

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**FLÁVIA CAROLINA SILVA SANTOS DE CASTRO**

**SUICÍDIO E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**  
**UM RAIO-X DOS DISPOSITIVOS DE ATENDIMENTO E PREVENÇÃO EM**  
**MANAUS**

**MANAUS**

**2023**

**FLÁVIA CAROLINA SILVA SANTOS DE CASTRO**

**SUICÍDIO E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**  
**UM RAIOS-X DOS DISPOSITIVOS DE ATENDIMENTO E PREVENÇÃO EM**  
**MANAUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), como requisito para obtenção do título de Bacharela em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Consuelena Lopes Leitão

**MANAUS**

**2023**

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C355s Castro, Flávia Carolina Silva Santos de  
Suicídio e a rede de atenção psicossocial : Um raio-x dos dispositivos de atendimento e prevenção em Manaus / Flávia Carolina Silva Santos de Castro, Consuelena Leitão. 2023  
93 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Consuelena Lopes Leitão  
TCC de Graduação (Psicologia - Bacharelado) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Suicídio. 2. Rede de atenção psicossocial. 3. Saúde Mental. 4. Saúde Pública. I. Leitão, Consuelena. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

A todos aqueles que sentem estarem  
carregando coisas demais dentro de si –  
passado, presente e futuro.

Enxergo vocês e me orgulho de vê-los  
tentando.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me conceder a vida.

Aos meus pais, pelo amor, esforço e dedicação, e aos meus irmãos e cunhada, por serem minhas companhias mais constantes e fiéis.

Aos meus amigos, pela presença, sinceridade e carinho ao longo do tempo.

Aos meus colegas do LADHU e orientandos da professora Consuelena, pelo apoio e ajuda durante os últimos anos, os trabalhos desenvolvidos por vocês são incríveis e me inspiram profundamente.

Aos meus professores da UFAM, por me ensinarem tanto.

À minha orientadora, pelas experiências nos estágios, por acreditar nesse trabalho e me incentivar sempre.

*Sempre imaginei que no dia da minha saída eu estaria segura e consciente de tudo o que viria pela frente (...) Tudo o que eu via diante de mim, no entanto, eram pontos de interrogação.*

Sylvia Plath

## RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública que demanda uma atenção adequada por parte dos sistemas de saúde. Partindo desta premissa o presente estudo tem como objetivo geral levantar os desafios presentes na rede de atenção à saúde relacionados ao atendimento a casos de suicídio na cidade de Manaus. Como objetivos específicos busca-se realizar um recorte de concepções histórico-culturais sobre suicídio e suas repercussões psicossociais através de uma revisão de literatura sobre o tema; Mapear dispositivos presentes na rede para atendimento a casos de suicídio; Identificar os desafios presentes nos serviços de saúde mental referente ao atendimento e prevenção do suicídio. Este artigo apresenta um estudo de campo de cunho qualitativo cuja a metodologia utilizada consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais da área da saúde mental, em que a análise foi embasada nas perspectivas epistemológicas de autores clássicos e na análise do discurso de Bakhtin. Os resultados revelaram categorias como a incompreensão e invisibilidade do suicídio, a performance prescrita da rede e a performance real, os desafios do atendimento, incluindo a falta de estrutura e a chamada "porta giratória", além da identificação da lógica amazônica como uma potencialidade para repensar a saúde mental na região. Como resultado, esse estudo traz os desafios e as perspectivas relacionadas ao atendimento de casos de suicídio em Manaus, explorando a lógica local como uma abordagem valiosa para a saúde mental na região.

Palavras-chave: Suicídio; Rede de atenção psicossocial; Saúde Mental; Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

Suicide is a public health problem that demands adequate attention from health systems. Based on this premise, the present study has the general objective of raising the challenges present in the health care network related to the care of suicide cases in the city of Manaus. As specific objectives, we seek to carry out a selection of historical-cultural conceptions about suicide and its psychosocial repercussions through a literature review on the subject; Map devices present on the network to assist suicide cases; Identify the challenges present in mental health services regarding suicide care and prevention. This article presents a qualitative field study whose methodology consisted of conducting semi-structured interviews with professionals in the field of mental health, in which the analysis was based on the epistemological perspectives of classical authors and on Bakhtin's discourse analysis. The results revealed categories such as the lack of understanding and invisibility of suicide, the network's prescribed performance and the actual performance, the challenges of care, including the lack of structure and the so-called "revolving door", in addition to the identification of the Amazonian logic as a potential for rethink mental health in the region. As a result, this study brings the challenges and perspectives related to the care of suicide cases in Manaus, exploring the local logic as a valuable approach to mental health in the region.

**Keywords:** Suicide; Psychosocial Care Network; Mental Health; Public Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Perfil das profissionais participantes da pesquisa .....	22
Quadro 2 – Locais e horários de funcionamento dos dispositivos da RAPS .....	51
Quadro 3 – Locais que atendem casos de tentativa de suicídio com risco de vida...52	
Quadro 4 – Locais que atendem casos de ideação suicida associada a transtorno mental grave.....	53
Quadro 5 – Locais que realizam apoio emocional e prevenção ao suicídio .....	53
Figura 1 – Mapa da rede de atendimento e prevenção ao suicídio .....	55
Figura 2 – Fluxograma de atendimento em casos de tentativa de suicídio e ideação suicida .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CESMAM	Centro de Saúde Mental do Amazonas
CRDQ	Centro de Reabilitação em Dependência Química Ismael Abdel
CVV	Centro de Valorização à Vida
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SES-AM	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 EU E O TEMA</b> .....	<b>15</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>21</b>
3.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO.....	21
3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	21
3.3 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS .....	23
<b>3.3.1 Entrevistas semiestruturadas</b> .....	<b>23</b>
<b>3.3.2 Diário de campo</b> .....	<b>23</b>
3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	23
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	26
<b>4 RECORTE TEÓRICO</b> .....	<b>28</b>
4.1 SUICÍDIO.....	28
4.1.1 O interesse da filosofia clássica pelo suicídio .....	28
4.1.2 Interdição religiosa e jurídica: a criminalização do ato de tirar a própria vida segundo Minois .....	31
4.1.3 O suicídio como um problema de saúde e a lógica manicomial	35
4.1.4 Reforma Psiquiátrica no Brasil e Amazonas .....	38
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>44</b>
5.1 INCOMPREENSÃO E INVISIBILIDADE DO SUICÍDIO .....	44
5.2 A PERFORMANCE PRESCRITA DA REDE .....	50
5.3 A PERFORMANCE REAL DA REDE .....	52
5.4 DESAFIOS DO ATENDIMENTO: DA FALTA DE ESTRUTURA À “PORTA GIRATÓRIA”.....	60
5.5 A LÓGICA AMAZÔNICA PARA PENSAR SAÚDE MENTAL.....	67
<b>6 DIFICULDADES QUE EMERGIRAM NA PESQUISA: QUESTÕES DE GÊNERO</b> .....	<b>75</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA</b> .....	<b>89</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As estatísticas levantadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (2021) informam sobre o aumento anual de 43% no número de mortes por suicídio no Brasil no período de 2010 a 2019 em todas as faixas etárias, sobretudo entre os jovens de 15 a 29 anos de idade cujo suicídio configura como quarta principal causa de morte em ambos os sexos. Esses dados vão na contramão das estatísticas mundiais que demonstram a queda de 36% nas mortes por suicídio a nível mundial entre 2000 e 2019, sendo a região das Américas o único local apresentando aumento dos índices (WHO, 2019). O suicídio, portanto, se configura como um problema de saúde pública que requer ações no âmbito da prevenção, educação, assistência e pesquisa.

Werlang, Borges e Fensterseifer (2005), conceituam o comportamento suicida como um *continuum* que vai desde a ideação suicida, ou seja, os pensamentos e ideias de autodestruição englobando desejos, atitudes e planos, até o suicídio de fato, quando ocorre a morte do sujeito em decorrência de lesão autoprovocada. Segundo as autoras, a tentativa de suicídio estaria entre esses dois conceitos pois se caracteriza como uma ação em que o próprio sujeito causa danos a si mesmo que não resulta em óbito.

Botega (2009, 2014) alerta para o fato de que apenas uma pequena parcela desse “comportamento suicida” chega ao conhecimento geral através do acesso aos serviços de saúde. O autor apresenta dados que demonstram que as tentativas de acabar com a própria vida superam o número de mortes por suicídio em pelo menos dez vezes enquanto que a cada três pessoas que fazem essas tentativas apenas uma é atendida em serviços de urgência/emergência. Esses dados demonstram uma espécie de *iceberg* do fenômeno, de acordo com Botega (2014), em que

apenas uma parte do problema parece emergir à superfície e o restante permanece nas profundezas.

Torna-se necessário salientar que, entretanto, antes de ser uma problemática no campo da saúde coletiva, o suicídio se configura como um fenômeno complexo e multifacetado que envolve vários fatores em sua etiologia e perpassa diversas áreas como psicologia, psiquiatria, medicina, comunicação, filosofia, antropologia, etc. Freitas et al (2013), ao realizarem revisão bibliométrica a respeito de produções acadêmicas entre 2002 e 2011 sobre suicídio, constatam que o interesse pelo tema vai além das áreas relacionadas a saúde. Segundo levantamento realizado pelos autores, a psicologia, psiquiatria e medicina juntas representam 55,2% das publicações sobre o tema o que demonstra o interesse de diferentes áreas do conhecimento. Portanto, além da visão médica/psicológica sobre o assunto, é necessário compreender as construções históricas, socioculturais e religiosas sobre o tema que influenciam a visão de mundo e, conseqüentemente, a maneira como a existência do indivíduo é experienciada.

Este estudo tem como objetivo geral levantar os desafios presentes na rede de atenção à saúde relacionados ao atendimento a casos de suicídio na cidade de Manaus. Para alcançar esse objetivo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: Realizar um recorte de concepções histórico-culturais sobre suicídio e suas repercussões psicossociais através de uma revisão de literatura sobre o tema; Mapear dispositivos presentes na rede para atendimento a casos de suicídio; Identificar os desafios relatados pelos profissionais nos serviços de saúde mental referentes ao atendimento e enfrentamento do suicídio.

A fim de alcançar os objetivos mencionados, o trabalho se trata de uma pesquisa de campo de cunho qualitativo cujo cenário envolve profissionais que

atuam no campo da saúde mental. Os seguintes elementos constituem o trabalho: eu e o campo, que trata da trajetória da autora deste estudo até chegar ao tema proposto, introdução, recorte teórico, resultados e discussão e considerações finais. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada com análise a partir das perspectivas epistemológicas de autores como Platão (2016, 2021), Aristóteles (2021), Durkheim (2014), Minois (2018), Foucault (2014, 2019, 2022), Spivack (2010), Butler (2021), entre outros artigos que discutem suicídio e saúde mental como Caputo et al (2020), Malgarezi et al (2020). Como método de análise das informações levantadas, foi utilizada a análise do discurso de Bakhtin (1981, 2000) que argumenta que a linguagem não é apenas um sistema de signos, mas uma forma de interação social em constante mudança.

Posteriormente, se faz um recorte teórico que consiste em um levantamento acerca das visões de mundo dos autores já mencionados a respeito do suicídio presentes em diversas obras e suas implicações sociais, culturais e históricas. Através da leitura de obras clássicas sobre o tema, foi traçado um percurso teórico que resgata o pensamento de filósofos clássicos desde a Antiguidade até a implantação da RAPS enquanto alternativa ao modelo manicomial.

Por fim, os resultados e discussão abordam as seguintes categorias: a incompreensão e invisibilidade do suicídio, a performance prescrita da rede, a performance real da rede, desafios do atendimento: da falta de estrutura à “porta giratória”, a lógica amazônica para pensar saúde mental. A partir do discurso das profissionais entrevistadas a respeito da rede de atendimento psicossocial e suicídio e a partir da perspectiva de Bakhtin (1981, 2000), foram analisadas as figuras de linguagem que mais se destacaram nos discursos das participantes.

A presente pesquisa configura-se como um trabalho de conclusão de curso e é uma aproximação inicial da temática de forma acadêmica a fim de conhecer a rede, seus componentes, suas potencialidades e fragilidades. Tal como um raio-x, que permite que os médicos vejam através dos tecidos humanos, neste exercício busca-se enxergar os desafios e potencialidades da rede através do tecido social. Como aprendiz pesquisadora, finalizando a graduação, pretende-se adquirir conhecimentos introdutórios sobre o suicídio e a rede de atendimento psicossocial em Manaus.

## 2 EU E O TEMA

Além da grande relevância social e acadêmica que questões relacionadas ao suicídio possuem, não é possível ignorar as motivações pessoais que me levaram a trabalhar com esse tema<sup>1</sup>. Minha história com suicídio começa desde muito cedo, ainda na infância. Eu venho de uma família com histórico de diagnósticos relativos a transtornos de humor e personalidade e esquizofrenia. Ao longo da minha infância e adolescência, apresentei uma série de sintomas e sinais que, apesar de terem sido relatados a vários profissionais inclusive da psicologia, só foram ser compreendidos quando eu tinha 20 anos. Um desses sinais era uma ideação suicida muito forte que me levou a desejar e planejar minha própria morte repetidas vezes até eu fazer uma tentativa em 2017, quando tinha 18 anos de idade e havia acabado de ingressar no curso de Psicologia na UFAM. Quando ingressei no curso, uma das primeiras perguntas feitas por meus colegas veteranos foi por que eu decidira cursar psicologia e lembro de responder que eu não escolhi, foi a psicologia que me escolheu. E eu respondi desse jeito porque verdadeiramente não me lembro de ter tomado essa decisão, apenas soube que era nessa área que eu queria atuar desde que meus professores da escola e meus pais começaram a perguntar: “então, o que você vai ser quando crescer?”.

Em fevereiro de 2017, recebi a notícia de que um amigo e antigo colega de escola tinha se suicidado no dia anterior. O nome dele era Eduardo, estudávamos juntos na mesma escola desde o maternal, mas nos aproximamos em 2013 quando

---

<sup>1</sup> Segundo Ribeiro (2017), o conceito de lugar de fala reconhece os contextos discursivos nos quais as pessoas estão inseridas. Por outro lado, a representatividade implica a possibilidade de refletir criticamente sobre esse lugar, reconhecendo as fronteiras que devem ser respeitadas. Ou seja, a representatividade delimita fronteiras, mas também permite a interação entre elas. Segundo a autora, no campo da saúde pública/coletiva, o conceito de “lugar de fala” se faz importante para desestabilizar práticas estabelecidas, abrindo espaço para escutar, por exemplo, o que significa estar na condição de uma ideação suicida. Para dar ênfase a esse conceito, a seção “2 Eu e o tema” será escrita em 1ª pessoa a partir do relato de experiências pessoais.

fomos colocados na mesma turma no 9º ano do Ensino Fundamental. Eu estava passando por momentos difíceis nessa época, mas Eduardo conseguia arrancar risadas de mim com muita facilidade e o fato dele ser um garoto tranquilo só fez com que eu passasse a adorar estar perto dele. Ele acabou saindo da escola no ano seguinte, mas eu nunca deixei de ter um carinho muito grande por ele e a notícia da sua morte mexeu muito comigo. Dois dias depois de ser avisada que ele havia se matado, tive a primeira aula na faculdade de Psicologia. Lembro de ir até a UFAM no dia 13 de fevereiro de 2017, já pensando em desistir do curso, pensei que talvez a minha escolha tenha sido precipitada, eu obviamente não tinha estrutura psicológica pra ajudar ninguém, afinal, não consegui ajudar nem mesmo meu amigo.

Em abril desse mesmo ano eu tentei me matar. Aproveitei uma ocasião em que eu ficaria sozinha em casa por vários dias devido uma viagem que minha família ia fazer. No dia seguinte a minha tentativa, quando acordei, mal consegui levantar da cama de tanta dor que sentia no corpo. Tudo que consegui fazer foi pedir ajuda de uma amiga, ela conversou comigo, me tranquilizou e depois me acolheu na casa dela. Essa amiga continuou me acolhendo nos anos seguintes, todas as vezes que eu entrava em crise ela era a primeira pessoa para quem eu pensava em pedir ajuda e ela sempre respondia as minhas mensagens e atendia minhas ligações, mesmo aquelas que fazia durante as madrugadas, e, quando necessário, ia me buscar onde quer que eu estivesse. Eu tive o apoio de muitos amigos durante os últimos anos, mas essa foi a que esteve mais próxima de mim.

Demorei algum tempo para procurar ajuda profissional, principalmente pelas resistências que havia criado baseadas em experiências desagradáveis que tive anteriormente com profissionais da saúde mental. Aos 20 anos, fui para a terapia e comecei a tomar medicação, mantenho ambas até hoje. Foi a primeira vez que

consegui falar abertamente sobre meus pensamentos suicidas apesar de eu ter sido acompanhada minha vida inteira por eles e de ter sido atendida por outros psicólogos antes. Encontrar profissionais de saúde que me dessem espaço para que eu falasse abertamente sobre isso e que acolhessem minhas falas foi essencial para que minha saúde mental melhorasse. Minha experiência me ensinou que não são apenas os pacientes que precisam derrubar o muro de silêncio erguido em torno do suicídio, muitos profissionais também precisam fazer isso.

A terapia e medicação foram ferramentas extremamente importantes para a minha melhora, mas não foram as únicas. A música também me ajudou, outras formas de arte também como literatura, pintura e desenho, mas a música sempre foi a principal. Com a terapia e a medicação, minha dedicação às coisas melhorou muito, é como se eu finalmente tivesse vida dentro de mim. Aprendi a tocar vários instrumentos musicais nos últimos cinco anos, quis aprender desde criança, mas nunca tive energia suficiente para isso, agora tenho.

Apesar de meu amor por música, nunca imaginei que uniria isso à psicologia, mesmo com tantas histórias de pessoas que fizeram isso dentro da área, como Nise da Silveira. Não poderia deixar de citá-la nesse trabalho, não só por causa da luta antimanicomial, mas por seu trabalho com a arte e a forma que acreditava ser possível acessar coisas que muitas vezes não conseguimos colocar precisamente com palavras<sup>2</sup>. Ela acreditava nisso, eu e minha orientadora acreditamos também e temos usado esses recursos artísticos na comunidade.

---

<sup>2</sup> O legado que o trabalho de Nise da Silveira deixou para pensar saúde mental é gigantesco, mas gostaria de destacar o Museu do Inconsciente, localizado no Rio de Janeiro, que é resultado da prática de Nise com arte enquanto forma terapêutica no tratamento de pacientes psiquiátricos. Atualmente, o Museu do Inconsciente abriga uma vasta coleção de mais de 350 mil obras de arte, incluindo pinturas, desenhos, gravuras, esculturas e objetos tridimensionais produzidas por pessoas com transtornos mentais. Esse espaço se configura como um lugar de questionamento aos conceitos tradicionais envolvendo arte e doença mental e, além das exposições permanentes, o museu também realiza eventos, cursos e atividades educativas, contribuindo para a disseminação de conhecimento e a quebra de estigmas em relação à saúde mental.

Apesar de todas essas vivências relacionadas a saúde mental e suicídio, o que me instigaria a decidir fazer esse trabalho seria o suicídio de um completo desconhecido. Em 2021, no final do ano, um rapaz cometeu suicídio em uma avenida muito movimentada da cidade, um dos meus amigos inclusive passou pelo local, viu a comoção e contou em um grupo do WhatsApp o que houve. Quando entrei no twitter à noite, vi que tinham descoberto os perfis de diversas redes sociais desse rapaz e viram que ele estava há mais de um ano postando coisas relacionadas ao quanto estava sofrendo e queria se matar, como não via sentido em mais nada e sua frustração ao ter tentado acessar os serviços da rede de atenção psicossocial e o CVV, mas não ter conseguido atendimento ou, quando conseguiu, não ter se sentido acolhido. Isso mexeu comigo tanto no âmbito pessoal quanto acadêmico, afinal já estava caminhando para a reta final do curso de psicologia.

Esse acontecimento me fez decidir realizar meu trabalho de conclusão de curso sobre o tema e, após diversas conversas com minha orientadora, fomos amadurecendo nossas ideias até construirmos o material que você está lendo agora. Esse trabalho é minha tentativa de conhecer melhor a rede, o suicídio e a pesquisa, pretendo continuar estudando o tema no mestrado.

Em outubro de 2022 outra pessoa que eu conhecia cometeu suicídio, seu nome era Daniel. Ele era alguns anos mais novo que eu e o conheci porque ele começou a namorar uma das minhas melhores amigas. Os dois moravam numa cidade do interior de Santa Catarina juntos, ela o trouxe pra Manaus algumas vezes pra conhecer a família e os amigos e foi muito fácil pra mim gostar dele. Conheci um rapaz engraçado, bobo, curioso e absolutamente adorável. Ele estudava na UNIPAMPA e era envolvido com pesquisa, queria seguir carreira acadêmica quando terminasse a graduação, as pessoas o consideravam ótimo aluno, amigo e baterista.

A primeira coisa que pensei, quando minha amiga contou o que havia acontecido, foi de uma conversa que ela tivera comigo alguns anos antes falando sobre como ele andava deprimido. Eu falei sobre a rede de atenção psicossocial para ela e sobre as clínicas-escola das faculdades de psicologia, ele começou a fazer acompanhamento, mas se suicidou mesmo assim. Não existem explicações fáceis para o suicídio, algumas pessoas nunca conseguem chegar até a rede, outras chegam, mas ainda assim tiram a própria vida.

Nos meses seguintes, eu ficaria extremamente insegura com meu trabalho, com medo de não dar conta de um assunto tão importante e tão delicado. Pensei em desistir e mudar de tema, mas minha orientadora me incentivou a continuar, fico feliz que ela tenha feito isso porque realizar essa pesquisa me ensinou muito.

E ao falar de aprendizado, é importante mencionar que nos últimos 3 anos participei de atividades que envolvem ensino, pesquisa e extensão e tenho muito interesse pelo campo acadêmico e pela pesquisa, inclusive com a intenção de fazer mestrado e doutorado. Fiz vários estágios na rede pública de saúde (policlínicas e hospital). Atuei em projetos de extensão, como Maria Jiquitaia que trabalha com a prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes, que me levaram a conhecer a realidade de comunidades periféricas de Manaus, como o bairro Educandos e o Parque das Tribos, e acreditar nas potencialidades da região.

Nesses espaços, uni psicologia, arte e música e aprendi sobre várias formas de enfrentamento, como no Projeto de Extensão Conta, Manas onde conheci a história de muitas mulheres que me encorajaram a falar sobre a minha vivência. Algumas pessoas, quando ficaram sabendo do tema do meu trabalho de conclusão de curso, vieram até mim contando suas experiências e vou carregar essas histórias

comigo sempre, junto com a minha, do Eduardo, do Daniel, das profissionais que entrevistei e de muitos outros.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO**

A pesquisa realizada é de caráter qualitativo visto que foi dada ênfase a compreensão interpretativa dos fatos sociais, valorização da subjetividade dos participantes e a busca pelo significado das ações construídas pelos atores sociais (SILVA, 2013). Através da descrição dos dados coletados bem como das percepções dos participantes, buscou-se compreender os sentidos atribuídos e as construções resultantes desse processo.

Apesar de constarem nesse trabalho descrições dos serviços e dispositivos da rede de atenção psicossocial, esta pesquisa não é meramente descritiva. Pode-se classificar esta pesquisa como exploratória pois tem como principal objetivo aproximar a autora do tema de estudo. Como foi exposto na seção anterior deste trabalho (2 Eu e o tema), a autora deseja continuar pesquisando o tema e a realização dessa pesquisa foi uma oportunidade de familiarizar-se com o objeto investigado.

#### **3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Esta pesquisa teve o intuito de compreender os dispositivos que compõem a rede de prevenção e tratamento ao suicídio no Brasil, portanto, foram ouvidos os profissionais de saúde que atendem diretamente essa demanda e uma pesquisadora da área, a fim de conhecer suas percepções, opiniões e experiências em relação a temática. Esses componentes diversos serão considerados nesse estudo a partir do conceito de polifonia de Bakhtin (1981) como uma abordagem para analisar a linguagem e o discurso, destacando a multiplicidade de vozes e perspectivas presentes nas interações sociais. Para este autor, as vozes individuais não podem ser isoladas, mas sempre existem em relação a outras vozes criando um

contexto múltiplo. Essa abordagem reconhece que não existe uma única voz ou narrativa dominante, mas uma complexidade de vozes em interação. Para analisar a polifonia, busca-se compreender as diferentes perspectivas e pontos de vista do contexto estudado levando em consideração a influência de poder e relações sociais (MACHADO, ZANELLA, 2019).

Considerando esse conceito múltiplo, entrevistamos os seguintes profissionais a partir da divulgação de cards nas redes sociais além da indicação a partir de informante privilegiado (WHYTE, 2005). Como critério de inclusão, foram selecionados neste estudo profissionais que trabalham na rede pública de saúde no âmbito da saúde mental e/ou pesquisem o tema. Os critérios de exclusão para este estudo são menos de 3 anos de atuação em pesquisa/serviço na rede pública.

É importante destacar que, para preservar a identidade das participantes, utilizamos pseudônimos relacionados a profissionais de saúde brasileiras que trabalharam no campo da saúde mental ou psicologia somados à função e tempo de atuação que cada profissional entrevistada exerce na rede de atendimento psicossocial em Manaus cujo perfil está descrito no quadro a seguir.

Quadro 1 – Perfil das profissionais participantes da pesquisa

<b>FUNÇÃO PROFISSIONAL NA REDE</b>	<b>NOME FICTÍCIO</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO</b>
Enfermeira	Maria Rosa de Souza Pinheiro: enfermeira brasileira com atuação importante no campo da saúde pública	25 anos
Psicóloga em CAPS	Silvia Lane: psicóloga brasileira (psicologia sócio-histórica)	20 anos
Psicóloga em Policlínica	Ana Maria Poppovic: psicóloga argentina radicada brasileira que fundou a sociedade Pestalozzi	22 anos
Ex-voluntária do CVV	Fúlvia Rosemberg: psicóloga brasileira que atuou com estudos sociais na infância	13 anos
Médica Psiquiatra	Nise da Silveira: psiquiatra brasileira que humanizou a saúde mental	14 anos

Gestora em Saúde Mental	Annita de Castilho e Marcondes Cabral: professora e pesquisadora da USP	23 anos
Gestora em Saúde Mental	Ivone Lara: artista, enfermeira e assistente social que atuou na reforma psiquiátrica ao lado de Nise da Silveira	11 anos
Pesquisadora	Carolina Bori: importante pesquisadora no campo da psicologia experimental	30 anos

Fonte: elaborado pela autora do presente trabalho.

### 3.3 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

#### 3.3.1 Entrevistas semiestruturadas

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a fim de conhecer os discursos das participantes relativos ao tema investigado. A escolha da entrevista é uma maneira de colher informações a respeito do que “se refere diretamente ao indivíduo em relação a realidade que vivencia e sobre sua própria situação (...) pois constituem uma representação da realidade sob a forma de ideias, crenças, opiniões, sentimentos, comportamentos e ação” (MINAYO, COSTA, 2018, p. 141). As entrevistas foram gravadas em áudio com o objetivo de auxiliar na análise de dados através de suas transcrições. A gravação de vídeo das entrevistas ocorreu de maneira opcional mediante autorização das participantes para produção de conteúdo audiovisual e divulgação de material informativo.

#### 3.3.2 Diário de campo

Para o registro de dados, foi utilizado o diário de campo como instrumento que permite ao pesquisador o registro de suas impressões desde o primeiro momento da pesquisa até a fase final de investigação. O diário de campo pode auxiliar desde a organização da pesquisa até a sistematização dos dados coletados tornando seu uso, portanto, extremamente importante para o pesquisador (TAQUETTE, BORGES, 2020).

### 3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O procedimento adotado para analisar os dados coletados será a análise do discurso de Bakhtin (1981, 2000). Bakhtin explora a ideia de que cada palavra carrega consigo uma história social e cultural, sendo influenciada pelas vozes e perspectivas presentes na sociedade. Ele discute o conceito de "heteroglossia", que se refere à multiplicidade de vozes e discursos presentes na linguagem.

Além disso, Bakhtin discute a estética da palavra e a importância da expressividade linguística na criação artística. Ele explora a relação entre a forma estética e o conteúdo ideológico presente na palavra. Para tanto, a análise foi organizada através dos seguintes passos: 1. Transcrição das entrevistas, 2. Leitura flutuante; 3. Identificação dos discursos que se repetiram nas falas das participantes; 4. Organização de quadro com as principais categorias levantadas; 5. Análise das figuras de linguagem presentes nos discursos das categorias levantadas.

A escolha da abordagem teórico-metodológica bakhtiniana para a análise do discurso nessa pesquisa aconteceu devido a possibilidade de que o pesquisador desenvolva uma abordagem alternativa para estudar os discursos, as relações sociais, a vida e a cultura. Na atividade científica, a relação entre o pesquisador e o objeto é permeada pelo horizonte avaliativo do pesquisador. Ele se torna um outro, não neutro, que dialoga com os discursos observados e com os discursos previamente produzidos sobre o objeto. O objeto de estudo, portanto, não é algo dado ou coletado, mas é expressivo, responsivo e construído na relação dialógica. (BAKHTIN, 2016).

Ao adotar a teoria da linguagem proposta por Bakhtin como fundamento metodológico para a pesquisa em ciências humanas, a interlocução entre o pesquisador e seu outro adquire uma especificidade que precisa ser caracterizada. Nesse contexto, o foco não está apenas na fala isolada do sujeito da pesquisa, mas

na cena dialógica estabelecida entre o pesquisador e seu outro, onde são produzidos sentidos, acordos e negociações sobre determinado assunto, em um contexto definido por atos de fala recíprocos. Considerando essas premissas do pensamento de Bakhtin, é necessário pensar o ato de pesquisar como um momento excepcional, um acontecimento único que deve ser compreendido em sua singularidade (DESTRI e MARCHEZAN, 2021).

De acordo com Scherma e Turati (2012), é recomendável observar não apenas as escolhas lexicais, expressões e formas gramaticais, mas também a disposição desses elementos no enunciado. No entanto, eles vão além da análise linguística e ressaltam a importância de considerar a situação comunicativa e as relações dialógicas entre os sujeitos envolvidos na interação. Aspectos como a entonação expressiva do enunciado, o posicionamento social dos sujeitos e a postura do enunciador em relação ao outro também são relevantes e devem ser descritos.

Nessa perspectiva, a análise do discurso não se restringe apenas às palavras utilizadas, mas abrange um conjunto mais amplo de elementos que contribuem para a construção de significados e sentidos na interação verbal. Compreender como esses elementos se articulam e se relacionam é essencial para uma interpretação mais completa e contextualizada dos discursos.

Ao considerar a situação comunicativa, os pesquisadores podem investigar o contexto em que os discursos ocorrem, levando em conta fatores como o propósito da comunicação, o público-alvo, as normas sociais e as relações de poder presentes na interação. Esses elementos influenciam a forma como os enunciados são construídos e interpretados pelos participantes.

Na perspectiva bakhtiniana, a verdade não reside no interior de uma única pessoa, mas se encontra na interação dialógica entre pessoas que coletivamente a buscam. O mundo em que vivemos se expressa de diversas maneiras, e essas vozes formam o cenário onde ocorrem ambiguidade, contradição, certezas e incertezas. Somente a tensão entre as múltiplas vozes que participam do diálogo da vida pode dar conta da integridade e complexidade do real. Como Bakhtin (2016) ressalta, a pesquisa em ciências humanas não se trata apenas de coletar dados e analisá-los de forma objetiva, mas sim de reconhecer a natureza dialógica da linguagem e das interações humanas. O pesquisador não busca impor categorias preestabelecidas ou encontrar uma verdade única e absoluta. Ao contrário, ele reconhece a pluralidade de vozes e perspectivas presentes nos discursos, permitindo a emergência de novos sentidos e significados.

Portanto, ao utilizar Bakhtin como base metodológica, reconhece-se a importância do diálogo e da interação na pesquisa em ciências humanas. Acredita-se que o conhecimento é construído de forma coletiva, através da escuta ativa, da negociação de significados e do reconhecimento da diversidade de vozes presentes nos discursos. Essa abordagem nos permite ir além de uma análise meramente descritiva e nos leva a uma compreensão mais profunda e contextualizada das experiências humanas.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A participação na pesquisa foi realizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e atendendo às diretrizes para pesquisas que envolvem seres humanos estabelecidas pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo o sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Foi assegurado também o direito de atendimento gratuito com um

profissional de psicologia, caso houvesse necessidade, visto que a pesquisa trata de um tema delicado que poderia gerar nas participantes sentimentos, emoções e lembranças passíveis de causarem desconforto e/ou sofrimento. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética sob o número CAAE 67820123.1.0000.5020.

## **4 RECORTE TEÓRICO**

### **4.1 SUICÍDIO**

A partir da investigação realizada por Barbagli (2019) e Minois (2018) e consultando as referências e autores clássicos de diferentes áreas que se dedicaram à investigação do fenômeno, buscou-se realizar uma breve revisão histórica do suicídio, principais obras que abordam o tema e suas repercussões socioculturais. Observou-se, durante a pesquisa a partir do levantamento da literatura sobre o tema, a escassez de fontes fora da Europa, entretanto, realizar um recorte teórico a respeito do suicídio começando com filósofos clássicos gregos, como Platão (2016; 2021) e Aristóteles (2021), até chegar em autores europeus, como Foucault (2014; 2019; 2022), auxilia na compreensão de como o suicídio tem sido tratado no decorrer da história. Tais fontes foram importantes para entender alguns aspectos históricos e culturais do Brasil e Amazonas, visto que nossa região foi colonizada por europeus e suas lógicas dominantes, como a lógica manicomial. Registra-se aqui essa dificuldade de encontrar obras pensadas e produzidas no contexto brasileiro e, mais ainda, amazônico.

#### **4.1.1 O interesse da filosofia clássica pelo suicídio**

Camus afirmou no seu ensaio sobre o mito de Sísifo, publicado originalmente em 1942, que “Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio” (2020, p. 19). Em concordância com essa afirmação, é possível verificar nas obras de filósofos clássicos da Antiguidade o intenso debate feito sobre o tema. Apesar da palavra, suicídio, ter seus primeiros registros escritos apenas no século XVII, van Hooff (1990) organizou mais de trezentos termos e construções linguísticas utilizadas pelos gregos e romanos para se referir ao ato de tirar a própria vida demonstrando

que, apesar da palavra ter surgido séculos depois, essa ação existiu e era discutida desde a Antiguidade.

As posições filosóficas a respeito de provocar a própria morte eram diversas e compunham um espectro que ia desde a proibição absoluta até sua aceitação como um direito reservado aos “homens livres”. Era consenso que soldados e escravos não deveriam se suicidar, pois suas vidas pertenciam respectivamente ao Estado e aos seus senhores, e era comum haver punições caso tentassem se matar e sobrevivessem (BARBAGLI, 2019).

Através do texto “Fédon”, Platão (2016) expõe alguns argumentos relativos à proibição do ato suicida. O texto de Platão se configura como um diálogo que se passa entre Sócrates e seus discípulos no dia em que o filósofo grego deveria cumprir a sentença dada a ele pelo tribunal da cidade de cometer suicídio bebendo cicuta. Sócrates afirma, durante esse diálogo, que os homens são propriedade dos deuses tais como os escravos são dos seus senhores sendo, portanto, proibido o suicídio sem permissão divina. O filósofo argumenta ainda que uma pessoa só deveria tirar a própria vida caso Deus enviasse algum sinal ou mensagem e assim ele justificava seu eminente suicídio pois fora condenado a beber veneno e considerava a decisão dada pelo tribunal ateniense como esse sinal ou mensagem divina que o daria permissão para morrer (MILIONE, 2020). Platão (2021) volta a abordar o tema do suicídio no Livro IX de “As Leis” onde realiza uma distinção nítida dos casos em que o suicídio seria permitido. Segundo ele, o cidadão poderia suicidar-se caso fosse determinado pelo tribunal da cidade, sofresse um infortúnio inevitável que lhe causasse muita dor ou uma vergonha intensa tornasse sua vida insuportável.

Aristóteles (2021) acrescenta aos argumentos proibitivos ao suicídio a injustiça que o ato representa diante da cidade. Esse argumento foi usado para justificar as punições proferidas aos cadáveres dos suicidas, prática comum nas cidades gregas, já que, como o Estado não poderia mais exercer controle sobre aquele indivíduo, decidiram recorrer a essas práticas como uma maneira de desestimular o suicídio entre a população. Essas punições seriam muito mais violentas e assumiriam diferentes formas e métodos durante a Idade Média.

Minois (2018) destaca, apesar da influência notável de Aristóteles e, principalmente, Platão no pensamento intelectual e popular da época a respeito do ato suicida, a importância de outros filósofos que trataram do tema na Antiguidade e o interesse contínuo que a filosofia teve na investigação do fenômeno ao longo da história. Autores como Nietzsche (2017), Schopenhauer (2007), Mainlander (2020), Voltaire (2021) e Rousseau (2020) são apenas alguns dos nomes da filosofia que produziram textos que abordam questões relacionadas ao suicídio. É importante também apontar que, embora Platão e Aristóteles sejam mais categóricos em reprovar o suicídio e considerem poucos argumentos ou situações aceitáveis para que um indivíduo ponha fim a própria vida, alguns filósofos, sobretudo os estoicos, utilizam outros argumentos e expõem outros casos em que tirar a própria vida seria aceitável.

No final da Antiguidade, a legislação e o pensamento cultural ficam cada vez mais severos em relação aqueles que tiram a própria vida. Uma série de fatores pode ser responsável por isso, segundo Minois (2018): a pressão feita por invasores estrangeiros em impérios subpovoados, evasões fiscais de suspeitos que se matam antes de serem indiciados, etc. O Estado passa então a exercer maior controle

sobre a vida dos cidadãos e a elaborar leis para desencorajar aqueles que planejam tirar a própria vida.

Entretanto, a proibição absoluta do suicídio é consolidada com a publicação de “Cidade de Deus” de Santo Agostinho (2013) no fim da Antiguidade. A partir da publicação dessa obra, a interdição do ato suicida se consolida no campo da religião e do direito, devido a relação indissociável entre Coroa e Religião na época, com uma severidade nunca vista até então (MINOIS, 2018).

#### **4.1.2 Interdição religiosa e jurídica: a criminalização do ato de tirar a própria vida segundo Minois**

Publicada originalmente em 426 d.C., a obra “Cidade de Deus” de Santo Agostinho (2013) consolidaria definitivamente a posição da Igreja Católica a respeito do ato de tentar acabar com a própria vida. Nessa obra, o autor não acrescenta novos argumentos ao debate relativo à licitude do suicídio, apenas reúne e sintetiza o que já foi exposto por outros líderes religiosos antes dele e condena fortemente aqueles que se matam baseando-se principalmente no quinto mandamento (não matarás) e evocando a ideia filosófica clássica de que a vida dos homens não pertence apenas a eles, mas sim a Deus. Agostinho defende a posição de que o suicídio seria, portanto, uma ação detestável e um crime condenável constituindo um dos maiores pecados contra Deus. Entretanto, apesar de sua oposição categórica ao suicídio, ele precisou admitir que a ética cristã concedeu algumas exceções a figuras que eram consideradas mártires pela Igreja apesar de terem se suicidado como Sansão, Berenice e Prosdoce (BARBAGLI, 2019).

No âmbito do direito, também começava uma interdição muito forte àqueles que cometiam suicídio. Minois (2018) conta como, na Idade Média, valia o princípio de *crimen estinguitur mortalitate*, ou seja, com a morte do réu se extinguia o crime,

mas para o suicídio abria-se uma exceção. Logo, aqueles que se suicidavam ainda assim seriam julgados pelos magistrados, por outros crimes ou pelo próprio suicídio, e poderiam ter seus bens confiscados e seus corpos expostos e mutilados. Aqueles que tentavam se matar e sobreviviam também podiam ser processados pelas autoridades civis, mas não havia um consenso sobre a pena a ser aplicada podendo ser mais branda nos casos daqueles que se declaravam arrependidos por terem tentado. Sobre as reações do povo e das instituições, era nítido que

“A partir do momento em que a morte da pessoa era atribuída ao suicídio, começava um processo de desumanização de quem ousava tirar a sua vida, o qual expressava com força inaudita o horror, a repugnância e a aversão não só das autoridades civis e religiosas, mas de toda a população perante aquele gesto. O culpado era rebaixado ao nível ignóbil de um animal. O corpo sem vida despertava ao mesmo tempo medo e desprezo, e era tratado com deliberada brutalidade” (BARBAGLI, 2019, p. 49)

Minois (2018) fala sobre um “muro de vergonha” erguido pela Religião e pelo Direito entre aqueles que cometeram ou tentaram cometer suicídio, suas famílias e o restante da sociedade. Os locais e rituais de sepultamento também eram negados aos falecidos devido ao medo de contágio já que o suicídio, além de considerado um pecado gravíssimo, também era associado a falta de fé e a tentações demoníacas que poderiam “contaminar” outros cidadãos. O falecido era então sepultado fora dos cemitérios religiosos e bem longe das cidades.

Todas essas proibições e consequências não parecem ser aplicadas a todos os casos de forma unânime. Assim como na Antiguidade o suicídio era considerado um direito dos homens livres que os soldados e escravos não poderiam acessar, na Idade Média se matar parecia um privilégio da nobreza. A maneira com que as mortes eram relatadas, no mesmo tom trivial das mortes ditas naturais, os sepultamentos ocorridos em solo sagrado e com missa solene e a ausência do confisco de bens em muitos casos são alguns exemplos que demonstram esse tratamento diferenciado. No Ato V, Cena I de “Hamlet”, publicado pela primeira vez

em 1603, um dos coveiros responsáveis por cavar o túmulo de Ofélia questiona seu colega a respeito do sepultamento da jovem que tirara a própria vida e conclui o seguinte: “Quer saber a verdade? Se a moça não fosse nobre, não recebia funeral cristão” (SHAKESPEARE, 2015, p. 172). A presença desse comentário em uma obra tão popular demonstra o quanto era perceptível a seletividade da severidade com que o ato era encarado e as punições (MINOIS, 2018).

Essa forte repressão ao suicídio, tanto pelos juristas quanto pela Igreja, perdurou durante vários séculos e começou a entrar em crise entre o final do século XVI e meados do século XVII por uma série de motivos (BARBAGLI, 2019; MINOIS, 2018). Essa mudança de paradigma teve seus primeiros sinais na literatura e dramaturgia da época com o retrato crescente de suicídios nas obras de diversos autores, isso acabou aproximando as pessoas do fenômeno e expôs uma abordagem muito mais compreensiva desse ato. Nos romances, poesias e espetáculos desse período, cada autor buscava retratar aqueles que tiravam a própria vida de forma a não “(...) condená-los ou exaltá-los. Pelo contrário, procurou considerá-los como indivíduos capazes de ações dotadas de sentido, reconstituir suas experiências humanas e entender os motivos da escolha” (BARBAGLI, 2019, p. 116). Começam então a aumentar consideravelmente as cenas em que personagens se matavam ou tentavam se matar, Minois (2018) cita a produção teatral inglesa como um dos maiores exemplos disso: em 40 anos o teatro inglês vai encenar mais de duzentos suicídios em uma centena de peças.

Apesar das instituições, principalmente a Igreja, continuarem firmes nas suas posições, manifestações populares, às vezes violentas, começaram a ocorrer contra a condenação de um suicida. As próprias autoridades civis e religiosas começaram a abrir cada vez mais exceções: alguns juristas já não confiscavam os bens dos

falecidos para evitar aumentar o sofrimento das famílias e deixa-las financeiramente vulneráveis, enterros de suicidas começaram a ocorrer nos cemitérios, missas noturnas eram realizadas para garantir o direito ao sacramento daqueles que tiraram a própria vida. Começou-se a suavizar cada vez mais as penas em relação ao suicídio devido ao entendimento, por parte das autoridades, de que o ato de tirar a própria vida não era uma afronta a Deus, mas sim o resultado de uma “doença da alma”, do sofrimento mental ou da “alienação”. Eis que as leis e proibições legais ao suicídio haviam praticamente se tornado letra morta ao final do século XVIII permanecendo somente nos casos em que um réu se mata para evitar o confisco dos bens. Entretanto, em contraste com outros países, Minois (2018) cita a descriminalização tardia do suicídio na Inglaterra que vai ocorrer apenas em 1961.

Barbagli (2019) e Minois (2018) destacam que, concomitantemente a essa clemência concedida pelos párocos e maior tolerância dos juristas na aplicação da lei, também pode-se atribuir a essa mudança de atitude em relação ao suicídio uma série de transformações políticas, econômicas e sociais que originaram novas concepções de vida, mundo, família e indivíduo apoiadas na liberdade e autonomia dos cidadãos. Acontecimentos socioculturais e históricos importantes como a Revolução Francesa e o Iluminismo ajudaram a construir uma nova visão de mundo em que os homens e mulheres passaram a não serem mais considerados propriedade dos senhores feudais, soberanos ou Deus. Os pensadores iluministas, tal como os filósofos gregos clássicos, trouxeram o tema para debate e é evidente que “jamais se falara e se escrevera tanto sobre a morte voluntária; multiplicam-se as tomadas de posição e escrevem-se tratados inteiros a respeito dela, a favor ou contra” (MINOIS, 2018, p. 261).

É ainda nessa época de intensa produção intelectual sobre o tema, no século XVII, que começam a surgir os primeiros registros da palavra “suicídio”. Até então, eram utilizadas expressões ou palavras que transmitissem a intenção do ato, mas não havia um termo específico para esse fenômeno. Morte voluntária, morte autoprovocada, assassinato de si, etc eram apenas algumas das maneiras de se referir ao ato de tirar a própria vida. É no século XVII, portanto, que a palavra surge no idioma inglês e no século XVIII se expande para o francês, espanhol, italiano e português (MINOIS, 2018).

Segundo Minois (2018), mais dois elos vão se unir nessa corrente de fatores que ajudaram a modificar o pensamento muito tempo dominado pela interdição severa do direito e da religião em relação ao suicídio: as ferramentas estatísticas e o desenvolvimento da imprensa. Na segunda metade do século XVIII, pela primeira vez, dispõe-se de ferramentas estatísticas para mensurar as mortes autoprovocadas enquanto

“Por outro lado, a imprensa ajuda a secularizar a visão do suicídio, que é apresentado de uma perspectiva exclusivamente humana. Os resumos, na maioria das vezes neutros, ensinam a ver no suicídio apenas o resultado de circunstâncias sociais ou psicológicas, desculpabilizando-o aos poucos junto à opinião pública. O suicídio é assimilado aos poucos à categoria dos flagelos sociais, cujos autores são mais vítimas do que culpados” (MINOIS, 2018, p. 227).

Assim vai se criando um cenário propício a investigações que vão além da esfera religiosa e jurídica.

#### **4.1.3 O suicídio como um problema de saúde e a lógica manicomial**

Um pouco antes desse período de mudança de paradigma em relação ao suicídio, alguns intelectuais e médicos já começavam suas investigações a respeito do ato de tirar a própria vida. A partir do século XVI, surgem aos poucos, explicações médicas e somáticas das ideações e atos suicidas que afastam o indivíduo que tenta acabar com a própria vida do crime e o aproximam da

melancolia, dos ciclos maníaco-depressivos, da histeria e, sobretudo, da loucura (MINOIS, 2018). O período entre os séculos XVI e XVIII pode ser considerado um período de transição em que a responsabilidade referente a investigação e tratamento do suicídio vai sendo transferida para a medicina não ficando mais sob a posse, portanto, da justiça e religião. O século XVIII vê crescer exponencialmente a quantidade de instituições especializadas no internamento daqueles ditos “alienados”: os manicômios. É possível verificar que “(...) o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de causar a vida ou devolver à morte” (FOUCAULT, 2022, p. 149)<sup>3</sup>. E essa é uma das principais mudanças sobre a concepção do suicídio, que apesar de ainda carregar muitos estigmas, passa a ser considerado uma questão de saúde e não mais um fenômeno a ser tratado no campo da religião e do direito.

Segundo Minois (2018), a própria medicina colabora na construção do suicídio como uma “doença vergonhosa”. O autor cita, por exemplo, as pesquisas do psiquiatra francês Philippe Pinel (2007) que demonstram a utilização de instrumentos draconianos baseados na punição e repressão dos sujeitos como forma de tratar as tendências ao suicídio. Na primeira metade do século XIX, observa-se a desconstrução das explicações físicas e naturais que substituíram as explicações sobrenaturais religiosas e a instalação de dispositivos de controle e sujeição dos corpos. As interdições religiosa e jurídica, que foram sendo questionadas e enfraquecendo progressivamente desde o século XVI, cedem seus lugares a medicina e ao saber médico.

---

<sup>3</sup> Foucault faz referência ao antigo direito do soberano sobre a vida a partir da morte onde ele exerce seu poder através do mandar matar ou deixar viver, ou seja, proferindo a sentença ou contendo-a. A partir do momento histórico vivenciado nessa mudança de concepção a respeito do suicídio, o que se vê é a transformação desse mecanismo: o controle não é mais exercido a partir da morte e sim a partir da vida, o poder passa a agir na organização de forças de vigilância, controle, reforço e coerção.

Enquanto uma lógica de internação e isolamento torna-se hegemônica, outros campos do saber se interessam pela investigação do suicídio. Em 1897 é publicado “O suicídio” escrito pelo sociólogo francês Émile Durkheim. Utilizando dados estatísticos, algo pioneiro na época, e com ênfase em fatores sociais, Durkheim (2014) se propõe a investigar esse fenômeno levando em consideração variáveis como localização geográfica, faixa etária, sexo, estado civil, vinculação religiosa, acontecimentos históricos, etc. Um dos resultados desse estudo é a categorização do suicídio em quatro categorias baseadas na integração e regulamentação social. Barbagli (2019) aponta como “O suicídio” recebeu pouca atenção nos primeiros 50 anos de sua publicação, mas consolidou-se entre os sociólogos a partir de 1950 como um clássico da área e foi de extrema importância para mitigar os valores éticos e morais sobre o tema ao investiga-lo de maneira científica.

Destaca-se também a investigação do fenômeno do suicídio realizada pela psicanálise. Nesse campo, a formulação da pulsão de morte e pulsão de vida por Sigmund Freud em 1920 é um dos conceitos centrais para o estudo do suicídio entre os psicanalistas até a atualidade. Freud (1920) definiu a pulsão de morte como a tendência natural do organismo de voltar ao estado inorgânico e inanimado enquanto a pulsão de vida atua na conservação da vida. Segundo o psicanalista, ambas as pulsões são necessárias para a sobrevivência e o embate entre as duas está presente desde o começo da vida até o momento da morte. Desejos de vida e morte estariam presentes, portanto, em todos os indivíduos e a intensidade com que são experienciados é particular, individual e extremamente variável, a coexistência harmônica entre pulsão de vida e pulsão de morte é o que assegura a conservação do organismo ao equilibrar as ameaças sentidas internamente e as exigências do princípio do prazer.

Ao considerar as ideias de Freud sobre a pulsão de morte e a pulsão de vida, percebemos uma complexidade ainda maior na compreensão do suicídio como uma questão de saúde. O embate entre essas pulsões, presentes em todos os indivíduos, revela que desejos de vida e morte coexistem dentro de nós, variando em intensidade de acordo com as experiências e características pessoais. É essa coexistência entre as pulsões que garante a sobrevivência, equilibrando as ameaças internas e promovendo a conservação do organismo. Portanto, ao abordarmos o suicídio como uma questão de saúde, reconhecemos a importância de compreender e cuidar dessas pulsões internas, fornecendo suporte e acompanhamento para preservar o equilíbrio psicológico e promover a vida.

#### **4.1.4 Reforma Psiquiátrica no Brasil e Amazonas**

A lógica manicomial que ocorria na Europa vai ser posta em prática no Brasil em meados do século XIX. Alguns portadores de transtorno mental, que ainda possuíam certo grau de liberdade e tolerância social, começaram a ser tratados nas Santas Casas de Misericórdia, na época vinculadas a instituições religiosas. Na passagem para o século XX, começou-se a afirmar que esses espaços não eram mais suficientes para abrigar a população e foi instituído o modelo de “colônia de alienados” que logo se multiplicou pelas capitais do Brasil junto com os hospitais psiquiátricos (UNA-SUS/UFMA, 2018).

Os manicômios, como eram conhecidos, eram locais de internação compulsória e isolamento dos indivíduos com transtornos mentais. Becker et al (2017) destaca as denúncias envolvendo o Hospital Psiquiátrico Pedro II<sup>4</sup>, localizado em Barbacena, e a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. As condições

---

<sup>4</sup> Hoje o antigo prédio do Hospital Pedro II abriga o Museu da Loucura, um espaço que busca preservar a memória e promover reflexões sobre a história da psiquiatria no Brasil, evidenciando os abusos cometidos no passado e reforçando a importância de um olhar humanizado e respeitoso no cuidado em saúde mental.

precárias dessas instituições repercutem até os dias atuais, devido ao caráter desumano e violento envolvendo o tratamento dos internos. Essas instituições são exemplos da lógica manicomial marcada por superlotação, violência, negligência, ausência de assistência adequada, prática de eletrochoques, lobotomias e outras formas de tratamentos agressivos, falta de higiene, alimentação insuficiente, restrição de liberdade e abuso físico e psicológico.

Considerando essa realidade, Navarro (2015) aponta que os relatos e testemunhos de ex-pacientes, funcionários e pesquisadores foram essenciais para efetivação de denúncias envolvendo violações de direitos humanos a que os internos dessas instituições eram submetidos. A partir dessa realidade, se desencadearam uma série de ações até a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

De acordo com Caputo et al (2020), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1987 seguida de outras conferências em 1992, 2001 e 2010. A 2ª Conferência de 1992 foi precedida por 24 conferências estaduais e 150 conferências municipais com a participação significativa de usuários, a 3ª Conferência de 2001 tratou da reforma psiquiátrica e a 4ª Conferência de 2010 teve o tema “Saúde Mental: Direito e compromisso de todos para consolidar avanços e enfrentar desafios”.

Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira foi ganhando força, impulsionada por profissionais de saúde, familiares de pacientes e movimentos sociais. Essa reforma vem propondo a substituição de hospitais psiquiátricos com modelo manicomial por serviços comunitários, pautados no respeito aos direitos humanos, na inclusão social e na valorização dos vínculos familiares e comunitários. Segundo UNA-SUS/UFMA (2018), além dessas mobilizações, as experiências bem sucedidas de países

européus na humanização dos serviços de saúde mental<sup>5</sup> auxiliaram na construção da atual política de saúde mental brasileira.

Os dispositivos resultantes desse processo são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que buscam proporcionar um atendimento mais humanizado, integrado e centrado na pessoa. Os CAPS são unidades de referência para o tratamento de transtornos mentais oferecendo acompanhamento multidisciplinar, atividades terapêuticas e suporte social. Já os SRT são residências inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas que viviam em instituições psiquiátricas por longos períodos, visando a sua reintegração social.

Vale et al (2022) assinala a implantação do NASF em 2008 no campo da Atenção Básica. Essa iniciativa visava promover a integração entre saúde mental e saúde da família fortalecendo a prevenção, a identificação precoce e o acompanhamento de problemas relacionados à saúde mental na comunidade.

Um marco importante na história da saúde mental no Brasil foi a promulgação da Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001. Essa legislação estabeleceu diretrizes para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e propôs a construção de uma rede de atenção psicossocial, baseada em serviços substitutivos aos manicômios.

Já no Amazonas, a história da saúde mental, assim como em todo o Brasil, passou por diferentes períodos e transformações ao longo dos anos. Leitão (2000) destaca que no início do século XX predominava o modelo asilar assim como no resto do país.

---

<sup>5</sup> A reforma psiquiátrica italiana realizada no Hospital Psiquiátrico de Trieste por Franco Basaglia foi referência do processo de reforma implantado inicialmente na cidade de Santos (SP) nas décadas de 1980 e 1990 (UNA-SUS/UFMA, 2018).

De acordo com Becker et al (2017), o extinto Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro passou pelas seguintes transformações ao longo do tempo: foi criado em 1894 através da Lei nº 65, de 3 de outubro de 1894, com o nome de Hospício Eduardo Ribeiro situado à margem esquerda do Rio Negro, na foz do Igarapé da Cachoeira Grande. Neste momento destinado ao tratamento de alienados e administrado pela Santa Casa de Misericórdia até sua definitiva organização. A mesma lei definiu que a equipe nomeada para trabalhar no hospício deveria ser integrada por um médico Clínico Geral, enfermeiros, irmãs de caridade, cozinheira, criados e lavadeiras.

Em 1898, o hospício Eduardo Ribeiro foi transferido para a Chácara Cruzeiro, na Rua Ramos Ferreira e em 1923 passou por nova mudança para o então chamado Asilo de Mendicidade, mudando de nome para Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro até que, em 22 de julho 1982, foi publicada no Diário Oficial do Estado sob o Decreto Governamental nº 6.472 a criação do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro - CPER, situado na Avenida Constantino Nery nº 4.307, Chapada – Manaus/Amazonas. O Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, permaneceu sendo a instituição hospitalar de referência na Capital para emergências em Psiquiatria, pronto atendimento e internação. Com o passar do tempo o movimento antimanicomial chegou ao estado, mas levou alguns anos para se efetivar.

Navarro (2015) destaca que o processo de desinstitucionalização no Amazonas foi fortalecido entre os anos de 1992 e 2000 com implantação da rede extra-hospitalar. A partir de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado<sup>6</sup>, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma

---

<sup>6</sup> Esse projeto de lei foi apresentado pelo então deputado Paulo Delgado em 1989 e deu origem à Lei nº 10.216, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

rede integrada de atenção à saúde mental. No período não teve implantação de CAPS no Estado do Amazonas, sendo apenas descentralizado o atendimento para alguns ambulatorios estaduais e nos municípios do interior.

Outros marcos históricos importantes para o estado foram a realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Amazonas em 2000 e a parceria estabelecida entre a Coordenação Estadual de Saúde Mental e a Fiocruz em 2003 para a realização do primeiro Curso de Especialização em Saúde Mental. O curso tinha como objetivo formar profissionais que pudessem atuar na implantação e efetivação da reforma psiquiátrica no Estado a partir do novo paradigma de assistência em saúde mental e formou duas turmas de especialistas em saúde mental.

Em agosto de 2022, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro foi desativado e os casos de emergência/urgência psiquiátrica passaram a ser encaminhados para o CESMAM, um novo centro de saúde mental inaugurado em 2023 especialmente para esse fim. O fechamento do Eduardo Ribeiro segue a lógica da reforma psiquiátrica implantada no país que preconiza o fechamento dos manicômios e a construção de uma rede substitutiva de atenção psicossocial. Entretanto, desde o fechamento dos ambulatorios de saúde mental do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em 2012, foram inaugurados os seguintes CAPS<sup>7</sup>: CAPS III, um CAPS AD III

---

<sup>7</sup> Segundo a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, os Centros de Atenção Psicossocial estão divididos nas seguintes modalidades: o CAPS I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas de todas as faixas etárias em municípios com população acima de 20 mil habitantes; o CAPS II também atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população acima de 70 mil habitantes; o CAPS III atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, funciona 24 horas (incluindo finais de semana e feriados) oferecendo retaguarda e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes; o CAPS AD atende adultos ou crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população acima de 70 mil habitantes; o CAPS AD III atende adultos ou crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos, esse dispositivo conta com doze leitos para observação e monitoramento, funciona 24 horas (incluindo feriados e finais de semana) em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes; o CAPSi atende crianças e

e um CAPSi que, somados ao CAPS III, que estava em funcionamento na cidade desde 2006, e o CAPSi Leste, que foi implantado em 2012, compõem o quadro dos 5 CAPS em funcionamento na cidade de Manaus até 2023. Isso mostra que o Estado está muito atrasado em relação à implantação da rede substitutiva aos manicômios.

Apesar dos avanços conquistados, existem desafios a serem enfrentados. Ainda persistem estigmas e discriminação em relação aos transtornos mentais, falta de recursos adequados, escassez de profissionais capacitados, desigualdades regionais e dificuldades na articulação entre os diversos setores envolvidos na promoção da saúde mental. No Amazonas, é preciso levar em consideração características específicas da região como, por exemplo, as comunidades ribeirinhas e povos indígenas que habitam a região e a dificuldade de alcançar áreas remotas onde o acesso se dá muitas vezes somente por meio fluvial.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 INCOMPREENSÃO E INVISIBILIDADE DO SUICÍDIO

De acordo com as participantes, a rede de saúde mental desempenha um papel fundamental na promoção do cuidado e na prevenção de transtornos psicológicos, incluindo a questão delicada e complexa do suicídio. No entanto, apesar dos avanços e dos esforços em prol da saúde mental, ainda existem desafios a serem enfrentados para garantir uma abordagem efetiva e abrangente nesse contexto. Dessa forma, é importante explorar diferentes perspectivas e vozes dentro da rede de saúde mental, a fim de compreender melhor os obstáculos e as lacunas que precisam ser superados.

Na relação entre a rede de saúde mental e a questão do suicídio, destaca-se a invisibilidade e marginalização em campos importantes. A falta de implementação de políticas, a falta de capacitação dos profissionais e a pouca mobilização da academia, são fatores que contribuem para a falta de projeção e a falta de ações efetivas no enfrentamento do suicídio.

*Então realmente tem uma invisibilidade muito grande embora no campo da saúde coletiva, da saúde pública esse tema do suicídio tenha mais atenção. Mas no campo propriamente da psicologia, acho que é um tema meio marginal o que parece ser uma coisa totalmente paradoxal, muito paradoxal. (Carolina, pesquisadora, 30 anos de atuação profissional)*

Embora o tema do suicídio receba mais atenção no campo da saúde coletiva e pública, ele é considerado um tema marginal no campo da psicologia. Essa afirmação aponta para uma contradição aparente, já que se esperaria que a psicologia, que lida diretamente com a saúde mental, desse uma atenção significativa ao tema. A utilização do termo "*paradoxal*" como figura de linguagem enfatiza a contradição existente e destaca a discrepância entre a importância do assunto e o tratamento que recebe no campo específico da psicologia.

A complexidade da questão do suicídio, relacionando-a com a problemática do abuso de álcool e drogas, se apresenta como um holofote importante para se pensar a saúde mental e a interação de fatores sociais nesse contexto. O que aponta para necessidade de compreender o suicídio como resultado de uma teia de questões complexas, afastando-se da ideia simplista de uma única causa. Stoppa, Wanderbroocke e Azevêdo (2020) evidenciam a subutilização de abordagens intersetoriais ao abordar o suicídio, o que leva os profissionais a permanecerem direcionados a práticas mais voltadas a saúde do corpo que, apesar de essenciais para a sobrevivência e manutenção da vida, não conseguem abarcar totalmente um fenômeno complexo como o suicídio.

*Dizem que a clínica álcool e drogas é a clínica da frustração porque esse paciente vai e volta o tempo inteiro. Então até esse problema de álcool e drogas é marcado por essas questões sociais, sabe. Então é uma complexidade muito grande, é uma teia de coisas que acho que culminam na tentativa de suicídio e aí as pessoas querem sempre associar a uma coisa só. (Silvia, psicóloga do CAPS, 20 anos de atuação profissional)*

Na metáfora, "*a clínica álcool e drogas é a clínica da frustração*" a participante compara a clínica de tratamento de álcool e drogas com a ideia de frustração, indicando que os pacientes nessa situação passam por um ciclo de avanços e retrocessos, retornando ao tratamento várias vezes. Essa comparação ressalta a dificuldade e a complexidade envolvidas no tratamento dessas questões.

Além da metáfora, também é possível identificar a figura de linguagem sinestesia, que consiste na fusão de sensações diferentes. Silvia menciona que o problema de álcool e drogas é "*marcado por essas questões sociais*". Aqui, a palavra "*marcada*" atribui uma qualidade (visível, palpável) a uma questão social, estabelecendo uma conexão entre elementos diferentes para transmitir a ideia de como as questões sociais estão intrinsecamente ligadas ao problema de álcool e drogas.

Quando perguntada sobre quais seriam os pontos frágeis da rede, Carolina respondeu: *“A falta de implementação mesmo da política, a falta de capacitação de profissionais no tema do suicídio e acho que a falta de mobilização da própria academia em relação a esse tema que tem tido pouca projeção”*. Ao utilizar as expressões *“pouca projeção”* e *“falta de mobilização”*, através de lítotes, está subentendido que a academia não tem se dedicado ou engajado de forma suficiente ou adequada no tema do suicídio. A utilização dessa figura de linguagem tem o propósito de destacar a importância da mobilização da academia, ressaltando que o envolvimento nesse assunto é insuficiente ou pouco expressivo.

Outro desafio significativo enfrentado pela rede de atendimento psicossocial diz respeito à falta de preparação e conhecimento dos profissionais para lidar com o tema delicado do suicídio.

*A gente tem pouquíssimos psicólogos na rede pública de saúde, psicólogos que não estão preparados para lidar com isso e uma maneira de ver o suicídio ainda muito... Assim, não sei nem se essa é a palavra, mas ainda muito folclórica, muito idealizada... Até o suicídio pode ser idealizado, né.* (Silvia, psicóloga do CAPS, 20 anos de atuação profissional)

Nesse trecho, *“Até o suicídio pode ser idealizado, né”* a figura de linguagem presente é a hipérbole. Ao afirmar que o suicídio pode ser idealizado, Silvia exagera na intensidade da idealização, enfatizando a importância de compreender a gravidade desse fenômeno. Em suas análises, Foucault (2019) questionou os discursos e práticas que envolvem o suicídio, ressaltando a importância de uma abordagem crítica e contextualizada. Ele problematizou a tendência de patologizar o sofrimento mental e defendeu uma compreensão mais ampla dos fatores sociais, políticos e econômicos que podem constituir fatores protetivos ou de risco para o suicídio.

Nessas falas, são mencionados alguns aspectos que contribuem para o fenômeno do suicídio não receber a atenção necessária. São ressaltadas a falta de

implementação efetiva das políticas relacionadas ao tema, a carência de capacitação adequada dos profissionais de saúde nesse assunto específico e a pouca mobilização da academia em relação a essa questão. Esses fatores acabam resultando em pouca projeção do tema e na falta de ações efetivas para lidar com a problemática do suicídio.

Essas reflexões evidenciam a importância de uma abordagem abrangente e integrada da rede de saúde mental no enfrentamento do suicídio. A compreensão dos desafios e das lacunas presentes na rede é essencial para o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção, cuidado e suporte às pessoas em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, é indicado em diversos artigos da literatura a respeito do tema, a falta de capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de casos de tentativa suicídio (AMORIM et al, 2021; SOUSA et al, 2019; PYPCAK et al, 2022; ALMEIDA e VEDANA, 2020; MALGAREZI et al, 2020). Nestes casos, a rede não está preparada para dar a devida atenção a pessoas que passam por sofrimento psíquico, como descrito no discurso da profissional a seguir:

*Às vezes a atenção básica tem dificuldade no manejo da saúde mental porque parece que na saúde mental a pessoa só tem cabeça, não tem corpo, não é hipertensa, não é diabética, ela não tá no climatério. É frescura, é possessão demoníaca. (Ana Maria, psicóloga da policlínica, 22 anos de atuação profissional)*

Na expressão "*parece que na saúde mental a pessoa só tem cabeça*" utiliza-se uma hipérbole para dar ênfase excessiva dada apenas à parte psicológica da saúde, excluindo a consideração de outros aspectos físicos e de saúde da pessoa. A frase "*É frescura, é possessão demoníaca*" apresenta uma ironia, pois utiliza uma linguagem sarcástica para criticar a falta de compreensão e estigmatização em relação às questões de saúde mental. A ideia é transmitir a noção de que rotular

problemas de saúde mental como "*frescura*" ou "*possessão demoníaca*" é uma visão simplista de problemas extremamente complexos.

Foucault (2019) questiona a forma como a sociedade trata a loucura, destacando a arbitrariedade dos diagnósticos e a submissão dos indivíduos ao poder institucional. Ele critica a medicalização excessiva da loucura, argumentando que ela foi transformada em uma patologia a ser tratada e controlada, em vez de ser compreendida em sua complexidade.

A RAPS em Manaus deveria alcançar um modelo aberto, baseado numa lógica de atendimento comunitário, considerando inclusive a diversidade cultural e social existente. Essa abordagem reconhece a importância das redes de apoio locais, dos laços familiares e dos contextos sociais na recuperação e no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico. No entanto, apesar dos benefícios evidentes desse modelo de atendimento, ainda persistem estereótipos e receios em relação ao cuidado das pessoas em sofrimento.

*"A gente sempre teve a bandeira antimanicomial, mas o manicômio não saiu das pessoas ainda, sabe, de muitos profissionais"* (SILVIA). A expressão "*o manicômio não saiu das pessoas ainda*" utiliza uma comparação implícita entre o manicômio, como símbolo da institucionalização e segregação da loucura, e a mentalidade ou postura dos profissionais de saúde. A metáfora sugere que há uma persistência de ideias e práticas ligadas aos manicômios, mesmo que essas instituições físicas tenham sido desmontadas.

Ao mencionar que "*o manicômio não saiu das pessoas ainda, sabe, de muitos profissionais*", é possível fazer uma relação com a análise de Foucault (2014) sobre as instituições disciplinares e o poder exercido por meio dessas estruturas. "Vigiar e Punir" aborda a forma como o poder é exercido através de mecanismos de

disciplina, normalização e controle, não apenas nas prisões, mas também em outras instituições, incluindo os hospitais psiquiátricos. Essa obra de Foucault pode ser utilizada para ampliar a compreensão da persistência de mentalidades e práticas relacionadas ao poder institucional, destacando como essas ideias são perpetuadas mesmo após a suposta desmontagem física das instituições manicomiais.

Esses estereótipos podem levar à discriminação e ao estigma, impedindo que as pessoas procurem ajuda e recebam o suporte necessário dentro das UBS e Hospitais Gerais. Fato apontado por uma das profissionais da rede, ao tratar da implantação de leitos em um Hospital da rede de saúde do município de Manaus:

*(...) mas nada foi feito porque a direção do local entendeu que o hospital era dele e que ele não iria colocar, como ele dizia, "loucos" no hospital, "doidinhos no hospital", como ele falava. Então é bem difícil mudar essa mentalidade e ainda assim a saúde mental continua sendo sempre tão desprestigiada. (Nise, psiquiatra, 14 anos de atuação profissional)*

A figura de linguagem hipérbole consiste na utilização exagerada de palavras para enfatizar uma ideia ou sentimento, nesse caso, o uso da expressão "*sempre tão desprestigiada*" amplifica a noção de que a saúde mental é frequentemente desvalorizada ou negligenciada, ressaltando a intensidade do problema.

É de extrema importância que a RAPS em Manaus promova a integração com outros serviços de saúde, a fim de garantir uma abordagem abrangente e coordenada. Essa integração deve envolver diferentes níveis de complexidade e equipamentos de saúde como UBS e Hospitais gerais. Com uma cidade que possui demanda crescente por serviços de saúde mental, uma rede de saúde mental bem integrada é essencial para garantir o acesso e a continuidade do cuidado.

A colaboração entre os diferentes serviços de saúde, como unidades básicas de saúde que podem identificar casos iniciais, centros de atenção psicossocial que oferecem atendimento especializado e serviços de urgência para situações de emergência, é fundamental para proporcionar uma assistência completa e efetiva,

principalmente em casos de suicídio (STOPPA; WANDERBROOKE; AZEVÊDO, 2020). Todavia, ainda que a RAPS em Manaus tenha uma organização na promoção do cuidado em saúde mental, é importante ressaltar que persistem reflexos da antiga concepção de loucura como algo a ser segregado da sociedade.

Nesta realidade existem desafios a serem enfrentados, e por essa perspectiva buscou-se entender como a RAPS atende a casos de suicídio. Para tanto foi elaborado um fluxograma para entender essa realidade.

## 5.2 A PERFORMANCE PRESCRITA DA REDE<sup>8</sup>

A Rede de Atenção Psicossocial é parte integrante da atual Política Nacional de Saúde Mental. Seu objetivo é fortalecer o cuidado para pessoas com sofrimento psíquico, adotando um modelo aberto e baseado na comunidade. A RAPS visa atender às necessidades psicossociais, incluindo transtornos mentais e problemas relacionados ao abuso de crack, álcool e outras substâncias.

A RAPS engloba uma variedade de equipamentos de saúde que são integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes níveis de complexidade, desde a atenção básica até a alta complexidade. Alguns exemplos desses equipamentos são: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UAs), SAMU 192 e unidades hospitalares de atendimento de urgência, entre outros.

Atualmente, na página online da Secretaria de Saúde do Município, a rede está organizada com os seguintes equipamentos:

---

<sup>8</sup> Utiliza-se aqui o termo “prescrito”, emprestado da psicologia do trabalho (BEDIN, FONTES, BRAATZ, 2020), para discorrer a respeito do funcionamento esperado da RAPS tal como as legislações estabelecem. É evidente, no entanto, uma grande diferença entre esse funcionamento e a realidade da rede em Manaus.

Quadro 2 – Locais e horários de funcionamento dos dispositivos da RAPS

<b>UNIDADE</b>	<b>ENDEREÇO</b>	<b>HORÁRIO DE ATENDIMENTO</b>
CAPS III Benjamin Matias Fernandes	Av. Maneca Marques, 1916 – Pq. 10 de Novembro	7h às 17h
CAPS AD III Dr. Afrânio Soares	Alameda Espanha, 5 – Conj. Jardim Espanha, Aleixo	7h às 17h
CAPSi Leste	Av. Adolpho Ducke, 1221 – Conj. Acariquera, Coroadó	7h às 17h
CAPSi Sul	Rua Santa Catarina, 3 – Pq. das Laranjeiras	7h às 17h
CER II – Físico e Intelectual	Rua Teresina, 99 – Nossa Senhora das Graças	7h às 18h
Policlínica Dr. José Antônio da Silva	Rua Grumixava, 55 – Monte das Oliveiras	Consultar telefone
Policlínica Ana Barreto	Av. Autaz Mirim, 1665 – Jorge Teixeira	Consultar telefone
Clínica da Família Antônio Reis	Rua São Lázaro, 45 – São Lázaro	Consultar telefone
Policlínica Castelo Branco	Rua Papa João XXIII, s/n – Pq. 10 de novembro	Consultar telefone
Policlínica Dr. Antônio Comte Telles	Rua Barreirinha, s/n – São José Operário	Consultar telefone
Policlínica Dr. Raimundo Franco de Sá	Rua Virgílio Ferreira, s/n – Alvorada	Consultar telefone
Policlínica Dr. Djalma Batista	Rua 23 de Dezembro, s/n – Compensa	Consultar telefone
NASF Nilton Lins (ESF-454, ESF-455, ESF-456)	Av. Professor Nilton Lins, 2344 – Flores	Consultar telefone
NASF Enf. Ivone Lima dos Santos (ESF-117, ESF-128, ESF-135, ESF-148)	Rua Luís Corrente, s/n – Coroadó	Consultar telefone
NASF Enf. Josephina de Mello (ESF-139, ESF-140, ESF-141)	Rua Cupiuba, 232 – Jorge Teixeira	Consultar telefone

Fonte: SEMSA (2023).

Entretanto, esses equipamentos parecem estar listados porque possuem profissionais de saúde mental na equipe da unidade, mas não parece haver um fluxo organizado e contínuo na rede, nem distribuição e organização de responsabilidade entre esses equipamentos. Inclusive, não parece haver uma comunicação efetiva entre os equipamentos do estado e do município. No site da SES-AM, estão listadas como unidades de atenção psicossocial apenas o CAPS III Dr. Silvério Tundis, o CESMAM e o CRDQ, nenhuma das páginas apresenta fluxo com organização e comunicação entre os dispositivos.

É necessário mencionar que, apesar de ser um sistema abrangente que aborda diversas necessidades de saúde mental, há algumas limitações em relação

ao atendimento especializado. Essas limitações podem incluir a ausência de protocolos específicos e a necessidade de capacitação adicional para os profissionais da rede de saúde para ampliação do atendimento sobretudo nas UBS, na atenção primária, e nos hospitais gerais, que em muitos casos não estão preparados para atender a casos relacionados a saúde mental, como em casos de ideação suicida ou tentativa de suicídio. De acordo com os discursos das profissionais, a efetivação dos atendimentos para casos de suicídio apresenta vários desafios de acordo com as categorias que se seguem.

### 5.3 A PERFORMANCE REAL DA REDE

Em Manaus, a rede de hospitais e prontos-socorros enfrenta desafios significativos no atendimento de casos de tentativa de suicídio. A seguir são apresentados três quadros com os endereços das unidades descritas pelas participantes de como a rede tem funcionado, em seguida mostra-se o mapa, com as respectivas zonas em que esses dispositivos estão situados e distribuídos na cidade de Manaus, e o fluxograma de atendimento na RAPS.

Quadro 3 – Locais que atendem casos de tentativa de suicídio com risco de vida

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ENDEREÇO</b>
Hospital e Pronto-Socorro 28 de Agosto	Av. Mário Ypiranga, nº 1581 – Adrianópolis
Hospital e Pronto-Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo	Av. Autaz Mirim, s/n – Jorge Teixeira
Hospital e Pronto-Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	Alameda Cosme Ferreira, nº 3937 – São José I
Hospital Infantil Dr. Fajardo	Av. Joaquim Nabuco, nº 1886 - Centro
Hospital e Pronto-Socorro da Criança Zona Leste	Alameda Cosme Ferreira, s/n – São José I
Hospital e Pronto-Socorro da Criança Zona Oeste	Av. Brasil - Compensa
Hospital e Pronto-Socorro da Criança Zona Sul	Av. Codajás, nº 26 - Cachoeirinha
Centro de Saúde Mental do Amazonas (CESMAM)	Av. Desembargador João Machado, s/n – Planalto

Fonte: elaborado pela autora do presente trabalho.

Quadro 4 – Locais que atendem casos de ideação suicida associada a transtorno mental grave

<b>INSTITUIÇÕES</b>	<b>ENDEREÇO</b>
CAPS III Dr. Silvério Tundis	Av. 7 de Maio, s/n – Santa Etelvina
CAPS III Benjamin Matias Fernandes	Av. Maneca Marques, 1916 – Parque 10
CAPS III Álcool e Drogas Dr. Afrânio Soares	Av. Ephigênio Sales, nº 5, Conj. Jardim Espanha – Aleixo
CAPSi Sul	Rua Santa Catarina, nº 3 – Parque das Laranjeiras
CAPSi Leste	Av. Adolpho Ducke, 1221, Conj. Acariquara – Coroadó

Fonte: elaborado pela autora do presente trabalho.

Quadro 5 – Locais que realizam apoio emocional e prevenção ao suicídio

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ENDEREÇO</b>
Posto de Atendimento Presencial do CVV	Av. Codajás, 28 - Cachoeirinha

Fonte: elaborado pela autora do presente trabalho.

O Hospital e Pronto-Socorro 28 de Agosto, localizado na zona centro-sul, na Av. Mário Ypiranga, nº 1581, no bairro Adrianópolis, é um dos poucos hospitais gerais que ainda recebe esses casos de urgência. Porém, essa responsabilidade é assumida somente quando o CESMAM não possui a estrutura necessária para lidar com a emergência que o caso exige.

O mesmo cenário se repete no Hospital e Pronto-Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo, situado na zona leste, na Av. Autaz Mirim, s/n, no bairro Jorge Teixeira. Esses hospitais, embora tenham a capacidade de oferecer atendimento emergencial e especializado, ainda não têm sido priorizados para lidar com casos de tentativa de suicídio. O Hospital e Pronto-Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, localizado na Alameda Cosme Ferreira, nº 3937, no bairro São José I, também na Zona Leste não têm recebido a atenção necessária para oferecer cuidados e suporte adequados a casos de tentativa de suicídio.

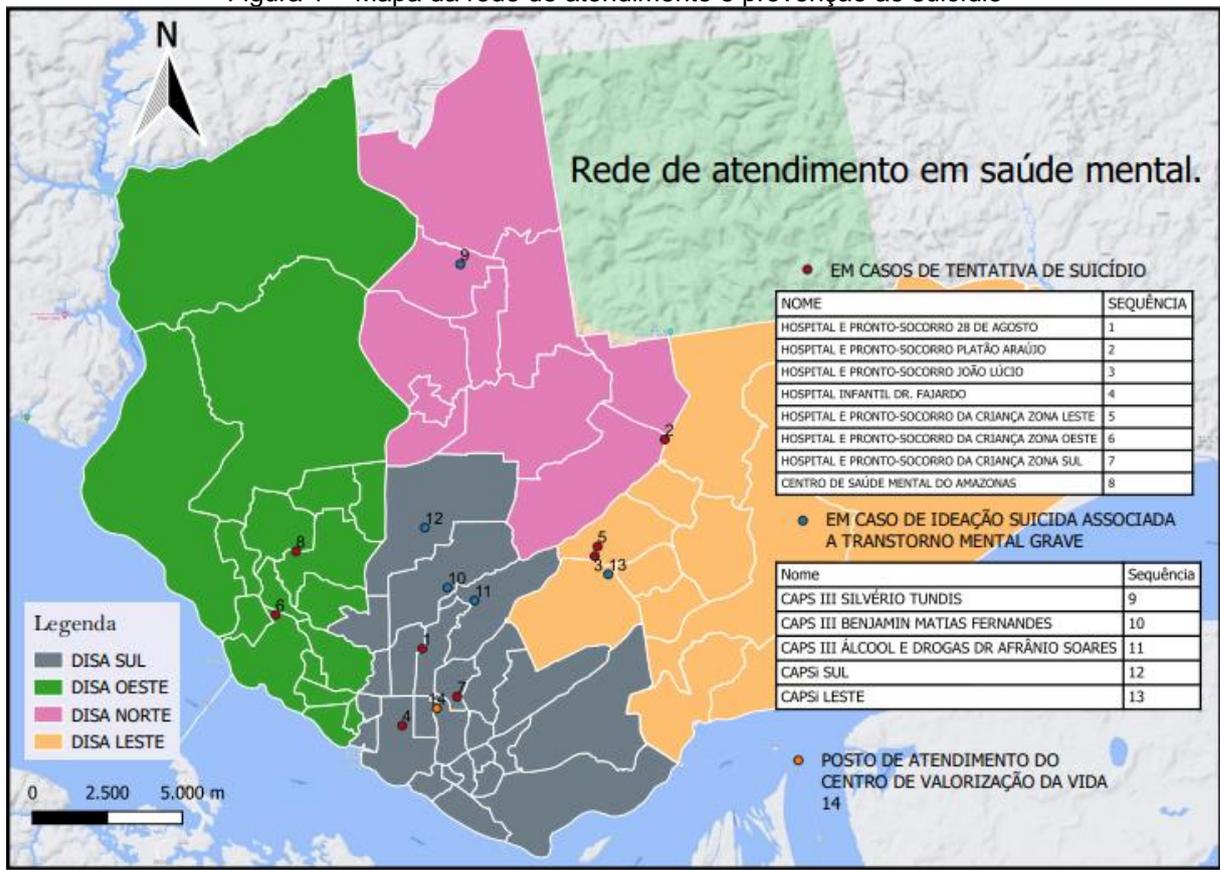
A situação se agrava quando se trata de crianças e adolescentes. O Hospital Infantil Dr. Fajardo, situado na Av. Joaquim Nabuco, nº 1886, no centro, deveria oferecer atendimento em saúde mental para casos de tentativa de suicídio nessa faixa etária, contando com uma equipe especializada nesse público. Da mesma forma, os hospitais e prontos-socorros da Criança, localizados em diferentes zonas

da cidade, como Alameda Cosme Ferreira, Zona leste, Av. Brasil, zona oeste e Av. Codajás, zona centro sul, também deveriam proporcionar um atendimento específico para crianças e adolescentes que passaram por tentativas de suicídio.

O único centro de emergência que tem cumprido o objetivo de atender a esses casos, ainda com limitação em função da alta demanda e estrutura física, é o CESMAM, localizado na Av. Desembargador João Machado, s/n, no bairro Planalto Zona Oeste de Manaus. Essa unidade é especializada, entre outros serviços, no atendimento e acompanhamento de casos de tentativa de suicídio, oferecendo assistência médica e psicológica.

Essa dificuldade da rede em atender prontamente casos de tentativa de suicídio em diferentes unidades de saúde reflete uma falta de prioridade e recursos direcionados a essa questão tão delicada. É essencial que as autoridades competentes e responsáveis pela saúde mental em Manaus tomem medidas urgentes para garantir um suporte efetivo e adequado a todas as pessoas que necessitam de atendimento nesses momentos de crise e vulnerabilidade. Em Manaus, “(...) *Nós temos 2 CAPS pra dois milhões e trezentos habitantes, era pra termos 21*” (ANA MARIA). A participante parece considerar a proporção de um CAPS III a cada 100.000 habitantes, entretanto, alguns autores apontam fórmulas específicas para calcular o índice de cobertura de CAPS, nas suas diversas modalidades, em cada cidade de acordo com a região de saúde (MACEDO, CAMARGOS, 2021).

Figura 1 – Mapa da rede de atendimento e prevenção ao suicídio



Fonte: elaborada pela autora do presente trabalho.

No âmbito do atendimento em casos de ideação suicida associada a transtorno mental grave, a cidade de Manaus conta com diversos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III que oferecem suporte especializado. Entre eles, destacam-se:

- CAPS III Dr. Silvério Tundis, localizado na Av. 7 de Maio, s/n, em Santa Etelvina. Esse centro tem como objetivo fornecer atendimento integral aos indivíduos que apresentam transtorno mental grave e persistente, a presença de ideação suicida associada a esses transtornos pode ser atendida nesse local.
- CAPS III Benjamin Matias Fernandes, situado na Av. Maneca Marques, nº 1916, no Parque 10. Esse centro também está preparado para oferecer

suporte adequado às pessoas que enfrentam ideação suicida em decorrência de transtornos mentais graves.

- CAPS III Álcool e Drogas Dr. Afrânio Soares, na Av. Ephigênio Sales, nº 5, Conj. Jardim Espanha, no bairro Aleixo. Além do foco no tratamento de dependência química, esse CAPS III também oferece suporte aos indivíduos que apresentam ideação suicida associada a transtornos mentais graves.

Além dos CAPS III, a cidade também dispõe de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) que atendem crianças e adolescentes que enfrentam esse tipo de situação. Destacam-se:

- CAPSi Sul, localizado na Rua Santa Catarina, nº 3, no Parque das Laranjeiras. Esse centro pode receber crianças e adolescentes que apresentam ideação suicida associada a transtorno mental grave, fornecendo um ambiente acolhedor e especializado para o tratamento.
- CAPSi Leste, na Av. Adolpho Ducke, nº 1221, Conj. Acariquara, no bairro Coroadó. Esse centro também pode oferecer suporte às crianças e adolescentes que enfrentam ideação suicida em decorrência de transtornos mentais graves, proporcionando um atendimento abrangente e qualificado.

Esses centros desempenham um papel fundamental no cuidado e tratamento das pessoas que apresentam ideação suicida associada a transtorno mental grave em Manaus. No entanto, é importante ressaltar a necessidade contínua de investimentos e recursos para fortalecer a rede de assistência e garantir um suporte efetivo a esses indivíduos, que enfrentam uma condição tão delicada e complexa. A promoção de uma atenção integral e qualificada é essencial para prevenir a ocorrência de suicídios e promover a saúde mental na comunidade.

O Centro de Valorização da Vida (CVV) se enquadra como um processo à parte, desempenhando um papel importante na oferta de suporte emocional e escuta ativa para pessoas que apresentam ideação suicida. O CVV é uma organização que disponibiliza atendimento nas modalidades telefônica, online e presencial, oferecendo um espaço seguro para que indivíduos possam expressar seus sentimentos e compartilhar suas angústias.

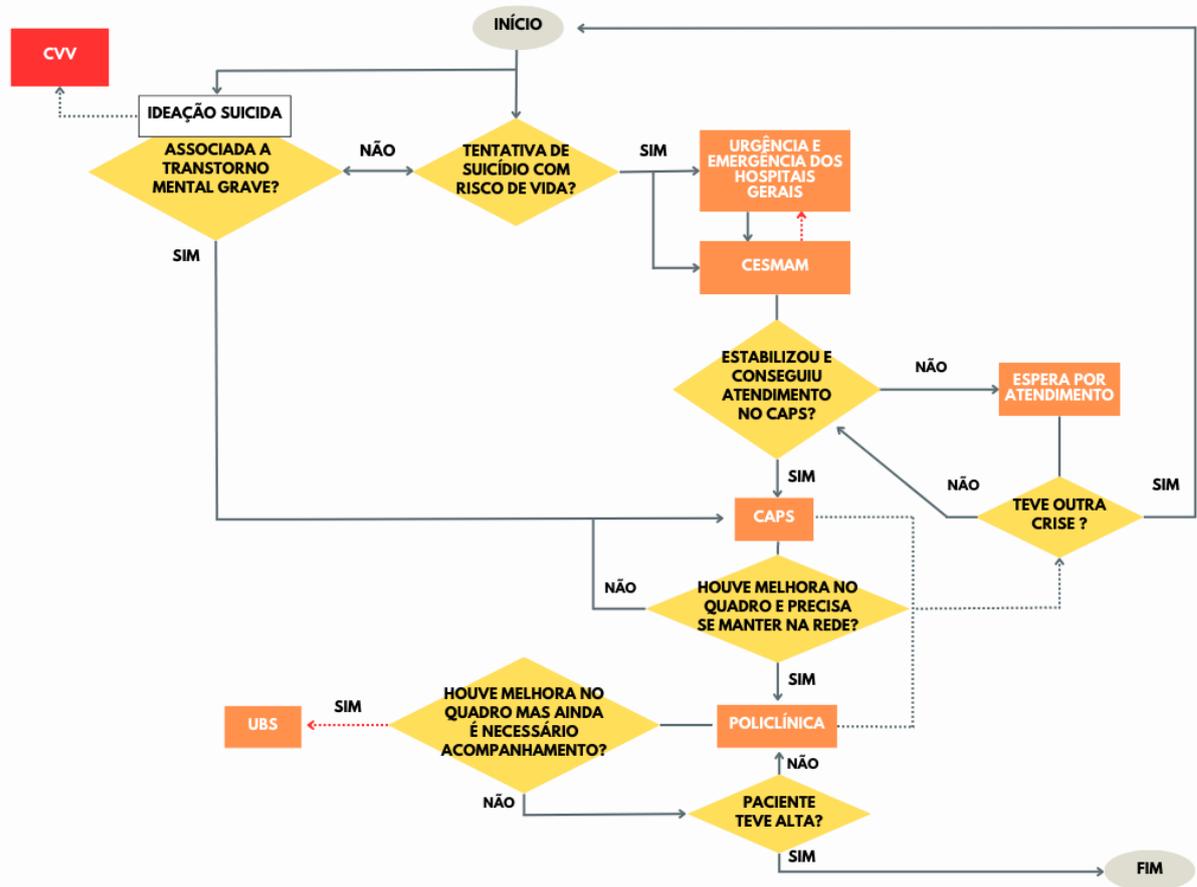
No entanto, é importante ressaltar que o CVV não possui a função de encaminhar diretamente as pessoas em situação de ideação suicida para a rede de serviços de saúde mental, conforme relatado por Fúlvia, uma das entrevistadas desta pesquisa que foi voluntária do CVV. O principal objetivo da organização é fornecer um espaço de acolhimento e escuta, promovendo a reflexão, oferecendo apoio emocional e auxiliando na busca por alternativas e recursos disponíveis. Segundo Fúlvia, os voluntários do CVV não estão autorizados a realizarem encaminhamentos nem entrarem em contato com serviços de emergência. Em alguns casos, a espera por atendimento online e telefônico pode levar até 3 horas.

É fundamental compreender que o CVV desempenha um papel importante como uma primeira linha de suporte emocional, mas para um tratamento efetivo e uma abordagem multidisciplinar, é necessário o envolvimento da rede de serviços de saúde mental, que pode oferecer acompanhamento profissional e recursos específicos para cada caso.

Portanto, embora o CVV ofereça um serviço essencial de escuta e apoio emocional, é fundamental que, quando necessário, as pessoas sejam encaminhadas para os serviços adequados da rede de saúde mental, que possuem profissionais capacitados para avaliar, tratar e acompanhar casos de ideação suicida com transtornos mentais graves. A colaboração entre o CVV e a rede de saúde mental

seria essencial para garantir um suporte completo e abrangente às pessoas que enfrentam esse desafio.

Figura 2 – Fluxograma de atendimento em casos de tentativa de suicídio e ideação suicida



Fonte: elaborada pela autora do presente trabalho baseado nas falas das participantes.

A elaboração deste fluxograma, nesta pesquisa, auxilia na compreensão desse fenômeno complexo e na promoção de estratégias efetivas de prevenção, mas sobretudo, ajuda a entender o funcionamento e desafios presentes na rede de atenção à saúde relativos ao atendimento a casos de suicídio na cidade de Manaus. Permite identificar o que pode ser implementado e melhorado a partir da identificação de padrões, fatores de risco e sinais de alerta, além de entender as etapas e intervenções necessárias para lidar com essa realidade.

Para explicação desse fluxo, será utilizado a concepção dos autores Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) a respeito dos conceitos de ideação suicida e

tentativa de suicídio. Em caso de ideação suicida, o usuário pode recorrer ao serviço nacional de escuta realizado pelo CVV que se caracteriza como uma possibilidade de acolhimento emergencial para amenizar o sofrimento. Se a ideação suicida é associada à transtorno mental grave, o usuário pode ir diretamente ao CAPS para o primeiro atendimento.

Em caso de tentativa de suicídio associada a risco de vida, o usuário pode ir à urgência dos hospitais gerais onde será encaminhada ao CESMAM ou pode ir diretamente no centro. É importante ressaltar que os hospitais gerais só atenderão em situações limite ou grave que envolvam procedimentos médicos que extrapolem a estrutura do CESMAM.

Após a estabilização, o usuário é encaminhado ao CAPS e, nesse momento, a depender do fluxo de atendimento, pode passar por um período de espera e será atendido mediante agendamento que demora, em média, 6 meses para acontecer. Se ocorrer outra crise aguda enquanto está aguardando atendimento, ela retorna para o serviço emergencial (CESMAM e Hospitais Gerais).

Se o atendimento em saúde mental resultar em melhora, o usuário é encaminhado a uma policlínica ou UBS, no entanto, as UBS não têm feito o acompanhamento ambulatorial por não ter estrutura, recursos humanos e capacitação adequada e as policlínicas só atendem mediante encaminhamento e apresentam número limitado de profissionais que não dão conta da alta demanda. Esta questão pode ser observada nesse fluxo, onde existe a possibilidade de o usuário passar por uma longa espera por atendimento e voltar aos serviços de emergência devido outra crise aguda, conforme descrito pelas participantes da pesquisa.

É importante ressaltar que se em qualquer momento ocorrer outra crise aguda enquanto o usuário estiver sendo atendido nos CAPS ou policlínicas, ele é encaminhado ao atendimento de emergência, prioritariamente ao CESMAM, para receber assistência médica e ser estabilizado a fim de continuar o acompanhamento.

#### 5.4 DESAFIOS DO ATENDIMENTO: DA FALTA DE ESTRUTURA À “PORTA GIRATÓRIA”

No relato das participantes, foi perceptível a limitação de estrutura da rede para atender a demanda, tanto em relação a estrutura física quanto em recursos humanos, além da falta de prioridade em relação a investimentos e vontade política de mudar a lógica de funcionamento e organizar a estrutura dos dispositivos no campo da saúde mental, como descrito a seguir:

*O que houve? Houve a abertura de leitos num local que não tem estrutura hospitalar e a gente não tem uma retaguarda hospitalar, melhorou em termos de estrutura física alguma coisa, mas diminuiu muito o número de leitos porque ao invés de 28, que o Ministério Público já considerava pouquíssimo, passou para 12 leitos e 4 cadeiras. (Nise, psiquiatra, 14 anos de atuação profissional)*

Ao declarar que *"Houve a abertura de leitos num local que não tem estrutura hospitalar e a gente não tem uma retaguarda hospitalar"*, Nise utiliza a antítese ao contrastar a abertura de leitos em um local sem estrutura hospitalar com a ausência de retaguarda hospitalar. A antítese ressalta a incoerência e a falta de condições adequadas para o atendimento aos pacientes. Outra participante fala sobre outro dispositivo:

*A gente chama isso de leito de retaguarda, nesta unidade a gente tem 16 leitos lá, mas em funcionamento apenas 4, por conta de questões estruturais que não são resolvidas, a “mão invisível” aí que não quer que as coisas se resolvam. (Ivone, gestora em saúde mental, 11 anos de atuação profissional)*

Na afirmação *"A gente chama isso de leito de retaguarda"*, a participante utiliza a metonímia ao mencionar o *"leito de retaguarda"* para se referir a uma

estrutura ou serviço de apoio existente em um dos Hospitais Gerais de Manaus. A metonímia substitui o termo específico (a estrutura ou serviço) pela sua função ou finalidade (leito de retaguarda) para facilitar a compreensão do contexto. Quando a profissional menciona *"a 'mão invisível' aí que não quer que as coisas se resolvam"* ela está utilizando a metáfora da *"mão invisível"* para representar forças ou influências ocultas que impedem a resolução das questões estruturais que afetam o funcionamento dos leitos de retaguarda. A metáfora sugere que existem obstáculos ou barreiras invisíveis que interferem na resolução dessas questões, enfatizando a complexidade e os desafios enfrentados na busca por melhorias na rede de atendimento psicossocial.

No contexto das relações de poder na área da saúde mental, Michel Foucault (2019) argumenta que as pessoas com problemas de saúde mental são frequentemente submetidas a práticas de exclusão e controle. Ele analisa como as instituições e discursos médicos constroem e estigmatizam as categorias de "loucura" e "anormalidade", impondo formas de disciplina e vigilância sobre aqueles que são considerados desviantes. Segundo o autor, a loucura foi marginalizada e excluída da sociedade, sendo confinada em instituições específicas, como hospitais e asilos. Esses espaços, conhecidos como hospícios ou asilos de loucos, tornaram-se símbolos da exclusão e do controle social exercido sobre os indivíduos considerados loucos. Entretanto, antes mesmo da criação de hospitais e asilos para alienados, Foucault (2019) menciona que inicialmente aqueles ditos "loucos" eram confinados nos leprosários, que se esvaziavam cada vez mais devido aos avanços da medicina no tratamento da hanseníase, na época chamada de "lepra". A exclusão e abandono, antes reservados àqueles que contraíam hanseníase, encontraram como substitutos os "loucos" e os leprosários logo voltaram a ficarem lotados.

“Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente, nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão reencontrados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem” (FOUCAULT, 2019, p. 6)

Menciona-se o fato porque um dos Hospitais Gerais mencionado pelas participantes iniciou suas atividades em 1942 com a segregação de portadores de hanseníase. Essa prática teve fim em 1978 e, no ano seguinte, o hospital foi vinculado à rede estadual de saúde. Atualmente, esse hospital atua como retaguarda para casos de urgência e emergência do Estado, bem como, unidade de assistência para pacientes com lesões vasculares e acompanhamentos clínicos diversos. Esse breve histórico é mencionado para refletir sobre o fato de que o local destinado pelo Estado para funcionarem os leitos de retaguarda para saúde mental é justamente uma instituição que foi inaugurada nos anos 40 como um leprosário, tal como Foucault relata ter acontecido no final da Idade Média.

Relacionando essa perspectiva foucaultiana ao tema dos leitos de retaguarda na saúde mental, podemos perceber como essas estruturas são moldadas pelas relações de poder presentes na sociedade. A metonímia utilizada pela participante ao mencionar o "*leito de retaguarda*" destaca a existência dessa estrutura de apoio no hospital em questão. No entanto, ao mencionar a "*mão invisível*" que impede a resolução das questões estruturais, a participante sugere a presença de forças ocultas e complexas que interferem no funcionamento desses leitos. Essa metáfora da "*mão invisível*" pode ser interpretada à luz da análise de Foucault (2019) sobre as relações de poder. Ela aponta para a existência de influências e obstáculos que atuam de forma sutil e velada, perpetuando práticas e estruturas que mantêm o controle sobre a saúde mental. Essas forças invisíveis podem representar os sistemas de poder institucionalizados, as normas sociais, as políticas públicas e as

ideologias dominantes que moldam a maneira como as pessoas com problemas de saúde mental são tratadas.

Dessa forma, a compreensão das relações de poder e sua influência na saúde mental é essencial para problematizar e buscar transformações na rede de atendimento psicossocial. Ao considerar as reflexões de Foucault (2019), podemos perceber a importância de uma abordagem crítica que questione as práticas de exclusão, estigmatização e controle, buscando uma atuação mais humanizada e emancipatória no campo da saúde mental.

Considerando estas forças e práticas de exclusão, as participantes mencionaram de diversas formas, a necessidade de investir na rede de saúde mental destacando campanhas e a situação da pandemia.

Todos os anos são realizadas muitas campanhas que levantam a necessidade de cuidado e prevenção ao suicídio sem uma rede de apoio que receba a demanda reprimida. Campanhas são importantíssimas, mas se faz necessário ter a retaguarda e as condições para atender e acompanhar os casos que procuram a rede de atendimento:

*Essa história de Janeiro Branco, Setembro Amarelo... Eu acho bacana a iniciativa, isso traz atenção a uma problemática que fica muitas vezes por baixo dos panos, saúde mental, setembro amarelo mais especificamente relacionado ao suicídio, mas eu tenho uma crítica a essas campanhas. Elas levantam uma bola, mas quem vai aparar essa bola depois? (Silvia, psicóloga do CAPS, 20 anos de atuação profissional)*

Na expressão “Elas levantam uma bola, mas quem vai aparar essa bola depois?” se utiliza a metáfora da bola para representar a problemática relacionada à saúde mental e ao suicídio abordados pelas campanhas. A metáfora ressalta que essas campanhas chamam a atenção para o assunto, mas não oferecem soluções concretas ou uma continuidade efetiva de apoio e cuidado. A figura de linguagem

ênfatiza a necessidade de ações práticas e sustentáveis para lidar com as questões abordadas pelas campanhas.

Outra profissional faz uma relação com a abertura de leitos durante o período pandêmico de COVID-19: *“Na pandemia foram feitos hospitais de campanha, aumentou-se leito. E na saúde mental? Não se abriu nem uma tenda”* (ANA MARIA). Nessa afirmação, se utiliza a figura de linguagem da comparação para ressaltar a discrepância entre as medidas tomadas para atender às demandas da saúde física e da saúde mental durante a pandemia. Ao mencionar que foram feitos hospitais de campanha com aumento de número de leitos para casos de saúde física, enquanto que na área da saúde mental não houve nenhuma iniciativa equivalente, a participante ênfatiza a falta de investimento e atenção para a saúde mental durante esse período desafiador. Neste sentido a figura de linguagem da comparação destaca a disparidade entre as prioridades dadas aos dois aspectos da saúde. Essa disparidade foi mencionada em 5 das sete entrevistas realizadas e pode ser confirmada por levantamento de Duarte e Garcia (2013). Segundo as autoras, os gastos públicos com saúde mental representam entre 2,2% a 2,9% do orçamento total em saúde pelo Ministério da Saúde. A profissional ainda afirmou que após a pandemia de COVID-19, estamos passando, no momento, por uma pandemia no campo da saúde mental e não se tem tido nenhum investimento nesse campo: *“Deveria existir pelo menos um maior incentivo já que havia o perigo de a quarta onda pandêmica ser na saúde mental”*. Diversos estudos corroboram a fala de Ana Maria e demais profissionais a respeito do escasso financiamento na área da saúde mental (TRAPÉ e CAMPOS, 2017; OLIVEIRA et al, 2020; CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020).

*A atenção básica não entende a saúde mental como parte do seu processo de cuidado, por que isso é complicado? Porque se eu pego toda e qualquer pessoa que tem qualquer sofrimento mental e levo pro CAPS, o que eu faço*

*lá? Incho o serviço, o CAPS vira ambulatório e aqueles casos que eu preciso que realmente fiquem dentro do CAPS não conseguem ser atendidos e aí eles fazem o que? Vão pra urgência/emergência psiquiátrica e fazem "porta giratória" porque eles não conseguem o atendimento na rede. (Ivone, gestora em saúde mental, 11 anos de atuação profissional)*

Utiliza-se a metáfora: *"Incho o serviço, o CAPS vira ambulatório"* para descrever a situação em que o serviço do CAPS fica sobrecarregado e passa a funcionar como um ambulatório. A metáfora destaca o aumento da demanda por atendimento em saúde mental e a conseqüente falta de capacidade do CAPS de atender a todos os casos de forma adequada. A comparação com um ambulatório sugere que o CAPS perde sua função original de oferecer um cuidado mais intensivo e especializado, resultando em limitações no tratamento.

Na expressão *"Fazem 'porta giratória' porque eles não conseguem o atendimento na rede"*, Ivone utiliza a metonímia da *"porta giratória"* para descrever a situação em que os pacientes não conseguem receber o atendimento adequado na rede de saúde mental e acabam retornando repetidamente às urgências/emergências psiquiátricas. Nise também utiliza a metonímia da *"porta giratória"* para descrever a situação em que os pacientes retornam repetidamente ao serviço de urgência em saúde mental:

*(...) é encaminhar e saber que esse paciente daqui a pouco vai ser atendido. Vai ter que esperar ou vai bater de novo no próprio serviço de urgência, por isso que a gente fala da "porta giratória": ele melhora, sai, mas como ele não consegue ser atendido vai agudizar novamente, ou por falta de medicação ou falta de atendimento então ele acaba voltando. (Nise, psiquiatra, 14 anos de atuação profissional)*

A metonímia faz referência à ideia de um movimento circular, simbolizando a falta de continuidade no tratamento e a necessidade de um suporte mais efetivo na rede de atendimento psicossocial. A expressão é usada para destacar o ciclo de melhora temporária, seguido pelo retorno dos sintomas quando o paciente não consegue obter o atendimento necessário. Esse fenômeno da "porta giratória" aparece em outros estudos da área da saúde e aponta para deficiências na

articulação entre os dispositivos de saúde na efetivação de políticas públicas efetivas voltadas para a saúde mental (GOMES, SILVA, CORRADI-WEBSTER, 2021).

Além disso, Nise também enfatiza a necessidade de encaminhamento adequado e a espera prolongada pelos pacientes, o que pode agravar sua condição devido à falta de medicação ou atendimento. Essa descrição enfatiza as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no acesso aos cuidados em saúde mental.

Uma visão estigmatizante pode resultar em barreiras e preconceitos que dificultam o acesso das pessoas em sofrimento psíquico aos serviços adequados. Segundo Ivone, *“quando a gente não tem uma rede de fato substitutiva com os serviços implantados o hospício grita, as internações gritam”*.

Nesse caso, a utilização da figura de linguagem prosopopeia personifica o hospício e as internações, atribuindo-lhes a ação de gritar. Essa figura de linguagem é utilizada para transmitir uma sensação de intensidade e dar ênfase ao impacto emocional das situações mencionadas e do quanto a rede precisa avançar para dar conta da demanda de usuários que necessitam da rede de saúde mental em Manaus. Ao tratar de rede, se faz importante que os demais profissionais de saúde, que não são da área de saúde mental, sejam sensibilizados e capacitados para que tenham a compreensão dessa realidade e façam atendimentos, sobretudo nos hospitais gerais e UBS.

*eu acho que a maior fragilidade, por mais que isso seja tido como um fenômeno de saúde pública, é que os demais profissionais de saúde que não são das áreas psi, ou seja psiquiatras e psicólogos, não se sentem capazes de lidar com o fenômeno e de muitas vezes fazer uma escuta, a prevenção e enfim. (Annita, gestora em saúde mental, 23 anos de atuação profissional)*

Annita utiliza a antonomásia para se referir aos profissionais de saúde que não possuem formação em psiquiatria e psicologia. A antonomásia consiste em

substituir o nome próprio por uma expressão que caracterize a profissão ou o grupo de pessoas. Nesse caso, a expressão *"os demais profissionais de saúde que não são das áreas psi"* é usada para destacar que esses profissionais podem sentir-se inseguros ou despreparados para lidar com questões relacionadas à saúde mental, incluindo a escuta, a prevenção e o tratamento do fenômeno do suicídio.

Essa figura de linguagem ressalta a importância das áreas de psiquiatria e psicologia na abordagem e tratamento das questões de saúde mental, sugerindo que profissionais de outras áreas podem enfrentar dificuldades em compreender e lidar adequadamente com essas questões. Faz-se importante também ampliar e organizar o número de profissionais e equipes para trabalhar com as diversas demandas de saúde mental, dando a condição e estrutura necessária para que estes profissionais possam trabalhar e realizar um bom atendimento na rede de saúde pública.

## 5.5 A LÓGICA AMAZÔNICA PARA PENSAR SAÚDE MENTAL

Na visão dos profissionais, no contexto da rede de atendimento psicossocial, surgem diversas questões a serem consideradas, especialmente quando se trata das particularidades culturais e interculturais. *"Uma outra questão do nosso Estado são as duas populações invisíveis: as comunidades ribeirinhas e os povos indígenas"* (IVONE).

Com essa metáfora da invisibilidade para descrever as comunidades ribeirinhas e os povos indígenas, a participante, destaca a falta de visibilidade e atenção que essas populações recebem na área da saúde mental. A metáfora enfatiza a necessidade de direcionar esforços e recursos para essas comunidades, reconhecendo seus desafios específicos e promovendo uma abordagem sensível e adequada às suas realidades.

Nesta perspectiva, a reflexão que emerge dos estudos de Butler (2021), ao considerar a abordagem da não violência como uma estratégia de enfrentamento, auxilia a pensar essas populações subalternizadas. A autora argumenta que a não violência é importante e não deve ser vista como uma postura passiva, mas, como uma forma poderosa de resistência e transformação social. Nesse sentido, a falta de visibilidade e atenção dada às comunidades ribeirinhas e aos povos indígenas na área da saúde mental pode ser entendida como uma forma de violência estrutural. E se faz necessário pensar espaços e ações de não violência com ações de autonomia e afirmação para essa população e para o enfrentamento do suicídio na região amazônica.

Na lógica de abordar a realidade da população indígena, Ivone cita três povos indígenas que possuem índices altos de suicídio e se encontram no estado do Amazonas. Ela diz que

*(...) nós temos três povos indígenas aqui em que a gente tem os maiores índices de suicídio no mundo: os Kulina que ficam no Juruá, os Hupda e os Yuhupdeh que ficam no Alto Rio Negro ali perto de São Gabriel da Cachoeira. São povos de recente contato que tem uma questão também cultural entre os povos em que eles são chamados de "rabo da cobra", "aqueles que não tem voz", "aqueles que não são gente" então para os outros povos indígenas (...) esses povos não são gente, são escravos. (Ivone, gestora em saúde mental, 11 anos de atuação profissional)*

A participante utiliza a antonomásia e a metáfora para se referir aos povos indígenas, mencionando as expressões "rabo da cobra", "aqueles que não têm voz" e "aqueles que não são gente". Essas expressões evidenciam a marginalização e a discriminação enfrentadas por esses povos, ressaltando a importância de reconhecer e valorizar suas vozes e identidades culturais.

Nesse sentido, a abordagem dessas diferenças torna-se complexa, exigindo uma compreensão sensível e a busca por estratégias de intervenção que respeitem e valorizem as particularidades de cada grupo. Pereira et al (2020) destacam pesquisa realizada no município de São Gabriel da Cachoeira, localizado no extremo

noroeste do estado do Amazonas, que apresentou uma taxa de suicídio de 27,6/100.000 indígenas, ou seja, um número seis vezes maior que o de suicídios que ocorreram na região metropolitana de Manaus. Esse dado nos remete não apenas ao fato de haver uma falha no sistema de apoio à saúde mental indígena, mas também a uma possível marginalização das entidades responsáveis por este serviço. A participante entrevistada relatou a importância de se olhar para os números de suicídio da população indígena no Amazonas.

*Então trabalhar com essas diferenças interculturais, com nós brancos também, é muito complicado, me preocupa muito a gente ter um dos maiores índices de suicídio do mundo dentro do Amazonas. E a questão do suicídio pra alguns povos indígenas é diferente do que é pra gente, conversando com alguns antropólogos eu soube que alguns preferem morrer porque dentro da cultura a morte significa retorna a paz, não tem essa conotação negativa, aí tem os conflitos com garimpeiros, madeireiros em que eles perdem parte do território deles então alguns preferem voltar pra "um lugar de paz", "um lugar de origem", né. Então é um Estado em que a gente tem diversas diferenças tanto territoriais quanto de povos e que mesmo assim a gente não pensa o planejamento de políticas. (Ivone, gestora em saúde mental, 11 anos de atuação profissional)*

No trecho mencionado, a oposição entre "*um dos maiores índices de suicídio do mundo*" e a percepção cultural indígena em relação à morte, ressalta uma diferença significativa. A antítese é uma figura de linguagem que consiste na aproximação de palavras ou ideias opostas com o objetivo de destacar contrastes e criar um efeito de intensidade. Ao mencionar que "*alguns preferem morrer porque dentro da cultura a morte significa retornar à paz*", a antítese é utilizada para enfatizar a diferença entre a concepção cultural indígena em relação à morte e a conotação negativa do suicídio na sociedade em geral. A oposição entre essas visões contrastantes destaca a complexidade de abordar o tema do suicídio no contexto intercultural do Amazonas. Portanto, essa figura de linguagem presente no trecho, evidencia o contraste entre a concepção do suicídio na cultura indígena e a perspectiva predominante na sociedade em geral, levantando a questão das diferenças culturais no planejamento de políticas relacionadas ao suicídio. Souza et

al (2020), a partir da revisão sistemática de literatura, indicam a importância do desenvolvimento de estratégias elaboradas em conjunto com a comunidade levando em consideração a cosmovisão a respeito do suicídio e aspectos sócio-histórico-culturais de cada etnia.

*O que me preocupa é nós brancos entrarmos pra trabalhar saúde mental com esses povos que tem uma percepção de mundo muito diferente da nossa e acabar hipermedicalizando, patologizando esses povos. (Ivone, gestora em saúde mental, 11 anos de atuação profissional)*

A participante utiliza os neologismos "*hipermedicalizando*" e "*patologizando*" para expressar o receio de que, ao trabalhar com as comunidades indígenas, os profissionais de saúde mental possam aplicar excessivamente diagnósticos médicos e tratar sua cultura e experiências como patologias. Essa figura de linguagem enfatiza a necessidade de adotar uma abordagem culturalmente sensível, evitando a medicalização excessiva e valorizando os conhecimentos e práticas tradicionais dessas comunidades.

A reflexão sobre as questões regionais levantadas por Ivone, relacionadas à população e à lógica da cultura amazônica, pode contribuir para o desenvolvimento de uma abordagem mais humanizada no contexto do suicídio e do atendimento em saúde mental no Amazonas. Ao considerar a lógica das populações ribeirinhas e indígenas, podemos reconhecer suas potencialidades e saberes ancestrais como recursos fundamentais na prevenção e tratamento do suicídio.

A lógica das populações ribeirinhas, que vivem em estreita relação com as águas e a natureza, pode ser valorizada como uma estratégia de cuidado. Aproximar-se do ambiente natural, com atividades terapêuticas realizadas em rios e florestas, pode promover conexão com a natureza e fortalecer o senso de pertencimento e bem-estar. Além disso, a arquitetura indígena, que incorpora a harmonia com o meio ambiente, pode ser explorada na criação de espaços de

acolhimento e tratamento, respeitando as tradições culturais e promovendo o conforto e a segurança dos pacientes.

Uma abordagem comunitária, ancorada nas atividades culturais das comunidades amazônicas, é essencial para romper com a lógica manicomial e a exclusão dos hospitais. Incentivar a participação ativa da comunidade no cuidado e prevenção do suicídio é fundamental. Isso pode ser realizado por meio de práticas integrativas, como a arte, a dança e o exercício físico, que promovem a expressão, a socialização e o fortalecimento dos vínculos comunitários.

Valorizar as manifestações culturais locais e envolver os moradores como agentes de transformação no campo da saúde mental contribui para uma abordagem humanizada e inclusiva. Júnior e Adsuara (2021) destacam a escassez de trabalhos referentes ao suicídio indígena no Brasil e a necessidade da psicologia no país se engajar na luta pela autonomia de povos latino-americanos.

Spivack (2010) nos convida a refletir sobre a importância de criar espaços e oportunidades para que esses povos, considerados subalternos, se expressem e sejam ouvidos. Reconhecer as particularidades culturais e interculturais dessas comunidades é fundamental para uma abordagem sensível e adequada em relação à saúde mental. Isso implica em garantir que as vozes dessas populações sejam incluídas na formulação de políticas, programas e práticas de atendimento psicossocial, a fim de enfrentar os desafios específicos que enfrentam.

Nesse contexto, as comunidades ribeirinhas e os povos indígenas são exemplos de povos considerados subalternos, cujas vozes e experiências muitas vezes são ignoradas ou negligenciadas no campo da saúde mental. A metáfora da invisibilidade ressalta a importância de garantir o espaço e a oportunidade para que

essas comunidades expressem suas necessidades, demandas e perspectivas, desafiando assim o silenciamento e a marginalização a que são submetidas.

Spivak (2010) argumenta que, dentro das estruturas coloniais e pós-coloniais, as vozes e perspectivas dos subalternos são frequentemente apagadas. Essas populações marginalizadas são frequentemente negligenciadas pelos sistemas de poder dominantes, como é ressaltado pelo contexto das comunidades ribeirinhas e dos povos indígenas. Essa falta de visibilidade e atenção resulta em uma ausência de recursos e apoio adequados em relação à saúde mental dessas populações.

Ao considerar a lógica das populações amazônicas, podemos identificar potencialidades únicas para enfrentar os desafios do suicídio e do atendimento em saúde mental. A diversidade cultural presente na região amazônica oferece alternativas ricas e criativas, que valorizam as particularidades de cada comunidade. Essa abordagem amplia a compreensão do fenômeno do suicídio, rompendo com visões simplistas e estereotipadas, e direciona o foco para a promoção do bem-estar e da resiliência. Ao enxergar essas potencialidades, podemos construir uma rede de cuidado que acolha, inclua e valorize as pessoas, promovendo a saúde mental e prevenindo o suicídio de forma mais humana e efetiva.

*A maior potencialidade que eu acho, no atendimento, são os profissionais mesmo. Pra trabalhar com essa temática você precisa realmente ter essa paixão, ter essa relação direta com a temática, enfim. Então eu acho que principal potencialidade é isso, são os profissionais, são as pessoas que se dedicam à causa. (Annita, gestora em saúde mental, 23 anos de atuação profissional)*

Outro discurso que reforça o anterior é o de que: “Os profissionais são os pontos fortes da rede porque se não fossemos nós, não existiria mais rede”. Ana Maria. No contexto das falas de Annita e Ana Maria, a hipérbole é utilizada para ressaltar a importância dos profissionais no atendimento em saúde mental. Annita afirma que a maior potencialidade no atendimento são os profissionais, enfatizando

que é fundamental ter paixão e uma relação direta com a temática para trabalhar nessa área. Ao utilizar a expressão "*a maior potencialidade*", ela está exagerando a importância dos profissionais, destacando que eles são essenciais para o bom funcionamento do atendimento em saúde mental.

Ana Maria, por sua vez, afirma que os profissionais são os pontos fortes da rede e que, sem eles, a rede não existiria. Nesse contexto, a hipérbole é utilizada para enfatizar a dependência da rede de profissionais dedicados e engajados, ampliando a importância desses profissionais na sustentação do sistema de atendimento em saúde mental.

*tem muita coisa que a gente já falou: a gente precisava de uma parceria com a atenção primária, a gente precisaria da inauguração de mais dispositivos de saúde mental, a gente precisaria de mais recursos humanos... No mundo ideal (risos) esse conjunto de coisas seria... A gente precisaria repensar o suicídio levando em considerações marcadores sociais, a gente precisaria de educação permanente, de profissionais que fizessem supervisão com a gente, como a gente tá tendo agora. (Sílvia, psicóloga do CAPS, 20 anos de atuação profissional)*

A repetição da expressão "*a gente precisaria*" se caracteriza como uma figura de linguagem denominada anáfora e sua utilização no início de cada ideia ressalta a importância dessas ações, enfatizando que são necessidades fundamentais para a melhoria do atendimento em saúde mental. Além disso, a repetição também cria um efeito de ritmo e cadência no discurso, contribuindo para a ênfase e a organização das ideias apresentadas.

*nada é melhor do que a Universidade próxima do SUS, próxima da saúde, acho que isso é algo que vocês podem fazer, participar mais, começarem a fazer parte do movimento de saúde da região, ir nas conferências... É nesses espaços que a gente promove as nossas pautas, né, eu acho que é isso. (Ivone, gestora em saúde mental, 11 anos de atuação profissional)*

Ao afirmar que "*nada é melhor do que a Universidade próxima do SUS*", a figura de linguagem hipérbole é utilizada para ressaltar a importância e o valor desse tipo de parceria. O uso do exagero intensifica a ideia de que essa proximidade entre a Universidade e o SUS é extremamente benéfica e que não há opção superior.

Dessa forma, se destaca a importância dessa relação para promover as pautas e movimentos de saúde na região.

## **6 DIFICULDADES QUE EMERGIRAM NA PESQUISA: QUESTÕES DE GÊNERO**

As dificuldades da pesquisa relacionadas às questões de gênero revelaram-se um desafio significativo durante a condução deste estudo. Ao buscar a compreensão das experiências dos profissionais da RAPS relacionadas ao tema do suicídio, entrevistar indivíduos de ambos os gêneros era fundamental para uma análise abrangente. No entanto, foram encontrados obstáculos ao tentar acessar a perspectiva masculina.

Durante as tentativas de entrevistar homens, foram encontradas resistência e limitações de disponibilidade de tempo por parte de um enfermeiro e de um socorrista do SAMU. O enfermeiro destacou a falta de tempo como um fator impeditivo, enquanto o socorrista mencionou a dificuldade de falar sobre o tema, ressaltando a sensibilidade e complexidade envolvidas. É importante salientar que a recusa em participar da pesquisa evidencia a delicadeza do assunto e a importância de abordar questões de gênero, pois a maioria dos casos de óbito decorrentes de suicídio ocorre entre homens.

Essas dificuldades encontradas durante a pesquisa enfatizam a necessidade de compreender e explorar as diferentes perspectivas de gênero ao abordar o tema do suicídio. Segundo Silva et al (2018), em uma pesquisa que analisou dados de 1980 a 2010, mais de 196 mil pessoas cometeram suicídio no Brasil, conforme registros oficiais do Ministério da Saúde. Embora as taxas de suicídio no país tenham variado pouco ao longo desse período, ocultam uma diferença significativa quando comparadas entre a população masculina e feminina.

Silva et al (2018) destaca que, no Brasil, o número de óbitos por suicídio entre os homens é quase quatro vezes maior do que entre as mulheres. Essa tendência não se restringe ao cenário brasileiro, mas é observada em âmbito mundial, com

uma taxa de óbitos por suicídio entre homens 3,5 vezes maior do que entre as mulheres em países de alta renda e 1,6 vezes superior em países de baixa e média renda.

A disparidade nos números de suicídio entre homens e mulheres no Brasil e em outros países, como evidenciado pelos dados mencionados, aponta para uma necessidade urgente de compreender as especificidades das experiências masculinas em relação ao suicídio. O fato de que a taxa de suicídio entre homens é substancialmente maior reforça a importância de se explorar os fatores sociais, culturais e psicológicos que contribuem para essa disparidade.

Diante dessas dificuldades encontradas na pesquisa, é crucial ressaltar que o recorte de gênero se faz necessário para uma compreensão mais abrangente do suicídio e para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção. Somente ao considerar as especificidades das experiências masculinas e femininas em relação ao suicídio poderemos promover intervenções mais adequadas, capazes de abordar as necessidades e desafios específicos de cada grupo.

Portanto, apesar das limitações enfrentadas em nossa pesquisa em relação à participação masculina, enfatizamos a importância de continuar a investigação sobre as questões de gênero e o suicídio, a fim de melhor compreendermos os fatores de risco e proteção envolvidos, bem como desenvolver estratégias preventivas mais eficazes, buscando reduzir as taxas de mortalidade alarmantes decorrentes de suicídio, principalmente entre os homens.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se o predomínio durante séculos de interdições religiosas e jurídicas em relação ao suicídio apesar do esforço de vários intelectuais em ampliar o debate. Quando a medicina começa a investigar o tema, novas concepções em relação ao suicídio puderam surgir. Primeiramente, reconhece-se que o suicídio está intrinsecamente ligado à saúde mental, sendo um reflexo de um profundo sofrimento psicológico enfrentado pelo indivíduo. Portanto, abordá-lo como uma questão de saúde permite uma compreensão mais abrangente e uma resposta mais adequada para prevenir e tratar essa grave problemática.

Além disso, afastar o suicídio do domínio exclusivo da religião e do direito é essencial para garantir uma abordagem humanitária e livre de preconceitos. Ao considerá-lo apenas como um ato pecaminoso ou criminoso, limita-se a compreensão da complexidade envolvida nas motivações e nas condições que levam alguém a buscar o fim de sua própria vida. Encarar o suicídio como um tema de saúde possibilita uma análise mais profunda dos fatores predisponentes, como transtornos mentais, pressões sociais, solidão e falta de suporte emocional, fomentando a busca de soluções eficazes.

Entretanto, é de importância fundamental notar que a promessa de emancipação do sujeito que a apreensão do fenômeno do suicídio pelo campo da medicina pareceu trazer a princípio também foi responsável por criar novas formas de sofrimento com as práticas de exclusão, abandono e violência que eram adotadas no interior de instituições psiquiátricas. O que parecia à primeira vista libertador revelou-se apenas um dispositivo disciplinar que substituiu os antigos. É necessário refletir sobre as diferentes maneiras com que atualmente ainda são reproduzidas ideias e práticas muito semelhantes àqueles tempos e o engajamento

dos profissionais em questionarem ou modificarem estruturas ainda presentes na sociedade que mantêm intactos elementos que levam as pessoas a desejarem e buscarem a própria morte.

Nota-se que esse trabalho foi realizado apenas com profissionais do sexo feminino apesar do gênero não ser um critério de inclusão/exclusão nessa pesquisa. Foram contactados dois profissionais do gênero masculino, mas eles não aceitaram participar da pesquisa, um deles chegou a dizer inclusive que, mesmo tendo experiência no atendimento a casos de tentativa de suicídio como profissional do SAMU, ele não se sentia bem trabalhando com essa demanda. É necessário trazer essa observação em relação ao gênero dos participantes pois o suicídio é um fenômeno que apresenta mortalidade quase 4 vezes maior entre homens, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (2020). É um dado importante, portanto, que mesmo entre os profissionais do gênero masculino que lidam com o fenômeno exista uma dificuldade em falar do assunto.

A partir da análise dos discursos das profissionais entrevistadas, foram criadas cinco categorias para a discussão dos principais desafios no atendimento a questões relacionadas a suicídio na RAPS. A primeira categoria apresentada diz respeito à falta de compreensão e a invisibilidade do suicídio por parte dos profissionais da rede de saúde mental revelam um problema significativo na abordagem desse tema sensível. É crucial que os profissionais sejam capacitados e sensibilizados para reconhecerem os sinais de alerta e agirem de forma apropriada para atender o suicídio.

Na segunda e terceira categoria apresentadas, fica evidente o contraste entre o funcionamento prescrito e real da RAPS e são expostas diversas barreiras que afetam a eficiência e a eficácia do atendimento. A rede enfrenta desafios

significativos no seu funcionamento: a dificuldade de atendimento nos hospitais gerais, UBS e policlínica e a comunicação inefetiva entre os dispositivos do Estado e do município dificultam o encaminhamento adequado dos pacientes, comprometendo o acesso e a continuidade dos cuidados. Outra dificuldade bastante destacada pelos discursos é em relação ao fluxo de atendimento que apresenta gargalos, resultando em grandes períodos de espera por atendimento. Além disso, alguns dispositivos da rede demonstram resistência em receber usuários, sobrecarregando os serviços de emergência em saúde mental, com os CAPS e o CESMAM, enquanto hospitais gerais, policlínicas e UBS também têm dificuldades em atender adequadamente.

A quarta categoria apresentada neste trabalho diz respeito a uma expressão que surgiu no discurso de algumas profissionais: a porta giratória. Esse fenômeno aparece na literatura científica (GOMES, SILVA, CORRADI-WEBSTER, 2021) e se caracteriza como o repetido retorno dos pacientes ao atendimento de emergência em saúde mental, refletindo as limitações estruturais e de recursos humanos da rede. Outros desafios apontados dizem respeito a estruturação do serviço como a escassez de leitos destinados a saúde mental, a falta de equipamentos adequados e as campanhas de prevenção ao suicídio que não garantem atendimento e continuidade nos serviços.

A última categoria diz respeito a uma abordagem amazônica para pensar o atendimento em saúde mental, o que pode oferecer alternativas viáveis e eficazes, rompendo com a lógica colonizadora e a visão manicomial. Levar em consideração as particularidades e diversidades culturais da região amazônica é fundamental para desenvolver estratégias de cuidado mental mais adequadas e culturalmente

sensíveis, contribuindo para a melhoria da saúde mental das comunidades amazônicas.

Faz-se necessário pensar o suicídio por diversas vertentes. É importante desenvolver mais pesquisas e questionamentos sobre o tema considerando as potencialidades do SUS e da rede de atenção psicossocial. O mapa nos deu uma visualização da realidade dos dispositivos, mas pode ajudar na formulação de perguntas que melhorem o atendimento e/ou gerem novas pesquisas, por exemplo: quantos CAPS devem ser implantados por região para dar conta da saúde mental da população em Manaus? Que fatores históricos, sociais e culturais contribuíram para que a capital do Amazonas tenha hoje uma cobertura tão deficitária em saúde mental? Como podemos pensar prevenção ao suicídio em comunidades ribeirinhas e povos indígenas?

É primordial falar do suicídio com mais responsabilidade e menos tabu e pensar populações consideradas subalternas como agentes de transformação e mudança social, valorizando suas lógicas que foram marginalizadas pela lógica colonizadora. É necessário discutir o assunto, considerando a realidade amazônica e criar estratégias e comunicação mais eficiente entre os dispositivos e sobretudo investir em recursos humanos, estrutura física e em políticas de formação de especialistas na área, visto que Manaus não possui suicidólogos. A partir do desenvolvimento dessas possibilidades podem surgir ações mais amplas, como o investimento e criação de programas de prevenção no campo da saúde pública na região Norte do Brasil.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, S. **Cidade de Deus – Parte I: Livros I a X**. Tradução de Oscar Paes Leme. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013. 440 p.
- \_\_\_\_\_. **Cidade de Deus – Parte II: Contra os pagãos**. Tradução de Oscar Paes Leme. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013. 592 p.
- ALMEIDA, A. S. de; VEDANA, K. G. G. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de Estratégias de Saúde da Família. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 92-99, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762020000400012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000400012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 jun. 2023.
- AMORIM, M. G. et al. Atitudes e percepções de professores e estudantes de medicina em relação ao suicídio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 4, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.4-20210299>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Maria Estephania da Costa Flores. Jandira, SP: Principis, 2021. 256 p.
- BAKHTIN, M. **Problemas da poética de Dostoiévski**. Tradução de Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981. 366 p.
- \_\_\_\_\_. **Estética da criação Verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Os gêneros do discurso**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Editora 34, 2016. 176 p.
- BARBAGLI, M. **O suicídio no Ocidente e no Oriente**. Tradução de Federico Carotti. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019. 549 p.
- BECKER, S. G. et al. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisitando a História e Compartilhando Memórias. **História da Enfermagem [Rev. Eletrônica]**, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2017. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v8/n1/a02%20-%20Centro%20Psiquiatrico%20Eduardo%20Ribeiro%20-%20Revisitando%20a%20Historia%20e%20Compartilhando%20Memorias.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2023.
- BEDIN, E. P.; FONTES, A. R. M.; BRAATZ, D. Discrepância entre o trabalho prescrito e o real: o caso dos fiscais de contrato de serviços terceirizados das universidades federais do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 22, n. 2, p. 232-249, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgn/a/4Fn6NdLMYjJkk9mmMcd7wsH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2023.

BOTEGA, J. N. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xY3cvFBxmGnnGYWcxjyrw5h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/HBQQM7PGMRLfr76XRGVYnFp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 6 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 6 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2019, p. 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm). Acesso em: 6 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Lei nº 14.531, de 10 de janeiro de 2023. Altera as Leis nº 13.675, de 11 de junho de 2018, que cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), e 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, para dispor sobre a implementação de ações de assistência social, a promoção da saúde mental e a prevenção do suicídio entre profissionais de segurança pública e defesa social e para instituir as diretrizes nacionais de promoção e defesa dos direitos humanos dos profissionais de segurança pública e defesa social; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2023, p. 2. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14531.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14531.htm). Acesso em: 6 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, 24 mai. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011, p. 230. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 6 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. Brasília, v. 52, n. 33, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf). Acesso em: 11 jun. 2023.

BUTLER, J. **A força da não violência**. São Paulo: Boitempo, 2021. 166p.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2020. 138 p.

CAPUTO, L. R. et al. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 91-106, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29203/21392>. Acesso em: 6 jun. 2023.

CRUZ, N. F. de 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**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

DESTRI, A.; MARCHEZAN, R. C. Análise dialógica do discurso: uma revisão sistemática integrativa. **Revista da Abralín**, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2021. Disponível em: <https://revista.abralin.org/index.php/abralin/article/view/1853/2287>. Acesso em: 4 jul. 2023.

DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L. T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307848822\\_Reforma\\_psiquiatrica\\_trajetoria\\_de\\_reducao\\_dos\\_leitos\\_psiquiatricos\\_no\\_Brasil\\_Psychiatric\\_Reform\\_the\\_path\\_of\\_psychiatric\\_beds\\_reduction\\_in\\_Brazil\\_Doi\\_105212Emancipacaov13i10003](https://www.researchgate.net/publication/307848822_Reforma_psiquiatrica_trajetoria_de_reducao_dos_leitos_psiquiatricos_no_Brasil_Psychiatric_Reform_the_path_of_psychiatric_beds_reduction_in_Brazil_Doi_105212Emancipacaov13i10003). Acesso em: 11 jun. 2023.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo de sociologia**. Tradução de Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Edipro, 2014. 391 p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: Nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. 302 p.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 2019. 662 p.

\_\_\_\_\_. V Direito de morte e poder sobre a vida. *In*: FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022. p. 145-175.

FREITAS, J. de L. et al. Revisão Bibliométrica das Produções Acadêmicas sobre Suicídio entre 2002 e 2011. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 7, n. 2, p. 251-260, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v7n2/13.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2023.

FREUD, S. Luto e Melancolia (1917). *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 245-266.

\_\_\_\_\_. Além do princípio do prazer (1920). *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 13-72.

GOMES, J. C.; SILVA, A. P. S. da; CORRADI-WEBSTER, C. M. Porta giratória no acolhimento de crianças e adolescentes usuários de drogas: desafios e manejos. **Psicologia e Sociedade**, Recife, v. 33, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33227932>. Acesso em 11 jun. 2023.

JÚNIOR, L. P. R.; ADSUARA, C. H. C. Suicídio indígena no Brasil: Uma revisão sistemática. **Revista NUFEN**, Belém, v. 13, n. 1, p. 70-82, 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912021000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 jun. 2023.

LEITÃO, C. L. **Internação, reinternação e reintegração de portadores de doença mental em Manaus: A experiência do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia). ULBRA, Manaus, 2000.

MACEDO, E. V. de; CAMARGOS, M. C. S. Avaliação da rede de atenção psicossocial: análise da cobertura dos CAPS em Minas Gerais. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 1-21, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.7023>. Acesso em: 13 jun. 2023.

MACHADO, J. P.; ZANELLA, A. V. Bakhtin, ciências humanas e psicologia: diálogos sobre epistemologia e pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 31, p. 1-17, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6gGsXXqW94XJy9vYmrnhgBy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 mai. 2023.

MAINLANDER, P. **Filosofia de la redención**. Tradução de Manuel Pérez Cornejo. Madrid: Alianza Editorial, 2020. 448 p.

MALGAREZI, V. A. et al. As percepções de psicólogos em relação ao suicídio: uma pesquisa qualitativa no cenário sul catarinense. **Revista Psicologia e Saúde**, Criciúma, v. 12, n. 2, p. 169-179, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2020000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 jun. 2023.

MILIONE, V. de S. O passo 62b do Fédon: a proibição do suicídio e o enigma do phourá. **Revista Archai**, Brasília, n. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/archai/a/kz3xtR9Njj78BpBVlr9tpcR/>. Acesso em: 27 mai. 2023.

MINAYO, M. C. de S.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Campo Grande, n. 40, p. 139-153, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/349/34958005002/html/#:~:text=Nele%20se%20discute%20a%20necessidade%20de%20fundamentos%20te%C3%B3ricos,parte%20operacional%20da%20pesquisa%20e%20como%20pr%C3%A1ticas%20te%C3%B3ricas>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MINOIS, G. **História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária**. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: Editora Unesp, 2018. 414 p.

NAVARRO, R. M. **A história da política de saúde mental do Amazonas: A reforma psiquiátrica e sua estruturação**. Dissertação (Mestrado em Socio-Antropologia e História da Saúde e da Doença na Amazônia) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2015. 119 p.

NIETZSCHE, F. **Crepúsculo dos Ídolos**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia de Bolso, 2017. 136 p.

OLIVEIRA, C. A. de et al. Sofrimento de profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 191-198, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FTnXwKk8MQGGrSBKgsJ5Kvq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

PEREIRA, P. M. B.; GOLDIM, M. P. de S.; BITENCOURT, R. M. de. O suicídio em indígenas da Amazônia Brasileira: uma revisão sistemática da literatura. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 65, n. 3, p. 1-7, 2021.

Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372387/ao-26571.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2023.

PINEL, P. **Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 271 p.

PLATÃO. **Fédon (ou Da Alma)**. Tradução de Edson Bini. Cambuci, SP: Edipro, 2016. 124 p.

\_\_\_\_\_. **As Leis**. Tradução de Edson Bini. Cambuci, SP: Edipro, 2021. 512 p.

PYPCAK, E. M. et al. Comportamento suicida em hospital geral e o conhecimento dos profissionais de enfermagem: estudo transversal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/80551/pdf>. Acesso em: 11 jun. 2023.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017. 96 p.

ROUSSEAU, J.-J. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. Tradução de Hugo Barros. Lisboa: Edições 70, 2020. 128 p.

SCHERMA, C. C.; TURATI, C. Uma leitura do texto Estrutura do Enunciado de V. N. Volochínov (1930). In: MIOTELLO, V. (org.). **Palavras e contrapalavras: enfrentando questões da metodologia bakhtiniana**. São Carlos: Pedro e João editores, 2012, p. 40-49.

SCHOPENHAUER, A. **O mundo como vontade e representação**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007. 432 p.

SEMSA. **Programas e serviços: saúde mental, c2023**. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/semsa/programas-e-servicos/saude-mental/>. Acesso em: 13 jun. 2023.

SHAKESPEARE, W. **A tragédia de Hamlet, príncipe da Dinamarca**. Tradução de Lawrence Flores Pereira. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2015. 318 p.

SILVA, B. F. A. da et al. O suicídio no Brasil contemporâneo. **Revista Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, p. 565-579, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/jptvxvwz7F6LmsxgZBjzjgr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2023.

SILVA, E. A. da. As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. **Revista Angolana de Sociologia**, Luanda, n. 12, p. 77-99, 2013. Disponível em: <https://journals.openedition.org/ras/740>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOUSA, J. F. de et al. Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 10, n. 2, p. 1-15, 2019. Disponível

em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732019000200201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200201&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 jun. 2023.

SOUZA, R. S. B. de; OLIVEIRA, J. C. de; ALVARES-TEODORO, J.; TEODORO, M. L. M. Suicídio e povos indígenas: revisão sistemática. **Revista panamericana de salub publica**, Washington, v. 44, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52373>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SPIVACK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010. 174 p.

STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. de S.; AZEVÊDO, A. V. dos S. Profissionais de Saúde no Atendimento ao Usuário com Comportamento Suicida no Brasil: Revisão Sistemática. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 4, p. 65-80, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2020000400007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 jun. 2023.

TAQUETTE, S. R.; BORGES, L. **Pesquisa Qualitativa para todos**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2020. 206 p.

TRAPÉ, T. L.; CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental no Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, Campinas, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3sXhdXkTM7m47WTDHBLFPyS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: Rede de atenção psicossocial – RAPS**. São Luís: EDUFMA, 2018. 66 p.

VALE, T. R. F. et al. Equipes de NASF-AB em um cenário de riscos para a atenção básica. **Temas em Educação e Saúde**, Araraquara, v. 18, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/15554/13215>. Acesso em: 6 jun. 2023.

VAN HOOFF, A. J. L. **From Autothanasia to Suicide: Self-Killing in Classical Antiquity**. London: Routledge, 1990. 332 p.

VOLTAIRE. **Dicionário filosófico**. São Paulo: Editora Lafonte, 2021. 464 p.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FERNTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista interamericana de Psicologia**, San Luis, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/26610518\\_Fatores\\_de\\_Risco\\_ou\\_Protecao\\_para\\_a\\_Presencade\\_Ideacao\\_Suicida\\_na\\_Adolescencia](https://www.researchgate.net/publication/26610518_Fatores_de_Risco_ou_Protecao_para_a_Presencade_Ideacao_Suicida_na_Adolescencia). Acesso em: 11 jun. 2023.

WHYTE, W. F. **Sociedade de esquina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. 392 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2019. 28 p.

## APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA

### DECLARAÇÃO

Segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados e quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Com isso, as entrevistas realizadas dentro do escopo metodológico da pesquisa intitulada **“SUICÍDIO E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RAIO-X DOS DISPOSITIVOS DE ATENDIMENTO E PREVENÇÃO EM MANAUS”** da Professora Dr. Consuelena Lopes Leitão, pesquisadora vinculada a Universidade Federal do Amazonas - UFAM, podem trazer riscos de desconforto emocional, constrangimento, e outros de ordem psicológica ou psicossocial.

Por isso mesmo que a Resolução 466/2012 ainda estabelece que o pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Assim, eu **Odlaci Rebeca Duarte Lima, psicóloga com CRP 20/06409** me responsabilizo em prestar assistência integral e acompanhamento psicológico em quaisquer situações de risco psicológico ou emocional envolvendo os sujeitos entrevistados na pesquisa em questão.

Manaus, 20 de julho de 2022.



**Odlaci Rebeca Duarte Lima**  
**Psicóloga**  
**CRP- 20/06409**

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do trabalho de conclusão de curso “SUICÍDIO E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RAIOS-X DOS DISPOSITIVOS DE ATENDIMENTO E PREVENÇÃO EM MANAUS”, sob responsabilidade da pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Consuelena Lopes Leitão e sua orientanda Flávia Carolina Silva Santos de Castro. Os objetivos do projeto são: realizar um recorte de concepções histórico-culturais sobre suicídio e suas repercussões psicossociais, mapear dispositivos presentes na rede para atendimento e prevenção do suicídio, identificar desafios nos serviços de saúde mental referentes ao atendimento e enfrentamento do suicídio. O(A) Sr.(a) está sendo convidado por se tratar de um(a) profissional que possui experiência no atendimento e/ou pesquisa sobre suicídio, residente da cidade de Manaus, Amazonas.

O(A) Sr.(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. Neste caso, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável através do e-mail: [consuelena@gmail.com](mailto:consuelena@gmail.com); ou com a orientanda: [flaviacsscastro@gmail.com](mailto:flaviacsscastro@gmail.com).

Caso aceite participar, sua participação consiste na realização de uma entrevista cujos objetivos são, entre outros, conhecer as percepções dos profissionais sobre a formação teórica/técnica para atuar no atendimento ao suicídio bem como a estrutura da rede de atenção para esse tipo de demanda. Você participará de uma entrevista presencial na Universidade Federal do Amazonas (Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 1200 - Coroado I, Manaus - AM, 69067-005) onde responderá perguntas acerca de sua experiência com a temática enquanto profissional em Manaus, Amazonas, com seu sigilo e privacidade sendo garantidos a todo tempo. A entrevista será gravada em áudio para auxiliar a pesquisadora na transcrição e posterior análise dos dados, a gravação em vídeo poderá ocorrer de maneira opcional mediante autorização do uso de imagem, voz e som para produção de conteúdo audiovisual.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) é a possibilidade de causar situações de desconforto e/ou

constrangimento devido ao caráter sensível do tema, onde podem vir à tona emoções e sentimentos negativos direcionados à determinadas vivências. Deixa-se claro que caso haja necessidade, a sua participação pode ser suspensa em prol de sua saúde psíquica.

É esperado como benefício com esta pesquisa, a contribuição científica sobre essa temática considerada atual e que constitui preocupação de saúde pública expresso através de estatísticas levantadas pelos órgãos públicos em relação as tentativas de suicídio e as mortes consumadas.

Estão assegurados ao(à) Sr.(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação ao dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Asseguramos seu direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário. É garantido a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr.(a). pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Consuelena Lopes Leitão, no endereço eletrônico [consuelena@gmail.com](mailto:consuelena@gmail.com) ou através do número de telefone (92) 98205-8475; e com a orientanda, Flávia Carolina Silva Santos de Castro, no endereço eletrônico [flaviacsscstro@gmail.com](mailto:flaviacsscstro@gmail.com) ou através do número de telefone (92) 98403-3393.

O(A) Sr.(a) também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: [cep@ufam.edu.br](mailto:cep@ufam.edu.br). O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr.(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

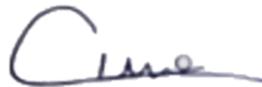
### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Declaro que concordo em participar do trabalho de conclusão de curso “SUICÍDIO E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RAIOS-X DOS DISPOSITIVOS DE ATENDIMENTO E PREVENÇÃO EM MANAUS.”

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Participante



---

Assinatura do Pesquisador Responsável

## APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Formação acadêmica/profissional

Que lugares atendem essas demandas? (nome, endereço, etc)

Como o contato com a temática se iniciou?

Considera que houve preparo teórico e técnico suficientes durante sua formação para trabalhar com a temática?

Quais estratégias de enfrentamento utiliza ao lidar com pacientes que tentaram suicídio?

Quais as maiores dificuldades no tratamento de pacientes que tentaram suicídio?

São feitas tentativas de acompanhar a família em caso de suicídios consumados? Se sim, como se dá esse acompanhamento?

Você sente que houveram repercussões psicológicas por trabalhar com a temática? Se sim, quais?

Quais você considera as maiores potencialidades na rede em relação ao atendimento e prevenção ao suicídio? E fragilidades?

Quais você considera os maiores desafios na rede?

Que sugestões você daria para melhorar o atendimento?

**Questões para a pesquisadora:** Sob que perspectiva(s) estuda suicídio? Quais as maiores dificuldades na pesquisa sobre o tema? Observa alguma(s) tendência(s) nas pesquisas sobre o tema? A pesquisa pode contribuir para o enfrentamento ao suicídio? Se sim, como?

**Questão para ex-voluntária do CVV:** Como se tornou voluntária? O CVV fornecia preparo teórico e/ou técnico para atender demandas relacionadas a suicídio? Realizava orientações ou encaminhamentos? Quais eram as maiores dificuldades nesse serviço?