

ARTIGO

O manejo de pessoas com comportamento suicida pela Rede de Atenção Psicossocial de Curitiba

The management of people with suicidal behavior by the Curitiba Psychosocial Care Network

Michel Morrone Proença^I, Diego Arrebola Rubin de Celis Camargo^{II}, Deivisson Vianna Dantas dos Santos^{III},
Sabrina Stefanello^{IV}

Resumo

Tratou-se de um estudo qualitativo e exploratório, com o objetivo de investigar o manejo de pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Curitiba. Na **introdução**, a pesquisa aborda o aumento significativo dos índices de suicídio no Brasil, em contraste com a tendência global de redução, problematizando diferentes abordagens de cuidado. Como **metodologia**, foram utilizadas entrevistas abertas com profissionais e usuários dos serviços de saúde, inseridos em Centros de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde de Curitiba. Todos os dados obtidos foram integralmente transcritos e analisados tendo como referencial a hermenêutica-gadameriana. Os **resultados** revelaram a importância do estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde para a manutenção do acompanhamento. Além disso, o uso de medicamento apareceu como grande ferramenta por parte dos profissionais, a ausência de inclusão da pessoa nas decisões sobre seu cuidado e pouca consideração de seu entorno. Como **conclusão**, tais estratégias centradas no vínculo são importantes para se evitar a lógica medicalizadora, que permeia o manejo atualmente, porém, também insuficientes quando se pensa em sua dimensão social.

Palavras-chave: Suicídio; Intervenção psicossocial; Saúde mental.

Abstract

This qualitative and exploratory study investigated how people with suicidal behavior are taken care in the Psychosocial Care Network (RAPS) of Curitiba. In the **introduction**, the research addresses the significant increase in suicide rates in Brazil in contrast to the global trend of reduction, problematizing different approaches to care. The **methodology** used was open interviews with professionals and users of health services, inserted in Psychosocial Care Centers and Basic Health Units in Curitiba. All data obtained were fully transcribed and

^I Michel Morrone Proença (michel.proenca@ufpr.br) é acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR), onde participa do projeto de pesquisa A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde. Foi ligante da Liga Acadêmica de Semiologia (LASEM) e da Liga Acadêmica de Psiquiatria (LAPSI), e atualmente é ligante da Liga de Neurologia (NEUROLIGA) da UFPR.

^{II} Diego Arrebola Rubin de Celis Camargo (diego.celis@ufpr.br) é acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

^{III} Deivisson Vianna Dantas dos Santos (deivianna@gmail.com) é médico psiquiatra, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com período sandwich na Université de Montréal (UnM). Atualmente é docente adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR), pró-reitor da Rede Nacional PROPSAUDE de mestrados profissionais em saúde da família, conselheiro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e pesquisador permanente dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde da Família da UFPR.

^{IV} Sabrina Stefanello (binastefanello@gmail.com) é médica psiquiatra, mestre e doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde realizou pós-doutorado em Saúde Coletiva. Pós-doutorado no Departamento de Artes e Ciências Sociais da Universidade de Montreal (Québec-Canadá). Atua como professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPR (mestrado em rede da Fiocruz e ABRASCO), professora permanente do Mestrado em Saúde Coletiva da UFPR.

analyzed using Gadamer's hermeneutics as a reference. The **results** revealed the importance of establishing bonds between users and health professionals for maintaining follow up. In addition, the use of medication appeared to be a great tool on the part of professionals, the lack of inclusion of the person in decisions about their care and little consideration of their surroundings. In **conclusion**, such strategies centered on bonding are important to avoid the medicalizing logic that permeates health care today, but they are also insufficient when considering their social dimension.

Keywords: Suicide; Psychosocial intervention; Mental health.

Introdução

O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais¹. Fatores como predisposição genética, alterações neuroquímicas, transtornos mentais subjacentes, experiências adversas na infância e condições socioeconômicas precárias estão fortemente associados ao suicídio²⁻⁴. Além disso, o estigma e a falta de conhecimento sobre o tema resultam em dificuldades no acesso a serviços de saúde e na perpetuação de abordagens inadequadas. A interseção desses fatores demonstra que o suicídio não pode ser tratado apenas como uma questão biomédica, mas deve ser entendido dentro de um contexto sociocultural mais amplo.

A medicalização do comportamento suicida é um dos principais desafios enfrentados no cuidado das pessoas. A abordagem tradicional tende a restringir o manejo do suicídio à esfera biomédica, negligenciando fatores psicossociais e estruturais⁵. Estudos apontam que a medicalização pode levar à desconsideração das necessidades individuais das pessoas e ao reforço de estratégias terapêuticas limitadas, como a priorização de fármacos e internações hospitalares, em detrimento de abordagens mais amplas e humanizadas⁶. O modelo atual, focado na intervenção medicamentosa, frequentemente não contempla a complexidade do sofrimento psíquico, ignorando aspectos como suporte social, vínculos terapêuticos e acompanhamento longitudinal.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada no Brasil como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico, visando à promoção do cuidado integral, territorializado e centrado no usuário⁷. A RAPS propõe um modelo de atenção que prioriza a continuidade do cuidado, a descentralização dos serviços, com uma aposta e fortalecimento da atenção primária em saúde (APS). Nessa linha, um estudo publicado em 2018⁸ analisou a cobertura municipal brasileira dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – elemento integrante e importante da RAPS – e, como resultado, encontrou uma menor taxa de internação por tentativas de suicídio naqueles locais que tinham os CAPS, sugerindo uma eficácia desse modelo no manejo de comportamento suicida.

No entanto, ainda há desafios relacionados à fragmentação do atendimento, à articulação entre serviços e à efetividade do acompanhamento das pessoas. Barreiras institucionais, dificuldades de comunicação entre os profissionais de diferentes serviços e a escassez de recursos dificultam a implementação plena das diretrizes propostas para o atendimento a pessoas com comportamento suicida. Dentro desse contexto, é importante compreender os percursos e experiências vividas pelos indivíduos dentro do sistema de saúde, identificando barreiras e potencialidades para a melhoria do cuidado⁹⁻¹¹.

Compreender como tem sido o manejo de pessoas com comportamento suicida dentro da RAPS torna possível identificar fragilidades e potencialidades nesta rede, a partir de como o cuidado é percebido pelos próprios usuários e como suas experiências influenciam nos seus acompanhamentos. Assim, este estudo busca aprofundar a compreensão sobre o manejo do comportamento suicida na RAPS de Curitiba, a partir das percepções de profissionais de saúde e usuários dos serviços, destacando desafios e propondo caminhos para aprimorar a assistência oferecida.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, recorte do projeto “A Atenção Psicossocial nos Serviços e Estratégias de Saúde”. A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir a análise aprofundada das experiências subjetivas dos indivíduos, possibilitando uma compreensão mais ampla do fenômeno estudado¹².

A pesquisa qualitativa tem como princípio central a valorização da experiência individual dos participantes, permitindo que suas percepções sobre o cuidado recebido sejam analisadas em profundidade. O estudo adotou uma abordagem hermenêutica-fenomenológica para a interpretação dos dados, considerando tanto os discursos dos participantes quanto os contextos sociais e institucionais nos quais estão inseridos¹³. Esse método possibilita uma leitura ampliada das narrativas, buscando captar os sentidos atribuídos pelos participantes às suas experiências dentro da RAPS.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas abertas com usuários e profissionais de saúde vinculados a dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Cajuru e Portão – e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Lotiguaçu e Capanema. Elas foram conduzidas por profissionais com experiência envolvidos no estudo, psicólogos e médico de família e comunidade.

Foram incluídos no estudo usuários que relataram histórico de ideação suicida ou tentativa de suicídio, bem como profissionais que atuaram diretamente no atendimento a essas pessoas. A seleção dos participantes foi feita por meio de amostragem intencional, garantindo que fossem incluídos indivíduos que pudessem contribuir com diferentes perspectivas sobre a sua experiência terapêutica dentro da RAPS.

O contato com os serviços de saúde foi estabelecido previamente, permitindo a construção de um ambiente de confiança para a realização das entrevistas. Além das entrevistas individuais, foi realizada observação participante em algumas unidades, permitindo uma imersão na rotina dos serviços e no cotidiano do atendimento prestado aos usuários. Durante essa fase, foram coletadas informações sobre o fluxo de encaminhamentos, a interação entre profissionais e usuários e as estratégias adotadas para o manejo do comportamento suicida.

O material foi organizado por códigos, visando preservar o sigilo e a identidade dos participantes. Os profissionais receberam a letra “P” e os usuários a letra “U”, ambos seguidos de número sequencial.

A partir de leituras sucessivas do material transcrito, buscou-se extrair os sentidos e significações que emergiram dos relatos, depois se organizou uma grade de análise que teve dois principais tópicos: o manejo diante de comportamento suicida e a articulação do cuidado. Destaca-se que, neste caso, o comportamento suicida abarcou ideação e tentativa de suicídio, contudo, na experiência dos profissionais de saúde, as experiências puderam incluir o suicídio.

Todos os participantes preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (Parecer nº 5920.498) e pela Prefeitura Municipal de Curitiba (Parecer nº 6035-245).

Resultados e Discussão

Participaram do estudo nove indivíduos, cinco profissionais da saúde, com formações e ocupações distintas, sendo que quatro se identificaram como sendo do gênero feminino e um masculino. Dentre os usuários, dois se identificaram como sendo do gênero feminino, um masculino e um não-binário. Destes, três acompanhavam em CAPS e um em UBS. Apesar de terem sido identificadas duas categorias como resultado da análise, elas serão apresentadas dentro de três itens considerados relevantes para a articulação com as diretrizes da RAPS e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados das entrevistas abertas com usuários e profissionais de saúde

			IDADE	GÊNERO	COR / RAÇA	ESCOLARIDADE / FORMAÇÃO	TEMPO NO SERVIÇO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA
UBS LOTIGUAÇA	Profissionais	Profissional 1	46	Feminino	Branca	Médica - Pós-graduação	4 anos	21 anos
		Profissional 2	51	Feminino	xxxxx	Enfermeira - Pós-graduação	7 anos	30 anos
UBS CAPANEMA	Usuários	Usuario1	29	Feminino	Parda	Ensino Completo	1 ano	
	Profissionais	Profissional 3	59	Masculino	Branco	Médico - Mestrado	13 anos	35 anos
		Profissional 4	53	Feminino	Branca	Enfermeira - Especialização	16 anos	23 anos
		Profissional 5	43	Feminino	Negra	Agente Comunitária - EM Completo	24 anos	24 anos
CAPS	Usuários	Usuario2	29	Não Binário	Branca	Ensino Médio Completo	4 meses	
		Usuario3	30	Masculino	Parda	Superior Incompleto	2 meses	
		Usuario4	43	Feminino	Preta	Fundamental Incompleto	4 anos	

O manejo do sofrimento e o vínculo no comportamento suicida

As entrevistas realizadas no estudo evidenciaram o papel central do vínculo no manejo do comportamento suicida dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tanto usuários quanto profissionais relataram que a construção de relações de confiança entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios usuários influencia diretamente na adesão ao tratamento e na experiência do cuidado. Gonçalves et al.¹⁴ destacam que a presença do vínculo entre profissional e paciente já se mostrou crucial em contextos hospitalares, onde a continuidade do tratamento pós-alta depende da relação estabelecida durante a internação. Na RAPS, essa ferramenta se torna ainda mais essencial, visto que o modelo de cuidado preconiza a territorialização e a longitudinalidade do atendimento.

Nesse sentido, Silva e Pegoraro¹⁵ ressaltam que estratégias como acolhimento, envolvimento da família, atuação de equipes multiprofissionais e encaminhamentos estruturados são fundamentais no cuidado de pessoas com comportamento suicida. O vínculo, portanto, pode ser a chave para reduzir a dependência excessiva de medicamentos e internações, oferecendo abordagens alternativas e mais integrativas.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define o vínculo como a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional de saúde, permitindo corresponsabilização e promovendo efeitos terapêuticos ao longo do tempo¹⁶. Essa perspectiva reforça a importância de um atendimento humanizado, em que a pessoa não é tratada apenas como portadora de uma condição médica, mas como um sujeito inserido em um contexto social e emocional mais amplo.

Além do vínculo entre usuário e profissional, foi identificada a importância dos laços entre os próprios usuários da rede, de modo que alguns entrevistados mencionaram que, em certas situações, sentiam-se mais confortáveis compartilhando suas experiências com outros usuários do que com psicólogos ou médicos. Essa observação reforça o papel dos grupos de apoio como espaços terapêuticos essenciais dentro da RAPS, permitindo que os usuários não apenas recebam suporte profissional, mas também estabeleçam redes de suporte mútuo.

Assim, o fortalecimento do vínculo permite que o manejo do comportamento suicida ocorra de maneira alinhada com a definição biopsicossocial do suicídio proposta por Botega¹, que sugere uma abordagem não apenas considerando os fatores biológicos e psicológicos, mas também os aspectos sociais que permeiam sua vida. Nesse sentido, Yasui⁷ destaca que redes de saúde territorializadas podem ampliar a autonomia das pessoas, possibilitando um reposicionamento subjetivo diante de si mesmos e do mundo ao seu redor. Essa abordagem reforça a necessidade de compreender o território como elemento central na construção do cuidado em saúde.

Portanto, ao considerar o vínculo como ferramenta essencial no manejo do comportamento suicida, fica evidente que seu estabelecimento pode impactar desde a adesão ao tratamento até a reformulação de estratégias terapêuticas, reduzindo a ênfase no medicamento e ampliando as possibilidades de intervenção. Jorge et al.¹⁷ corroboram com essa perspectiva, ao comentar que o acolhimento e vínculo transcendem os espaços de intervenção da rede, devendo ser contextualizadas no modo de vida de cada indivíduo. Dessa forma, investir na construção de relações de confiança dentro da RAPS pode representar um avanço significativo na forma como o cuidado é estruturado e oferecido aos usuários do SUS, possibilitando compreender as nuances envolvidas na rotina de cada um.

A internação apareceu nas entrevistas como estratégia frequente no manejo, principalmente para abordar o risco agudo de suicídio, ao passo que pessoas com menor risco de suicídio são acompanhadas da UBS. A fala seguinte de um dos profissionais ilustra esse ponto:

“Agora o paciente que diz: não, eu não aguento, se eu chegar em casa eu vou me matar. Esse paciente tem que internar e tem que internar ali, é uma emergência.” (T2).

A empatia e a conexão com os profissionais e outros usuários das redes de atenção surgiu nas entrevistas como uma ferramenta importante para o cuidado desses usuários. O vínculo não era fácil de ocorrer, porém – ao ser formado – permitiu uma maior conexão e participação do usuário na construção do seu cuidado. Alguns usuários relatam essa dificuldade em conseguir se conectar com o profissional, de modo que não comentavam tudo que sentiam. Ainda, adicionam como era importante ser escutado e visto pelos profissionais, participando da construção do seu próprio cuidado. Os relatos abaixo retratam esses pontos:

“Ele escuta, ele entende e ele respeita também as decisões da gente. Isso que é importante.” (U1)

“É difícil de se abrir assim às vezes. [...] porque sabe que aqueles 10% a mais você não fala para o seu psicólogo.” (U2)

Sobre a utilização de terapia em grupo como estratégia de manejo do comportamento suicida, alguns usuários relatam que enxergam tais grupos como um local em que se sentem acolhidos e escutados, em especial por demais usuários que compartilharam experiências e sentimentos parecidos. Um usuário ainda acrescentou que profissionais podem até entendê-los, caso o usuário esteja disposto a se abrir com o profissional, mas nem sempre isso ocorre, dando a entender que era mais fácil fazê-lo entre os pares.

A articulação do cuidado

Nessa seção, foram incluídos os relatos que descrevem as experiências dos usuários nos diversos pontos da RAPS. Além disso, reflete as experiências dos profissionais em relação ao encaminhamento entre os pontos de atenção da RAPS, bem como ao cuidado multiprofissional do indivíduo com comportamento suicida.

O primeiro aspecto trazido pelos entrevistados, principalmente pelos profissionais, faz referência ao encaminhamento entre os pontos de atenção da RAPS, especialmente a partir da Unidade Básica de Saúde. Os relatos dos profissionais entrevistados demonstram um bom conhecimento sobre os diferentes pontos da RAPS, citando equipamentos como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Estabilização Psiquiátrica. No entanto, mesmo com esse conhecimento, persistem desafios operacionais que dificultam a continuidade do cuidado. Uma das dificuldades mais citadas nesse processo é a interação precária entre os pontos da Rede:

“Quando realmente precisa, não é fácil você conseguir, os serviços, eles estão muito voltados para si mesmos.” (P3)

“Alguns a gente encaminhava para psicólogo também, mas aquele processo é demorado. Tem uma que já tem filho e até agora não foi chamada para a psicóloga.” (P1)

Uma reclamação presente em uma das entrevistas foi em relação ao tempo necessário para a internação de usuários, a partir da Unidade Básica de Saúde. Outra entrevista ainda descreve uma demora para o atendimento por parte de um psicólogo. Até mesmo a distância física entre os pontos de atenção da RAPS foi trazida como entrave ao adequado manejo dos usuários. Alguns dos profissionais entrevistados relataram que muitos indivíduos não conseguem completar seu tratamento, principalmente o acompanhamento contínuo, pois o local é distante de onde residem e da Unidade de Saúde na qual fazem acompanhamento. Portanto, muitos não apresentam condições de ir até esses endereços, principalmente pelo tempo necessário e pela dependência do transporte público, como no relato a seguir:

“É a distância, é muito longe pra eles também o acesso é longe. Eles têm que ir de ônibus, muitos não vão por conta disso.” (P4)

O tempo necessário para a realização de encaminhamentos, a falta de integração entre os profissionais e a distância geográfica entre os pontos de atenção foram mencionados como barreiras que prejudicam o atendimento eficaz dos usuários. Essas dificuldades corroboram os achados de Silva e Pegoraro¹⁵, que destacam, como principais entraves da RAPS, a ausência de diálogo entre equipes, a falta de capacitação dos profissionais e problemas estruturais nas unidades de saúde.

Outra dificuldade na articulação do cuidado dita por um profissional da APS foi o impedimento por parte de outros profissionais em discutir o caso de quem é encaminhado. Nesse relato, o profissional da APS mencionou que o médico de um serviço não permitiu que ele conversasse sobre uma pessoa que ele acompanha, e que ele deveria voltar no horário de visita ao serviço, pois eles “não conversam com outros médicos”.

Em relação às experiências dos usuários da RAPS entrevistados, o relacionamento desses usuários com os profissionais foi o tema de maior destaque nas entrevistas. Os entrevistados expressaram diversos sentimentos em relação aos profissionais. Ademais, os usuários deixaram claro que uma boa relação com os profissionais é benéfica para a adesão aos tratamentos e manejos propostos.

“Eu não quero parar de ver essa psicóloga e sei lá, a Tulipa é bem legal [...] ela me ajuda a lidar com essas coisas práticas e materiais.” U4

“A Orquídea... Eu acho que ela me assusta. Não sei, eu não consigo conversar com ela. Você não consegue contar nada, assim.” U4

A articulação entre os serviços da RAPS foi indicada como um dos principais desafios no manejo de pessoas com comportamento suicida. Embora aponte-se pela importância da rede de apoio integrada, nas Redes de Saúde ainda existem fragilidades estruturais, dificultando o atendimento contínuo dos indivíduos¹⁴.

Outro fator crítico identificado foi a predominância de uma lógica pautada em encaminhamentos para serviços especializados e no uso de psicofármacos, em detrimento de abordagens que considerem o território e o contexto social da pessoa em questão. Essa tendência reforça a fragmentação do cuidado, fazendo com que os profissionais, muitas vezes, deleguem a resolução do problema a outros serviços, sem a preocupação com a continuidade do acompanhamento dentro do próprio território e sem tentar compreender o contexto de vida do usuário do SUS. Durante as entrevistas, poucos profissionais mencionaram a importância de compreender tal contexto, porém, muitos relataram encaminhar usuários para os diversos pontos da RAPS, contribuindo com a fragmentação do cuidado.

Para superar essas dificuldades, Merhy¹⁸, propõe a adoção do conceito de “Redes Vivas”, que se contrapõe à lógica centralizadora da macropolítica e valoriza as experiências cotidianas e individuais. A ideia central das Redes Vivas é reconhecer a pessoa para além de seu diagnóstico, levando em conta sua trajetória de vida, suas interações e suas relações interpessoais. Diferentemente do modelo tradicional de projeto terapêutico padronizado, a abordagem sugerida por Merhy enfatiza a troca de experiências e a construção de novas conexões dentro e fora do sistema de saúde, favorecendo o protagonismo do usuário.

A interseção entre os conceitos de Redes Vivas, itinerário terapêutico e a concepção biopsicossocial do suicídio², reforça a necessidade de um modelo de cuidado que vá além do uso de medicamentos e do encaminhamento. Compreender o comportamento suicida a partir dessa perspectiva demanda um olhar ampliado para o indivíduo, considerando seus laços comunitários, seus fatores de risco e proteção sociais e as relações de poder que influenciam no seu sofrimento. Dessa forma, a articulação do cuidado na RAPS precisa ser reformulada para permitir um atendimento mais integrado e centrado no usuário.

Medicalização do comportamento suicida

Uma das estratégias mais mencionadas para o manejo de pessoas com comportamento suicida foi o uso de medicamentos. De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde¹⁹, o uso de medicamentos e a internação devem ser medidas restritas a casos de alto risco, ou seja, situações em que há um planejamento concreto e meios acessíveis para a realização do suicídio. Tal situação é exposta no seguinte relato:

“Agora o paciente que diz: não, eu não aguento, se eu chegar em casa eu vou me matar. Esse paciente tem que internar e tem que internar ali, é uma emergência.” (T2).

Apesar disso, predominaram relatos de abordagem biomédica em situações que não são exclusivamente de alto risco, na qual sintomas e dificuldades emocionais são sistematicamente interpretados através da lente

diagnóstica psiquiátrica, resultando na medicalização do sofrimento humano²⁰. Tal afirmação pode ser observada na forma como os usuários percebem sua própria melhora: atribuindo grande peso aos medicamentos em sua recuperação, reforçando a crença de que sem os fármacos não haveria evolução no tratamento.

“Entrevistador: E além desses vínculos, o que mais você considera que foi e tem sido importante para sua melhora? Usuário: Medicamento, óbvio [...] Psicoterapia e medicamento, os dois juntos, sem os dois você não consegue sair disso.” (U2)

Além disso, houve narrativas de profissionais que lidam com pessoas com alto risco para suicídio priorizando estratégias farmacológicas, prescrevendo antipsicóticos e estabilizadores de humor, sem uma avaliação mais ampla do contexto social e emocional da pessoa.

Segundo Tesser CD²⁰, a medicalização social é o processo decorrente da expansão da biomedicina, em que as experiências sociais e os comportamentos humanos são redefinidos como problemas médicos, de modo que tal processo se expandiu no mundo ocidental, compreendendo o Brasil também. Com tal expansão, fica evidente que questões que devem ser analisadas com um olhar psicossocial são, muitas vezes, medicalizadas, como é o caso do comportamento suicida. Outro exemplo é o caso da utilização do lítio, amplamente usado, de acordo com os entrevistados, mas cujo uso não apresenta evidências robustas na redução das taxas globais de suicídio, reforçando a hipótese de que a ênfase medicamentosa pode estar sendo utilizada de forma excessiva e ineficaz²¹.

Além dos impactos na efetividade do tratamento, a medicalização pode reforçar um modelo passivo de cuidado, no qual a pessoa, aí sim vista como paciente e não cidadã, é tratada como um receptor de intervenções médicas, sem autonomia para participar ativamente da construção de seu itinerário terapêutico. Os relatos dos entrevistados evidenciaram essa falta de protagonismo, os usuários não se sentem incluídos nas decisões sobre seu próprio tratamento. Em alguns casos, a rigidez desse modelo se manifesta de maneira prática: um dos usuários relatou que necessita realizar “*medicação supervisionada*”, de modo que ele necessita ir diariamente até o local para ser medicado. Contudo, o usuário levanta a questão do deslocamento pessoal dele à unidade como algo desconsiderado pelos profissionais da unidade, tendo em vista os custos com transporte público e a distância significativa que ele percorre para chegar ao local em que toma seus remédios.

A superação desse modelo exige uma mudança de paradigma, na qual o cuidado à pessoa com comportamento suicida seja construído de forma colaborativa, respeitando suas necessidades individuais e seu contexto social. Possivelmente, estratégias baseadas no fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional, no acolhimento e na ampliação do acesso a terapias não medicamentosas podem representar alternativas viáveis para reduzir a dependência excessiva dos psicofármacos e da lógica medicalizante, promovendo uma abordagem mais integrada e humanizada.

Conclusão

Tendo em vista a epidemiologia do comportamento suicida, é imperativo compreender como tem ocorrido o manejo de pessoas com comportamento suicida pela Rede de Atenção Psicossocial. Infelizmente, o uso de medicamento apareceu como grande ferramenta por parte dos profissionais, bem como a ausência de inclusão da pessoa nas decisões sobre seu cuidado e pouca consideração de seu entorno, com barreiras de conexão entre os serviços, favorecendo um cuidado fragmentado e desterritorializado.

Por outro lado, a utilização do vínculo e da escuta ativa foram experienciadas pelos usuários, sendo bem vistas como auxiliares no processo de melhora do comportamento suicida. Com destaque para a necessidade de espaços que propiciem o apoio entre pares. Tais estratégias são importantes para se evitar a lógica medicalizadora que permeia o manejo atualmente, porém, também insuficientes quando se pensa em sua dimensão social.

Referências

1. BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, v. 25, n. 3, p. 231–236, dez. 2014.
2. ABOU CHAHLA, M. N. et al. Biological Factors Underpinning Suicidal Behaviour: An Update. *Brain Sciences*, v. 13, n. 3, p. 505, 1 mar. 2023.
3. BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, v. 1, n. 3, p. 181–5, 2002.
4. BRÅDVIK, L. Suicide Risk and Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 9, p. 2028, 2018.
5. PRIDMORE, S. Medicalisation of Suicide. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, v. 18, n. 4, p. 78–83, 2011.
6. PESSOA, D. M. S. et al. Assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde de adolescentes com ideias suicidas. *Rev Min Enferm*, 24, 2020.
7. YASUI, S. LUZIO, C. A. AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, v. 8, n. 1, p. 173 - 190, 2018.
8. Machado, D.B., Alves, F.J., Rasella, D. et al. Impact of the New Mental Health Services on Rates of Suicide and Hospitalisations by Attempted Suicide, Psychiatric Problems, and Alcohol Problems in Brazil. *Adm. Policy Ment Health* 45, 381–391 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0830-1>
9. GERHARDT, T. E. Itinerários Terapêuticos em Situações de Pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov, 2006.
10. DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. DE .; PEREIRA-SANTOS, M.. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe7, p. 204–221, 2019.
11. SCHORN, M. C. G.. Itinerários terapêuticos e políticas públicas : percursos em direção ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Repositório Digital UFRGS, Porto Alegre, 2016.
12. MINAYO, M.C DE SOUZA, Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2011.
13. ALVES, P. C.; RABELO, M. C.; SOUZA, I. M.. Hermenêutica-fenomenológica e compreensão nas ciências sociais. *Sociedade e Estado*, v. 29, n. 1, p. 181–198, jan. 2014.
14. GONCALVES, P. I. E.; SILVA, R. A.; FERREIRA, L. A. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado?. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 64-87, ago. 2015.
15. SILVA, D. R.; PEGORARO, R. F. Estratégias de cuidado a pessoas que tentaram suicídio segundo a literatura. *Psicologia Revista*, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 36–55, 2023. DOI: 10.23925/2594-3871.2023v32i1p36-55.
16. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIA MUNICIPAIS DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (org.). POLÍTICA DE SAÚDE , POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PNVS) NO BRASIL: Programa Saúde com Agente; E-book 6. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2023. E-book (62p.) (volume 6). color. ISBN: 978-65-5993-443-0. Disponível em: e Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf. Acesso em: 12 mai. 2024.

17. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP de, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011Jul;16(7):3051-60. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
18. MERHY, E. E.. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg. Saúde Debate*. p 31-42, 2014.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, UNIERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (org.). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasil: Ministério da Saúde, 2006. E-book (74p.) color. Disponível em: https://cvv.org.br/wp-content/uploads/2023/08/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 12 mai. 2024.
20. TESSER, C. D.. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 347-362, jul. 2006
21. NABI, Z. et al. Effects of lithium on suicide and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 31, 2022.