2017, nas bases de dados BVS, CINAHL e SCOPUS, analisou 35 de um total de 2 346 artigos obtidos. Os resultados apontaram o predomínio dos seguintes objetivos das pesquisas: avaliar a prevalência de comportamento suicida entre pessoas que utilizaram a APS (13 artigos); descrever/avaliar a eficácia de prevenção/deteção de pessoas com comportamento suicida na APS (12 artigos); e identificar perfil/fatores de risco ou proteção de pessoas que utilizaram a APS com comportamento suicida (10 artigos).

Os estudos que propuseram avaliar a prevalência de comportamento suicida entre pessoas que utilizaram a APS, indicaram em seus resultados uma alta prevalência de comportamento suicida entre as pessoas que utilizam esse serviço. Um desses artigos, por exemplo, conclui que, aproximadamente 90% das pessoas que morrem por suicídio procuraram ajuda nos profissionais da APS pouco antes da sua morte (FERREIRA, 2020).

Em relação às pesquisas com foco em descrever e avaliar a eficácia de prevenção/deteção de pessoas com comportamento suicida na APS, há um predomínio de estudos que destacam a ausência de qualificação necessária dos profissionais para prestarem uma boa assistência nesses casos. Isso, em consequência, principalmente, da sobrecarga no trabalho, falta de preparo ou conhecimento para identificar e atuar nas situações precoces, carência de uma rede de apoio/capacitação profissional, falta de programas e iniciativas locais de prevenção ao suicídio (FERREIRA, 2020).

Já os estudos sobre perfil/fatores de risco ou proteção de pessoas com comportamento suicida que utilizam a APS ressaltam ser comum a presença de transtornos mentais, depressão, insônia, baixa escolaridade, traumas emocionais, doenças crônicas, história previa de comportamento suicida, declínio funcional e uso de drogas ou álcool, em pacientes com ideação e/ou tentativa de suicídio. Ademais, em relação à variável gênero, as mulheres se sobressaem aos homens em tentativas de suicídio e prevalência de depressão, mas os homens estão em maior número se considerar as tentativas que resultaram em morte (FERREIRA, 2020).

As investigações epidemiológicas clássicas operam associando variáveis isoladas sob o princípio da causalidade, nos estudos essa lógica aparece como uma discussão orientada por leis objetivas, atuando ao nível dos processos singulares, isto é, apenas no âmbito do aparente da realidade fenomênica, explicada pela lei causa-efeito. Entende-se, que para análise da situação de saúde, a descrição estatística

alimentada por sistemas de informação compõe um requisito importante, desde que os dados resultantes sirvam como recursos utilizados para planejamento pactuado entre os entes federados, refletindo significativamente na gestão das políticas e dos serviços públicos de saúde.

Conforme destacado no início desse capítulo, as ideações e tentativas de suicídio, por exemplo, atingem números preocupantes e ainda contam com casos subnotificados. Entretanto, no nível teórico e prático as ações e serviços prestados pela saúde pública não estão em consonância com as características de urgência apresentadas pela epidemiologia. Não obstante, na literatura predomina produções científicas que destacam a ausência de uma proposta de cuidado planejada, programada, monitorada e avaliada, como ocorre com outras condições de saúde.

A Saúde mental dentro das diretrizes do SUS ocorre por meio da Rede de Atenção Psicossocial, organizada com o objetivo de promover uma assistência integral para as diferentes demandas, como um dos componentes a APS está inscrita. Dessa forma, com base na proposta de atuação espera-se que a APS seja capaz de trabalhar com a promoção da saúde mental e manejo dos casos leves e moderados, sendo resolutiva na assistência e não realizando encaminhamentos desnecessários.

Contudo, ainda não existe uma estratégia de mapeamento de casos de sofrimento psíquico, ideações e tentativas de suicídio, que permite um cuidado continuado, no geral as ações e serviços ocorrem de forma pontual. Outrossim, é comum a falta de qualificação dos profissionais que implica em uma assistência limitada e muitas vezes se configura como uma barreira de acesso.

3. CAPÍTULO II - MARCOS TEÓRICOS E DELINEAMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 PRESSUPOSTOS DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL E DA TEORIA DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA ABORDAGEM DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Com a intenção de comprovar a veracidade da psicologia, em meados do século XX, foi construída a Psicologia Histórico-Cultural no contexto da Revolução Soviética, com base nos princípios do materialismo histórico-dialético. Teve como proponentes Lev Semenovitch Vigotski, Alexis Nikolaevich Leontiev e Alexander Romamovich Luria, esses autores discordaram dos pressupostos e das análises da psicologia predominante na época, que recorria a aspectos biológicos, numa apreensão a-históricos e idealista acerca das condutas humanas e do funcionamento psíquico humano (MARTINS, 2016).

Na perspectiva de Vigotski (2004), o momento apresentava as contradições e os limites das correntes teóricas emergentes na época, revelando a impossibilidade de dar conta das novas transformações que se encontravam na sociedade russa naquele período e a necessidade de um novo método para compreensão do homem. A psicologia foi uma das áreas que mais sofreu devido à ausência de uma metodologia, pois, a veracidade de uma ciência positivista denota os fundamentos que a sustentam e o método empregado.

Vale destacar, que o momento histórico e o lugar em que um cientista vive influência na constituição de seus estudos e trabalhos. Na obra de Vygotsky, por exemplo, há referência ao contexto sociopolítico da época em que foi desenvolvida a sua teoria, ademais, o autor dava destaque para as questões sócio-históricas, com fundamento no materialismo histórico e dialético, contudo não buscava criar uma especialização a mais da Psicologia, e sim contribuir para as bases de formulação de uma Psicologia geral (KAULFUSS, 2019).

Nesse sentido, Vygotsky, junto com Luria e Leontiev, teve como objetivo superar as visões que tratavam a psicologia como uma ciência natural ou como uma ciência mental. Dessa forma, procurou uma síntese entre as abordagens predominantes naquele momento. Esse grupo, conhecido como Troika buscou criar

um novo modo, mais amplo, que desse conta de descrever e explicar as funções psicológicas superiores do homem (KAULFUSS, 2019).

Karl Marx e Friedrich Engels foram os responsáveis por elaborar os princípios do materialismo histórico-dialético. Esses autores analisaram a sociedade capitalista, a partir da sua história e essência. Outrossim, desenvolveram uma concepção filosófica que engloba a relação entre natureza, homem e sociedade, na qual, apontam indicativos da relação entre produção do conhecimento e modificação da realidade, dos limites da referida sociedade e da possibilidade prática de sua superação (MARTINS, 2016).

Shuare (1990) afirma que, ao contrário da tendência em desenvolver uma psicologia como ciência separada da filosofia, a psicologia soviética, desde o princípio planejou se constituir como uma ciência fundamentada na filosofia materialista dialética. Ademais, defendia que não é possível constituir uma teoria científica sem uma base filosófica e uma concepção de mundo com princípios epistemológicos, como destacado na seguinte citação:

Imersa até então no seio dos laboratórios, a ciência psicológica passava, a partir de então, ao estudo daquilo que lhe é mais fundamental/peculiar, qual seja: “[...] o estudo do humano em seu devir histórico”, enquanto ser mediado historicamente e socialmente, tendo no estudo da consciência/psique, seu objeto maior (SHUARE, 1990).

Com isso, a psicologia histórico-cultural respaldada no marxismo se comprometeu em refletir e propor uma nova maneira de pensar o sujeito e a sociedade, se apropriando de temas como, por exemplo, a natureza do psíquico, a essência da psique, objeto da psicologia, e seus métodos. Numa ampla compreensão de cultura, valorizando o homem como ativo no processo de construção da realidade objetiva e subjetiva (SHUARE, 1990).

Segundo Luria (1992), Vigotski, a partir dos pressupostos de Marx concluiu que o padrão mais sofisticado do comportamento humano, ou seja, aquele regulado pelas funções psicológicas superiores, tem origem nas relações sociais, dentro de um contexto histórico e cultural. Entretanto, o homem não é só um produto de seu meio social, também é um agente ativo na criação desse ambiente e de sua dimensão subjetiva.

As lacunas científicas das explicações naturalistas, como as descrições biologizantes sobre maturação física para compreender funções tipicamente

humanas, implicou em investigar os processos para além do orgânico. Dessa forma, encontrou-se, por exemplo, na categoria de atividade a discussão de mediação por instrumentos culturais que superou a ideia de que o ato humano é a resposta a um estímulo, visto que, constitui, sobretudo, uma ação mediada por um componente cultural (LURIA, 1992).

Nesse sentido, com base em Engels, Leontiev (1978) afirma que o trabalho permitiu a hominização do homem, bem como o surgimento da sociedade. Com o trabalho, segundo os autores, houve um desenvolvimento que trouxe um salto não só quantitativo, mas também qualitativo para existência do sujeito, os órgãos do sentido e, ao mesmo tempo, o cérebro em sua totalidade obteve significativas transformações.

Ainda discutindo o caminho seguido por Vigotski, Leontiev (2004) completa:

A ideia de Vigotski era clara: os fundamentos teórico-metodológicos da psicologia marxista deveriam começar a ser elaborados a partir da análise psicológica da atividade prática, laboral do homem, a partir de posições marxistas. É precisamente aí que jazem as leis fundamentais e as unidades iniciais da vida psíquica do homem.

Vygotsky (2001) almejava que a psicologia adquirisse condições de dar conta de explicar o homem em sua totalidade, para tal propôs uma teoria sobre o desenvolvimento humano, na qual considera aspectos filo e ontogenéticos, isto é, não só do indivíduo, mas também da espécie humana. Seu estudo destacou o desenvolvimento da linguagem e do pensamento, dando ênfase na interação social e mediação como fundamentais para o avanço das funções mentais superiores.

Apesar dessa teoria buscar fundamentos nos estudos de Marx isso não significa que houve aplicação simplista das mesmas categorias que Marx formulou para o estudo da sociedade burguesa. Para Vygotsky, a Nova Psicologia precisava de seus próprios conceitos, não simplesmente reproduzir as ideias de Marx. Pois, o uso na íntegra do materialismo dialético não era o suficiente, era necessário compreender a essência do método de Marx e apreender da própria Psicologia seus princípios gerais (CENCI, 2012).

Dentre os conceitos bases empregados por Marx e Engels que foram apropriados por Vygotski e seus colaboradores, destaca-se as passagens nas quais o autor discorre sobre a questão do trabalho e outros conceitos a ele associados. Em diversas partes de sua obra ele se refere ao trabalho como atividade vital, o que não

significa que ele ignore o seu caráter alienante, quando ausente de sentido e/ou gerador de sofrimento (CENCI, 2012).

A sociedade é organizada pelas relações de produção, que se modificam no processo sócio-histórico. Assim, o trabalho faz parte da constituição humana. Pois, o mesmo em sua essência possibilita a preservação da vida mediante a satisfação de necessidades, além de ser condição para o desenvolvimento da consciência. Contudo, o trabalho tem atributos diferentes na sociedade capitalista na comparação com outras formações sociais e momentos históricos, pelo objetivo maior da valorização do capital (MARX, 1988).

No que tange à construção subjetiva do indivíduo, sentimentos, pensamentos e condutas relacionadas ao desvalor de preservar a própria vida suicida, o planejamento do próprio ato, as determinações psicológicas e histórico-causais para tais construções, faz-se importante compreender a forma dinâmica e contraditória com que se estrutura em nível ontológico e social, a consciência e a conduta humana. Bem como sua relação com a atividade dos homens e com a própria realidade em permanente mudança conforme alteram as formas de trabalhar e de satisfazer as necessidades para a reprodução das pessoas e das sociedades. O significado do suicídio pouco varia no coletivo, ou seja, o conceito representa o ato de tirar o própria vida, entretanto, para cada indivíduo há um sentido diferente, concernente à forma com a qual cada um deles vive sua vida e a história que possuem com esse fenômeno (NETTO, 2007).

O termo suicídio, utilizado atualmente para falar sobre as mortes voluntárias, já foi tratado sob várias perspectivas em diversas épocas da história, a saber: pecado, crime, mal, patologia e loucura:

É principalmente a partir de Agostinho de Hipona (séc. V), também chamado por alguns de Santo Agostinho, que a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa. Posteriormente, ainda na Idade Média, passa a ser compreendida como crime, porque lesava os interesses da Coroa: aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias, e os cadáveres eram penalizados. Ao final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de então, são os “médicos” que definem a negatividade da morte voluntária,

deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura (NETTO, 2013, p. 16).

De acordo com o professor Netto (2013), “por não gostar e não querer saber da morte, busca-se também a manutenção da vida, a qualquer custo. Busca-se fazer o possível e o impossível para se manter as pessoas vivas, independentemente das consequências que isso possa trazer para as próprias pessoas” (p. 16). Assim, ao cometer o suicídio, o sujeito estaria violando o poder sobre a vida e a morte.

Nesse sentido, a forma negativa com que o suicídio é tratado na sociedade implica uma estigmatização do sujeito que se mata voluntariamente, o que repercute em uma das dificuldades de se trabalhar com os dados sobre o fenômeno e as subnotificações dos suicídios. A ausência de fidedignidade nas estatísticas de suicídios se dá tanto por equívocos na diferenciação entre as mortes acidentais com as mortes voluntárias, pela tentativa de preservar os familiares, para evitar que ocorra imitação e inclusive para garantir o pagamento do valor proveniente do seguro de vida, uma vez que eles não cobrem suicídios.

De acordo com o professor e pesquisador Netto (2013), o fenômeno do suicídio revela algo sobre a sociedade em que ele acontece, sendo o suicídio construído socialmente com significados que se relacionam à sua história social. Dessa forma, o suicídio e suas tentativas são “uma questão de saúde pública e as intervenções junto aos sujeitos, para além dos trabalhos preventivos, devem ter maior penetração nas políticas públicas de saúde do país” (NETTO, 2007, p. 160).

Vygotski (1995) aponta que o ser humano é forjado como ser social e como personalidade singular pelas relações que estabelece com as pessoas através da linguagem, um sistema de conceitos e significados elaborados socialmente. Segundo o autor, as aquisições do sistema da linguagem e toda a transformação que isso exerce na capacidade intelectual, com a complexificação da atividade e da conduta humana, representam um grande salto qualitativo entre os seres humanos e os animais. A linguagem consiste em um sistema que serve como um instrumento, psicológico, no plano dos processos ideacionais, com função de mediação, e regulação, para o desenvolvimento da vontade, da consciência, da atividade e do trabalho, podendo sofrer alterações de acordo com as relações sociais em curso e das mediações que os indivíduos podem se apropriar e passar a agir com auxílio

destas e não de modo direto, como reações biologicamente determinadas e imitações, por exemplo.

No campo da saúde mental há uma tendência de explicar a etiologia do sofrimento psíquico pela chamada abordagem multicausal da doença, como se apresenta nos manuais e livros mais utilizados na área da psiquiatria. Ainda que estudos tenham destacado a importância dos aspectos sociais na constituição de um processo de sofrimento, denominando-os como variáveis ou determinantes sociais, intervenções são centradas em uma lógica individualista, com foco na administração de fármacos que atuam na bioquímica cerebral e não nas situações e condições produtoras dos estados psicológicos e das condutas complexas a estes associados. A ênfase nas explicações que se restringem à organicidade tende a apresentar o social/ a vida social ampla ou mesmo singular da pessoa, como uma soma de diferentes fatores aos quais ela estaria exposta, numa lógica que ao fragmentar o social, fragmenta todo o processo de adoecimento, perdendo sua essência (ALMEIDA, 2018).

Considerando a singularidade de cada indivíduo, resultante, sobretudo, de suas interações sociais, da conformação de seu desenvolvimento individual regulado pelo curso da história social, de suas experiências de apropriação dos instrumentos e bens materiais e culturais, a “qualidade” das mediações que acessa poderá ser muito distinta. Isso diversificará sobremaneira sua constituição psicológica, pela variação que poderá ocorrer no desenvolvimento das funções psicológicas superiores que dão base à formação e à dinâmica da personalidade como um todo. Na grande maioria dos cenários de práticas e cuidados em desenvolvimento humano e proteção da saúde mental não é esse o referencial teórico que predomina na compreensão das causas dos estados psíquicos de agudização de sofrimento. Dessa forma, estratégias imperantes são limitantes, seja qual for a expressão de adoecimento, isto é, depressão, ansiedade, ideações de suicídio, abuso de substâncias psicoativas ou outras (ALMEIDA, 2018).

Vale destacar que, entender o ato suicida como um ato volitivo, embora dialeticamente tal ato guarde relação com a perda ou diminuição da vontade para viver, implica considerar uma complexa relação entre sentido e significado. Enfatiza-se, portanto, que os significados, ao afetarem as pessoas, são mediados pelas experiências singulares delas, de forma a gerar sentidos pessoais, o que elucida o

fato de, em um mesmo contexto, as pessoas reagirem de forma diferente (NETTO, 2007).

Vygotski (2001) também aborda a questão do significado, principalmente no que concerne à linguagem, ou seja, o significado da palavra. O autor destaca que o significado da palavra não fica restrito, fixo, a um determinado objeto, mas possui a capacidade de generalização, sendo atribuído, portanto, a uma classe de objetos. Dessa forma, Vygotski coloca o significado como uma unidade do pensamento verbalizado.

Segundo Netto (2007):

(...) o significado da palavra possui em sua generalização um ato de pensamento, e, ao mesmo tempo, o significado é parte integrante da palavra, ou seja, pertence tanto ao reino da linguagem quanto ao reino do pensamento. Decorrente disto pode-se afirmar que o significado pode ser reconhecido como fenômeno da linguagem por sua natureza assim como fenômeno do pensamento.

Os significados socialmente elaborados, quando internalizados pelos indivíduos, sofrem modificações na consciência individual. Dessa forma, faz-se necessário distinguir os significados objetivos, elaborados socialmente, dos significados subjetivos, ou seja, o sentido pessoal. Esse possui novas qualidades sistêmicas, qualidades particulares ao indivíduo, portanto, possui maior dinâmica e inconstância. Já o significado possui maior estabilidade, é compartilhado socialmente, e possui natureza objetiva (LEONTIEV, 1978).

O sentido da palavra é inesgotável, pois varia conforme as vivências singulares de cada indivíduo, podendo diversificar no decorrer de sua vida. Os sentidos só existem, portanto, constituindo a consciência e subjetividade do indivíduo, ou seja, possui natureza psicológica. “O sentido pessoal é o que cria a parcialidade da consciência humana” (LEONTIEV, 1978).

Netto (2007) classifica o suicídio como ato volitivo, sendo necessário, para compreendê-lo, analisar a relação sentido-significado diante deste fenômeno. O autor revela que, em cada sociedade, a depender do momento histórico, da visão sobre o ser humano e das relações de produção, foram elaborados socialmente determinados significados acerca do suicídio. Assim, dentro de um mesmo período histórico, o significado tenderá a se apresentar com poucas variações.

Para exemplificar as variações do significado sobre o suicídio no processo histórico, Netto menciona a Ilha de Céa, onde o indivíduo poderia se suicidar com a autorização da comunidade. Quando autorizado, o indivíduo recebia o veneno dos próprios governantes e podia colocar fim à própria vida publicamente, sem que ninguém o impedisse ou interrompesse seu ato, “ao contrário do que aconteceu na idade média e de certa forma se perpetua até hoje, mesmo que por motivos distintos, que é o suicídio solitário e escondido” (NETTO, 2007).

Na sociedade contemporânea, regida pelo sistema capitalista (neo)liberal, considerando que os sentidos são construídos a partir dos significados dominantes, pode-se deduzir que a ideia de indivíduo autônomo, empreendedor, responsável por suas escolhas e manutenção, ou não, da vida, contribui para a construção de um significado, ideologizado, de livre arbítrio, que aliena o ser humano da conscientização acerca de suas determinações históricas e sociais no que concerne o fenômeno do suicídio, dentre outros. Dessa forma, responsabiliza-se única e exclusivamente o indivíduo por seu suicídio, deixando “imaculadas” as determinações históricas, sociais e políticas sobre este fenômeno (NETTO, 2007).

Esse modo de entender o sofrimento psíquico, bem como o suicídio, constituído nos processos históricos e sociais da humanidade, não aparece como o meio pelo qual a literatura predominante discute o fenômeno. Identifica-se um discurso pautado na lógica multicausal com ofertas de intervenções limitadas ao autoconhecimento e recursos de base farmacológica, pouco se diz sobre o suicídio como produto de uma sociedade dividida em classes, competitiva, com padrões individualistas, gerando constante sofrimento, com poucos recursos mediadores que permitem uma compreensão consciente sobre o ato de tirar a própria vida.

No campo da saúde esse padrão reflete na concepção que os profissionais possuem sobre saúde mental, considerando também ser mais presente nos currículos de formação. Entretanto, não corresponde às práticas de cuidado que precisam ser desenvolvidas na saúde pública, sobretudo, na atenção básica que propõe uma assistência de base territorial, apreendendo os aspectos de vida que estão determinando a condição de saúde dos usuários de sua área de atuação, o que implica em pensar em estratégias comunitárias, pensando em ações que buscam promover ou incitar práticas que se articulam com o dia a dia vivenciado pelo sujeito.

3.2 PROCEDIMENTOS DO TRABALHO DE CAMPO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, esse tipo de estudo se propõe investigar o significado dos fenômenos. Portanto, não se preocupa em mensurar os eventos estudados, nem empregar recursos estatísticos, parte de amplas questões de interesses que vão se delimitando com o desenvolvimento da pesquisa, a fim de obter dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos, para compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (OLIVEIRA; STRASSBURG; PIFFER, 2017).

Esse processo implica na apreensão das diversas propriedades do objeto em investigação, dentre elas as propriedades qualitativas e quantitativas, inclusive dos fenômenos sociais (TRIVIÑOS, 1987).

Portanto, o processo analítico vai além da descrição das características, busca conhecer e interpretar aspectos mais profundos, fornecendo análise detalhada sobre os dados da investigação e explicando a ocorrência dos fenômenos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O projeto de pesquisa em questão foi encaminhado para Secretaria municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande/MS, para solicitação de autorização, logo após autorização da SESAU o projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (USMS), que emitiu parecer favorável nº 5.352.434.

A pesquisa ocorreu através de duas técnicas da pesquisa qualitativa, isto é, grupo focal e entrevista semiestruturada. O estudo foi desenvolvido em três Unidades de Saúde da Família (USF) de Campo Grande-MS. Sendo duas USF com apoio de um profissional de Psicologia vinculado a uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) e a outra não.

Com os profissionais de Psicologia vinculados a uma equipe NASF-AB foi realizado entrevista semiestruturada individual e com os profissionais vinculados a uma mesma equipe de Estratégia Saúde da Família foi realizado um grupo focal, em suas respectivas USFs de atuação. A escolha das unidades se deu a partir de uma lista disponibilizada pela secretária de saúde em que posteriormente a pesquisadora entrou em contato para averiguar o levantamento de disponibilidade de horários e interesse em contribuir com a pesquisa, selecionando assim as unidades em que após contato via e-mail e telefone foram mais acessíveis. O convite para os potenciais

participantes ocorreu presencialmente em dia acordado com os gestores de cada unidade, a fim de explicar sobre o estudo e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após o aceite dos participantes que consentirem em participar, os mesmos, assinaram o TCLE em duas vias, ficaram com a que lhe é devida e a outra com a pesquisadora. As entrevistas foram realizadas de forma individual em dias acordados com os profissionais de psicologia e o grupo focal em dias de reunião de cada equipe. Participaram do estudo um total de 18 profissionais de saúde, de ambos os sexos, entre eles, médicos (2), enfermeiros (2), técnicos de enfermagem (2), ACS (10) e psicólogos (2). A faixa etária dos participantes variou de 25 a 62 anos, com tempo de atuação em serviço de seis mês a 24 anos. Quanto à formação em nível de pós-graduação em Saúde da Família, apenas dois entrevistados de uma das unidades haviam realizado.

Todos os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos, procedimento de coleta e análise de dados, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o sigilo e anonimato, a unidade de atuação dos participantes foi expressa na seção de resultados, pela letra U, indicativa de unidade (que vai de 1 a 3, sendo 2 a unidade com ausência do profissional de psicologia NASF-AB).

A escolha em realizar Grupo Focal com as equipes de saúde da família se deu devido a técnica permitir uma dinâmica de interações entre um conjunto limitado de pessoas que apresentam alguma característica em comum e possuem alguma relação com o tema a ser discutido. O trabalho com grupos focais possibilita, ao pesquisador, captar um conjunto de informações concretas de diferentes naturezas, abarcando conceitos e preconceitos, opiniões e ideias, valores, sentimentos e ações, voltados para o objetivo da pesquisa a partir de questões pontuadas em um roteiro (LOPES, 2014).

O grupo focal foi coordenado pela pesquisadora com auxílio de uma relatora, também formada em psicologia e mestranda. Os grupos focais foram organizados em três fases: Fase I - Convite aos participantes em potencial (seleção, esclarecimentos) e preparação do encontro (roteiro com questões abertas). Fase II – Realização dos encontros. Fase III - Transcrição e compilação dos dados (VICTORA; KNAUTH; HASEN, 2000).

As entrevistas e os grupos focais partiram de roteiros (APÊNDICES I e II) elaborados pela pesquisadora com apoio da orientadora, foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra pela própria pesquisadora. Realizou-se leitura flutuante, na qual foram identificadas as falas dos participantes que permitiram caracterizar e analisar a prática profissional, concepções e experiência desses profissionais voltadas à prevenção, educação promoção da saúde e cuidados em torno dos comportamentos suicidas.

A caracterização do total de 18 profissionais participantes, de três USFs selecionadas, consta a seguir.

Tabela 1 – Descrição dos profissionais participantes do estudo (USF - U1)

<u>Formação</u>	<u>Sexo</u>	<u>Idade</u>	<u>Tempo atuação</u>
ACS	Masculino	38 anos	9 anos
ACS	Masculino	42 anos	4 anos
ACS	Masculino	47 anos	10 anos
ACS	Masculino	39 anos	12 anos
ACS	Feminino	39 anos	9 anos
ACS	Feminino	38 anos	10 anos
Enfermagem	Feminino	33 anos	2 anos
Medicina	Feminino	25 anos	6 meses
Psicologia	Feminino	30 anos	2 anos
Téc. Enf.	Feminino	36 anos	9 anos
Téc. Enf.	Feminino	34 anos	2 anos

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa (2023)

Tabela 2 – Descrição dos profissionais participantes do estudo (USF - U2)

<u>Formação</u>	<u>Sexo</u>	<u>Idade</u>	<u>Tempo atuação</u>
ACS	Feminino	54 anos	24 anos
ACS	Feminino	43 anos	14 anos
ACS	Feminino	37 anos	15 anos
ACS	Masculino	38 anos	8 anos
Enfermagem	Feminino	25 anos	1 ano
Medicina	Feminino	37 anos	11 meses

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa (2023)

Tabela 3 – Descrição dos profissionais participantes do estudo (USF - U3)

Formação	Sexo	Idade	Tempo atuação
Psicologia	Masculino	62 anos	11 anos

Fonte: elaborado pela autora da pesquisa (2023)

3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na pesquisa qualitativa existem diferentes técnicas de organização e análise dos dados, sendo a Análise de Conteúdo uma destas possibilidades. Para Bardin (2007) a análise de conteúdo se constitui de várias técnicas, por exemplo, análise temática ou categorial, análise de enunciação, análise da expressão, análise do discurso, análise léxica ou sintática, dentre outras.

As técnicas empregadas são compostas por procedimentos sistemáticos onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos, permitindo a realização de inferência de conhecimentos. Na pesquisa qualitativa, e mais especificamente na análise de conteúdo como método, o foco não está na quantificação, mas na análise do fenômeno em profundidade, elencando as subjetividades, suas relações, bem como interlocuções no contexto social (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

As categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de rerepresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico. Essa lógica aplicada ao objeto de estudo e as construções teóricas dela emanadas precisam ser explicitadas, em termos do objeto reconstruído pela análise num trabalho posterior à aplicação da técnica (OLIVEIRA, 2008).

Operacionalmente, a Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007), desdobra-se em três etapas, isto é, pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação. Nesse sentido, na primeira etapa compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos; segunda etapa o investigador busca encontrar categorias

que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado; e por fim se propõe a fazer inferências e realizar interpretações, interrelacionando-as com o quadro teórico (CAVALCANTE et al., 2014).

As entrevistas com os profissionais de psicologia vinculados a uma equipe NASF-AB e os grupos focais com profissionais que compõem uma mesma equipe da estratégia saúde da família, foram submetidos a análise temática categorial, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e inferência dos resultados.

4 RESULTADOS

4.1 A PERSPECTIVA DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATUAÇÃO COM AS PESSOAS EM TENTATIVAS DE SUICÍDIOS

A partir do processo de análise dos dois grupos focais, buscando responder os objetivos da pesquisa a partir do roteiro utilizado (APÊNDICE II), emergiram conteúdos similares nas categorias gerais, isto é, Processo de trabalho geral; Processo de trabalho em saúde mental geral; e Concepções e processo de trabalho especificamente em situações de risco de suicídio. Por conseguinte, se desdobraram nas subcategorias a seguir: 1) Rotina de trabalho; 2) Percepção do perfil social e epidemiológico do território; 3) NASF e o Profissional de Psicologia no processo de trabalho com a equipe de referência: encaminhar ou compartilhar; 4) Dificuldades no manejo cotidiano; 5) A não priorização da saúde mental no cuidado primário, na gestão do cuidado, na vigilância epidemiológica e no monitoramento de indicadores assistenciais; 6) Como ocorre o cuidado em saúde mental e a atuação da psicologia via NASF e via atenção secundária; 7) Introdução de psicotrópicos; 8) Compreensão das determinações do sofrimento psíquico: intuição, senso comum e cientificidade; 9) O sofrimento psíquico em adolescentes; 10) Estrutura e processo de trabalho; 11) Compreensão sobre ideações e tentativas de suicídio (etiologia/causas); 12) Como as ideações suicidas são reconhecidas no cotidiano assistencial; e 13) Casos de suicídio de profissionais da equipe.

4.1.1 Rotina de trabalho

O cotidiano das equipes em uma semana típica é composto por atividades realizadas predominantemente na forma de atendimentos individuais de cada núcleo profissional, e de acordo com suas especificidades; as ações coletivas com a participação de outros membros da equipe, ocorrem em menor escala, *sempre que possível*, expressão comum entre os informantes, com sentido de que as possibilidades não são correntes em função de alta carga de trabalho. As rotinas de trabalho guardam especificidades relacionadas às atribuições por núcleos profissionais, por exemplo, o profissional de enfermagem tem funções administrativas, de atendimento, supervisão e procedimentos, bem como o profissional de medicina tem foco na assistência e procedimentos, os agentes comunitários têm foco na visita domiciliar, acolhimento e reunião. Portanto, o trabalho em equipe de forma compartilhada ocorre, sobretudo, nas visitas domiciliares, consultas compartilhadas e reunião de equipes, sendo essas as principais atribuições entre os profissionais.

A gente se reúne todas as terças-feiras, faz uma reunião com a equipe, aí todo mundo pode trazer demanda, demanda de visita pra gente discutir nessa reunião, o médico traz, o agente de saúde, as meninas, as técnicas. Eu trago, além de pautas administrativas, outras coisas também relacionadas a pacientes, casos de pacientes e nessas reuniões a gente já decide quais são as visitas que nós vamos fazer. Quarta-feira é dia de visita domiciliar, então sai para essa visita, a nossa escala já é toda no mesmo dia pra gente conseguir ir juntos porque fica mais fácil, mas a gente pode sair separado (enfermeira) - U1

Bom, o nosso trabalho é mais simples, a nossa organização ela parte da nossa reunião com a enfermeira e com a médica, sempre na sexta-feira que a gente faz, daí como elas falaram, a gente passa as demandas mais importantes para elas e a partir dessas demandas a gente tem a nossa rotina de visitas normal, porque têm casas que não têm grandes problemas né, mas de acordo com essas demandas que a gente passa para elas a gente vai organizar as nossas visitas com a enfermeira, com a médica e até com o técnico (ACS) – U2

4.1.2 Percepção do perfil social e epidemiológico do território

As doenças percebidas como mais frequentes são a diabetes, hipertensão, além das gestantes. As equipes dos dois territórios descreveram como uma população de média à baixa vulnerabilidade social.

Acho que tirando isso, o mais recorrente, na nossa, é as comorbidades nas (doenças) crônicas, os diabéticos né. Vamos dizer são os noventa por cento do tipo de comorbidades que nós atendemos aqui. A nossa equipe não tem assim, acho que até pelo perfil do nosso território, não é tão carente (ACS) – U1

Gestante é bastante porque, a gestante pode fazer pré-natal onde ele desejar, ela não precisa morar aqui. A gente respeita bem à risca isso, se ela chegar aqui e falar que é da (expressão que designa outro bairro/unidade) [...]e falar que quer fazer o pré-natal aqui, ela vai fazer pré-natal aqui, então a gente acompanha essas gestantes, as gestantes que são da nossa área que faz pré-natal aqui e eles têm controle das gestantes que não fazem pré-natal aqui, mas estão na lista, a gente sabe que está gestante, mas está sendo acompanhada na rede privada, mas assim gestante tem bastante mesmo, quando sai duas aparecem três (enfermeira) – U1

É um território com pessoas com mais recursos também, tem bastante gente que tem convênio também e faz consulta aqui e o exame pelo convênio eu vejo bastante isso acontecer (médica) - U2

Tem algumas áreas mais vulneráveis, dentro da nossa, mesmo, tem algumas bem mais vulneráveis, mas está bem misto né!? (enfermeira) - U2

4.1.3 NASF e o Profissional de Psicologia no processo de trabalho com a equipe de referência: encaminhar ou compartilhar

Das duas unidades que participaram do grupo focal apenas uma contava com o apoio do profissional de psicologia pela equipe NASF-AB. Ademais, apontaram que em relação ao cuidado compartilhado e “feedback” de casos comuns, há uma dificuldade devido à alta demanda de trabalho, o que implica na baixa realização de atendimentos conjuntos.

Primeiro a gente sempre faz o primeiro atendimento. Independente do que seja a gente sempre faz o primeiro atendimento como clínico. Crianças, mulher, gestante, qualquer coisa a gente sempre faz o atendimento inicial. Eles não conseguem chegar na recepção e agendar uma consulta direta com o pediatra, por exemplo. Eles sempre

passam pela gente primeiro e a gente encaminha os casos que têm mais necessidades. Porque a demanda é muito grande né e como eles só veem uma vez, um período por semana, aí a gente tem que acabar filtrando e encaminhar só o que a gente vê maior necessidade para o atendimento com a especialista (médica) – U1

A psicóloga é a que consegue ficar mais próxima da gente (enfermeira) - U1

Na verdade, nós mesmo não temos uma interação muito direta, como a (nome de um profissional - extraído) disse, na maioria dos casos nós vamos encaminhar para a enfermeira e para a médica, elas que vão fazer esse primeiro contato aí vai direcionar por causa do limite mesmo profissional, mas assim acredito eu mesmo que o agente vai ter um pouco mais interação quando vai fazer visita mesmo com eles que normalmente é na nossa área, aí é o período que mais tem interação (ACS) – U1

4.1.4 Dificuldades no manejo cotidiano

Entre as maiores limitações que implicam em executar a proposta da estratégia saúde da família com qualidade, foi apontada pelos participantes a cobrança para cumprimento de metas de números de atendimentos, melhora de indicadores, bem como a insuficiência de recursos humanos.

O que a gente observa mesmo é muita procura por indicadores e por números, e a qualidade está ficando. O que que acontece é uma grande bola de neve porque é um círculo vicioso e algumas coisas estão sendo ignoradas porque a maior, a grande gestão talvez em cima, de Campo Grande, vê lá tudo que a APS deve ter, 'isso que deve ter, vamos incentivar eles através de verbas porque se eles cumprirem metas eles terão verbas e se eles não cumprirem metas nos cortamos, porque é isso que tem que ter' E aí isso vai sendo passado, as coisas vão sendo engessadas e até chegar na ponta porque nós somos da ponta (enfermeira) - U1

O nosso tempo na agenda é vinte minutos por consulta, então a maioria são pacientes idosos, a minha sala é lá no fundo do corredor, o tempo de eu levantar vir aqui chamar o idoso e o idoso levantar e ir pra lá, já foi cinco minutos, então me restam quinze minutos para eu atender a pessoa, tem gente que é uma coisa simples ou outra que você consegue atender em quinze minutos, mas tem pacientes muito complexos que é impossível de atender em quinze minutos (médica) - U1

É cobrança com reunião, cobrança com visita domiciliar, por exemplo, cada equipe tem que ter 20 visitas domiciliares, somos em duas, dava pra dividir 10 pra mim e 10 pra ela e não ia pesar, mas que horas que a gente sai que vai ter uma equipe que vai cobrir o seu setor, sabe!? A gente não tem isso, por exemplo, o dia da visita da (nome extraído) (se direcionou à enfermeira) é toda quarta feira, mas acontece que nem toda

quarta-feira está todo mundo aqui, e aí você sai daqui e abre um “buraco” aqui, não faz sentido (Téc. Enf.) - U1

4.1.5 A não priorização da saúde mental no cuidado primário, na gestão do cuidado, na vigilância epidemiológica e no monitoramento de indicadores assistenciais

A unidade 1 possui um Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) próximo ao território, segundo a equipe devido a isso as demandas de saúde mental não chegam de forma significativa ao serviço primário, ou “não aparecem”, indicando haver uma forte impressão nos profissionais de um distanciamento da saúde mental da realidade assistencial cotidiana. Outrossim, em ambas as unidades, no cuidado em saúde mental predomina a espera de que a busca seja pelo próprio usuário do serviço. Os informantes explicam que em geral após uma consulta com o profissional de medicina são realizados os encaminhamentos necessários, na maioria das vezes realizado via sistema de Regulação (SISREG), dos casos de sofrimento psíquico também é identificado em visitas domiciliares pelos Agentes Comunitário de Saúde e em consultas e procedimentos realizados pela enfermagem e medicina. Observa-se, portanto, a ausência de um modelo consolidado que oriente as ações em saúde mental, essas que deveriam abranger, também, estratégias para o cuidado aos casos de tentativas de suicídio, não existe um controle e acompanhamento como ocorre com outras demandas de saúde que possuem um planejamento para alcançar indicadores pré-estabelecidos.

Aqui a gente não tem a demanda da saúde mental por conta do CAPS que está aqui muito próximo, então acaba que a gente não tem muito essa demanda. É pouco (se referindo a poucas pessoas) que vem para trocar receita, é bem menos (ACS) - U1

A demanda eu acho que vai ser menor mesmo porque a gente quase não visualiza por causa dessa questão do CAPS, né!? (enfermeira) - U1

Como a (nome da profissional, extraído) falou, o CAPS está perto, se for algo assim mais urgente a gente encaminha com alguma carta para o CAPS, tipo “paciente precisa...” porque quando é algo mais urgente não tem como inserir no “SISREG”, se chegar um paciente com ideação suicida lógico que a gente vai inserir, mas a gente já tenta fazer uma carta e encaminhar ele pra a porta aberta do CAPS ou um dependente alguma coisa assim (médica) - U1

[...] O CAPS de porta aberta só para ideação ou tentativa de suicídio, outras crises não atendem, não na hora né e aí é encaminhamento, ou para o ambulatório ou para o CAPS (médica) - U2

Nenhum dos indicadores que nos são cobrados são referentes a saúde mental, nenhum (médica) - U2

De todas as produções que a gente tem que entregar, que a gente tem que seguir, que conta meta, que vem recurso pra unidade, nenhuma é de saúde mental! (médica) - U2

É que realmente a saúde mental não tem uma estratégia, um controle, não entra na cobrança de um indicador, não é incentivado (enfermeira) - U1

Existe assim, se aparece paciente que fala 'ele já acompanhado pelo CAPS' e aí é meio que "ah beleza, ele já está sendo acompanhado", sabe assim!? Ou se existe algum caso que precisa ser encaminhado, a gente encaminha e se o CAPS abraçou aí é "bom o CAPS já abraçou", tá lá, está acompanhado, está abraçado (enfermeira) - U1

E as vezes vem também uma cartinha do CAPS retornando esse paciente pra gente, que não tem mais necessidade de fazer esse acompanhamento por lá (médica) - U1

4.1.6 O cuidado em saúde mental e a atuação da psicologia via NASF e via atenção secundária

Foi destacado, que o cuidado em saúde mental no geral ocorre quando, principalmente no trabalho médico, na lógica da "comorbidade", a demanda em saúde mental é identificada durante os atendimentos de outros agravos e condições clínicas. Quando identificada tal demanda em consultas médicas ou de enfermagem procura-se manejar os casos leves e casos mais graves e recorrentes são encaminhados à psicóloga da equipe NASF referência para a unidade, ou para o Centro de Especialidades Médicas (CEM) (média complexidade), via Sistema de Regulação – SISREG.

Queixas de ansiedade, depressão, a maioria dos pacientes têm, o paciente vem aqui para tratar diabetes, mas sempre vem junto um transtorno de ansiedade ou depressão (médica) - U1

Geralmente o paciente busca a unidade com a queixa, e aí a gente atende e levanta a rede que a gente tem disponível (médica) - U2

Assim, a clínica do paciente mesmo e também a idade do paciente porque assim existe pacientes muito jovens, hoje em dia né a questão da ansiedade e depressão vem cada

vez mais pacientes jovens, então para pacientes mais jovens eu sempre tento primeiro a consulta com o psicólogo, primeira linha e é ? sempre psicoterapia né, só que como a gente disse é difícil conseguir uma consulta com o psicólogo e mesmo quando vai fazer a consulta é difícil conseguir o acompanhamento, você até consegue a primeira consulta, mas o acompanhamento é difícil, eu pelo menos sempre oriento aos meus pacientes a vir na consulta com a psicóloga aqui e se tiver condições fazer um acompanhamento com um psicólogo particular enquanto não sai aqui no “SISREG” e aí nos casos de depressão grave ou casos que você vê que sempre está vindo aqui com transtorno de ansiedade eu já entro com alguma medicação, dependendo da clínica mesmo né, da história, de questão de insônia, de alteração de apetite, perda de peso, perda da vontade de realizar as atividades de vida diária, essas coisas mesmo dependendo do nível da gravidade do caso né (médica) - U1

4.1.7 Introdução de psicotrópicos

A assistência à saúde mental descrita pelos profissionais de saúde participantes, recorre de forma expressiva à prescrição de medicação e encaminhamento aos profissionais especialistas, na atenção de média complexidade.

A gente aqui sempre faz o primeiro atendimento, tenta conversar, de repente já entrar com algum tipo de antidepressivo, é fluoxetina, alguma coisa que tenha na rede pública que o paciente vai conseguir pegar, então eu sempre já entro com alguma medicação e faço os encaminhamentos devidos porque aqui como a gente só tem a psicóloga uma vez por semana, não temos psiquiatra, então não conseguimos absorver e tratar todo mundo aqui, então eu... a gente tenta né, classificar os casos que tem maior necessidade pra agendar uma consulta com a psicóloga nossa daqui e além disso a gente sempre faz encaminhamento pelo “SISREG” pra psicólogo e psiquiatra pelo “SISREG” (médica) - U1

Geralmente ocorre (o que?) por encaminhamento, o paciente é tratado na sua demanda mais grave, quando ele é estabilizado e consegue ficar sem o acompanhamento do especialista ele retorna pra cá e vai fazendo a manutenção, renovação de receita, a manutenção dos outros aspectos de saúde e aí se tiver exacerbação do quadro que a gente não conseguir da conta de adaptar novamente a medicação, não teve sucesso a gente reencaminha. Então fica assim, ele não fica pra sempre no serviço especializado né, ele fica o mínimo possível e aí retorna pra nós (médica) - U2

4.1.8 Compreensão das determinações do sofrimento psíquico: intuição, senso comum e cientificidade

Em relação ao entendimento sobre o que tem produzido o sofrimento psíquico foi destacado um conjunto de aspectos da vida social e familiar, tais como: a falta de suporte, a valorização do uso de medicação pela população como uma tentativa imediata de resolver os seus problemas, o tabu e o preconceito cultural sobre o processo terapêutico.

Doença mental é feio apresentar, a segregação ela vem desde sempre, as pessoas abandonavam as famílias no hospital psiquiátrico para internar lá para sempre, é assim que acontecia e isso a gente carrega muito forte, você vai ver! A lei que proíbe a internação psiquiátrica é recente (médica) - U2

Outra coisa que acontece é as doenças mentais não são palpáveis né, a gente não consegue aferir uma ansiedade como a gente afere uma pressão ou ver o índice glicêmico, a gente não consegue fazer um exame que vai trazer números, imagens, aí sei lá (enfermeira) - U2

A esquizofrenia precisa de um gatilho né, acho que a pessoa já tem guardadinho ali em algum lugar lá e existe um gatilho que dispara ela e uma das coisas que tem muito aqui no nosso território tem muita gente que usa drogas. Gente! O gatilho da esquizofrenia está estourando geral porque a maconha é a coisa que mais faz a esquizofrenia abrir a portinha e falar “oi, cheguei! (ACS) - U2

Assim, na minha visão depressão é uma doença que muitos profissionais nem entende, a gente nem entende, conversando com um depressivo a pessoa nem entende o que está sentindo, a pessoa só sente uma angústia, ela tem uma angústia, mas não sabe o que causa, não tem uma... não dá para você nomear um gatilho pra aquilo, alguns não conseguem nem explicar de maneira racional o que está sentindo, ele só tem uma angústia. Você está em uma família em que as pessoas nem encaram isso como uma doença, grande parte da população as pessoas nem encaram isso como uma doença (ACS) - U1

Às vezes eu tenho até que perguntar: ‘ah, mas o que você acha que é essa ansiedade?’ E eles falam muito disso “falta de, não conseguem dormir, iniciam projetos e não conseguem terminar, tem vontade de fazer as coisas, mas não conseguem ter a disposição para fazer, falta de perspectiva, dificuldade no trabalho, de serem maltratados também pelos seus patrões e às vezes vem muitas, assim, que não aguentam mais, sabe, não sabem lidar com esse tipo de situação (médica) - U2

4.1.9 O sofrimento psíquico em adolescentes

Em relação à faixa etária do público mais atendido com demandas de saúde mental há um destaque para os adolescentes, como também foi destacado pelos profissionais de psicologia entrevistados. Os profissionais apontam o uso prejudicial da tecnologia, situações de preconceito, bullying, relação familiar com pouco afeto, vínculos conflituosos, além da vulnerabilidade social, como um dos aspectos que podem explicar a condição prejudicada de saúde mental desse grupo.

O caso que eu estou mais recente é o caso daquela adolescente que a gente estava atrás, é uma menina de 15 anos, ela passou comigo em consulta em junho e queixou né de depressão, sintomas depressivos, problemas familiares, aí a gente iniciou o tratamento marquei retorno, mas nesse primeiro retorno ela já não veio, faltou. E aí ela veio, tipo uns três, quatro dias depois, por demanda, passou aqui por uma outra médica que não fui eu, é, no dia 16 de agosto, aí no dia 18 de agosto ela teve uma tentativa de suicídio e aí ela foi atendida lá no, acho que foi no UPA (nome extraído), e aí eles notificaram a gente da tentativa, ela tomou uma cartela de remédio, aí veio a notificação, a nossa assistente social comunicou a gente, marcou uma nova consulta pra ela (médica) - U2

Essa brigas por psicólogos nas escolas tem que ter mesmo, a partir do momento que esses psicólogos estão nas escolas esses adolescentes já vão ter um suporte melhor para não precisarem estar vindo aqui na básica e estar sendo direcionados ao CAPS, a população em geral não tem o hábito de terapia porque eles acham que é algo banal, que não funciona, o que que funciona para eles é a gotinha que eles vão receber, as gotinhas elas funcionam “elas vão me acamar”, mas a terapia não porque ela é a longo prazo, agora a medicação, a Fluoxetina, a Sertralina, essas gotinhas da noite elas resolvem (Téc. Enf.) - U1

E alguns casos também eu acho que passa pela questão do preconceito, a gente presencia eu particularmente já presenciei casos com crianças e adolescentes que já manifestam algum problema assim psicológico, alguma situação cotidiana e não tem um suporte familiar em casa, muitas vezes acaba assim ‘ah é coisa corriqueira, normal’ e passa assim por não ter esse suporte e as vezes por até sofrer preconceito no ambiente escolar, no convívio social acho que talvez numa situação dessa não tem pra onde recorrer, não tem um suporte ali e parte para uma outra via que as vezes acha que seria a solução (tirar a vida, cometer o suicídio como solução) (ACS) - U1

E o que que acontece? Ele se distancia da família, e para o pai, para a mãe, a avó ‘ah fulano está lá dentro’, então você desestrutura, a desestrutura não é só questão de vulnerabilidade, mas também a questão de que está faltando amor na família, tempo, é muito trabalho, os pais trabalham o dia inteiro, o adolescente fica meio período na

escola e o outro meio período fica no celular e a noite está até as 2h da manhã no celular e um monte de informações e isso tudo desestrutura (Téc. Enf.) - U1

Eu já identifiquei também uma vez em que fui fazer um teste rápido de “IST” que é de demanda espontânea aqui e aí fui investigando, era uma adolescente também, tinha marcas nos braços, tudo e aí teve que fazer todos os protocolos ali dos exames de sífilis e outros e aí fiz os encaminhamentos para o serviço social e para a psicóloga, inicialmente né, porque tem a questão também de ir para o clínico, mas assim eu lembro de ter feito isso, dessa parte em que ela não era daqui, que ela viajou, que estava morando sozinha com o namorado e eu falei ‘meu Deus’ e assim, ela veio fazer o teste porque ela havia relatado que tinha sido estuprada pelo namorado, mas era uma história muito confusa também, não tinha coerência, mas eu falei ‘ah vou manejar né’, atendi ela, tentei o máximo possível estabelecer vínculo para ter mais informações pra ajudar e encaminhei, mas, assim, depois você não sabe qual foi o funcionamento?? dessa paciente, depois do tratamento prescrito né, da sífilis, então sei lá pode ser assim por mim né, tipo olha eu tenho que fazer uma busca ativa, para estar realmente acompanhando, tipo “o que aconteceu com esse paciente né?”, pedir para o ACS ir lá ou entrar ali no prontuário para ver se o paciente está acompanhando, então ele foi e eu não tive volta e também não fui buscar qual foi o depois dessa paciente (enfermeira) - U1

4.1.10 Estrutura e processo de trabalho

Dentre as dificuldades encontradas pela equipe como limitador, que prejudica obter uma assistência de qualidade aos usuários do serviço no cuidado a saúde mental, foram apontadas crenças religiosas, não aderência dos usuários ao cuidado ofertado, a falta de profissionais que inviabiliza a continuidade do cuidado, bem como a divergência de sistemas da rede para acesso ao prontuário, ou seja, atenção primária e secundária possuem acesso a sistemas diferentes que dificultam acompanhar o que está sendo feito com o usuário quando esse é encaminhado para outro nível de assistência, bem como a falta de aderência dos usuários ao cuidado ofertado, isto é, o comparecimento as consultas marcadas, sobretudo, quando é encaminhado ao psicólogo do NASF-AB ou a atenção secundária.

Os profissionais daqui da rede que fazem plantão a noite nos UPAs tem acesso ao sistema “IJA” e aí eles tem uma senha que dá para entrar no “IJA”, “IJA” é outro sistema lá, um sistema arcaico de tela preta que era o que tinha antes do “PEC” e ai o “PEC” veio pra atenção básica, o “IJA” continua sendo usado nos UPAs e no CEM que é

Centro de Especialidades Médicas que tem psiquiatra lá, tudo e aí essa é a dificuldade, muita gente pontuou que não consegue ter acesso ao acompanhamento, a contrarreferência, ao que foi feito porque porque está no "IJA", as vezes a gente consegue pedir para alguém aqui que faz plantão e tem acesso ao sistema vê pra gente, mas não deveria ser assim, é uma coisa que a gente está lutando, pra unificar o sistema porque isso é ruim pra gente (enfermeira) - U1

E muitas vezes vai mexer na ferida eles falam que mexe muito "mexe na ferida", eles têm que contar volta naquele momento que ele sentiu aquilo aí ele acaba parando, eles falam isso (ACS) - U1

Eu tenho um caso né de um jovem que vive internado, ele é um paciente que tenta suicídio todo mês, mas, por exemplo, eu acho eu vou nas casas eu não consigo encontrar ele, eu só encontro a avó, eu não sei também se ele até passou pela doutora, por alguém aqui, mas assim, todo mês, toda semana ele está no CAPS, então assim, ele é uma pessoa que não quer fazer, vamos supor ela consegue pra ele uma consulta ele não vai vir (ACS) - U1

Depressão pra eles muitas vezes é ausência de Deus ou falta do que fazer na vida, né, está desocupado demais (ACS) - U1

Eu acho que a saúde mental do brasileiro, mas não do território ela é tão ruim quanto a saúde sempre foi negligenciado ao longo de todos esses anos, então assim, nós temos pais e avós que nunca deram importância a própria saúde mental e a de seus filhos porque era tipo assim é no "laço", é "levanta aí e vamos" e deixavam de lado essas queixas, não processaram os seus sofrimentos, descontaram nas gerações futuras e nós hoje estamos sofrendo só que com uma percepção de que é necessário tratar (médica) - U2

Acho que ela falou muito bem! De acordo com a adesão do paciente. Mas vou te falar para o paciente aderir antes, para o usuário aderir todas as minhas orientações eu tipo evitar de falar de política parece ser bobagem né, mas tipo eu estou lidando com uma população que simplesmente muito afetada pela política (médica) - U2

É uma população muito afetada pela política, eles têm que trabalhar muito mais horas por dia pra ganhar muito menos e eles não tem o tempo nem o dinheiro, nem condição de comprar uma alimentação melhor, então eu preciso entrar no tratamento do paciente passando por isso (médica) - U2

Em relação ao trabalho em equipe, em ambas as unidades, concentra-se no geral nas atividades de visitas domiciliares e reunião de equipe, momento em que realizam discussão de casos, orientações aos usuários e encaminhamentos

Então, a gente foi pra lá pra ver um problema (se referiu a uma visita domiciliar) e saímos de lá com dez, a gente tentou manejar na medida do possível não só o problema da adolescente porque a gente teve que fazer vários agendamentos médicos (se referiu ao restante da família) (enfermeira) - U1

A gente agendou consultas para todos da família, orientamos a todas as crianças serem trazidas no dia seguinte na unidade, atualização do cartão vacinal que todas as crianças estavam com atraso vacinal. A criança com quase dois anos a última vacina tinha sido com seis meses de vida, então a gente agendou consulta para todos os filhos adolescentes e pra mãe, tanto com o médico quanto para a psicóloga foi agendado também, vacina a gente orientou todos a vir, naquele dia estava chovendo então ela falou que não poderia vir naquele dia, mas foi orientado a vir no dia seguinte e ela não veio né? (médica) - U1

A qualificação dos profissionais, pela gestão de saúde como uma estratégia sistematizada, pensando em um planejamento para melhor assistência aos usuários do serviço não é uma realidade presente no processo de trabalho das equipes. Entretanto, alguns profissionais já participaram de uma proposta de encontros mensais, que não ocorre de forma periódica para todos os profissionais que atuam na APS, onde discutem-se sobre o manejo em saúde mental.

Infelizmente isso ficou um pouco mais de lado, mas a gente vê algumas estratégias da gestão na questão de todo mês tem uma reunião de saúde mental por distrito e aí vai dois profissionais por unidade, então eu não sei como funciona, se acontece todo mês, eu fui duas vezes porque fui escalada por livre e espontânea pressão (risos), a gerente chegou em mim e perguntou “você pode ir?” eu e a assistente social, então lá nessa reunião vai enfermeiros, médicos, gerentes de várias equipes, várias unidades e aí elas abordam formas da gente manejar saúde mental, como a gente pode manejar, quando encaminhar, medicação que está sendo utilizada hoje por psiquiatras, só que ainda está um pouco distante da gente, eu não sei se pelo fato de a gente ter um CAPS bem atuante e a gente acaba assim deixando sem manejar porque a gente sabe que existe, mas por exemplo eu enfermeira eu não sei te dizer quantos pacientes de saúde mental tem na minha área (enfermeira) - U1

Talvez não tenha sido percebido ainda que isso pode agravar ou até né um fator muito importante para causar doença cardiovascular também e sei lá obesidade a pessoa que está com a saúde mental afetada ela a compulsão alimentar e tal, isso né vai gerando outras coisas, então talvez ainda as políticas ainda estejam muito focadas ainda nos frutos né e não nas raízes dos problemas (enfermeira) - U2

Em relação ao processo de trabalho e conduta desenvolvida pela equipe no cuidado à saúde mental, notou-se uma prática ainda centrada no médico e no manejo com predomínio de encaminhamento, bem como orientações de melhores hábitos de vida considerando as condições financeiras de cada usuário.

Então a gente nas visitas a gente capta esse paciente, vê que tem essa necessidade e fala olha vamos marcar uma consulta, passa pela Dra.^a, daí a Dr.^a é que vai avaliar a necessidade né, se é um caso que ela trata, se é um caso que a pessoa precisa mesmo de ir para um psiquiatra, se é algo mais complexo aí ela vai falar precisa de um psicólogo, mas na visita domiciliar a gente orienta, olha procura a unidade de saúde porque aí depois que entra aqui dentro é que vai né, destrinchar como diz a situação, a médica é que vai avaliar, mas nas visitas domiciliares a gente já vê isso (ACS) - U2

Eu acho que tratar em saúde mental depende muito do caso, é tem alguns casos que você orientando melhor hábitos de vida, ah inicia um exercício né que é uma coisa assim muito, muito importante né, até boa alimentação e tal, a gente consegue melhorar bastante, tem outros casos que a gente vai precisar inserir uma medicação né, e aí talvez precisa encaminhar né para a psiquiatria outros mais complexos, né e eu pelo menos vejo a terapia como algo importante para todas as pessoas até para os que não se vejam tendo uma saúde mental afetada e tal, mas assim se todos tivessem acesso seria muito interessante (enfermeira) - U2

Ou a gente orienta o paciente a procurar o atendimento, com nem a Dr.^a falou que eles procuram porque quando a gente identifica esse problema na família a gente já fala “procura o médico” porque a médica vai te dar um maior direcionamento, porque daí a médica, a gente tem um tipo de escuta, a gente entende só que a médica vai ter uma escuta qualificada melhor, ela vai entender mais (ACS) - U2

4.1.11 Compreensão sobre ideações e tentativas de suicídio

No que tange à compreensão sobre o que tem levado as pessoas a ideações e tentativas de suicídio foi destacado a falta de suporte, sobretudo, familiar e de acesso a serviços de psicoterapia e psiquiatra. Ademais, foi apontada a tentativa de fugir dos problemas, quando em adolescentes uma busca imediata, o uso prejudicial e excessivo da tecnologia, tudo isso associado ao preconceito em torno do cuidado em saúde mental

Sim, porque igual ela falou ansiedade e depressão é o mal do século, está cada vez mais presente, a depressão a gente entende assim “ah ela pode se expressar de várias formas” ela é uma coisa assim que muitas vezes as pessoas não dá a importância devida, fala assim “ah problema psicológico” e é

uma coisa séria, causa uma dor na pessoa que tem depressão e as vezes leva a pessoa a achar que tirar a sua própria vida vai tirar aquela dor aliviar aquela dor que ela está sentindo e isso pode ser por diversas causas né, diversas causas, ele falou (se direcionou para o ACS) família desestruturada, problemas com os pais ai não tem o suporte, por exemplo, quando essa criança e essa adolescente começam a manifestar os primeiros sinais de algum problema psicológico, isso vai ficando crônico, não vai sendo amparado, não vai sendo visto por ninguém, na escola (enfermeira) - U1

Esse mundo moderno ele roubou a vida pessoal das pessoas, as pessoas estão sendo furtadas da sua própria vida porque você é furtado porque você tem muito tempo no trabalho ou muitas das vezes na ambição da gente também trabalhar, estudar e corre daqui corre dali (ACS) - U2

Às vezes quando eu vou em uma consulta domiciliar que eu vejo que está com problema de saúde mental, que parece depressiva, às vezes é uma pessoa que trabalha muito ou às vezes até que não trabalha é dona de casa eu falo "mas o que você gosta de fazer? O que que te dá prazer em fazer?" porque nós estamos sendo furtados do nosso prazer, a vida moderna furtou o prazer das pessoas, e e acho que isso é muito é você deixou, as pessoas deixaram de viver, de ir trabalhar (ACS) - U2

Muita informação, telas sabe, as mídias querendo ou não acho que isso carrega muito, muito, muito a gente o tempo todo recebendo estímulos (enfermeira) - U2

4.1.12 Como as ideações suicidas são reconhecidas no cotidiano assistencial

Segundo os profissionais, no geral, para saber se algum usuário está com ideação suicida ou já teve é preciso perguntar ativamente, em poucos casos é verbalizado pelo usuário do serviço sem o questionamento do profissional que o atende. Já a tentativa de suicídio vem por notificação para a assistente social da unidade, quando o usuário da entrada em um serviço de urgência e emergência e em alguns casos é possível identificar quando se observar no atendimento marcas de corte nos braços ou verbalizado por outro membro da família, exigindo assim uma atenção maior dos profissionais para perceber esses casos

Eu não tenho muita propriedade, talvez utilizando um exemplo recente, a gente recebeu uma notificação de um caso de uma adolescente que tentou suicídio, então foi a

assistente social que recebeu e aí ela viu de onde era o endereço da menina e veio falar com a gente e aí nós fomos lá no lar, a gente não conseguimos encontrar a menina (enfermeira) - U1

A gente que tem que perguntar ativamente sobre ideação e tentativa de suicídio, todas as vezes que você identifica um transtorno depressivo ou até mesmo um transtorno de ansiedade eu sempre pergunto ativamente sobre ideação suicida ou tentativa. Até hoje dos pacientes que eu peguei com depressão poucos, um ou dois, relataram ideação suicida (médica) - U1

Acho que quando a gente consegue fortalecer um vínculo também, por exemplo, já teve vários casos que eu estou lá com a mulher para coletar o preventivo e aí ela começa a falar sobre questões de saúde mental, já tiveram assim umas três pelo menos, então eu acho que cultivar mesmo o vínculo, uma conversa assim aberta e tal, mostrar que você está ali realmente disposta a cuidar daquela pessoa é faz diferença para ela conseguir expor o que está acontecendo (enfermeira) - U2

4.1.13 Casos de suicídio de profissionais da equipe

Os profissionais da U2, relataram que já ocorreram dois suicídios por profissionais da própria unidade de saúde, e que todos tiveram muita dificuldade em lidar com a situação e houve pouco apoio da gestão nesse momento em que a equipe ficou muito fragilizada.

Nós temos experiência aqui na unidade de colegas de trabalho que se suicidou, então é existe a experiência daquela pessoa que você consegue captar que ela está em sofrimento e existe aquela pessoa que ela consegue construir uma imagem de zero sofrimento de você jamais imaginar que aquela pessoa está passando por uma situação difícil, de você ter um relacionamento de amizade, um relacionamento próximo, de convívio e jamais passar no pior dos seus pensamentos que o seu amigo vai se matar. E nós tivemos dois casos de funcionários da unidade que passaram por isso (embargou a voz) (ACS) - U2

Um tem três anos e o outro acho que já está com seis anos mais ou menos, então é uma coisa muito complexa. A ideação suicida ela tem umas nuances que você tem que pegar no ar, que ela está em algum tipo de sofrimento, mas não que ela já está com aquele pensamento, entendeu? É muito complicado porque o nosso colega, a gente teve um médico que cometeu suicídio que trabalhou aqui e um ACS (embargou a voz) então todas as duas pessoas eram as pessoas mais alegres que a gente já conheceu na vida e os melhores amigos que a gente já tivemos aqui (embargou a voz) (ACS) - U2

Foi muito complicado, foi complicado a gente teve que ter reunião com o psicólogo aqui que foi uma coisa assim que balançou todo mundo (ACS) - U2

Foi proposto sim, um grupo de saúde mental para os trabalhadores, só não teve aderência. Porque quando a gente se junta, a gente não consegue conversar, a gente discorda muito um do outro, simples assim, não tem como juntar todo mundo em uma sala (ACS) - U2

4.2 A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA

Os resultados estão apresentados em cinco categorias que emergiram da organização e análise dos dados apreendidos, a partir da entrevista (APÊNDICE I), sendo elas: a) caracterização do modelo geral de atuação da psicologia no NASF-AB; b) a identificação das demandas de sofrimento envolvendo o risco de suicídio e as concepções sobre suas causalidades; c) o perfil populacional mais atendido na unidade de saúde no que tange à saúde mental; d) o embasamento teórico/metodológico adotado; e) as experiências de capacitação vivenciadas e os recursos profissionais na qualidade dos serviços prestados.

4.2.1 Caracterização do modelo geral de atuação da psicologia no NASF-AB

Os entrevistados apontaram que o trabalho de cada profissional de psicologia como membro de uma equipe NASF-AB, ocorre a partir do apoio ofertado em média a três equipes da estratégia de saúde da família, nas próprias unidades de saúde da atenção primária, durante a semana toda, com jornadas de 40 horas semanais, e definição de atividades por dias da semana. Dessa forma, na segunda-feira é um dia específico em que todas as equipes de referência se reúnem com profissionais das equipes NASF-AB em um polo administrativo, separados por salas, de modo a realizarem reunião de planejamento e discussão de casos das unidades em que cada equipe NASF-AB apoia. No decorrer da semana, no geral, os profissionais apoiadores estão em uma unidade específica a cada dia da semana. Às sextas-feiras são destinadas para a produção de relatórios dos atendimentos realizados, registros nos sistemas de informações e visitas domiciliares.

A modalidade de atendimento individual predomina no fluxo da assistência, mobilizado pelos encaminhamentos feitos em sua maioria pelos profissionais de medicina e enfermagem da unidade; destaca-se que aos agentes comunitários de

saúde não é permitido como prática geral o encaminhamento direto aos profissionais do NASF, as consultas compartilhadas entre profissional de medicina da ESF e psicologia do NASF, são bem menos frequentes e mais comuns com os profissionais de enfermagem e da assistência social, que não possuem agenda fechada, ao contrário dos profissionais de medicina. Visitas domiciliares ocorrem em casos de pacientes que estão impossibilitados de ir pessoalmente a unidade de saúde, por alguma limitação, na maioria das vezes são pacientes acamados, idosos sob suspeitas de negligência pelos cuidadores, algumas crianças ou adolescentes em determinadas situações, e em casos em que a unidade recebeu uma notificação por escrito de que determinado usuário morador da área, tentou suicídio. A assistente social é a responsável por receber e gerenciar tais notificações vindas da Secretaria de Saúde. Em geral, essa profissional entra em contato por telefone e oferta o atendimento na unidade e quando não ocorre o comparecimento, daí a visita domiciliar é utilizada como um recurso de busca ativa. Devido à alta demanda de casos o atendimento em grupo é uma estratégia utilizada e que possibilita encontros quinzenais e mensais com os usuários do serviço. Os profissionais do NASF-AB também têm o costume de reunir a equipe da unidade para orientar e reorientar os tipos de casos a serem encaminhados para atendimentos pelos profissionais do NASF-AB. Essa necessidade de tais orientações é justificada principalmente devido à rotatividade de médicos na equipe da unidade, e o fato de ser comum profissionais novos realizarem encaminhamentos indevidos para a equipe NASF-AB, na visão dos psicólogos entrevistados, sobrecarregando seu trabalho.

No campo da saúde mental a percepção mais geral é que têm se destacado os casos de depressão, ansiedade, negligência de crianças e adolescentes, estresse e tentativas de suicídio. Destaca-se que ao serem solicitados sobre descrever a demanda em saúde mental mais frequente, as respostas evocam em primeiro momento os quadros clínicos psiquiátricos, e menos as descrições sobre situações pessoais, familiares e coletivas em que os sofrimentos sejam parte. Em casos de atendimento individual, os retornos acontecem em média a cada 30 dias, devido à alta demanda de usuários. Em relação aos Projetos Terapêuticos Singular (PTS) os profissionais entrevistados relatam que é uma estratégia aplicada somente em casos graves, que o ideal é essa estratégia ser sugerido pela equipe fixa da unidade, aonde o NASF-AB entraria como apoio, mas normalmente quem acaba propondo são as equipes NASF-AB.

Em relação aos casos envolvendo ideações e tentativas de suicídio foram relatados os seguintes percursos e manejos:

[...] essa notificação vem, por exemplo, um paciente que deu entrada lá no UPA né, com tentativa de suicídio, aí eles encaminham para unidade de referência... (profissional de psicologia referência para a U1)

[...] a assistente social entra em contato primeiro com esse paciente né, agenda se ele quer vir aqui na unidade e se ele falta nós vamos até a casa dele né porque nessa notificação já vem certinho o endereço, o telefone, o que aconteceu, quando é tentativa de suicídio eles escrevem o que aconteceu né, ele ingeriu medicação ou tentou outra situação e a gente vai até a casa se ele não vem na unidade, aí nós vamos na casa dele falar que a unidade recebeu essa notificação através do 24h e a gente quer saber se ele já está fazendo algum acompanhamento no CAPS ou foi a primeira vez né, para fazer essas orientações, se é criança se é adolescente a gente faz essa orientação com a mãe, com o pai, orientar o CAPS IJ que atende crianças e adolescente, é mais assim para orientação e acolhimento (profissional de psicologia referência para a U1)

[...] eu oferto também o atendimento individual, para vir aqui na unidade ou para participar do grupo se for mulher, o atendimento domiciliar é mais um acolhimento e uma orientação né pra falar pra ele que o serviço está disponível porque é muito difícil você fazer alguma intervenção ou alguma escuta assim só entre eu e o paciente se vai ter outras pessoas né, então é complicado, é mais essa orientação e mostrar para ele né que ele tem um serviço disponível e que ele pode acessar... (profissional de psicologia referência para a U1)

[.] casos de suicídio, normalmente o primeiro atendimento de tentativa de suicídio, a escuta qualificada, o vínculo que eu tenho que construir, são pessoas difíceis de construir vínculo porque elas vêm com muito medo, vem com muita vergonha né, de ter cometido esse ato, vem com muita culpa, carregam uma culpa enorme, então isso tem que ser muito bem trabalhado porque senão ela vem uma vez, vem outra, daqui a pouco não vem e daqui a pouco está na UPA de novo... (profissional de psicologia referência para a U3)

4.2.2 A identificação das demandas de sofrimento envolvendo o risco de suicídio e suas causalidades

Os participantes relataram a complexidade em abordar demandas de sofrimento psíquico relacionadas a condutas de ideações e/ou tentativa de suicídio, por envolver várias questões e fatores que colocam o usuário em uma situação de vulnerabilidade, foi destacado aspectos sobre apoio, estrutura e conflito familiar, além da depressão agravada que aparece como um dos principais elementos causais das

tentativas de suicídio, e, principalmente, a *falta de esperança e resiliência* das pessoas.

[...] desesperança, a pessoa tá numa desesperança, ela não consegue enxergar que o dia de amanhã vai ser melhor que hoje, tirando aquilo que ela tira de impulso, “ah não, não sei o que, e pa pa pa”, né?... que não é uma ideação, que ela não construiu essa morte, ela teve um pensamento e naquele momento ela fez, isso é um desespero, ela entrou em desespero e achou, e aí ela atenta contra a própria vida, mas quando ela está desesperançada, que ela faz a ideação, que ela constrói, que ela fica nesse looping né, “eu tenho que me matar, eu tenho que fazer”, é porque ela não consegue enxergar que o dia de amanhã vai ser melhor que o de hoje, isso é muito patente, ela fala mesmo, “porque que eu vou viver? amanhã vai estar do mesmo jeito! Vai estar ruim do mesmo jeito, doutor, é tudo cinza, é tudo ruim e não sei o que”. Então pra desconstruir, pra ela ressignificar isso na vida dela é muito complexo... (profissional de psicologia referência para a U3)

[...] no discurso dela você percebe isso e ela fala mesmo, “olha não encontro solução para o meu problema” E, geralmente, são problemas criados por elas, noventa por cento são problemas que você mesmo criou... (profissional de psicologia referência para a U3)

[...] essa falta de paciência de suportar o sofrimento, sabe? Parece que as pessoas, principalmente hoje, esses jovens é, não querem sofrer, não suportam sofrer, não tem essa tolerância com o sofrimento e aí vem a... a tecnologia, também, que é muito imediata, as coisas que acontecem no mundo da internet, né, então o adolescente, a criança conectou ali e já viajou na internet, né, e eles trazendo isso para a realidade percebem que a vida não é assim, num estalar de dedos, com um clicar de dedos que as coisas vão mudar, que essas dores vão sumir, então eu percebo que a rede de apoio tá muito fragilizada, as famílias também estão adoecidas, essa falta de tolerância com o sofrimento, também, tá demais... (profissional de psicologia referência para a U1)

4.2.3 Perfis de usuários mais atendidos na unidade de saúde direcionado à psicologia

Os entrevistados apontaram, também, que a busca por atendimento para crianças e adolescentes tem apresentado um aumento substancial, principalmente com a volta às aulas presenciais após dois anos em ensino remoto devido ao cenário pandêmico. Apontaram que observam uma dificuldade desse público em retornar para a rotina escolar, sentimentos de incapacidade, dificuldades escolares. Ademais, os

casos de ideações e tentativa de suicídio nesse grupo populacional tem sido frequente, na visão dos entrevistados.

[...] é por conta do COVID, né, ficou muito tempo, as crianças, a família né, juntos, sem contato, sem sair de casa, aí quando voltam as aulas né, é quando as crianças interagem né, com outras pessoas, aí, ali eles vão relatar abusos que sofreram em casa, de padrasto, de tio, de parente, de avós ou vão falar desse conflito familiar com a mãe, então teve muito contato ali com a mãe, a mãe teve muito contato ali com esse adolescente e foi identificado que esse vínculo materno está fragilizado, é só pelo fato da criança ter estudado em casa, né, não tinha regras, geralmente não tem regras quando você estuda em casa, não tem horário né, para você estudar, né, e na escola não, tem horários, tem regras, e voltando pra essa realidade, assusta, depois de dois anos parados...(profissional de psicologia referência para a U1)

[...] a média de paciente por mês que o NASF pede é cinquenta atendimentos, por mês, é uma meta individual, desses cinquenta, vamos dizer que metade, vinte, vinte e cinco, por exemplo, por mês... são adolescentes... (profissional de psicologia referência para a U1)

[...] no caso dessa criança aqui... foi atendimento domiciliar, nove anos, ele tentou se enforçar com fio de telefone. Então, eu já fiz esse atendimento, o primeiro atendimento é com a mãe e tal, no caso dele ele foi referenciado pra rede, não tem como a gente atender na atenção primária porque o caso dele é bastante complexo e ele foi pro centro de especialidades infantil pra ser atendido lá, com equipe especializada, aí a gente vai dar suporte pra a família, como a gente é saúde da família, vamos dar suporte para a família, a mãe é, o pai está carcerado e a mãe está sozinha com mais dois filhos, existe uma recusa de medicalização², porque ele já foi medicado, mas não quer dar (ministrar a medicação para a criança) por questões... mas nós estamos trabalhando isso com a família e nós vamos transformar em um projeto terapêutico... (profissional de psicologia referência para a U2)

4.2.4 Embasamento teórico/metodológico dos profissionais de psicologia

Os participantes apontaram uma concepção do sofrimento psíquico como sendo em geral uma resposta, uma forma de funcionamento cognitivo do sujeito, diante de uma determinada situação, problema e/ou conflito. Nesse sentido, em geral as intervenções empregadas destacam a necessidade das pessoas melhorarem o

² Acredita-se que o informante se refira à medicação, e não medicalização

autoconhecimento das próprias emoções, sendo estas capazes de ressignificarem os ocorridos e encontrarem novas possibilidades de enfrentamento.

[...] a Gestalt-terapia é voltada assim no paciente, ela acredita, né, que o ser humano é capaz de se reinventar, se ressignificar, é buscar um ajustamento criativo, então é através dessa abordagem que eu acolho o paciente, que ele é capaz de se transformar, que ele é capaz de se reinventar, que ele é capaz de criar novos ajustamentos criativos, mas de maneira saudável, né? A autolesão, por exemplo, é um ajustamento que vai prejudicar a vida do paciente, né, não é uma maneira saudável, mas é uma maneira que a pessoa achou de aliviar aquele sofrimento, né, então do mesmo jeito que ele achou né a autolesão como alternativa, essa pessoa consegue, também criar um outro ajustamento criativo, mais saudável, né, então o ser humano é um ser de potência, de possibilidades, de criação, de recriação, então ele pode sim reescrever a história dele quantas vezes for possível, a abordagem da Gestalt-terapia ela me ajuda nessa situação, estar com o cliente na horizontal, no mesmo nível, né, e ajudar ele a se ressignificar, a criar possibilidades, a tentar expandir não só o cognitivo dele, mas também no afetivo dele, então a abordagem ajuda nessa situação... (profissional de psicologia referência para a U1)

[...] eu sou rogeriano né, então eu uso da terapia centrada na pessoa né, que a transformação é interna, dentro do aconselhamento psicológico, como eu não posso fazer psicoterapia, porque eu não tenho como criar um setting, eu trabalho em cima do aconselhamento psicológico mesmo, dentro da abordagem de Rogers, terapia breve, eu falo terapia breve, mas tem um paciente aqui que está quase dois anos comigo, mas e aí eu vou atendendo assim, duas vezes por mês e tal... (profissional de psicologia referência para a U3)

[...] aconselhamento psicológico, então é centrado na pessoa né, então eu vou trabalhar cada problema de cada vez, então eu pego daquele todo que ela me traz, elenco quais são principais, então vamos trabalhar isso, vamos trabalhar isso e tal, porque não tem como trabalhar o todo né, dentro da atenção primária... (profissional de psicologia referência para a U3)

4.2.5 Capacitação profissional ou busca pessoal por formação para atuar nas situações de tentativas de suicídio

Os profissionais de psicologia não convergiram nas respostas sobre as capacitações recebidas. Foi citado por um informante que ocorrem sim capacitações ofertadas pela Secretária Municipal de Saúde com a finalidade de melhorar o atendimento no campo da saúde mental e/ou em casos mais específicos envolvendo

ideações e tentativas de suicídio. Já outro informante alegou ser necessária a iniciativa pessoal de buscar cursos virtuais ofertados pelo UNASUS, e que também já havia participado de reuniões com o Núcleo de Violência da Secretária de Saúde, para traçar ações frente às tentativas de suicídios que são registradas como ocorrências de violência autoprovocada.

[...] quando eu entrei no NASF eu percebi que a maior demanda para essa região é a ideação suicida, tentativa de suicídio, aí eu entrei em um grupo de estudo, né, “Se tem vida, tem Jeito”... é um grupo voltado para o suicídio, para prevenção e pósvenção do suicídio, então eu entrei nesse grupo de estudo que acontece uma vez por mês, sobre estudo de casos, roteiro, coisas para ler, eu busquei esse suporte, essa ajuda pra poder ajudar essas pessoas, porque não é só simplesmente ouvir, ela quer se acolhida, ela quer ser escutada, ela quer um colo, então, é que eu cresci muito nesse assunto de ajudar essas pessoas a se encontrarem, né, encontrarem o sentido de sua vida, né eu percebo que elas estão muito sem sentido, perderam o sentido de viver, o porquê viver? ‘Para quer viver?’ Né, então eu busco ajuda nesse grupo de estudo porque a demanda é muito grande... (profissional de psicologia referência para a U1)

[...] tem a universidade do SUS né, a universidade aberta, oferece muitos cursos, o UNASUS, são cursos online e volte e meia a gente senta junto com o núcleo de violência que discute os casos né, como é que estão, coisa e tal, pra ver o que fazer. A gente se reúne, o núcleo de violência da secretaria municipal de saúde, isso ocorre dentro da secretária, principalmente pra quem é do campo da saúde mental, pra psicólogos, terapeutas ocupacionais, né... (profissional de psicologia referência para a U3)

[...] uma das dificuldades, é, não chega a ser dificuldade, mas acho que poderia ser melhorado é a escuta, a escuta qualificada desses pacientes né, muitas vezes eu escuto nos corredores das unidades ‘ah aquela paciente chegou irritada, brigando, sem paciência, grossa’ né, questionando assim a conduta desse paciente, mas por trás dessa irritabilidade, por trás dessa agressividade tem uma pessoa, tem uma história, tem um porquê, né, então essa escuta qualificada dessas pessoas, de saúde mental, poderia melhorar mais, acho que tem essa dificuldade né escuta, mas como funciona? É... sempre me chamam, sempre me solicitam, pedindo orientação, (perguntam) qual é o procedimento, se existe outras redes que pode encaminhar essa paciente, os médicos também me procuram bastante, né, ‘estou com um paciente assim, assim, assado, você atende? Se não, como é a conduta?’ Se não a gente marca também um dia para atender compartilhado, né, para os dois profissionais fazerem essa orientação em conjunto... (profissional de psicologia referência para a U1)

Depreende-se das falas dos psicólogos que atuam na atenção primária à saúde como integrantes de uma equipe NASF-AB, que há um potencial de cuidado desse nível assistencial de saúde não plenamente objetivado, um potencial que ainda não se realiza na prática cotidiana, o que dependeria de uma operacionalização mais consistente de um conjunto de ações que integram o apoio matricial especializado, além de uma apropriação de marcos teóricos como o da determinação social do processo saúde-doença (mental), e dos pressupostos de uma psicologia que parte da concretude dos processos da vida social, para compreender os rumos contraditórios do desenvolvimento e da dinâmica psíquica das pessoas.

As necessidades de saúde apresentadas a esse nível de assistência são de alta complexidade em termos de suas determinações sociais, das especificidades de cada caso, e dos manejos assistenciais que tais elementos evocam. No entanto, com base no que foi apresentado pelos participantes, o modelo de trabalho que se mostra predominante nas unidades pesquisadas, revela-se muito aquém diante da alta complexidade envolvida nos casos de saúde mental em geral e em particular quando estes envolvem riscos de suicídio. Este modelo poderíamos denominar de 'modelo ambulatorial' (paciente busca), em contraste com um modelo de base territorial e comunitária (equipe se antecipa e busca as pessoas em determinadas situações).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante da magnitude crescente que as ocorrências envolvendo as ideações e tentativas de suicídio vêm adquirindo no Brasil, o que observamos a partir do estudo do trabalho destas equipes, nos permite afirmar que as ações de cuidado, dentro do SUS e em particular da Atenção Primária, têm sido desafiadas pela complexidade das situações que se apresentam aos serviços envolvendo o sofrimento humano. Pois, a identificação, e o acolhimento, de problemas de saúde mental devem ocorrer no âmbito da atenção primária para, assim, compreendendo suas determinações ligadas às condições e modos de vida nas comunidades e territórios, possam ser realizadas ações locais, sempre entendendo as determinações que agem nos casos singulares, como estando assentadas em determinações econômicas e políticas mais amplas, tanto da cidade, do estado, do país, como da inserção deste na geopolítica mundial.

Sustenta-se que ao se realizarem análises epidemiológicas sobre as intercorrências envolvendo as tentativas de suicídio e óbitos, é necessário partir de uma concepção ampla e profunda sobre a saúde coletiva/pública, na busca da maior utilidade dessas análises, podendo subsidiar ações assistenciais e de prevenção que considerem as características do modelo de atenção socio sanitária e a significação social do processo saúde- doença-cuidados.

Na perspectiva marxista, o entendimento central é de que o suicídio é uma expressão de problemas socio sanitários que expressam, e integram, a luta de classes, logo, trata-se de algo inerente ao modo de produção capitalista, pois é de sua natureza produzir e reproduzir determinados problemas que se ligam ao fenômeno do suicídio. Isto é, o comportamento suicida é uma das sínteses, ao nível dos indivíduos, do processo de degradação e desumanização do ser humano diante as relações sociais de exploração e opressão dessa forma de sociabilidade, comportamentos tais que parecem expressar as “estratégias de fuga” dos indivíduos, seja do lugar social de explorado, vítima ou explorador (ALBERGARIA, 2018).

A partir dos avanços da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileira, novos caminhos foram traçados no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Nesse ínterim o modelo de atenção outrora centrado no hospital é questionado e há um esforço para que seja substituído por um modelo de base territorial, emergindo, então, a necessidade de articular a Saúde Mental (como área em geral ligada à

atuação de psiquiatras e psicólogos no nível secundário) e a Estratégia de Saúde da Família (como modelo de organização da atenção primária que integra acolhimento, ações de cuidados e de proteção em saúde mental (JUNIOR; AMARANTE, 2015).

Apesar de existirem diversos estudos sobre os inúmeros aspectos relativos à oferta de cuidado em saúde mental na atenção básica, não se dispõe hoje de informações suficientemente atualizadas e abrangentes sobre como se identifica e se organiza o cuidado em saúde mental nesse nível de assistência, em termos do país todo. De forma geral, o planejamento, a implementação e a gestão dos cuidados em saúde mental nas unidades básicas de saúde ainda são incipientes, pouco estruturados, pouco padronizados, não sendo possível afirmar a existência de um modelo adotado para o país.

Dimenstein, Macedo, Fontenele, e Silva (2018), referem que as dificuldades relacionadas à gestão do cuidado integral em saúde mental estão relacionadas à fragilidade do trabalho comunitário e territorial em saúde, quando comparado a um modelo mais “ambulatorizado”. São necessárias mudanças nos processos de trabalho para desenvolver a Atenção Psicossocial em rede e de base comunitária, tendo na Atenção Básica determinadas ações de fato implementadas, correspondentemente às atribuições deste nível assistencial, conforme o que é preconizado pelas respectivas políticas, a PNAB e a Política de Saúde Mental. Neste sentido é preciso que os diferentes sujeitos envolvidos considerem e ativem os dispositivos existentes no território, responsabilizem-se pela demanda e criem diferentes estratégias de cuidado (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Além de a ESF ser uma estratégia de desinstitucionalização, ela também exerce forte papel sobre a desmedicalização, pois não assume todos os problemas de uma comunidade como sendo médico-sanitários. E, ao investir em atividades educativas de promoção à saúde e defesa da vida, desenvolve práticas que permitem à comunidade refletir e lidar com a saúde, minimizando assim os encaminhamentos, quando indevidos, para os serviços especializados. Assim, se faz importante que haja capacitação e apoio para os profissionais da ESF e as condições objetivas para a implementação do trabalho centrado no apoio matricial, entre equipes de referência e outros profissionais como psicólogos e psiquiatras, por exemplo, para que os casos de saúde mental sejam conduzidos de forma mais adequada (AMARANTE, 2011).

Estudo aponta que avanços foram notados com a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma destas a RAPS, visando a produção de cuidado integral,

todavia a consolidação do trabalho segundo as RAS enfrenta desafios em sua implementação. Com significativas fragilidades, a RAPS, não opera com a plena articulação entre os serviços especializados de Saúde Mental e os serviços de Atenção Básica, no que concerne ao manejo dos casos, à coordenação das ações e fluxos de cuidado (DIMENSTEIN et al., 2018).

No que se refere aos fluxos assistenciais, alguns profissionais do presente estudo, por exemplo, alegaram não terem conhecimentos para desenvolver tais ações e fluxos, uma vez que nunca lhes foram apresentados. Trata-se de uma situação que interfere diretamente na operacionalização mínima e na qualidade dos cuidados. Para Amorim e Dimenstein (2009), a existência da organização de um conjunto de serviços de referência sem a presença de um fluxo de encaminhamentos com constante avaliação e transformação constitui-se apenas com uma rígida estrutura “em grade” e não uma rede.

A ausência de diálogo entre Atenção Básica e atenção especializada culmina com a inexistência de fluxos estabelecidos, levando os usuários a percorrerem os serviços sem um itinerário estabelecido. Saliencia-se também que a formação em saúde ainda é incipiente para consolidar a integração da saúde mental na atenção básica, estão ausentes da formação o Apoio Matricial e outros dispositivos de cuidado (NOGUEIRA; BRITO, 2017).

A mudança no contexto dos serviços de saúde mental, tradicionalmente voltados para o tratamento individual e organizado segundo um modelo médico e hospitalocêntrico, para o desenvolvimento de ações na comunidade, tem oferecido contribuições históricas tanto no que concerne a trabalhos com grupos e comunidades como a aportes teóricos relacionados à influência dos fenômenos sociais nos transtornos comportamentais (REINADO, 2008).

Existem certas características que devem ser comuns aos serviços comunitários, entre elas proximidade das ações de saúde, continuidade da atenção e respeito aos direitos do usuário, independentemente do estado de saúde em que se encontre (REINADO, 2008).

Alguns estudos identificam que o encaminhamento a serviços especializados tem sido uma das práticas adotadas quando da chegada do usuário em sofrimento psíquico à Unidade de Saúde (GRYSCHER; PINTO, 2015). Em outros casos, quando este permanece na AB, o cuidado ao usuário é realizado por alguns profissionais, segundo a lógica da especialidade (GRYSCHER; PINTO, 2015). Isso foi o que ficou

bastante evidenciado nos locais investigados pela presente pesquisa, o que estamos denominando como modelo de cuidado do tipo “ambulatorizado”, como denominado por (DIMENSTEIN; MACEDO; GOMES; SILVA; ABREU, 2018).

Em conformidade à literatura atinente, os resultados corroboram o que se discute sobre a dominância da lógica da especialidade, ou seja, tanto as equipes como os profissionais de psicologia entrevistados entendem que os casos de saúde mental devem ser inicialmente assistidos pelas equipes de APS mas só até o momento em que se consiga uma vaga de atendimento individual, seja com o ‘especialista psicólogo’, ou ‘especialista psiquiatra’, tanto da equipe NASF, como sobretudo em serviços da atenção de média complexidade. No estudo de Arce, Souza e Lima (2011), verificam-se ações da equipe do serviço que buscam amenizar, de alguma forma, o sofrimento dos sujeitos que apresentam algum transtorno mental, como conversas e orientações para usuários e familiares, possibilitadas pelo vínculo estabelecido e por meio das visitas domiciliares. Entretanto, tais ações são limitadas a partir do momento que quase sempre são seguidas de encaminhamento a profissionais especializados, como a marcação de consulta psiquiátrica.

É importante lançar luzes sobre a faceta menos visível do problema da atenção “ambulatorizada” na APS, das concepções e práticas profissionais mais tendentes a valorizar o cuidado especializado ambulatorial. É que enquanto essa tendência permanece, pouco se avança no delineamento de um modelo de atenção em saúde mental, que contemplaria ofertar cuidados em situação de risco para suicídio, em um enfoque que alguns chamam de sociocomunitário ou sociofamiliar, de base territorial. Ficam minoritárias, praticamente inexistentes ações de manejo mais comunitárias (por exemplo, atendimentos mais ágeis e frequentes nas casas, e abordando não só ‘um paciente’ mais sim o grupo familiar). Outro aspecto é que as dificuldades de construção desse modelo não podem ser abstraídas de uma análise mais ampla do funcionamento do SUS, que reconheça as dificuldades que predominam na APS por falta de investimentos / financiamentos em ampliação de equipes, sua melhor formação e gestão, bem como estrutura física e operacional que promovesse maior substancialidade à atuação em Saúde Mental na base do SUS.

Atualmente, a APS brasileira vem sendo financiada pelo Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O Programa é estabelecido como novo modelo de financiamento de custeamento da Atenção

Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Este modelo altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser difundidas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A Capitação ponderada é uma forma de remuneração calculada baseada no número de pessoas cadastradas que estão sob a responsabilidade das equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de APS. Esse componente leva em consideração fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, a classificação rural-urbana e o perfil de idade do município segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Mediante desse cadastro, pode-se determinar a população próxima à equipe e à Unidade Básica de Saúde (UBS) /Unidade de Saúde da Família, amparando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e na assistência dos indivíduos, famílias e comunidades. O cadastro do cidadão pode ser realizado por CPF ou pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) por todos os membros da equipe de saúde.

O segundo critério do Programa, que faz parte da transferência mensal aos municípios, é o Pagamento por Desempenho. Para determinação do valor a ser transferido neste critério, serão considerados os resultados obtidos em um conjunto de indicadores que serão monitorados e analisados no trabalho das equipes (eSF/eAP).

Como terceiro critério do Programa, temos os Incentivos para ações estratégicas, que englobam características específicas conforme a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos favorecem a implementação de programas, estratégias e ações que repercutem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde. As transferências financeiras pertinentes a cada uma das ações estratégicas atentarão as regras previstas nas normas vigentes que regem a organização, o financiamento e funcionamento dos respectivos programas, ações e estratégias.

Ao se organizar um serviço de saúde, é importante pensar indicadores para as atividades aplicadas que permitam avaliar sua qualidade, seu efeito nos fluxos de atendimento e relações de trabalho, e isso não vem ocorrendo de forma sistemática na saúde mental como um todo e no apoio matricial em especial. No cuidado em saúde mental pela APS, ainda não há um consenso sobre quais indicadores poderiam

ser utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados ofertados. Com a elaboração dos indicadores, o monitoramento da qualidade do atendimento em saúde mental na APS possibilitaria um cuidado mais qualificado nas suas diversas estratificações e complexidades, otimizando a rede de saúde (SALGADO; FORTES, 2021).

Na APS, essa avaliação já é feita para vários aspectos do cuidado ofertado, geralmente por meio de indicadores específicos para os agravos mais frequentes nas unidades de saúde, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo II, que geram grande impacto social e econômico à população. Estudo internacional já sugere a utilização da prevalência populacional de agravos mais presentes na população, comparando-a com a frequência detectada destes nas unidades de saúde, como uma alternativa válida de indicador de monitoramento de qualidade na APS. Dessa forma, um método semelhante poderia se constituir numa alternativa de construção de um indicador de acesso em saúde mental (SALGADO; FORTES, 2021).

A ESF assume o papel de reorganizador do modelo de atenção no espaço político operacional. Nessa proposta complexa a atribuição da Equipe de Saúde da Família seria o conhecimento da realidade, a identificação dos problemas de sua área de abrangência e elaboração de planejamento local. Essa prática segue a lógica da vigilância à saúde e a valorização do vínculo com o usuário, família e comunidade. Cabe também à equipe articular as diversas políticas sociais e recursos disponíveis, de maneira que contribua para a identificação de causalidades que incidem na qualidade de vida da população.

Como tática de ampliação das práticas da atenção básica foi proposta a implantação de equipes matriciais que visam também melhorar a articulação entre saúde mental e ESF. Este processo culminou na edição da Portaria n. 154/2008, a partir da qual foram criados os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (ASSUNÇÃO, 2016).

Entretanto, com a publicação da Portaria n. 2.979 de 12 de novembro de 2019, também foram revogados os serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe.

O trabalho em equipe e a interdisciplinaridade são diretrizes que norteiam o campo da atenção básica. Mas, alguns desafios se evidenciam e precisam ser

considerados: um deles é a própria organização da atenção básica, que tende à repetição do modelo biomédico onde se hierarquizam as relações de conhecimento e prática, o que prejudica o diálogo entre profissionais e a efetivação de um atendimento integral. Com a lógica de fragmentação o sofrimento mental ainda não é abarcado pela atenção básica. Outro desafio que podemos ressaltar é se de fato existe o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial que são diretrizes fundamentais para trabalhar a saúde mental no território (ASSUNÇÃO, 2016).

Contudo, o trabalho em equipe é um desafio que deve ser enfrentado todos os dias para melhoria da integralidade da assistência, a maioria dos profissionais forma-se para atuar na assistência clínica, o que acabam interferindo significativamente, nos processos de trabalho na saúde pública. Tal modo de atuação requer mudanças na formação e organização do processo de trabalho (BEZERRA; ALVES, 2019).

Em consonância com essa realidade, as profissões que compõem as equipes atuantes no SUS, nos últimos anos, vêm direcionando sua formação para a necessidade de mudanças nos modelos pedagógicos com o intuito de desenvolver competências e habilidades nos egressos com vista a uma atuação de acordo com os princípios estabelecidos pelo sistema de saúde. Busca-se que a formação problematize e integre saberes e práticas profissionais considerando as diversas demandas da saúde pública, os diferentes cenários e sujeitos e priorizando a atenção integral em saúde, já que a formação pode ser um espaço privilegiado de construção de profissionais capazes de pensar a respeito das práticas que realizam, profissionais que se lançam ao exercício de reflexão (SIGNORINI; SILVA; FERRETTI, 2021).

Percebe-se uma necessidade de que a formação dos profissionais da saúde esteja cada vez mais próxima da realidade da saúde da população assistida, e isto faz que mudanças - tanto educativas quanto organizativas, conceituais e ideológicas - sejam paulatinamente incorporadas ao processo de graduação. Dentre as várias profissões da saúde, encontra-se a psicologia. A aproximação entre a psicologia e a saúde pública tem como propósito ampliar o campo de prática da profissão e organizar novos saberes capazes de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida da população. A defesa da inserção do psicólogo nesse campo de atuação não pode se restringir aos propósitos da ampliação do mercado de trabalho, devendo se pautar na responsabilidade social inerente a todas as profissões que atuam na área da saúde (SIGNORINI et al., 2021).

Quando o psicólogo passa a trabalhar nas instituições públicas de saúde, ele se depara com uma clientela e com um tipo de demanda que difere substancialmente das que ele atende na clínica privada. A clientela passa a ser constituída pela população de baixa renda, sendo geralmente encaminhada por outra instituição ou profissional de saúde, de maneira que chega com expectativas bastante distintas daquelas próprias à clientela que busca atendimento no consultório privado. Esta estaria mais em busca de “se conhecer”, de “se tratar”, ao passo que a clientela pública teria como objetivo a “eliminação de sintomas” (DIMENSTEIN, 2000).

Assim, uma das primeiras dificuldades com que o psicólogo se depara no serviço público de saúde diz respeito ao comportamento da clientela diferir do que era por ele esperado, ou seja, ele se depara com um grande número de faltas às consultas, atrasos frequentes, dificuldades de comunicação, resultados aquém dos pretendidos, além de um grande número de abandono dos tratamentos; comportamento que na maioria das vezes é atribuído à falta de interesse ou capacidade de compreensão dos pacientes para a tarefa terapêutica. Além disto, o psicólogo se vê diante de problemas que escapam ao domínio específico da clínica, referentes às condições de vida da população, as quais têm implicação nos problemas trazidos até a instituição de saúde (DIMENSTEIN, 2000).

A inserção da Psicologia no contexto da saúde pública é recente e tem como circunstância favorável a esse processo as mudanças no sistema de saúde pública brasileiro e o crescimento da Psicologia como profissão no Brasil. A Psicologia, ao se inserir nesse espaço, buscou adaptar os seus modelos de atuação e construir novas possibilidades de atuação (AMARAL; GONÇALVES; SERPA, 2012).

No decorrer de sua inserção no campo da saúde pública, o modelo clínico tradicional passou a ser questionado por não levar em consideração as diferenças apresentadas. Como aponta os autores: "Tal modelo privilegiava o enfoque individual em detrimento do contexto social e histórico, gerando, assim, uma prática psicológica de adequação e de ajustamento do indivíduo" (AMARAL et al., p.486).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas duas décadas ocorreu uma expansão significativa da cobertura da atenção básica a saúde, ampliando assim o número de equipes da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros. Esse movimento possibilitou uma reorientação do modelo de atenção no cotidiano de trabalho nas unidades e no ambiente comunitário, além do acesso ao serviço público de saúde.

Paralela ao movimento de ampliação da cobertura assistencial houve a inserção de outras categorias profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde, isto é, além da equipe mínima, institui-se o NASF, cujo objetivo seria o de apoiar as Equipes de Saúde da Família. Na prática fica claro que o fortalecimento proposto pelo NASF implica no processo de trabalho desenvolvido entre seus integrantes e os profissionais da ESF, embora se encontre estudos sobre o NASF, os resultados ainda são pouco conclusivos sobre a contribuição desses profissionais com o objetivo de promover um novo modelo de cuidado.

O enfoque assistencial do trabalho das equipes ESF participantes do estudo apresenta um panorama de como as ações vêm sendo desenvolvidas nesse cotidiano de trabalho. Percebe-se, portanto, que a prática assistencial mais frequente é a consulta e foi unanimidade entre os trabalhadores das equipes investigadas o foco nos indicadores de metas da APS para o planejamento das atividades na elaboração de suas agendas.

Isso fica evidente com os relatos de práticas pouco consolidadas de cuidado por meio da promoção de saúde com estratégias que abrangem, também, outras condições e agravos. Destaca-se uma perspectiva direcionada unicamente à mudança de comportamento dos indivíduos nos territórios, denotando um reducionismo da promoção à saúde.

No que tange ao cuidado a saúde mental, sobretudo, a casos de ideações e tentativas de suicídio, visto que o suicídio tem se tornado um problema recorrente no mundo e segue em uma escala progressiva nos últimos anos, o presente estudo se propôs a caracterizar e analisar as concepções e as práticas de profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde, voltadas aos cuidados em situações envolvendo ideações e tentativas de suicídio, prioritariamente de unidades de saúde organizadas

segundo a Estratégia Saúde da Família, com e sem a retaguarda de profissionais de psicologia das equipes do NASF-AB, em Campo Grande/MS.

Observa-se que há uma tendência de encaminhamentos nas unidades, com fluxo fragilizados e centrado na figura do médico, que no geral após consulta encaminha casos as especialidades da atenção secundária via sistema de regulação ou aos profissionais do NASF atuantes na unidade para atendimento individual. Diante disso, é importante questionar se a inserção do NASF no modelo que tem sido desenvolvido pelas equipes ativas fomenta a integração de práticas ou reforça a fragmentação do trabalho em saúde.

Os resultados deste estudo apontam uma desarticulação entre os processos de trabalho do NASF e das equipes de saúde da família, marcado pelos escassos momentos de trabalho compartilhado. Pôde-se constatar que o trabalho em equipe está situado em um contexto de racionalidade médica secundarizando a promoção da saúde, ademais, identificou-se que, em suas práticas, a equipe estudada aproximou-se mais das características dos modelos hegemônicos do que dos modelos da clínica ampliada, teoricamente as equipes investigadas revelam um caso típico do que ocorre em muitos municípios brasileiros.

O que indica que a proposta do NASF necessita de uma requalificação de modo a tornar o processo de trabalho mais integrado e pautado em uma lógica que fortaleça a reorientação de práticas. Algumas iniciativas, como a redução do número de equipe de saúde da família apoiadas, ampliação da educação permanente para os profissionais da APS, melhor organização e gestão das agendas por turnos de trabalho, entre outras, podem contribuir para essa direção.

No Brasil o sistema público de saúde, tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade, e para efetivar essa proposta atua por meio das Redes de Atenção à Saúde – RAS, na oferta das suas ações e serviços. Vale ressaltar, que na RAS, a atenção primária tem papel fundamental como porta preferencial de entrada, centro de comunicação, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Nesse sentido, deve ser desenvolvida com base territorial e população definida na qual indivíduos, família e coletividade têm acesso a equipes multiprofissionais que desenvolvam ações seguindo os princípios e diretrizes do SUS, além dos específicos descritos na portaria que a regulamenta. A atenção básica possui baixa densidade tecnológica e grande complexidade no processo de trabalho.

Vale ressaltar, que em uma lógica dialética assim como as condições de trabalho modelam percepções do processo de trabalho as percepções também forjam possibilidades de atuação. Ademais, existe um espaço mediador que permeia a práxis do trabalho em saúde, em que todos os atores exercem suas subjetividades, seus modos de agir, essas especificações, também, exercem influências no processo de trabalho.

Reconhecer e atuar sobre este contexto é desafiador para os trabalhadores da saúde, sendo necessária sua valorização nas práticas e pesquisas que se debruçam na micropolítica do trabalho em saúde, no qual se constrói cotidianamente. Entre os desafios enfrentados pelo sistema de saúde no contexto micropolítico da APS, demarca-se a organização do trabalho em saúde, considerado pilar fundamental na melhoria da qualidade da assistência e o acesso aos serviços. O fluxo de trabalho em saúde é uma questão discutida em nível teórico, mas há poucas evidências práticas e detalhadas sobre como despertar e promover a reorganização dos serviços de saúde, incluindo a atenção primária à saúde.

Isso reitera a importância de investigações que expliquem os nexos do processo de trabalho em saúde que atravessam o cotidiano dos serviços. Quando se torna ausente ou incipiente a problematização do processo de trabalho dificulta que ele se transforme, logo, viabiliza a manutenção de problemas que perduram em virtude da ausência de condições e do incentivo a educação permanente no âmbito da micropolítica para resolver objeções com a reconfiguração do trabalho em saúde, desde clareza de papel/função, ambiente físico, planejamento de ações.

Nesse sentido, a análise do perfil de formação profissional nos faz refletir criticamente sobre a importância e a necessidade de qualificação para os processos de trabalho da APS/ESF. A atuação desses profissionais na APS vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde ofertada pelo SUS, respondendo à proposta do novo modelo assistencial, centrado sobretudo na integralidade do cuidado, o que chama atenção nos resultados deste estudo, que a tendência ao modelo biomédico, centrado na doença, com poucas ou ausente práticas interdisciplinares em articulação com a rede, ainda aparece como um enfrentamento a ser consolidado.

No cuidado a saúde mental, em específico aos casos de ideações e tentativas de suicídio, o arranjo apresentado pelas equipes participantes enfatiza o contato próximo da comunidade, sendo em geral bem aceita pela população local e o contato

com a pessoa sob risco de suicídio. Embora, no geral, os usuários do serviço não expressem voluntariamente seus pensamentos de morte na presença de um profissional de saúde, eles os admitem quando são interrogados diretamente sobre o assunto em conversa informal durante o atendimento.

Vale ressaltar, que o NASF permitiu a entrada significativa de profissionais de psicologia na saúde pública, entre outras especialidades. Entretanto, questiona-se a forma como esses profissionais têm desenvolvido as suas atribuições dentro desse campo da saúde, considerando a fragilidade curriculares no processo de formação, bem como a falta de uma política que oriente o manejo, sobretudo, para o cuidado em saúde mental.

Assim como a Reforma Sanitária foi um movimento primordial para a transformação do modelo de saúde a Reforma Psiquiátrica que também ocorreu nesse percurso, trouxe avanços importantes, essa com destaque para quatro dimensões, ou seja, teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural, como forma de garantir o direito à saúde mental de base comunitária. Mas, observa-se que ainda predomina uma percepção e prática do cuidado que pouco se articula com essa perspectiva de propor uma leitura crítica sobre os determinantes que constituem os processos de sofrimento na sociedade.

Nesse sentido, o manejo de casos de ideações e tentativas de suicídio dentro do cuidado a saúde mental na atenção primária, tem se apresentado de maneira incipiente. Ademais, a produção científica sobre suicídio e a atuação profissional na atenção primária discute, no geral, como um agravo da depressão, juntamente com outros fatores de risco, uma assistência focada na medicação e encaminhamento para avaliação especializada.

Diante disso, este estudo teve como pressupostos epistemológicos a Psicologia Histórico-Cultural e a teoria da Determinação social do processo saúde-doença. Aportes que permitem discutir a determinação social do sofrimento psíquico, sobretudo, em sua expressão em casos de ideações e tentativas de suicídio, bem como envoltos no processo de trabalho das ações e serviços ofertados pelas políticas de saúde da atenção primária. Nos casos estudados consideramos que tais determinações estão no modelo de sociedade e assistência ofertada, que dificulta o acesso, isto é, a entrada no serviço e a continuidade ao recebimento de cuidados subsequentes.

Nessa perspectiva, a ideação e a tentativa de suicídio são inerentes ao processo histórico do desenvolvimento da sociedade, que tem como objetivo principal o lucro e o acúmulo de riquezas, dividindo as pessoas em classes. Essa característica se expressa, também, como produto das condições de saúde tanto física quanto mental, bem como na forma de manejo que o Estado cria e investe para lidar com as suas implicações.

Para entender qual tem sido a percepção sobre ideações e tentativas de suicídio e o processo de trabalho empregado nesses casos por psicólogos e profissionais de Equipes da Estratégia de Saúde da Família, que atuam na atenção básica, realizou-se entrevistas com dois profissionais de psicologia e dois grupos focais com duas equipes de ESF. Por fim, a partir dos resultados obtidos pelas falas dos participantes, foi possível analisar o conteúdo e classificar as categorias emergentes.

As análises mostraram que as atividades profissionais dos psicólogos vinculados a uma equipe NASF-AB seguem o preconizado pela política, com agenda dividida em períodos para apoio matricial às ESF, atendimentos compartilhados, atendimentos individuais, realização de grupos, atendimento domiciliar, reuniões de planejamento, atividades administrativas para registro de relatórios, entre outras. Entretanto, evidenciou-se que os atendimentos individuais ocupam a maior parte da agenda desses profissionais em detrimento ao trabalho de base comunitária.

A percepção sobre o fenômeno não se articula com a determinação social, consiste em explicações pautadas no modelo multicausal, a partir de fatores de risco e autoconhecimento. Logo, na perspectiva da teoria da determinação social do processo saúde-doença, apresentado nessa pesquisa, ao explicar um fenômeno social, como as ideações e tentativas de suicídio como resultado de fatores de risco, o social aparece apenas como uma parte e não como o determinante do processo, assim as intervenções tendem a colocar o próprio sujeito responsável pelo seu sofrimento.

No grupo focal, realizado com profissionais da ESF, o trabalho geral tem um foco para o alcance dos indicadores estabelecidos pelo Programa Previne Brasil, que estabelece o modelo vigente de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, ou seja, proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS; proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Esses casos, possuem maior organização do manejo e acompanhamento pelas equipes, entretanto o cuidado à saúde mental aparece disperso, sem fluxo estabelecido, indicando que ainda não é coordenado pela APS.

Destacamos como limitação do estudo que o cenário pandêmico dificultou de forma significativa a entrada no cenário de campo para a realização das entrevistas e grupo focal, considerando se tratar de unidades de saúde em que teve uma reorganização do seu processo de trabalho, principalmente, a atenção primária que foi o foco da pesquisa. Em geral, os atendimentos programados foram suspensos, causando uma série de demandas reprimidas, constantes mudanças das recomendações por parte do Ministério da Saúde, sobrecarga com as campanhas de vacinas e testagem rápida de COVID, além do cuidado aos pacientes sintomáticos, entre outras atribuições.

Conclui-se, portanto, que é preciso repensar o modelo de cuidado que está sendo ofertado para a saúde mental, pois não tem como elaborar estratégias para os casos de ideações e tentativas de suicídio sem ter um processo de cuidado a saúde mental consolidado na atenção primária. É indispensável que haja um trabalho de promoção à saúde mental, bem como o mapeamento pelas equipes, onde seja possível identificar usuários e famílias que estão em sofrimento psíquico.

7. REFERÊNCIAS

ALBERGARIA, M. **O suicídio na contemporaneidade**, 2018. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=ALBERGARIA%2C+M.+O+suic%C3%ADdio+na+contemporaneidade%2C+2018.&btnG=. Acesso em: 14 set. 2022.

ALMEIDA, M. **A formação social dos transtornos de humor**. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, 2018.

ALVAREZ, A. K. B. L. **A atenção primária à saúde: o desmonte do NASF e o impacto da criação do programa Previne Brasil**. 2022. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=ALVAREZ%2C+A.+K.+B.+L.+A+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+%C3%A0+sa%C3%BAde%3A+o+desmonte+do+NASF+e+o+impacto+da+cria%C3%A7%C3%A3o+do+programa+Previne+Brasil.+2022.&btnG=. Acesso em: 10 jun. 2022.

ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, A. C. D.; ALMEIDA, F. A. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 29, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W7QwTYThPTXbKDSnwYQRrYk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2022.

AMARAL, M. S., GONÇALVES, C. H.; SERPA, M. G. **Psicologia Comunitária e a Saúde Pública: relato de experiência da prática psi em uma unidade de saúde da família**. Psicologia: Ciência e Profissão, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ZjV64skz6Rxjj4JmXJjXvQz/abstract/?lang=pt>. Acesso: 20 dez. 2022.

AMORIM, A.; DIMENSTEIN, M. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviços residencial terapêutico**. Cienc saude coletiva. 2009;14(1):195-204. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KtNyxpK5fpNhG3K5mXHy89f/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 08 out. 2022.

ANDRÉ, S. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. **Atenção Primária à Saúde como instrumento para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Revista de APS, v. 20, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15514>. Acesso em 02 fev. 2023.

ARAÚJO, J. F. B., CHATELARD, D. S., CARVALHO, I. S., VIANA, T. C. **O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão**. Estilos clin: São Paulo, 2016. Disponível

em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200012. Acesso em 04 maio. 2022.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. **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, p. 541-560, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FVWCKDXMttCs4bQBp4vxggq/?lang=pt>. Acesso em 03 mar. 2022.

ABP. **Suicídio**: informando para prevenir/, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/CartilhaABPPreven%C3%A7%C3%A3oSuic%C3%ADdio.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2023.

BAÉRE. **Registro de tentativa de suicídio no Distrito Federal**: uma realidade subnotificada. *Interação em Psicologia*, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/51144>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BARBOSA, B. A.; TEIXEIRA, F. A. F. C. **Perfil Epidemiológico e Psicossocial do suicídio no Brasil**. *Research, Society and Development*, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15097>. Acesso em: 09 out. 2022.

BEZERRA, R. K. C.; ALVES, A. M. C. V. **A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios**. *Rev. Expr. Catól. Saúde*, v. 4, n. 2, p. 7-15, 2019. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/3210>. Acesso em: 03 nov. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 03 maio. 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário oficial da União*, 183(1), 68-68.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

CAMPOS, G. W. **SUS**: o que e como fazer?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZPyBXcTXwZvLh5H9PDzvxpn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2022.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. **Análise de conteúdo**: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & sociedade: estudos*, v. 24, n. 1, 2014. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/92625>. Acesso em: 03 jan. 2023.

CENCI, A. **O conceito de trabalho em Vygotski**: apropriação e desenvolvimento das proposições de Marx/Engels. *Revista Trabalho Necessário*, v. 10, n. 15, 2012. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/6867>. Acesso em: 10 fev. 2023.

CESCON, L.; CAPOZZOLO, A. A.; LIMA, L. C. **Aproximações e distanciamentos ao suicídio**: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde e sociedade*, v. 27, p. 185-200, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/y6fzbBtjMGPqkCScnGGgNsg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2022.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica**: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

D'ASSUNÇÃO, O. T. **A atuação do psicólogo no programa bem viver como analisador da relação entre saúde mental e atenção básica em municípios de pequeno porte**. Dissertação (Programa de Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2016.

DAMOUS, I; ERLICH, H. **O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial**: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 911-932, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/fQd9GvrXsXncBLpJLLq xv8H/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2023.

DIMENSTEIN; MACEDO; GOMES; SILVA; ABREU. **A saúde mental e atenção psicossocial**: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud & Sociedad*, v. 9, n. 1, p. 070-085, 2018. Disponível em: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2869>. Acesso em: 02 abr. 2023.

DIMENSTEIN, M. **A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista**: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 5, p. 95-121, 2000. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/FbK3GQ3CR4PDPKGNHZQ3bSk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

FERREIRA, G. S.; FAJARDO, A. P.; MELLO, E. D. **Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 29, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/LMbR6VVBDHVXzn3yBYXZkSy/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2023.

FERREIRA, M. L. **Cuidado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde em um município catarinense**. 2020. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – Santa Catarina, 2020.

GIOVANELLA, L. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?**. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

GOTTI, E. S.; GOMES, M. C.; ARGONDIZZI, J. G. F.; OLIVEIRA, E. A.; SOUSA, N. M. **Prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde: uma análise dos âmbitos de atuação profissional**. Perspectivas Em Análise Do Comportamento, 2021. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/824>. Acesso em: 04 de nov. 2022.

GRYSCHEK, G.; PINTO, A. A. M. **Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3255-3262, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YF4znJCJgZfbgTnGtRrwGpN/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

HIRDES, A. **A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 371-382, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nC3LNNsHY3GpWymFMNfDPNy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

JUNIOR, C. A.; AMARANTE, P. D. C. **Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 23, p. 425-435, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/9jyCvb7PzTGW3c8sLwMRgfB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2022.

KAULFUSS, M. A. **Vygotsky e Suas Contribuições Para A Educação**. Revista Científica Eletrônica Da Fait, Itapeva, SP, v. 6, p. 1-15, 2019. Disponível em: http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/CbhpvBukokmetSx_2017-1-21-11-30-48.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

LAKATOS, M. M. **Metodologia científica**. Fundamentos. São Paulo: Ed. 2010.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, conciencia y personalidad**. Buenos Aires: Ciencias del hombre, 1978.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. 2º ed. São Paulo: Centauro, 2004.

LHULLIER, C.; LEMOS, V. **A Psicologia na atenção básica e a saúde coletiva**. Revista Psicologia e Saúde, v. 12, n. 3, p. 177-188, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2020000300012. Acesso em: 03 abr. 2023.

LOPES, B. E. M. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Revista educação e políticas em debate, v. 3, n. 2, p. 482-492, 2014. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/view/30290>. Acesso em: 20 ago. 2022.

LURIA, A. R. **A construção da mente**. São Paulo: Ícone, 1992.

MAGALHÃES, L. S.; ANDRADE, S. M. O. **Depressão e comportamento suicida: atenção primária em saúde**. Revista Psicologia e Saúde, v. 11, n. 1, p. 99-107, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-093X2019000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2022.

MALGAREZI, V. A.; BOROWSKI, S. B. V.; CESCINETTO, R. A. Z.; WACHHOLZ, T. **As percepções de psicólogos em relação ao suicídio: uma pesquisa qualitativa no cenário sul catarinense**. Revista Psicologia e Saúde, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2020000200012. Acesso em: 12 maio 2022.

MARTINS, L. M. Fundamentos da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica. **Currículo Comum para o Ensino Fundamental Municipal de Bauru**. Bauru: Secretaria Municipal de Educação, p. 41-79, 2016. Disponível em: https://www2.bauru.sp.gov.br/arquivos/arquivos_site/sec_educacao/curriculo_ef2.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo, 1983.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MATTOS, M. P.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. Sousa. **Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3503-3516, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LMK5hJxzTYsJHr5LzdBdtsK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MOLINA, M. R. A.; WIENER, C. D.; BRANCO, J. C.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.; TOMASI, E.; SILVA, R. A.; PINHEIRO, R. T. **Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária.** *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 39, p. 194-197, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/PhszbyTJCdXHzjvmSV4g5h/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2022.

NETTO, N. B. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético.** (Dissertação de Mestrado) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia social. Pontifícia Universidade Católica – São Paulo, 2007. 168p.

NETTO, N. B.; CARVALHO, B. **Trabalho, universidade e suicídio: uma análise da precarização/intensificação do trabalho docente desde o materialismo histórico-dialético.** *Revista Advir*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 67-85, 2013. Disponível em: <https://www.academia.edu>. Acesso em: 04 jun. 2022.

NOGUEIRA, F. J.; BRITO, F. M. **Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do Pet-Saúde no município de Parnaíba-PI.** *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 12, n. 2, p. 374-387, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S18098908201700020010. Acesso em: 04 jun. 2022.

NOVAES, M.; MACHIAVELLI, J. L.; VERDE, F. C. V.; FILHO, A. S. C.; RODRIGUES, T. R. C. **Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, p. 1095-1106, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/m3kqhhtZxTL7qMB6NtmVCvt/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

OLIVEIRA, F. D. **Análise de textos didáticos.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação Matemática) - Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, SP, 2008.

OLIVEIRA, N. M.; STRASSBURG, U; PIFFER, M. **Técnicas de pesquisa qualitativa: uma abordagem conceitual.** *Ciências sociais aplicadas em revista*, 2017. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/17496>. Acesso em: 10 jun. 2022.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. **O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição.** Saúde e Sociedade, v. 24, p. 205-218, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PAIM, J. Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas.** Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em, v. 20, p. 91-122, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6234/1/Paim%20JS.%20Cap%20Livro%201.2008.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2022.

PAIVA, C. H. **A atenção primária à saúde no SUS: o processo de construção de uma política nacional (1990-2006): Primary health care in SUS: the process of building a national policy (1990-2006).** Caminhos da História, v. 26, n. 2, p. 32-55, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/caminhosdahistoria/article/view/4346>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PITOMBEIRA, D. F.; XAVIER, A. S.; BARROSO, R. E. C.; OLIVEIRA, P. R. S. **Psicologia e a formação para a saúde: experiências formativas e transformações curriculares em debate.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, p. 280-291, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/X6jLQWHkcfQjc45fYTKN9Ff/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

REINALDO, A. M. S. **Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária.** Escola Anna Nery, v. 12, p. 173-178, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/G3kCpzRBKwwCTkfnyhPhFTm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

SALGADO, M. A.; FORTES, S. L. C. L. **Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos.** Cadernos de Saúde Pública, v. 37, p. e00178520, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5b6TwpghJyXQvPxfgLnnSgF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2023.

SANTOS, J. C; MELO, W. **Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba.** Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v11n1/07.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

SELLERA, P. E. G.; PEDEBOS, L. A.; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L.; RAMOS, L. G.; MARTINS, C.; D'AVILA, O. P. **Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1401-1412, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NCfvbHp8bjTnGZvFq6mNsYS/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2023.

SHUARE, M. **La psicología soviética tal como yo la veo Moscou:** Progresso, 1990.

SIGNORINI, T.; SILVA, M. E. K; FERRETTI, F.; **Práticas em Psicologia na Saúde Pública: Aproximando Cenários e Contextos.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 41, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/BzmJhL3LrzWccLJ3sfBs4br/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. **Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica.** Medicina (Ribeirão Preto), v. 54, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/181793>. Acesso em: 01 out. 2021.

SOUSA, J. F.; SOUSA, V. C.; CARVALHO, C. M. S.; AMORIM, F. C. M.; FERNANDES, M. A.; COELHO, M. C. V. S.; SILVA, J. S. **Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros.** Revista Cuidarte, v. 10, n. 2, 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221609732019000200201. Acesso em: 18 dez. 2022.

SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.; BAHIA, L.; GUIMARÃES, R.; FILHO, N. A.; MACHADO, C. V.; CAMPOS, G. W.; SILVA, G. A. **Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 out. 2021.

STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. S.; AZEVÊDO, A. V.S. **Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: revisão sistemática.** Revista Psicologia e Saúde, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X202000040007. Acesso em: 03 jan. 2023.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VIGOTSKI, L. S. **O significado histórico da crise da psicologia: uma investigação metodológica.** Em Teoria e método da psicologia (3.^a ed.) (pp. 203-423) (C. Berline, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, (2004a [1982]).

VYGOTSKI, L. S. **Método de investigación**. In L. S. Vygotski, Obras escogidas: problemas del desarrollo de la psique. Madrid: Visor. (Trabalho original publicado em 1931). (1995).

VYGOTSKI, Lev S. **Obras Escogidas**. Tomo II. Madrid: Visor, 2001.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. **Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field**. Revista Polis e Psique, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE I - INSTRUMENTO ROTEIRO GRUPO FOCAL

I. INÍCIO
<p>i. Apresentação do moderador e do relator, e seus respectivos papéis.</p> <p>ii. Apresentação dos objetivos da investigação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer em profundidade como tem atuado a equipe nos “casos de risco de suicídio” (processo de trabalho, concepções/percepções sobre o fenômeno do suicídio); - O motivo do grupo focal como estratégia de produção de dados (buscar o “movimento” do dia a dia da equipe, as convergências e divergências de opiniões e condutas. <p>Duração de 1h a 1h30min.</p> <p>iii. Em linhas gerais como é o grupo focal: uma pergunta geral e todos falam opiniões, ideias, exemplos, se complementam, concordam e discordam, esgota-se e passa-se as seguintes. Pedir que não falem “por cima do outro”, se “esquentar”, é possível adotar a sinalização com a mão, e a facilitadora vai dando a palavra, falar; tempo médio de duração, importante não sair da sala de repente sem avisar e não voltar.</p> <p>iv. Defender a ideia de um debate, com o envolvimento de todos.</p> <p>v. Divulgação dos futuros produtos do estudo e sua relevância em contribuir com melhorias do SUS/APS registro do trabalho, bem como do anonimato dos envolvidos e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).</p> <p>vi. Apresentação dos participantes.</p>
II. DESENVOLVIMENTO
<p>A. SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO GERAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falem um pouco sobre como está organizada a rotina de trabalho desta equipe de saúde neste território? 2. Como percebem a população da área do território? Quais são as necessidades de saúde mais recorrentes? 3. Quais são as dificuldades profissionais em suas análises e manejos no cotidiano do trabalho? <p>B. SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL GERAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qual é o papel da Esf nas demandas de saúde mental da população dessa área? Como ocorre o cuidado em saúde mental por essa equipe neste território? <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Como participam do processo de mapeamento e identificação de grupos, famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade psicológica? 1.2 Que tipo de abordagem e intervenções são empregadas nesse cuidado? Como a equipe atua? Descrevam como é o acompanhamento. 1.3 Como compreendem o que tem gerado sofrimento psíquico nas pessoas? <p>C. SOBRE CONCEPÇÕES E PROCESSO DE TRABALHO ESPECIFICAMENTE EM SITUAÇÕES DE RISCO DE SUICÍDIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como compreendem as ideações e tentativas de suicídio (etiologia/causas)? <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Este fenômeno é frequente neste território? 1.2 Como se expressa?

1.3 Como a equipe funciona/atua na assistência a casos de sofrimento psíquico e cuidado a ideações e tentativas de suicídio?

- Podem descrever o que fazem, ilustrar com casos e situações, individuais e coletivas.
- Vocês se recordam de casos nos últimos anos de falecimento de moradores da área da Ubs por suicídio?
- Se sim, poderiam contar a respeito.

2. Existe planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais? como ocorre?

3. Quais práticas multi e interprofissionais são feitas? (no cuidado à saúde mental)

4. Falem sobre a relação com outros serviços, da saúde e fora dela? Com quais serviços se relacionam na hora de atender esses casos?

5. Existe a corresponsabilização do cuidado, ou seja, mesmo quando necessita de outros pontos de atenção? Como isso ocorre na prática?

6. Quais são as diretrizes que o município ou estado adotam para a atuação em saúde mental pela equipe saúde família?

7. Qual papel do nasf? Tem apoio de psi? Como é? De psiquiatra ? Qual nível de trabalho conjunto com o CAPS? Membros da equipe do CAPS matriciam equipes de saúde da família ?

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- i. Informar aos integrantes que a discussão está se aproximando do final.
- ii. Solicitar que exponham comentários ou observações de algo particular que se relacione com a temática da discussão, e que não estava na pauta do roteiro, mas que eles gostariam de abordar.
- iii. Agradecimentos pela participação.

8.2 APÊNDICE II – INSTRUMENTO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

CATEGORIAS	PERGUNTAS MAIS GERAIS	LEMBRETES OU PERGUNTAS PARA APROFUNDAMENTO
<p>1.</p> <p>CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERAL DE ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NASF-UBSs/SAÚDE MENTAL</p> <p>2.</p> <p>A IDENTIFICAÇÃO DAS DEMANDAS DE SOFRIMENTO ENVOLVENDO O RISCO DE SUICÍDIO E SUAS CAUSALIDADES</p> <p>3.</p> <p>PERFIL POPULACIONAL MAIS ATENDIDO NA UNIDADE DE SAÚDE DIRECIONADO A SAÚDE MENTAL</p> <p>4.</p> <p>EMBASAMENTO TEÓRICO/METODOLÓGICO</p>	<p>1.1 Fale da sua rotina de trabalho: me explica como é o modelo de atuação, hoje, da psicologia nas equipes NASF junto às Unidades Básicas de Saúde da Família aqui em Campo Grande, na atenção à saúde mental. Em quais e quantas UBSs você atua? Descreva como a sua semana de trabalho está organizada. (seg, ter...)</p> <p>O seu cotidiano de trabalho foi afetado com a pandemia? Se sim, descreva como.</p> <p>O que você observa sobre as questões de saúde mental no território, nos casos atendidos. De exemplos.</p> <p>21 Como você observa no cuidado em saúde mental, a questão do risco de suicídio, nas pessoas em sofrimento? Essa é uma demanda recorrente?</p> <p>22 Quais são as principais causas, na sua visão, para as ideações, tentativas, mortes por suicídio?</p> <p>23 Você já atendeu casos de tentativa de suicídio? Se sim, Como foi a experiência?</p> <p>31 Gostaria que falasse um pouco sobre o público que mais atende neste serviço? Idade, gênero, demanda, escolaridade, estado civil...</p> <p>32 por que você acha que esse público é mais comum/recorrente?</p> <p>4.1 você usa algum referencial teórico (teoria) para pensar nas estratégias de cuidado em saúde mental/em casos de tentativas de suicídio? qual? como ele te ajuda a entender/como explica esses casos?</p>	<p>- Identificar as características predominantes: se psicólogos fazem apoio matricial, se atendem com a equipe ou sozinhos, se em dias fixos na UBS? Se vão somente sob demanda? Discutem casos, se fazem visitas domiciliares (VDs), Projeto Terapêutico Singular (PTS)... Uma estratégia é pedir para descrever uma "semana típica".</p> <p>- Identificar se o problema das ideações, das tentativas é percebido como importante, frequente ou não.</p> <p>- Se aparece associado ou não às depressões mais graves ou outros quadros, quais?</p> <p>- Ver quais perfis de usuários são identificados como apresentando condutas suicidas e quais condições, "fatores", que estão na visão dos profissionais</p> <p>- Quantos casos de ideações/tentativa de suicídio você se recorda de ter atendido?</p> <p>- Você consegue relatar algum? Como foi? Os aspectos envolvidos no sofrimento? quanto tempo levou entre a ocorrência do caso e o atendimento enquanto psicólogo (a) do NASF?</p> <p>- Como acontece com adolescente? Com adulto? E com idoso?</p> <p>- Há uma intermediação entre o NASF e os serviços especializados?</p> <p>- Em casos de tentativa/suicídio há o envolvimento da família? Alguém atende?</p>

<p style="text-align: center;">5. CAPACITAÇÃO/RECURSOS PROFISSIONAL NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS</p>	<p>4.2 Na sua prática há mais ações de promoção ou prevenção a saúde mental? descreva</p> <p>5.1 Você se considera capacitado para atender esses casos?</p> <p>5.2 Existe alguma dificuldade que implica na sua atuação profissional? em relação a unidade, equipe de trabalho, articulação com outros profissionais/serviços...</p>	<p>- Você acredita ser possível prevenir o suicídio?</p> <p>- Se sim, de qual forma?</p> <p>- Se não, por quê?</p> <p>- Verificar possíveis concepções sobre as condutas suicidas que se somam ou concorrem com as de saúde: morais, religiosas, outras... e sentimentos do profissional: medo, receio, empatia, outros</p> <p>- As ações ocorrem mais no âmbito individual ou coletivo? Quais são as diferenças na prática?</p> <p>- A assistência proporciona o fortalecimento de vínculo com os usuários? de que forma isso ocorre?</p> <p>- Você visualiza alguma possibilidade para qualificar o serviço/atendimento em casos de tentativa de suicídio?</p> <p>- A gestão fornece capacitação voltada a esse tema?</p> <p>- Se sim, conte-nos como ocorre.</p> <p>- Se não, você acredita que isso impacta na sua assistência?</p>
--	--	---