

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Dheiny Hellen Venturini Pulgatti

**SENTIMENTOS EXPERIENCIADOS POR PESSOAS EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO QUE APRESENTAM COMPORTAMENTO SUICIDA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

**Santa Maria, RS
2022**

Dheiny Hellen Venturini Pulgatti

**SENTIMENTOS EXPERIENCIADOS POR PESSOAS EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO QUE APRESENTAM COMPORTAMENTO SUICIDA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde da Família

Orientadora: Prof^a. Dra. Lirene Finkler

Santa Maria, RS
2022

Dheiny Hellen Venturini Pulgatti

**SENTIMENTOS EXPERIENCIADOS POR PESSOAS EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO QUE APRESENTAM COMPORTAMENTO SUICIDA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovado em 18 de março de 2022

Lirene Finkler, Prof^a. Dra. (UFSM) - Orientadora
Gabriele Bevilacqua (ESF Bela União) - Avaliador Titular
Cláudia Millani Gomes (PRAEM) - Avaliador Titular
Juliane Riboli Corrêa, Dra. (PRAEM) - Avaliador Suplente

Santa Maria, RS

2022

RESUMO

SENTIMENTOS EXPERIENCIADOS POR PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO QUE APRESENTAM COMPORTAMENTO SUICIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

AUTORA: Dheiny Hellen Venturini Pulgatti¹

ORIENTADORA: Lirene Finkler²

O trabalho tem como objetivo compreender os sentimentos vivenciados por pessoas em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida, para que se possa pensar em diferentes estratégias de intervenção e prevenção, para que essas pessoas tenham seu sofrimento validado e que dessa forma, possamos conscientizar a população, auxiliar a identificar pessoas que encontram-se nessa situação, assim como, esclarecer alguns mitos relacionados ao suicídio. Esse estudo possui caráter qualitativo, desenvolvido por meio de relato de experiência, que segundo Minayo (2001) se dá por um processo de reflexão do âmbito coletivo a partir de um olhar individual. A vivência se deu no período de agosto de 2020 a março de 2021 em uma ESF de um município de médio porte no interior do RS, na categoria de Psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Foram utilizados relatos de quatro pacientes, advindos de atendimentos individuais e registrados em diário de campo. Foram empregados nomes fictícios e relativos à elementos da natureza: Água, Terra, Fogo e Ar. Emergiram duas categorias de análise, que são: Por que o Suicídio?; Manejo dos Casos de Pessoas em Sofrimento Psíquico com Comportamento Suicida na Atenção Básica. Evidenciou-se que são vivenciados sentimentos de dor, angústia, solidão e tristeza, ao mesmo tempo em que há ambivalência quanto aos motivos para continuar vivendo ou não. Considera-se então, que o suicídio se constitui como um grave problema de saúde pública, mas que pode ser evitado por meio de qualificação das equipes de Atenção Básica e estratégias de prevenção.

Palavras-chave: Comportamento suicida, Sentimentos, Atenção Básica, Prevenção.

¹ Psicóloga – Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Franciscana (UFN). Especialista em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) pela Faculdade Dom Alberto. E-mail: dheinyhellenventurinipulgatti@gmail.com

² Professora Doutora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Tutora de núcleo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: lirene.finkler@ufsm.br

ABSTRACT

FEELINGS EXPERIENCED FOR PEOPLE IN PSYCHIC SUFFERING WHO PRESENT SUICIDAL BEHAVIOR: AN EXPERIENCE REPORT

AUTHOR: Dheiny Hellen Venturini Pulgatti
ADVISOR: Lirene Finkler

The work aims to understand the feelings experienced by people in psychological distress who present suicidal behavior, so that different intervention and prevention strategies can be thought of, so that these people have their suffering validated and that way, we can make the aware, help population identify people who are in this situation, as well as clarify some myths related to suicide. This study has a qualitative character, developed through an experience report, which according to Minayo (2001) takes place through a process of reflection of the collective scope from an individual perspective. The experience took place from August 2020 to March 2021 in an ESF in a medium-sized municipality in the interior of RS, in the category of resident psychologist of the Multiprofessional Residency Program in Family Health. Reports of four patients were described, arising from individual consultations and recorded in a field diary. This study has a qualitative character, developed through an experience report, which according to Minayo (2001) takes place through a process of reflection of the collective scope from an individual perspective. Fictitious names related to elements of nature were used: Water, Earth, Fire and Air. Two categories of analysis emerged, which are: Why Suicide?; Management of the Cases of People in Psychic Suffering with Suicidal Behavior in Primary Care. It was avoided that feelings of pain, anguish, loneliness and sadness are experienced, while there is ambivalence about the reasons to live or not. Consider suicide as a serious problem, but which can then be public prevention, a means of qualifying Primary Care and health prevention.

Keywords: Suicidal behavior, Feelings, Primary Care, Prevention.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
2. PERCURSO METODOLÓGICO	8
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
3.1. Por que o Suicídio?	10
3.2. Manejo dos Casos de Pessoas em Sofrimento Psíquico com Comportamento Suicida na Atenção Básica.....	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

Conforme dados da Organização Pan-Americana da Saúde Brasil (2018) estima-se que a cada ano, por volta de 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Para cada suicídio há diversas outras tentativas de suicídio que são realizadas, considerando-se que estas apresentam uma prevalência de 10 a 20 vezes mais que as mortes.

Evidencia-se que cerca de 79% dos atos suicidas se dão em países de baixa e média renda, sendo que os meios mais utilizados são por ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo. Mulheres realizam mais tentativas de suicídio, porém os homens são mais efetivos em seu ato, pois utilizam de meios/recursos mais letais (ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DA SAÚDE BRASIL, 2018).

Grande parte dos atos suicidas se dão em momentos de crise, sendo considerado como fatores de risco ao ato: solidão, perda de pessoas significativas, tentativas de suicídio anteriores, dor, doenças crônicas, violência, abuso, problemas financeiros, conflitos, término de relacionamentos, ter presenciado suicídio, entre outros fatores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O suicídio é um fenômeno de grande complexidade e sua causa é multifatorial, ou seja, pode emergir de um contexto social, ambiental, psicológico, cultural e biológico. Atesta-se que o suicida experimenta uma dualidade de sentimentos, deseja ao mesmo tempo morrer e viver, e o desfecho dessa condição é determinado por meio da potência desses sentimentos, como a intenção do ato, a via utilizada, as condições de saúde anteriores, a possibilidade de ser socorrido e a resistência física (WERLANG, BOTEGA, 2004).

Os serviços do SUS são espaços privilegiados para identificação do comportamento suicida. Entre esses serviços, estão as ESF, que apresentam como características um conjunto de ações coletivas e individuais que buscam a promoção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação, sendo ela a coordenadora do cuidado ao usuário dentro do SUS. Diante disso, o interesse por essa temática, surgiu a partir da vivência em uma ESF do município de Santa Maria - RS, estando na categoria de Psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Onde pode-se evidenciar a grande demanda referente a pessoas em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.

O fenômeno do suicídio segundo a Organização Pan-Americana da Saúde Brasil (2018) é considerado como um grave problema de saúde pública, mas que em tempo hábil é possível de ser evitado. Para isso, se faz necessário, trabalhar a prevenção, de forma multissetorial e com intervenções de baixo custo. Pretende-se então, com esse trabalho, compreender os sentimentos vivenciados por pessoas com esse tipo de comportamento, para que se possa pensar em diferentes estratégias de intervenção e prevenção, para que essas pessoas tenham seu sofrimento validado e que dessa forma, possamos conscientizar a população, auxiliar a identificar pessoas que encontram-se nessa situação, assim como, esclarecer alguns mitos relacionados ao suicídio. Frente a isso, aposta-se na AB como principal promotora de cuidado e de prevenção do suicídio, sendo ela a porta de entrada para os serviços do SUS.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Inicialmente o presente trabalho tinha como proposta metodológica a realização de entrevistas semiestruturadas com usuários vinculados à ESF em acompanhamento e que apresentassem comportamento suicida, de ambos os sexos, com idade entre 15 e 29 anos. No entanto, frente a alguns obstáculos que surgiram ao contatar esses usuários, a modalidade inicialmente proposta para a pesquisa acabou inviabilizada. Os fatores que influenciaram foram: vínculo fragilizado entre usuários e a equipe da ESF; mudanças de endereço dos usuários; a faixa etária não estar mais dentro da esperada para a pesquisa; sensibilização do tema e manifestação de desconforto de usuários para falar sobre o assunto, associado ao fator de tempo para a coleta de dados e análise dos resultados.

Frente a isso, esse estudo passou a se delinear como sendo de caráter qualitativo, desenvolvido por meio de relato de experiência, que segundo Minayo (2001) se dá por um processo de reflexão do âmbito coletivo a partir de um olhar individual. A vivência se deu no período de agosto de 2020 a março de 2021 em uma ESF de um município de médio porte no interior do RS, por meio de atendimentos realizados na categoria de Psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

A ESF localiza-se na região norte do município, é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (sendo que duas não realizam visitas devido a problemas de saúde), uma residente de medicina, estagiárias de enfermagem e medicina, e residentes da saúde da família: uma psicóloga, uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional. A ESF é acompanhada pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Seu horário de funcionamento se dá de segunda à sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas, com intervalo das 12:00 às 13:00 horas, sendo fechada nas quartas-feiras à tarde, pois possui esse espaço reservado para reunião de equipe.

Atualmente, atende aproximadamente seis mil habitantes, distribuídos em cinco microáreas. O perfil do território é composto por uma maioria de jovens, mas os que mais acessam a unidade são idosos com doenças crônicas, hipertensão e diabetes. Observa-se, ainda, a prevalência de baixa escolaridade, analfabetismo e acentuada vulnerabilidade social no território.

Ao longo do trabalho foram utilizados relatos de quatro pacientes, advindos de atendimentos individuais e registrados em diário de campo. Foram empregados nomes fictícios e relativos à elementos da natureza: Água, Terra, Fogo e Ar.

A paciente Água é do sexo feminino, possui 28 anos e acessava a ESF para atendimentos multiprofissionais e acolhimento. Possuía ideação suicida e realizou tentativas de suicídio, não estando mais entre nós hoje. Água possuía grande sofrimento psíquico e extrema dependência afetiva do companheiro, que era seu principal agressor. Acreditava que com o suicídio não iria mais sofrer, iria dar um fim à sua dor.

Terra é do sexo feminino, possui 28 anos e acessava a ESF para atendimentos multiprofissionais e acolhimento. Possuía ideação suicida e realizou diversas tentativas de suicídio. Um agravante para seu quadro era o fato de ter presenciado tentativas de suicídio realizadas por sua mãe. Ouvia vozes de comando que a conduziam para o suicídio e acreditava que havia um lugar melhor que esse, assim, pensava por vezes, em se matar e levar seu filho junto.

Fogo é do sexo feminino, possui 28 anos e acessava a ESF para atendimentos multiprofissionais e acolhimento. Possuía ideação suicida e já tentou suicídio, o planejamento para o ato era constante. Apresentava alucinações visuais e auditivas que a direcionavam para realizar o suicídio. Presenciou suicídio de ente

querido, e não conseguia elaborar o luto da perda da mãe, que era muito significativa para ela. Acreditava que qualquer lugar era melhor que esse, assim, pensava em se matar e levar sua filha junto.

Ar é do sexo feminino, possui 29 anos e acessava a ESF para atendimentos multiprofissionais e acolhimento. Possuía ideação suicida, planejamento constante e já tentou suicídio. Presenciou o suicídio do irmão, e se culpabilizava por não ter conseguido salvá-lo. Acredita não existir nada após a morte, mas ao mesmo tempo acredita na existência de um lugar melhor e na possibilidade de reencontrar o irmão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para ter compreensão acerca dos sentimentos experienciados por pessoas em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida, foram coletados dados. A partir destes, formaram-se duas categorias temáticas, que foram interpretadas e discutidas por meio da literatura científica sobre o tema, como produções bibliográficas, artigos científicos, documentos, leis e dados do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde, com fins de embasar esse relato. As categorias são: 3.1 Por que o Suicídio?; e 3.2 Manejo dos Casos de Pessoas em Sofrimento Psíquico com Comportamento Suicida na Atenção Básica.

3.1. Por que o Suicídio?

O comportamento suicida é considerado como o ato em que o sujeito se autolesiona, com qualquer que seja o grau de sua intenção letal e de ciência do motivo desse ato. Compreende-se o comportamento suicida ao longo de um *continuum*, ou seja, passando por pensamentos de autodestruição, ameaças, gestos, tentativas de suicídio e suicídio (WERLANG e BOTEGA, 2004).

Ideação suicida implica ideias e pensamentos sobre morte, direcionados a: morrer, estar morto, ou cometer suicídio (BARRERO, 1999), possuindo um planejamento prévio para o ato ou não, podendo conseqüentemente acarretar em tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio são comportamentos autodestrutivos que não possuem um desfecho fatal, no qual pode haver ou não algum indício (explícito ou implícito) de que o sujeito possuía a intenção, em algum grau, de findar

a própria vida. O suicídio é o ato fatal (O'Carroll et al., 1996).

A paciente Água relata:

A pessoa que comete suicídio só está tentando acabar com uma dor. Eu na minha opinião o suicídio é a saída. Quando fala em suicídio pra mim é como música, é uma coisa normal. A vida está difícil, na verdade eu nem me considero vivendo, parece que a vida parou, a vida parou pra mim! Parece que todo dia eu vivo a mesma coisa, pra mim eu não tenho vida, eu sobrevivo.

Percebe-se com o discurso de Água, que não há uma busca por vivenciar outras experiências, que há uma conformação com a dor e sofrimento, como se não houvesse lugar ou não existissem outros modos de vivenciar e sentir a vida. Nesse sentido, é necessário ter compreensão acerca do sofrimento e da existência de uma vulnerabilidade psíquica em que o sujeito encontra-se aprisionado, para, assim, entender porque se chega ao ato. Na grande maioria dos casos o suicídio representa uma saída, talvez a única saída considerada possível para aliviar a dor e o sofrimento, como se fosse uma carta na manga, ou seja, algo de que se pode utilizar quando a existência parecer insuportável (WERLANG, 2013).

Constata-se também a presença de sentimentos ambivalentes:

Sinto uma tristeza, uma angústia em pensar em viver nesse mundo que vivemos, eu tenho a sensação de ser abandonada, de ser isolada, mas na verdade quem procura isso sou eu com as minhas atitudes. Começa a me dar uma tristeza. Ninguém me procura, ninguém me manda uma mensagem, só me procuram quando precisam de mim! Eu fico doente e ninguém se importa, mas eu tenho que me importar com todo mundo. Eu me isolo de todo mundo, me fecho em casa, não quero estar perto das pessoas, mas ao mesmo tempo me sinto abandonada por elas (TERRA).

Observa-se que Terra faz um movimento de se fechar para o mundo, para as pessoas e possibilidades, no entanto, ao realizar esse movimento, sente-se triste, ou seja, seu movimento de não ser olhada, implicitamente traz uma mensagem de que ela precisa ser percebida. Ao efetuar o ato de isolamento é como se estivesse, silenciosamente, dando um grito de socorro. Atenta-se então, ao fato de que o sujeito vivencia um processo de ambivalência quanto a intenção de morrer, que pode ser observado por meio de sintomas, onde por vezes há a expressão de uma demanda de ajuda. Na maioria dos casos, as pessoas mais próximas podem perceber mudanças no comportamento habitual, como por exemplo, o isolamento de forma gradativa e expressões de preocupação (CFP, 2013). Nesse sentido, há uma grande dúvida, morrer ou continuar vivendo, então, passam-se a ser considerados motivos, com o intuito de cometer ou não o ato suicida (SECRETARIA MUNICIPAL

DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2016).

Trabalhar com o suicídio é trabalhar com a clínica do limite, da urgência, do sofrimento psíquico extremo, onde a maioria das pessoas não busca por tratamento, e sim são levadas a procurar ajuda profissional. O suicídio não acontece de modo repentino, ele resulta de um longo período de sofrimento e de fracassadas tentativas de superação. De modo geral, esses sujeitos vivenciaram um longo processo de ideação, planejamento e tentativas, sendo estes, sintomas de um sofrimento intolerável (RIGO, 2013).

Todos os dias eu pensava em um modo diferente, no lugar, todo dia eu planejava o suicídio, até hoje eu penso, planejo e quero que as coisas saiam como eu planejei. Planejo de me enforcar, pegar uma corda, fico medindo a força que tem a corda, o que vai aguentar, o que não vai aguentar, mas penso em me matar dentro de casa, nunca fora de casa. Meu irmão se suicidou, foi uma coisa tão rápida, foi lá e pronto, acabou tão rápido. Sabe, muitas coisas me levaram a pensar em suicídio, problemas, mas principalmente a perda do meu irmão. Pra mim enquanto ele vivia eu vivia. E acho que não existe nada após a morte não, só acredito que qualquer lugar é melhor que aqui (AR).

[...] Hoje a única coisa que me faria não tentar suicídio é a minha filha, mas eu pensei que se eu for, se eu me matar, cometer suicídio, vou levar ela comigo. Tive um sonho em que eu peguei ela, levei até a ponte e me atirei, então se eu for, eu vou levar ela junto! Não vou deixar ela sofrendo nesse mundo. Pensei em fazer e levar ela comigo, porque eu sei que ninguém vai cuidar ela como eu cuido, ninguém vai amar ela como eu amo, então, ninguém tira isso da minha cabeça. Eu penso em fazer e levar ela junto, porque qualquer lugar é melhor do que aqui. Existe um lugar melhor que esse! (FOGO).

Ar e Fogo trazem em seu discurso uma das fantasias mais comuns que estão presentes nos atos suicidas, que é a crença da existência de um lugar melhor. Busca-se fugir de um sofrimento, substituindo este por uma “vida” após a morte, melhor do que a que possui nesse plano, uma vida que retribua todo o sofrimento vivenciado (WERLANG, BOTEGA, 2004). O tratamento nesses casos, tem por objetivo propiciar que a pulsão de morte, o desejo pela morte, ceda lugar ao desejo de saber, possibilitando o ressurgimento do sujeito que havia sido anulado pelo ato. E que assim, o sujeito consiga encontrar outros modos e mecanismos de vazão para expressar sua dor e sofrimento que não por meio do ato suicida, permitindo-se assim, a dar outros sentidos à vida, onde haja possibilidades de sonhar (RIGO, 2013).

3.2. Manejo dos Casos de Pessoas em Sofrimento Psíquico com Comportamento Suicida na Atenção Básica

Considerando a Atenção Básica (AB) como a porta de entrada para os serviços da Rede de Atenção do SUS, e como lugar privilegiado para detecção da demanda de comportamento suicida, pôde-se perceber que há um despreparo por parte da equipe para acolher e manejar situações de extremo sofrimento psíquico. Salienta-se que esse despreparo acompanhado de insegurança não é algo intencional, ou que demonstre desleixo com a sua população atendida; pelo contrário, se dá por falta de capacitação e exacerbada preocupação em dar conta da demanda. Incumbe-se aos profissionais da AB a responsabilidade do cuidado em território da saúde mental da sua população, no entanto, não se oferta subsídios para tal.

Não se pode falar em prevenção antes de falar da capacitação dessas equipes, que deveriam ter ao menos dois de seus membros com algum curso sobre a temática para compartilhar o conhecimento com os demais. Infere-se que, espaços de educação permanente em saúde podem promover um novo olhar à equipe, que conseqüentemente ofertará mais qualidade no atendimento prestado. Esses espaços podem ocorrer no cotidiano do serviço, ou mesmo em algum espaço reservado de reunião de equipe, através do compartilhamento de experiências e conhecimento sobre o assunto. A educação permanente em saúde promove um movimento de reflexão, ação e reflexão das ações. Se dá por meio da aprendizagem significativa, compreendida como a produção de novos pactos e arranjos que são construídos a partir da ressignificação das vivências do cotidiano refletidas pelo coletivo (FEUERWERKER, 2014).

Matriciamento é outra ação que pode ser realizada com a equipe, no sentido de a mesma esclarecer dúvidas e pensar possibilidades de intervenção em seu território, junto de uma equipe especialista em saúde mental. A equipe da AB pode solicitar matriciamento sempre que sentir necessidade para manejar ou conduzir situações específicas ou mesmo para ter auxílio na realização de intervenções psicossociais na AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Pode-se ainda traçar uma linha de cuidado para o manejo desses casos, pensando em como acolher, o que perguntar, quais encaminhamentos realizar, quem da rede afetiva acionar e em que

momento acionar, ou seja, qual conduta que deve-se estabelecer quando qualquer profissional da equipe se deparar com essa demanda.

A equipe trabalhando de forma integrada e alinhada quanto a condução desses casos, pode-se então, pensar em estratégias de prevenção do suicídio. Práticas de Educação em Saúde podem ser realizadas na recepção da unidade, enquanto os pacientes aguardam para atendimento, como por exemplo, atividades que envolvam a temática, que promovam um espaço de cuidado, onde as pessoas sintam-se acolhidas e à vontade de dialogar sobre o assunto, sem temer julgamentos ou retaliações de quaisquer tipos. E ao encontro disso, a fala de duas pacientes abaixo, vem a corroborar de que sim, a prevenção do suicídio é possível:

Ajudaria se tiver um lugar que tu chega e é acolhida, ouvida, o que a gente gosta é de falar, ajudaria que a gente não teria tanto esses pensamentos, não pensaria tanto em morrer, mas mais em viver (TERRA).

De certa forma acredito que as pessoas podem me ajudar, porque na terapia eu gosto de vir, de chegar e desabafar, dizer tudo o que está aqui dentro explodindo, eu sei que posso chegar aqui e fazer isso, eu gosto de conversar, de expressar tudo o que eu tenho, eu sei que não posso falar para outra pessoa, eu não tenho com quem conversar, porque daí vem o julgamento: "Ai porque é louca! É cada coisa! Só tu que pensa assim! ". As vezes parece que tira um peso de mim poder contar o que eu passei. O julgamento das pessoas que não acreditam no que passei: A é manha! É birra! Falta de trabalho! Falta de deus! Isso não existe! Para de falar isso que qualquer hora tu vai ta internada! Quer dar uma de louca! Então são coisas que te prendem e tu não consegue desabafar com uma pessoa (FOGO).

Diante disto, acredita-se que para trabalhar com prevenção é preciso desmistificar alguns mitos, tanto entre profissionais quanto com a população em geral. E um dos mitos mais comuns a ser desconstruído é que se alguém conversar com a pessoa sobre suicídio dará a ideia de a mesma cometer o ato, o que na verdade não é real, isso não é gerador de um comportamento suicida, ao contrário, quando se propicia esse espaço de escuta e acolhida, pode-se conseqüentemente promover um espaço de vazão dos sentimentos e a própria redução da ideação suicida. Quando essa postura é adotada pela equipe do serviço, pode possibilitar ainda o fortalecimento de vínculos e confiança (SECRETARIA MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é considerado como uma saída, uma carta na manga quando a vida parecer insuportável. Não acontece de modo repentino, resulta de um longo processo de ideação, planejamento e tentativas de suicídio, sendo estes, sintomas de um sofrimento intolerável. São vivenciados sentimentos de dor, angústia, solidão e tristeza, ao mesmo tempo em que há ambivalência quanto aos motivos para continuar vivendo ou não. Uma das fantasias mais comum que está presente no ato suicida é referente a crença de um lugar melhor, como se fosse possível uma “vida” após a morte, em um outro plano que retribua todo sofrimento vivenciado. O tratamento nesses casos visa auxiliar o sujeito a encontrar outros mecanismos de vazão para externar sua dor, que não pelo ato suicida, para que consiga dar outros sentidos a vida.

A AB como porta de entrada para os serviços do SUS, e como lugar privilegiado para detecção do comportamento suicida, necessita de investimento quanto a qualificação de sua equipe para acolher e manejar esses casos. Considera-se de relevância ter ao menos dois membros de sua equipe com curso sobre a temática, ações de educação permanente em saúde, matriciamento e criação de linhas de cuidado para a condução dos casos, pois estas qualificam o atendimento prestado.

Estratégias de prevenção do suicídio, como práticas de Educação em Saúde sobre a temática, podem ser realizadas pela equipe na unidade, com fins de promover um espaço de cuidado, onde as pessoas sintam-se acolhidas e à vontade de dialogar sobre o assunto, sem temer julgamentos ou retaliações de quaisquer tipos. Também é necessário a desconstrução de mitos em relação ao suicídio, tanto entre profissionais quanto com a população em geral. Propiciar espaços de escuta e acolhida para esses sujeitos em sofrimento, além de fortalecer os vínculos pode propiciar a redução da ideação suicida. Considera-se então, que o suicídio se constitui como um grave problema de saúde pública, mas que pode ser evitado.

REFERÊNCIAS

Barrero, S.A.P. **El suicidio, comportamiento y prevención.** Rev Cubana Med Gen Integr, 15(2), 1999, p. 196-217. Disponível em: < <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf> >. Acesso em: 13/01/2022.

CFP. **O Suicídio E Os Desafios para A Psicologia.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013. Cap. VIII, p. 108 - 125. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/>>. Acesso em: 13/01/2022.

FEUERWERKER, LCM. Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. Disponível em: < <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view> >. Acesso em: 30/01/2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília/DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 18/02/2022.

O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., Silverman, M.M. Beyond the tower of Babel: **A nomenclature for suicidology. Suicide and Life-Threatening Behavior.** 1996, p. 237-252.

ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DA SAÚDE BRASIL. **Folha informativa - Suicídio,** 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em: 11/02/2022.

RIGO, Soraya Carvalho. Suicídio: Uma Questão De Saúde Pública E Um Desafio Para A Psicologia Clínica. In. O Suicídio E Os Desafios Para A Psicologia. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013. Cap. III, p. 30-40. Disponível em: <

<https://site.cfp.org.br/publicacao/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/> >. Acesso em: 13/02/2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Coleção Guia de Referência Rápida. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**, 2016. Disponível em: <<https://subpav.org/download/prot/GuiaSuicidio.pdf>>. Acesso em: 25/01/2022.

WERLANG, Blanca. Suicídio: Uma Questão De Saúde Pública E Um Desafio Para A Psicologia Clínica. In. O Suicídio E Os Desafios Para A Psicologia. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013. Cap. II, p. 25-29. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/>>. Acesso em: 13/02/2022.

WERLANG; BLANCA GUEVARA, BOTEGA; NEURI JOSÉ. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators**, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/AFA/Downloads/9789241515016-eng.pdf >. Acesso em: 11/02/2022.