



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DANILO BERTASSO RIBEIRO

**COTIDIANO DE FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM
COMPORTAMENTO SUICIDA: PERSPECTIVAS DA SOCIOLOGIA
FENOMENOLÓGICA DE ALFRED SCHÜTZ**

**Porto Alegre
2016**

DANILO BERTASSO RIBEIRO

**COTIDIANO DE FAMILIARES DE INDIVÍDUOS COM
COMPORTAMENTO SUICIDA: PERSPECTIVAS DA SOCIOLOGIA
FENOMENOLÓGICA DE ALFRED SCHÜTZ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem

Eixo Temático: Saúde mental e Família

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

**Porto Alegre
2016**

CIP - Catalogação na Publicação

Ribeiro, Danilo Bertasso
Cotidiano de familiares de indivíduos com
comportamento suicida: perspectivas da sociologia
fenomenológica de Alfred Schütz / Danilo Bertasso
Ribeiro. -- 2016.
153 f.

Orientador: Jacó Fernando Schneider.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Famílias . 2. Suicídio. 3. Relações familiares.
4. Tentativa de suicídio. 5. Enfermagem. I.
Schneider, Jacó Fernando, orient. II. Título.

DANILO BERTASSO RIBEIRO

Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: perspectivas da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

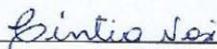
Aprovada em Porto Alegre, 18 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA



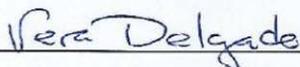
Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Presidente – PPGENF/UFRGS



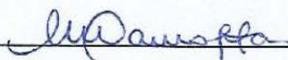
Profa. Dra. Cíntia Nasi

Membro – UFCSPA



Profa. Dra. Vera Beatriz Delgado dos Santos

Membro – HCPA



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico esta Tese **A minha família,**

Mãe e irmãs presentes em meu cotidiano de vida e ao
meu pai (in memoriam) vivendo em outro espaço mundano.

AGRADECIMENTOS

À Deus e aos espíritos bem feitores pelo equilíbrio emocional e físico e por guiarem meus caminhos.

À minha família! Obrigado pelos princípios, educação, amor, carinho, cuidado, incentivo e por compreenderem os momentos em que estive ausente para buscar meus objetivos. Mãe, Daiane e Luana. Amo vocês!

À Daiane pelo incentivo constante, companheirismo e apoio nas minhas escolhas. Agradeço imensamente por tê-la como irmã, exemplo a ser seguido, pessoal e profissionalmente. Muito obrigado por todos os ensinamentos.

Ao Prof. Jacó pelo acolhimento no doutorado, aprendizagem na área da saúde mental e por me estimular a buscar novos saberes e oportunidades. Fostes mais que um orientador.

Aos Profs. Cíntia e Marcio e a Enf^ª Vera, por participarem da banca de defesa, trazendo contribuições para aperfeiçoar esta tese e por proporcionarem novas reflexões e possibilidades de atenção e cuidado aos indivíduos em sofrimento psíquico.

A UFRGS, PPGENF e CAPES, pelo ensino de qualidade, incentivo acadêmico e financeiro.

Aos professores e colegas do PPGENF, pelos ensinamentos e trocas de saberes.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, pelo acolhimento e contribuição para o desenvolvimento da pesquisa.

O meu profundo respeito e agradecimento aos familiares que participaram desta pesquisa e que se mostraram receptivos ao compartilhar seu cotidiano de vida.

Agradeço a minha rede de apoio social, os encontros com vocês revigoram minhas energias e fortaleceram laços de carinho, amizade e admiração por vocês.

RESUMO

RIBEIRO, D. B. **Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida:** perspectivas da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. 2016. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Esta investigação teve como objetivo compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. O cenário do estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes constituíram-se em 15 familiares de indivíduos com comportamento suicida usuários deste CAPS. A coleta das informações foi realizada por meio da entrevista fenomenológica com os familiares nos meses de fevereiro e março de 2015. Os resultados emergiram da construção das categorias concretas que se constituíram do agrupamento dos depoimentos referentes ao cotidiano dos familiares de indivíduos com comportamento suicida, em que se buscou a compreensão dos motivos porque, onde os familiares expressaram a sua vivência cotidiana junto ao familiar que apresenta comportamento suicida e dos motivos para, no qual verbalizaram as expectativas ao lado dos seus familiares com comportamento suicida. As categorias que fazem referência aos motivos porque foram: cuidando da administração dos medicamentos; estando presente, vigilante e atento para possíveis riscos; agindo na crise e no comportamento suicida; procurando apoio na rede de serviços; apoiando e estimulando a vida; buscando apoio espiritual. As categorias advindas dos motivos para foram: acreditam que o familiar continue o tratamento; esperam que o familiar não pense em suicídio e; desejam que o familiar tenha uma vida saudável. Para agir no comportamento suicida de seu familiar, os familiares buscaram na sua situação biográfica resgatar maneiras de intervir, recorrendo a meios factíveis que estão à sua disposição com o intuito de proteger a vida de seu familiar. A atenção constante e o apoio emocional dos familiares mostraram-se com uma possibilidade efetiva de cuidado ao seu familiar que se encontra adoecido psicicamente. Frente a este panorama, se faz necessário que os CAPS apoiem e intensifiquem as relações entre os familiares com comportamento suicida, em uma tentativa de suprir as necessidades de familiares e usuários com o intuito de melhorias na intervenção junto aos mesmos.

Palavras chave: Famílias. Suicídio. Relações familiares. Tentativa de suicídio. Enfermagem.

ABSTRACT

RIBEIRO, DB. **Daily life of relatives of individuals with suicidal behavior:** perspectives of phenomenological sociology Alfred Schütz. 2016. 152 f. Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

The objective of this research is to comprehend the daily life of relatives of individuals in psychological distress presenting suicidal behavior. This is a qualitative research approach to phenomenological sociology of Alfred Schütz. The study scenery was the Center of Psychosocial Care (CAPS) of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Participants consisted in 15 relatives of individuals with suicidal behavior users of this CAPS. The data collection was performed using the phenomenological interview with the relatives between February and March 2015. The results emerged from the construction of concrete categories that formed the grouping of statements relating to the daily life of relatives of individuals with suicidal behavior, in which we sought to understand the reasons why, where the relatives expressed their daily life with the relative that exhibit suicidal behavior and the reasons for, which, verbalized expectations alongside their relative with suicidal behavior. The categories refer to the reasons why were: taking care of the administration of medicines; being present, vigilant and alert to possible risks; acting in crisis and suicidal behavior; seeking support in the service network; supporting and stimulating life; seeking spiritual support. The resulting categories of the reasons were: they believe that the family continue treatment; they expect the relative did not think about suicide and; they want a healthy life for the relative. To act on suicidal behavior of their relative, the family sought in his biographical situation rescue ways to intervene, using feasible means that are at their disposal in order to protect the life of his family. The constant attention and emotional support of family members showed up with an effective possibility of care to your family member who is ill psychically. Facing this scenario, it is necessary that the CAPS support and intensify the relations between family members with suicidal behavior, in an attempt to meet the family needs and users in order to improve the intervention with the same.

Keywords: Family. Suicide. Family relations. Suicide attempt. Nursing.

RESUMEN

RIBEIRO, DB. Cotidiano de las familias de los individuos con comportamiento suicida: perspectivas de la sociología fenomenológica de Alfred Schütz. 2016. 152 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Esta investigación tuvo como objetivo comprender el cotidiano de las familias de los individuos con trastornos psicológicos que presentan un comportamiento suicida. Se trata de un enfoque de investigación cualitativa a la sociología fenomenológica de Alfred Schütz. El ámbito del estudio fue el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Los participantes consistieron en 15 familiares de individuos con comportamiento suicida los usuarios del CAPS. La recolección de datos se realizó mediante la entrevista fenomenológica con los familiares en febrero y marzo de 2015. Los resultados surgieron de la construcción de categorías concretas que formaron la agrupación de las declaraciones relacionados con cotidianidad de las familias de los individuos con comportamiento suicida, en el que hemos tratado de entender las razones por las cuales, en donde los familiares expresaron su vida diaria con la familia que tiene comportamiento suicida y los motivos de las expectativas, que expresaron su familia junto con el comportamiento suicida. Las categorías se refieren a las razones por las cuales fueron: que se ocupan de la administración de medicamentos; estando presente, vigilante y alerta a posibles riesgos; actuando en emergencias y comportamiento suicida; la búsqueda de apoyo en la red de servicios; apoyar y estimular la vida; la búsqueda de apoyo espiritual. Las categorías resultantes de las razones fueron: creen que la familia continúe el tratamiento; Ellos esperan que la familia no pensó en el suicidio y; Ellos quieren que la familia tenga una vida saludable. Para actuar sobre el comportamiento suicida de su familia, la familia buscó en sus situación biográficos de rescate para intervenir, utilizando medios posibles a su disposición con el fin de proteger la vida de su familia. La constante atención y el apoyo emocional de los familiares presentaron con una posibilidad efectiva de la atención a su miembro de la familia que está enfermo psíquicamente. Frente a este escenario, es necesario que los CAPS apoyar e intensificar las relaciones entre la familia con el comportamiento suicida, en un intento de satisfacer las necesidades de la familia y de los usuarios con el fin de mejorar la intervención con la misma.

Palabras clave: Familia. Suicidio. Relaciones familiares. Intento de suicidio. Enfermería.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
BDTD – Base de Dados Teses e Dissertações
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CVV – Centro de Valorização da Vida
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
EENF – Escola de Enfermagem
EMATER - Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESF – Estratégia Saúde da Família
HIV/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAM3 /Cruzeiro – Pronto Atendimento Médico da Cruzeiro
PPGENF – Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PUCRS- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUBMED - National Library of Medicine
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO - Scientific Electronic Library Online
SUPRE- MISS - Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
USP – Universidade de São Paulo
WOS – Web of Science

LISTAS DE FIGURAS

FIGURA 1 - Dimensões do comportamento suicida	16
FIGURA 2 - Concepções sobre o suicídio ao longo dos tempos.....	25
FIGURA 3 - Logomarca Amigos da Vida.....	50
FIGURA 4 - Imagem de Alfred Schütz.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sintomas da depressão.....	34
Quadro 2 - Lista de artigos utilizados na revisão bibliográfica.....	38
Quadro 3 - Alguns marcos da trajetória da prevenção do suicídio no Brasil.....	43

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1.1	Justificativa e problema de pesquisa.....	18
1.2	Estrutura da tese.....	21
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	23
3.1	Aspectos históricos sobre o suicídio.....	23
3.2	Algumas concepções acerca do suicídio.....	26
3.3	O sofrimento psíquico no cotidiano da família.....	29
3.4	A relação das doenças psíquicas com o comportamento suicida.....	33
3.5	Comportamento suicida na família: panorama das atuais produções científicas.....	37
3.6	Prevenção do suicídio: algumas estratégias elaboradas.....	43
4	REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO	54
4.1	Fenomenologia.....	54
4.2	A sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.....	56
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	64
5.1	Tipo de estudo.....	64
5.2	Cenário do estudo.....	65
5.3	Participantes do estudo.....	66
5.4	Aproximação e ambientação com o campo de pesquisa.....	67
5.5	Coleta das informações.....	68
5.6	Análise das informações.....	70
5.7	Aspectos éticos.....	71
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
6.1	Situação biográfica dos familiares.....	73
6.2	Categorias concretas do vivido pelos familiares.....	76
6.3	Típico da ação dos familiares de indivíduos com comportamento suicida.....	93
6.4	Análise compreensiva do típico da ação do cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.....	94
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
	REFERÊNCIAS	134

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	146
APENDICE B – Instrumento de Coleta de Informações.....	148
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	149
ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HCPA.....	153

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa se insere em uma das temáticas complexas dos estudos em saúde mental e psiquiatria, que é a questão do comportamento suicida e das relações familiares. Na história da psiquiatria, a família foi vista como uma unidade social que abandonava, segregava e não tinha relações afetivas com seu familiar doente. Com a mudança de paradigma na saúde mental a partir da década de 1980, no Brasil, essa realidade está sendo modificada, dando lugar a um novo pensamento, de que a família pode ser uma grande aliada no tratamento ao indivíduo com transtorno mental (WAIDMAN et al., 2011).

Nesta lógica, a família é retomada em uma rede de relações, como um suporte para o indivíduo enfrentar condições de adversidade em sua vida (PINHO; HERNÁNDE; KANTORSKI, 2010), passando a ser assistida no seu território e em serviços substitutivos de saúde mental. Esses fenômenos introduziram novos elementos no campo de negociação entre famílias e o campo da saúde mental, implicando ambas na rediscussão das bases de uma nova relação (MELMAN, 2006).

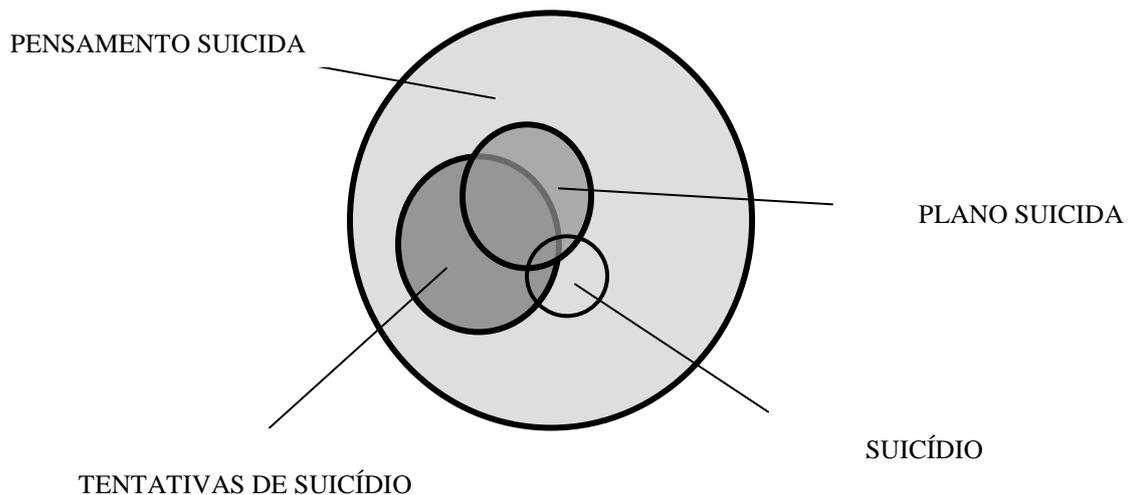
Culturalmente, espera-se que a família mostre interesse, consideração e acolhimento contínuos à pessoa em sofrimento psíquico, no entanto, as relações familiares permeadas por esta situação tendem a ser mais intrincadas. De maneira geral, isto pode acontecer devido à convivência conflituosa associada à instabilidade gerada pelo sofrimento, ao grau de dependência da pessoa com a doença, às particularidades da história de vida desta genealogia, ou pela dificuldade de compreensão e reconhecimento do sofrimento psíquico presente na família (ANTUNES, 2001; ESTEVAM, 2009; SILVA, 2010).

No cotidiano de uma família, inúmeras são as situações vivenciadas pelos familiares de indivíduos em sofrimento mental. Dessas situações, o comportamento suicida é um dos mais graves problemas enfrentados pela família, tendo em vista que a instabilidade do indivíduo que está apresentando esse comportamento pode desencadear medo, aflição, angústia e uma dor impossível de imaginar, fragilizando as relações intersubjetivas, podendo gerar sofrimento no meio familiar (SUN et al., 2008).

O comportamento suicida caracteriza-se como um sinal de alarme, que revela a atuação de fenômenos psicossociais complexos afetando pessoas que vivem sob tensão e que expressa de modo agudo o seu padecimento. É caracterizado como todo o ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo que o ocasionou (WERLANG; BOTEGA, 2004).

A dimensão do comportamento suicida (figura 1) está presente em vários componentes, partindo de pensamentos suicida, plano suicida, tentativa de suicídio e, por final, o suicídio consumado

Figura 1- Dimensão do comportamento suicida



Fonte: Adaptado de Werlang e Botega (2004).

Os pensamentos englobam ideias que encaminham para o resto da vida, ainda que o gesto não seja executado. O plano existe quando a pessoa organizou de que forma vai se matar, que estratégias serão utilizadas. A tentativa representa uma situação em que o indivíduo executa um ato que pode ameaçar a vida, com a intenção de morrer, podendo significar um pedido de ajuda, que pode ser interrompida e evitada pela ação de outras pessoas que podem impedir a morte. E, por último, o suicídio que inclui todos os atos que ameaçam a vida e culmina com a própria morte (BARROS, 2003).

Segundo a OMS (2000a) há três características psicopatológicas comuns na mente dos indivíduos com comportamento suicida: a ambivalência – o desejo de viver e o desejo de morrer se alternam, gerando sentimentos confusos; a impulsividade – o impulso para cometer o suicídio que é transitório e dura poucos minutos ou horas, geralmente é desencadeado por eventos negativos do cotidiano; a rigidez – quando as pessoas são suicidas, seus pensamentos, sentimentos e ações são constrictos, pensam constantemente sobre o suicídio e não percebem outra maneira de sair do sofrimento.

No mundo, os índices de suicídio em alguns países como a Coreia do Sul e Lituânia são os mais altos, em torno de 31/100.000 habitantes (h). Já no Japão, Rússia e Hungria os números são por volta de 23/100.000h. No Brasil, segundo o mapa de violência, as taxas epidemiológicas são menores, em torno de 5,3/100.000h. No entanto, cabe destacar que existe uma disparidade nos estados brasileiros no que se refere aos óbitos por suicídio. O estado do Rio Grande do Sul (RS), por exemplo, possui um dos maiores índices de suicídios efetuados no Brasil, cerca de 10,9/100.000 h. Segundo o mapa de violência, em 2012, a capital do estado, Porto Alegre (RS) apresentou taxa de 6,0/100.000h casos de suicídio na população total. Já na população jovem os índices são mais elevados 7,4/100.000h, ou seja, acima da média nacional (WEISELFIZ, 2014).

O suicídio representa a tentativa de resolução de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento, associado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e o estresse insuportável, estreitamento das alternativas e busca pela fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2002).

A crise desencadeada pela tentativa de suicídio é uma experiência complexa, construída por histórias passadas, e presentes e pelas expectativas em torno do futuro, cujo sofrimento pode paralisar a família, gerando crenças de que o desejo de morte constitui uma ameaça à dissipação do sistema familiar (KRÜGER; WERLANG, 2010, pg. 69). Famílias inseridas no contexto da crise suicida precisam de auxílio para que possam reconstruir-se como um sistema de apoio e proteção (KRÜGER; WERLANG, 2010, p. 60).

O comportamento suicida está ligado a uma série de fatores de risco que devem ser levados em consideração por profissionais de saúde, equipes de atenção básica, ambulatórios, internações e emergências, para que seja possível diagnosticar precocemente indivíduos que tenham ideação suicida, e acompanhar, de forma mais direta, aqueles que já tentaram o suicídio (BAPTISTA; BORGES, 2005).

As famílias que presenciam o comportamento suicida cotidianamente vivem num estado de alerta e insegurança, pois apresentam dificuldades em fornecer um ambiente seguro para seu familiar, vivendo em extrema tensão, com medo de novas tentativas de suicídio ou que o ato suicida tenha êxito, gerando consequências emocionais dolorosas no dia-a-dia dos familiares (BUSS et al., 2014; SUN et al., 2008).

Para Amarante (2010), ser familiar de um indivíduo com sofrimento psíquico demanda tempo, atenção e dedicação, que associado a incapacidade humana de compreender a

patologia, pode gerar expectativas frustradas a respeito da cura e estabilização do quadro por parte do familiar. Cuidar de indivíduos que apresentam comportamento suicida denota cautela e vigilância constante, representa um momento de atenção, uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado. O cuidado revela a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano. Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano, desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Se ao longo da vida não fizer com cuidado tudo o que empreender, acaba por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver a sua volta (BOFF, 1999).

Nesse sentido, esta proposta de tese trata de um estudo sobre o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida e frequentam um CAPS modalidade II na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. A pesquisa tem uma abordagem qualitativa, seguindo os pressupostos do referencial teórico-metodológico da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz e utilizando outros autores pertinentes na área da saúde mental e família, bem como, a temática do comportamento suicida para implementar a fundamentação teórica.

1.1 Justificativa e problema de pesquisa

A aproximação com a temática do suicídio surgiu no decorrer da minha trajetória como ser no mundo quando vivenciei as consequências de uma situação de suicídio no âmbito familiar. Essa vivência despertou a minha implicação pela problemática escolhida e pela aproximação com outras famílias, que assim como a minha, tiveram a experiência de viver um cotidiano complexo e difícil em torno de uma crise suicida.

Ao optar pela formação acadêmica em enfermagem, o meu despertar para o cuidado e pela manutenção da vida foi ampliado, e dentre as diversas áreas de atuação, o interesse maior foi para o campo da saúde mental, a qual foi aprofundada a partir do quinto semestre da graduação em Enfermagem na UFSM, período em que cursei a disciplina teórica e prática de Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida, no tópico de saúde mental.

As aulas teóricas, e os estágios da graduação realizados em um Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos, na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) álcool e drogas “Caminhos do Sol”, do município de Santa Maria (RS), me oportunizaram aprender a desenvolver o cuidado em saúde mental e me aproximar do conhecimento sobre o comportamento suicida.

Nos serviços supracitados observei, por meio dos registros que constavam nos prontuários dos pacientes, alguns casos de internações por ideação e tentativa de suicídio, bem como, recomendações à equipe acerca do possível risco de suicídio de alguns pacientes. Ter vivenciado uma tentativa de suicídio em um dos serviços, atuar no manejo do paciente, percebendo o impacto deste problema no cotidiano de trabalho e a dificuldades dos profissionais em trabalhar com o comportamento e risco de suicídio, levou-me a refletir sobre essa possível intercorrência nos serviços de saúde e no âmbito familiar, bem como, levantar questionamentos a respeito dos motivos que levam um indivíduo a tentar suicídio.

Diante destas experiências, durante a realização do meu Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) elaborei uma dissertação com ênfase na temática suicídio, mais precisamente sobre os motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas que tentaram suicídio e faziam acompanhamento em um CAPSad, utilizando o referencial teórico da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz. Este estudo apresentou como resultado que a tentativa de suicídio foi motivada pelo uso e abuso de álcool e outras drogas, por sentimentos negativos vividos no cotidiano da vida e pelas situações de sofrimento vividas no mundo familiar.

Ao realizar essa pesquisa, ouvindo os usuários que tentaram suicídio, mesmo estando em acompanhamento em um serviço especializado, despertou-me ainda mais para a temática, em especial com a abordagem ao indivíduo com comportamento suicida nos serviços de saúde e com o cotidiano da família que vivencia esse comportamento.

Concomitante ao Doutorado, na busca de um aperfeiçoamento teórico e específico na área da saúde mental, ingressei no Curso de Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais na Escola Profissional do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) realizando, como trabalho final, uma revisão bibliográfica, com o objetivo de identificar a abordagem de acolhimento nas unidades de emergência a indivíduos que tentaram suicídio. Este estudo revelou a dificuldade e impessoalidade dos profissionais da emergência na abordagem ao indivíduo com comportamento suicida e a sua família, a baixa capacitação das equipes, e as deficiências estruturais dos serviços de emergência.

Ao aprofundar o conhecimento sobre a temática do suicídio, no mestrado, estudando pessoas que tentaram suicídio, e na especialização, sobre o acolhimento nas unidades de emergência a esses indivíduos, no doutorado, minhas reflexões, leituras e aprofundamento voltaram-se aos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida, tendo a intencionalidade de responder as seguintes questões: Como

se dá o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida? Quais ações de cuidado são desenvolvidas pela família de indivíduos com comportamento suicida? Quais são as expectativas da família ao desenvolver o cuidado ao seu familiar que apresenta comportamento suicida?

Para responder essas questões, utilizei o referencial teórico da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz, pois, este vai ao encontro do objeto de pesquisa desta tese, bem como, pela pertinência deste no campo da saúde mental, buscando dar voz aos familiares envolvidos, considerando as suas singularidades, desejos e subjetividades, aproximando-se dos propósitos da sociologia fenomenológica, tendo em vista que Schütz lembra que é necessário voltar-se para os sujeitos com a finalidade de apreender as suas vivências no mundo da vida cotidiana, o qual é um mundo intersubjetivo, compartilhado entre os semelhantes (SCHÜTZ, 2012).

Apoiado nos estudos da fenomenologia de Edmund Husserl e da sociologia compreensiva de Max Weber, este referencial construído por Schütz (2012) propicia o aprofundamento do conhecimento da realidade social como um mundo social, que é vivenciada por atores sociais e por seus semelhantes, também dotados de uma consciência capaz de atribuir significado às suas vivências e ações (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Assim, a presente proposta justifica-se pela necessidade de compreender o cotidiano vivenciado pelas famílias que presenciam o comportamento suicida no âmbito familiar, pensando em ações que possam fortalecer estratégias de cuidado ao indivíduo com comportamento suicida.

Além disso, o presente estudo poderá contribuir para apontar as dificuldades encontradas e os aspectos que possam auxiliar indivíduos que tentaram suicídio a buscar a valorização da vida e o sentido nas relações familiares e sociais. O estudo também se justifica pela contribuição que a família pode fornecer aos serviços de saúde, em especial aos profissionais que trabalham constantemente com indivíduos que apresentam comportamento suicida e para famílias que apresentam dificuldades para desenvolver ações de cuidado diante do comportamento suicida.

Neste sentido, baseado em pesquisas já desenvolvidas (BUSS et al., 2014; FERRÉ-GRAU et al., 2011; KRÜGER; WERLANG, 2010; SUN et al., 2009; SUN, et al., 2008) e também nos dados da presente pesquisa, pretendo sustentar a tese de que “os familiares de indivíduos com comportamento suicida apresentam dificuldades para agir no mundo cotidiano e realizar ações de cuidado ao seu familiar com comportamento suicida, devido ao medo, à aflição, à insegurança e a culpa gerados nessa situação. Esses sentimentos são influenciados

pelo imaginário social estigmatizado acerca do suicídio, dificultando as ações favorecedoras da preservação da vida. Nesse sentido, as famílias necessitam ser acolhidas, orientadas e apoiadas pelos trabalhadores dos serviços de saúde para lidar com o seu familiar que apresenta comportamento autodestrutivo. A compreensão desse cotidiano, por parte dos trabalhadores, pode ajudá-los a reorientar suas práticas, de modo a acolher as angústias e o sofrimento presentes no contexto das famílias, respondendo as expectativas desses familiares.”

1.2 Estrutura da tese

Após a contextualização da temática e o delineamento do objeto de pesquisa, apresento a estrutura desta tese. Início apresentando os objetivos propostos por esta pesquisa, na sequência realizo um capítulo denominado Contextualização do objeto de estudo, que se divide em subcapítulos: aspectos históricos sobre o suicídio; algumas concepções acerca do suicídio; o sofrimento psíquico no cotidiano da família; a relação das doenças psíquicas com o comportamento suicida; comportamento suicida na família; e, estratégias de prevenção do suicídio.

Na continuidade da estrutura da tese apresento o capítulo do Referencial teórico-filosófico, constituído pelos seguintes subcapítulos: fenomenologia; a sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. Após apresento o seguinte capítulo Percurso metodológico, que apresenta os subcapítulos: tipo de estudo; participantes do estudo; aproximação e ambientação com o campo de pesquisa; coleta das informações; análise das informações e aspectos éticos.

A partir do capítulo Resultados e discussão, apresento o subcapítulo da situação biográfica dos familiares, das categorias concretas do vivido pelos familiares; do típico da ação dos familiares de indivíduos com comportamento suicida; e da análise compreensiva do típico da ação do cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida, e, por fim, as considerações finais.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.

2.2 Objetivos específicos

- Apreender a vivência dos familiares diante do comportamento suicida;
- Conhecer as ações de cuidado de familiares relacionados ao comportamento suicida;
- Compreender as expectativas de familiares frente ao cuidado realizado ao familiar com comportamento suicida;
- Descrever o típico da ação de familiares de indivíduos com comportamento suicida.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Para a contextualização do objeto desta pesquisa, debruçei-me nos estudos já construídos, destacando a relevância desta investigação na medida em que o foco está nas dimensões que envolvem o fenômeno do comportamento suicida, trazendo as ideias dos autores que as fundamentaram.

3.1 Aspectos históricos sobre o suicídio

Na Grécia Antiga não existia unanimidade sobre os motivos que levava ao suicídio, havia divergências entre correntes filosóficas ao decidir sobre a vida e a morte, alguns defendiam o fato de que o ser humano não deve raciocinar em função de seu interesse pessoal e individual, portanto não tinha o direito de tirar a própria vida, já que esta deveria ser resguardada para um bem social (ARAGÃO, 2014).

Na Antiga Roma, a legitimidade da morte voluntária dependeria da classe social a qual o homem pertencia. Este ato era negado para os escravos e soldados, enquanto que para os homens livres não existia nenhum veto legal ou religioso que os impedisse de se suicidar. Apesar destes registros, não existia na época sustentações legitimando o suicídio para uma determinada classe social, evidenciando contradições neste período e também nos motivos do ato em si (ARAGÃO, 2014).

Durkheim (1996) refere que para que o suicídio fosse legitimado na antiguidade greco-romana, ele precisava ser consentido previamente pelas autoridades. Em Atenas, segundo Libânio, os magistrados mantinham um estoque de cicuta (veneno mortal) disponível para as pessoas que desejassem morrer. A cicuta era feita de uma planta com o mesmo nome que deriva, e provocava nos indivíduos, convulsões, náuseas, dores abdominais, tremores e confusão mental, sendo a causa da morte a insuficiência respiratória ou por arritmia cardíaca (BOTEGA, 2015). Foi a cicuta o método utilizado por Sócrates em Atenas, 399 a. C para se suicidar quando estava na prisão com fim de evitar sua desonra, no caso, as suas concepções filosóficas da época.

Hipócrates (400 a.c) atribuía o suicídio à melancolia como uma consequência da depressão. Já Santo Agostinho (354-430) entendia o suicídio como algo relacionado ao pecado baseado do mandamento não matarás “não matarás nem a ti próprio” (CORRÊA; BARRETO, 2006).

A partir do século V, com Constantino, o estado romano retirou dos indivíduos o direito de se suicidar. Na época havia guerras, epidemias, fome, baixa natalidade, faltava alimentos e mão de obra. A vida dos colonos e dos estados pertencia ao seu senhor e os suicidas passaram a ser culpabilizados e seus familiares tinham bens confiscados (BOTEGA, 2015).

Na Idade Média o suicídio era considerado um ato diabólico ou um ato de loucura. Quando se tratava dos camponeses, escravos, colonos e do artesão, o ato era considerado criminoso e não importava o motivo que levou a pessoa a cometer o suicídio, sendo que ao morto eram negadas todas as honras fúnebres, bem como, o confisco de bens de sua família e a condenação eterna do morto, tendo a colaboração do estado e da Igreja para esta regulamentação socioeconômica. Já quando se tratavam dos cavaleiros medievais, o suicídio tinha o significado de um ato de coragem, bravura e patriotismo para com o Estado (ARAGÃO, 2014).

No Renascimento, as atividades econômicas caracterizavam-se pelo individualismo, a tendência ao isolamento crescia, gerando angústias e sofrimento. As incertezas e a inquietude colaboravam para o suicídio. Já no Iluminismo, a explicação se afastava de uma teoria exclusivamente religiosa, a um ato decido pelo indivíduo, resultado de circunstâncias sociais e/ou psicológicas. A posição dos filósofos das luzes sobre o suicídio era flutuante e não sistematizada (ARAGÃO, 2014).

O período da Revolução Industrial trouxe a desagregação dos laços de pertencimento, pois, “o individualismo e o isolamento crescente permitiram um distanciamento cada vez mais crescente das ligações tradicionais sociais e da religião, proporcionando assim um aumento das taxas de suicídio” (ARAGÃO, 2014, p.2).

Para Durkheim (1996) após a Revolução Industrial, a família, o estado e a igreja deixaram de funcionar como fatores de integração social, os laços foram se desgastando e nada foi encontrado para substituí-los, levando os indivíduos a um sentimento de despertencimento de uma consciência coletiva (BOTEGA, 2015; ARAGÃO, 2014).

Além de Durkheim, um dos principais estudiosos da época, com sua abordagem das ciências sociais, também se tinha algumas concepções da área da psiquiatria. Em 1827, com Esquirol, considerado discípulo de Pinel, o fenômeno do suicídio adquire a conotação de um problema psiquiátrico (CORRÊA; BARRETO, 2006).

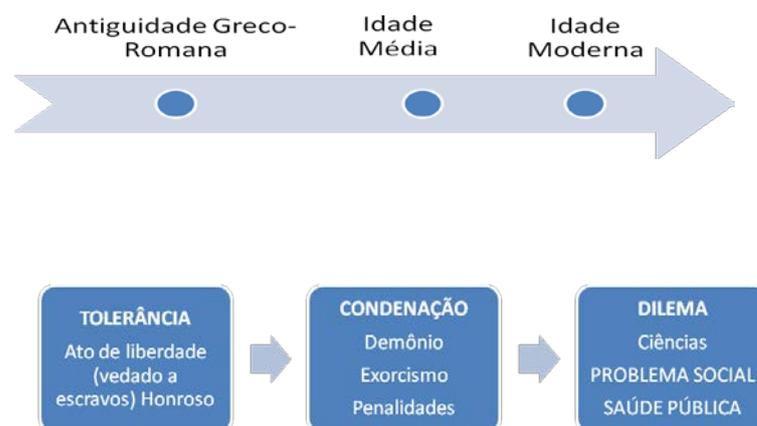
Em 1897, Durkheim com o livro “O suicídio” deslocou o foco associado ao suicídio: do indivíduo para a sociedade; da moral para os problemas sociais (BOTEGA, 2015). Ao se aprofundar no estudo sobre o suicídio, este autor considerou o ato suicida como um fato social

e o relacionou ao grau de coesão social em diversas culturas e populações. O livro conduz a uma nova visão desse fenômeno complexo que é o suicídio:

Com efeito, se em vez de vermos nos suicídios apenas acontecimentos particulares, isolados uns dos outros, e que necessitam de um exame particular, considerarmos o conjunto de suicídios cometidos em uma determinada sociedade durante determinado espaço de tempo, constatamos que o total obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção de elementos, mas que constitui por si um fato novo e *sui generis*, que possui unidade e individualidade, uma natureza própria e iminentemente social (DURKHEIM, 1996, p.111)

Este momento histórico nos permite perceber a evolução das concepções sobre o fenômeno do suicídio na sociedade, tornando-se, nos dias atuais um complexo problema social e de saúde pública (figura 2).

Figura 2 - Concepções sobre o suicídio ao longo dos tempos



Fonte: Botega (2015).

Em meados de 1976, estudiosos começaram a encontrar evidências de que suicídio poderia também ser compreendido como uma abordagem mais biológica (CORRÊA; BARRETO, 2006).

Ao apresentar esse movimento histórico, os achados possibilitam refletir sobre as influências que contribuíram para tornar o suicídio um tabu cultural, permeado de estigmas, julgamentos, crenças e mitos. Partindo dessas concepções errôneas que, muitas vezes, resultam num apavoramento da sociedade em geral, das famílias, dos trabalhadores de saúde a respeito do comportamento suicida.

3.2 Algumas concepções acerca do suicídio

O termo suicídio é derivado do latim a partir das palavras *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar). É um fenômeno descrito como existente desde a pré-história e que evoluiu com significados conceituais diferentes ao longo da história humana (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Um dos significados encontra-se no ato de “terminar com a própria vida”, agregada a ideias menos evidentes relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade do ato (WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 17-8).

Para a Organização Mundial de Saúde (2003), suicídio constitui-se em um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. Observa-se, assim, que se convencionou chamar de suicídio apenas as mortes em que a pessoa, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento, que acreditava levá-la à morte (CASSORLA, 2004).

Durkheim (2000) refere que o suicídio é todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria este resultado. E, a tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que ele resulte em morte.

O suicídio na perspectiva da Psicanálise de Freud começa ser compreendido como uma forma de autopunição e um desejo de morte originalmente dirigido contra o outro que se vira contra o próprio sujeito, dinâmica essa que se faz evidente na melancolia. Nessa, os principais sintomas são: um desânimo profundo, perda de interesse pelo mundo externo, comprometimento da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição dos sentimentos de auto-estima, auto-recriminação, autopunição, bem como sentimentos opostos de amor e ódio (ASNIS, 2007).

Freud (1940) por outro viés propôs também, um modelo segundo a pulsão, que tem como meta a preservação da vida (pulsão de vida), cujos investimentos se dariam no território de Eros, e uma força contrária a esta, que operaria de forma agressiva e destrutiva, visando conduzir o organismo de volta a seu estado inorgânico, denominada pulsão de morte e assimilou sua dinâmica à força de Tanatos.

Sendo assim, o dualismo pulsional de Freud preconiza, de um lado, as pulsões de vida (Eros) e, de outro, as pulsões de morte (Tanatos). As pulsões de morte constituem-se como expressão da agressividade humana e está intimamente ligado a sua força de desfazer, de buscar o retorno a um estado de ausência, de tensões, ou seja, a morte. O fenômeno da compulsão à repetição deriva-se das observações de Freud sobre a forma como o humano

também pode repetir incessantemente aquilo que está além dos registros do princípio do prazer (ASNIS, 2007). Nesse sentido, considera Freud que, enquanto as manifestações da Pulsão de Vida são ruidosas e evidentes, os efeitos da Pulsão de Morte são silenciosos e se caracterizam por ter uma parte desviada no sentido do mundo externo e vem à luz como um instinto de agressividade e destrutividade (FREUD, 1974).

Do ponto de vista do circuito pulsional, o intenso sofrimento do melancólico, expresso sob a forma de culpa e masoquismo, demonstra que as pulsões de agressão e de destruição derivadas da pulsão de morte estariam desfusionadas da pulsão de vida, tendo o superego como protagonista de um ataque sádico ao ego ou, também se pode dizer, aos objetos contidos dentro dele. As tendências autodestrutivas e o suicídio do melancólico seriam, assim, consequências da intensa agressão a estes objetos introjetados. O suicídio configuraria, desta forma, uma atualização da pulsão de morte através de uma passagem ao ato (*acting out*); seria, nessa perspectiva, o ato de matar a si mesmo para não matar a outrem (ASNIS, 2007).

Sem se afastar das ideias iniciais de Freud a respeito do dualismo pulsional e de ser suicídio uma expressão da agressividade inconscientemente introjetada, Karl Menninger aprofunda-se nas diversas formas de autodestruição humana. Em seu livro publicado em 1938 “O homem contra si próprio” ele conduz o leitor a refletir sobre as motivações do suicídio (BOTEGA, 2015).

Menninger defendia que pelo menos três componentes poderiam ser diferenciado no comportamento suicida: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer.

O desejo de matar: todo suicídio é, antes de tudo, um homicídio. O desejo de matar pode estar dirigido não só a um objeto introjetado, mas a outrem, que terá que suportar o peso de uma morte, em uma espécie de imposição vingativa de parte do suicida. O desejo de ser morto: a pessoa que alimenta desejos homicidas também sente, de modo, inconsciente, a necessidade de uma punição do ego, na proporção direta da própria destrutividade, só que dirigida para fora. O desejo de ser morto é, por culpabilidade, a resposta do superego ao desejo consciente. O desejo de morrer: nesta situação deve ser feita uma distinção entre o desejo consciente de morrer (ou de não morrer) e o desejo inconsciente de morrer (ou de não morrer). Suspeita-se de um desejo inconsciente de não morrer naqueles indivíduos que permanecem vivos, a despeito de várias tentativas de pôr fim à vida. O desejo inconsciente de morrer é apenas uma hipótese, pois podem estar em operação fantasias de nascimento e de retorno à paz do útero materno (BOTEGA, 2015, p.60).

Menninger também abordou em sua obra, várias atividades que impõem risco a vida. Ele refere algumas formas de suicídio: suicídio crônico (como martírio ou a dependência de álcool e de outras drogas); suicídio focal (automutilações, impotência, frigidez); suicídio orgânico (derivado de doenças somáticas que acometem o sujeito) e suicídio inconsciente

(como no caso de fatalidades ocorridas em acidentes automobilísticos ou em esportes arriscados, mortes que seriam inconscientemente intencionais (BOTEGA, 2015).

Continuando a abordagem de autores da área da psicologia que buscaram ao longo dos tempos compreender as motivações do comportamento suicida, destaco o autor Edwin Shneidnan considerado uma das grandes referências da suicidologia. Ele se baseou em um referencial psicodinâmico e cognitivo e criando o neologismo *Psychache* para denominar o estado psíquico de alguém prestes a se matar (LEENAARS, 2010).

Botega (2015) cita em seu livro “A crise suicida” as dez generalidades psicológicas mais salientes do ato suicida elaboradas por Shneidnan:

- o propósito comum é a busca de solução para uma dor psíquica; - o objetivo comum é cessar o fluxo da consciência; - O estímulo comum é uma dor psíquica insuportável; - o estressor comum são as necessidades psíquicas frustradas; - A emoção comum compreende desesperança e desamparo; - o estado afetivo comum é a ambivalência; - o estado cognitivo comum é a rigidez e constrição; - A ação comum é o escape, a fuga; - o ato interpessoal comum é a comunicação de sua intenção; - A consistência comum é com o padrão de enfrentamento existencial (BOTEGA, 2015; p.78).

Nas ciências sociais, Durkheim (2000) foi um dos precursores com a problemática do suicídio dentro das ciências sociais, rompendo com a ideia da teoria da hereditariedade-degeneração por meio de seus estudos. Ele considerou que o suicídio é um fenômeno social que não é dependente de raça, hereditariedade, insanidade ou degeneração moral. Defendendo a ideia de que um ato individual é o resultado do meio social que o cerca, e que o comportamento suicida está nesse contexto.

De acordo com Durkheim, as pessoas estabelecem certo nível de integração como seus grupos, e isso representa seu grau de integração social. Taxas extremas nessa graduação, com níveis anormalmente baixos ou altos de integração social, poderiam levar a um aumento das taxas de suicídio. A baixa integração social resultaria numa sociedade desorganizada, tornando o suicídio a última alternativa, e a interatividade alta levaria a pessoa a preferir destruir a si própria sob grande controle da sociedade (KOHLRAUSCH, 2012).

O suicídio caracteriza-se como um fenômeno social, não suscetível a uma explicação estreitamente individual, e o desenvolvimento industrial, urbano e científico da sociedade provoca em algumas instituições sociais básicas, como a família e a igreja, uma perda da capacidade integradora para o processo de socialização do indivíduo. Assim, por meio do estudo da religião, do casamento, da família e da comunidade política, o suicídio torna-se o resultado de uma série de condicionamentos sociais que se originam da relação do indivíduo

com a sociedade e suas instituições. Os tipos de suicídio relacionados com o grau de integração do indivíduo ao grupo social: egoísta, altruísta e anônimo (DURKHEIM, 2000).

No suicídio egoísta é possível perceber a baixa integração social. Este tipo caracteriza os indivíduos que não estão fortemente integrados a qualquer grupo social, não se encontrando mais sob influência da sociedade, da família e religião. Quanto ao suicídio altruísta, os indivíduos sacrificam a vida pelo bem do grupo, sofrem influência dos mecanismos de identificação e excessiva integração em um grupo social (DURKHEIM, 1996).

Já o suicídio anônimo é um dos conceitos mais importantes em toda a investigação do suicídio. Haveria em toda a sociedade um choque de duas forças no que se refere ao aumento ou diminuição da integração entre seus membros, o que resultaria em um “tecido social” com uma “trama” mais ou menos firme e densa, disso resultando uma tendência maior ou menor para o suicídio entre seus membros. Neste caso, o que ocorre, são os indivíduos vivendo numa sociedade em crise, refere-se à instabilidade social, à integração do indivíduo na sociedade perturbada, alterando as normas costumeiras de comportamento (DURKHEIM, 1996).

Posteriormente, estudiosos atribuem a Durkheim a categoria de suicídio fatalista, porém em sua obra de 1897 ele cita apenas três. O fatalista também está correlacionado a uma crise de ordem e valores sociais, mas neste caso, não é a falta de regras sociais, como no anômico; neste caso, a sociedade controla tudo, deixando deste modo, pouca possibilidade de escolha ao indivíduo perante as regras inflexíveis estabelecidas por esta sociedade. Um exemplo clássico é o da escravidão (ARAGÃO, 2014).

3.3 O sofrimento psíquico no cotidiano da família

Caracteriza-se como família, uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que vivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida e mantendo relações de convívio, crescimento e desenvolvimento, a família geralmente é formada por membros que estão passando por diversas fases do desenvolvimento humano (ELSEN, ALTHOFF, MANFRINI, 2001; MOTTA et al., 2011).

Os membros familiares estão unidos por laços consanguíneos, de interesse ou afetividade, têm identidade própria constituída por características que são mantidas e transmitidas ao longo das gerações, sejam elas culturais, comportamentais, espirituais e

educacionais, delineando características responsáveis pela diversidade das atuais famílias (ELSEN, ALTHOFF, MANFRINI, 2001; MOTTA et al., 2011).

A família, ao longo dos anos, vem passando por diversas transformações que configuram variadas estruturas e formas de organizar-se, não existe um padrão único de organização familiar, entretanto, são congruentes com os estilos e com as condições de vida de cada grupo (RESTA, 2006).

No Brasil, os estudos sobre família costumavam ter como ponto de referência o modelo de família patriarcal, que representa o resultado da adaptação trazida com a colonização portuguesa, o qual é pautado em valores voltados à obediência, respeito e deveres para com o patriarca, dando base para a estrutura paternalista da sociedade. No entanto, com a industrialização, o feminismo e a ruína das grandes propriedades rurais, esse modelo tem sido substituído pela família nuclear moderna (LEVORLINO, 2005).

Sendo assim, dentre os tradicionais tipos de famílias e funções destaca-se, ainda, a família do tipo nuclear ou biológica, ou seja, aquela composta por pai, mãe e filhos e a família extensa ou ramificada, quando são incluídas diferentes gerações ou pessoas com as quais mantêm laços efetivos e até o círculo de amigos íntimos com quem não possuem nenhuma consanguinidade, mas fortes vínculos afetivos (GIRARDON-PERLINI, 2009).

No atual contexto social, as famílias adotam hoje diferentes configurações em que, o núcleo familiar pode constituir-se por diversos modelos, como famílias monoparentais, famílias de recasamentos, famílias de casais homoafetivos, famílias com um único elemento (SERAPIONI, 2005).

Com a modificação da estrutura familiar e estilos de vida, as demandas, atribuições, conflitos e a pressão social estão levando algumas famílias ao sofrimento psíquico. Esse sofrimento psíquico que comete o grupo familiar pode estar relacionado ao excesso de padronização e hegemonização social sobre o indivíduo, que acaba incorporando a lógica social reprodutiva e adocece em nome desta mesma sociedade que visa o ajustamento dos sujeitos, sendo que esse ajustamento imposto e autoritário, em muito favorece o adoecimento psíquico (AMARO, SASS, 2013).

A partir do adoecimento psíquico, diversos são as adversidades que acometem as famílias. O comportamento suicida, por exemplo, no contexto da família é um dos mais complexos problemas presente no cotidiano familiar. Esta situação fragiliza a família numa conjuntura difícil e ambígua entre a possibilidade de viver ou morrer, presente no comportamento de um de seus membros. Cabe destacar, que o suicídio em si não é uma doença, nem necessariamente a manifestação de uma doença, mas os transtornos mentais

constituem-se em um importante fator associado com o suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000a).

O adoecimento de um membro na família representa um forte abalo, a enfermidade significa uma grande ruptura na trajetória existencial, sendo uma verdadeira catástrofe que desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano. Diante da situação de adoecimento, muitas vezes, os familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir, e buscam encarar as dificuldades tentando explicar o aparecimento da doença, o que pode gerar uma turbulência de dúvidas e conflitos (MELMAN, 2006).

Segundo Waidman (2004) esse despreparo está diretamente relacionado às dificuldades no ambiente, à comunicação e ao relacionamento familiar prejudicado e às alterações de comportamento do indivíduo em sofrimento psíquico. Na experiência da autora supracitada, foi verificado que sem ajuda dos profissionais e acompanhamento, a família, na maioria das vezes, não sabe como agir, como identificar e buscar alternativas para manejar as dificuldades encontradas no convívio, desenvolvendo habilidades próprias para lidar com a situação, as quais, porém, nem sempre ajudam no relacionamento, ou até mesmo, na condução saudável da vida em família.

A família apresenta um poder grupal tendo a função de proteger seus integrantes das forças ameaçadoras, a doença mental desafia esse poder, gera tensão, estimula sentimentos de impotência e vitimização, alimentando sentimentos de amargura. Nas situações de indivíduos em sofrimento mental intenso, o quadro de duração dos sintomas é maior e se prolongam por muito tempo, as dificuldades de comunicação e interação, os frequentes insucessos nos tratamentos produzem mais frustração e desespero e são um convite para o progressivo isolamento da vida comunitária, suas próprias vidas ficam esvaziadas, muito aquém de suas possibilidades existenciais (MELMAN, 2006).

A família pode encontrar dificuldades pessoais e interpessoais no enfrentamento de situações vividas pela mesma. Por diversas vezes, as pessoas sentem-se sozinhas para lidar com os problemas, ficando desoladas, quando surgem os primeiros sintomas da doença do paciente, ou, quando ele entra em crise (KANTORSKI et al., 2009).

Uma tentativa de suicídio ou um surto psicótico de um membro da família, por exemplo, rompe e desorganiza a vida de todos os membros deste núcleo, e representa o colapso de esforços, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação. A doença mental continua sendo, com frequência, motivo de vergonha para os familiares (MELMAN, 2006).

Por vezes, a família, sente-se constrangida e até revoltada, não conseguindo oferecer um suporte adequado para apoiar o indivíduo em sofrimento psíquico. Em determinadas famílias isto é o resultado da fragilidade das relações anterior ao transtorno. Pois, como mencionado anteriormente, na maioria das vezes, a família não está preparada para cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico e que necessita de auxílio nos momentos de crise (CAVALHERI, 2002).

Waidman (2004) e Waidman e Elsen (2006) destacam alguns fatores que interferem na convivência com indivíduo em sofrimento psíquico, dentre eles: a) a ambiguidade de sentimentos dos familiares em relação ao indivíduo com transtorno mental e ao ambiente familiar; b) a interferência do ambiente familiar no curso do transtorno mental, que é considerado fator determinante para adesão ao tratamento; c) a não participação do indivíduo em sofrimento mental na vida familiar; d) sentimento de culpa da família pela doença de seu familiar; e) sentimento de culpa da família pelo sofrimento psíquico de seu familiar; e, f) o preconceito e o estigma em relação ao familiar com transtorno mental.

Neste sentido, conviver cotidianamente com pessoas que apresentam doenças psíquicas, e ainda ter que cuidar delas, impõe uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais (MELMAN, 2006). O cuidado no grupo familiar é caracterizado pelos conceitos do cuidado familiar.

O cuidado familiar se consolida nas ações e interações presentes na vida de cada grupo familiar e se direciona a cada um de seus membros, objetivando o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social (ELSEN, MARCON; SILVA, 2002). O cuidado familiar é definido por Elsen (2002) a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvido ao longo do seu processo de viver, o que lhe dá caráter de especificidade (ALTHOFF, 2001).

O cuidado familiar acontece por meio da convivência, nas reflexões e interpretações que surgem no processo de interação. Cada membro da família, ao interagir com o outro, participa de uma ação e reflexão que resultará na construção de um significado que permite a definição da situação na qual se encontra, assim como o desempenho de novas ações e reflexões, num processo contínuo de interações (ELSEN; MARCON; SILVA, 2002).

Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situação de crise, estimula a criação de possibilidade participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (MELMAN, 2006). A rede de

suporte social formada por distintas instituições, parentes, amigos, vizinhos fortalece o cuidado familiar (ELSEN, MARCON; SILVA, 2002).

A família, com quem o indivíduo em sofrimento psíquico convive no seu cotidiano, precisa aprender a viver junto, como um caminho para a compreensão dele e para fortalecer a convivência entre os membros da família. É preciso criar diferentes modos de se pensar e viver para o fortalecimento do acolhimento, do vínculo e da autonomia. O familiar e o outro, em sofrimento psíquico, devem ser responsáveis por sustentar esse novo olhar (LACCHINI, 2011).

Neste acúmulo de crenças, costumes, experiências e vínculos sociais, a família vai buscando estratégias e seu modo peculiar de organização na sociedade, indo além do elo de parentesco para ser elevada à condição de aliada na luta contra o sofrimento imposto pela doença psiquiátrica (PINHO et al., 2010).

3.4 A relação das doenças psíquicas com o comportamento suicida

Apesar do objeto de estudo desta tese não especificar as doenças psiquiátricas com o comportamento suicida, considero oportuno fazer esta relação, visto que, os familiares acompanham o tratamento dos seus semelhantes no CAPS, a partir de suas doenças psíquicas que, muitas vezes, contribuem para desencadear o sofrimento psíquico e o comportamento suicida no contexto da família.

A literatura científica da saúde mental vem apresentando ampla abordagem da relação do suicídio com as doenças psíquicas. Sendo assim, discorro sobre algumas doenças psiquiátricas, as quais são: depressão, transtorno bipolar, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, transtornos da personalidade e esquizofrenia.

A depressão é um problema de saúde global, tem bases biológicas esclarecidas, e a hereditariedade tem grande influência. Além disso, vários membros de uma família podem sofrer deste problema. Botega (2015) destaca que mesmo pessoas que sempre foram alegres e otimistas podem ter depressão. Não é apenas os indivíduos frágeis que ficam deprimidos.

De acordo com a OMS (2000a), a depressão será em 2020 a principal doença associada a um impacto negativo e a um alto custo para a sociedade moderna. Ela é caracterizada pela presença de no mínimo cinco sintomas apresentados no quadro 1, incluindo pelo menos dois sintomas principais por um período de pelo menos duas semanas.

Quadro 1 - Sintomas da depressão

Sintomas principais	Sintomas adicionais
<ul style="list-style-type: none"> • Humor deprimido • Perda do interesse ou prazer nas atividades usuais • Redução da energia e aumento da fadiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da confiança ou da auto-estima • Sentimento de culpa excessiva • Pensamentos recorrentes de morte, idéias ou comportamentos suicidas • Diminuição da concentração • Alterações na atividade psicomotora • Alterações no sono • Alteração do peso com modificações no peso

Fonte: Adaptado de Castro-Costa e Aguiar (2011).

Segundo Botega (2015), o suicídio é a consequência mais trágica da depressão, 8% da mortalidade em pacientes que já foram internados foi devido a depressão com risco de suicídio; 4% das mortes em pacientes internados devido a depressão, mas sem risco de suicídio; 2% dos casos de suicídio em uma combinação de pacientes deprimidos internados ou em atendimento ambulatorial. Essa forte associação entre suicídio e depressão leva a recomendar sérios cuidados em relação aos indivíduos que apresentam esse sofrimento mental (BEAUTRAIS, 2002).

Outra doença psiquiátrica presente no cotidiano dos familiares deste estudo foi o transtorno bipolar (TB). Caracteriza-se por TB a recorrência de episódios de elevação e de depressão do humor. Esse transtorno atinge 4% da população e a hereditariedade tem um peso de 80% na determinação da doença (BOTEGA, 2015).

O transtorno bipolar (TB) é um dos quadros nosológicos mais consistentes ao longo da história da medicina e as formas típicas (euforia – mania, depressão) da doença são bem caracterizadas e reconhecíveis, permitindo o diagnóstico precoce e confiável. A mania é o mais característico dos episódios e, apesar de freqüente e incapacitante (é o que mais resulta em internações agudas em virtude das graves mudanças de comportamento e conduta que provoca), é pouco estudada e diagnosticada. A hipomania, sua forma mais leve, era praticamente desconhecida pela maioria dos clínicos, sendo confundida com a normalidade ou transtornos de personalidade borderline, histriônico, narcisista ou anti-social (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005, p.40)

A fase maníaca afeta o humor, sono, cognição, psicomotricidade e nível de energia. Neste episódio, o humor é expansivo ou eufórico, diminui a necessidade de sono, ocorre aumento da energia, de atividades dirigidas a objetivos, de atividades prazerosas, da libido, além de inquietação e até mesmo agitação psicomotora. Além disso, o pensamento se torna acelerados, podendo, frequentemente, apresentar fuga de ideias e um discurso prolixo. Apresenta uma grandiosidade nas ideias que em alguns momentos chegam a ser delirantes.

Geralmente os indivíduos que sofrem desta doença tem um crítica prejudicada e os ajuizamentos emitidos se afastam da realidade (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

Os mesmos autores também caracterizam a hipomania, sendo um comportamento semelhante ao da mania, porém mais leve. Nesta situação, há mudança no humor normal do indivíduo para euforia ou irritabilidade, reconhecida por outros, além de hiperatividade, uma fala acelerada, diminuição do sono, aumento da sociabilidade, atividade física, iniciativa, atividades prazerosas, libido e sexo, e impaciência. O prejuízo ao paciente não é tão intenso quanto o da mania. A hipomania não se apresenta com sintomas psicóticos, nem requer hospitalização (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

A partir deste quadro comportamental dos indivíduos em sofrimento psíquico, estudiosos mencionam que algumas situações clínicas do transtorno bipolar associam-se a maior risco de suicídio: a recente alta hospitalar, tentativa de suicídio nos últimos cinco anos, abuso de álcool e também de outras drogas, períodos de transição de fases, estados mistos, ou seja, estados de mania e outros de depressão alternando-as, fase depressiva com intensa ansiedade e inquietude motora (MILLER; BAUER, 2014; LATALOVA; KAMARADOVA; PRASKO, 2014).

Segundo Botega (2015), as pessoas que apresentam transtorno bipolar durante a hipomania permanecem 50% do tempo da vida deprimidas, 1% com sintomas de hipomania e 2% em estados mistos. Tais estados incluem a “depressão agitada”. Nestas situações a assistência de um serviço de saúde e cuidado da família são fundamentais, pois, o risco de um comportamento suicida pode estar presente.

Dando continuidade as relações do comportamento suicida com as doenças psiquiátricas, uma das situações bastante presente na literatura é os transtornos decorrentes do uso de álcool. Em pessoas que fazem o abuso de álcool, o risco de suicídio chega a 15% ao longo da vida (BOTEGA, 2015). O álcool e outras substâncias psicoativas prejudicam a crítica e aumenta a impulsividade, podendo elevar o grau de letalidade das tentativas de suicídio (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Além disso, a dependência de álcool e de outras drogas mostra-se como elemento dificultador na interação com a família, tornando as relações complexas, conturbadas e instáveis, gerando sofrimento para o grupo familiar, e contribuindo para o comportamento suicida do indivíduo que abusa de álcool ou outras drogas (RIBEIRO, 2012).

Estudo realizado no estado do Ceará, com indivíduos que tentaram suicídio destaca que o consumo de drogas foi um aspecto decisivo na constituição da experiência suicida dos entrevistados. Este fato põe a análise das tentativas de suicídio diante da necessidade de

considerar o efeito das drogas sobre o comportamento humano. Este é um fator que não pode ser analisado isoladamente, e sim, como um importante componente social presente na escolha de se matar (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012).

Os transtornos de personalidade também apresentam relação com a crise suicida. Estes são caracterizados por apresentar um padrão de uma experiência interna e de comportamentos que se desviam das expectativas da cultura na qual se insere o indivíduo (BOTEGA, 2005). O principal transtorno de personalidade que esta, frequentemente, relacionado com o comportamento suicida é o do tipo *boderline*.

A personalidade *borderline* é um grave transtorno mental com um padrão característico de instabilidade na regulação do afeto, no controle de impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na imagem de si mesmo. Apesar de não ser tão divulgada quanto outros transtornos psiquiátricos, afeta de 1 a 2% da população geral, 10% de pacientes psiquiátricos e 20% dos internados em hospitais, sendo que a maior parte das pessoas afetadas (até 70%) corresponde a mulheres (CARNEIRO, 2013).

Identificar uma pessoa com personalidade *borderline* não é difícil, pois os sintomas incomodam todos os que se relacionam com ela, especialmente familiares. O impacto social desse transtorno é muito grande, cerca de 75% dos indivíduos com *borderline* tentam suicídio e a taxa de mortalidade devida ao suicídio é alta, atinge 10% (CARNEIRO, 2013; BOTEGA, 2015).

Por fim, darei destaque a esquizofrenia que é uma doença psíquica que se inicia, geralmente, no fim da adolescência ou início da idade adulta. Caracteriza-se pela presença de sintomas psicóticos: delírios, alucinações, desorganização do pensamento, além de discurso e comportamento inapropriados. Apresenta curso e padrão que variam consideravelmente. A sua prevalência na população geral é de aproximadamente 1% (MELLO, 2008).

O período prodrômico da esquizofrenia, também conhecido como “da doença não-tratada”, aparece antes do transtorno propriamente dito, caracterizado por deficiência nas funções pessoais e sociais, de difícil percepção pela família e duração média de 2 a 5 anos (MELLO, 2008). O começo da esquizofrenia aguda, que sucede esse período, costuma conter os sintomas que são agrupados em positivos, negativos e desorganizados:

- Positivos: de influência persecutória; - Negativos: estreitamento e redução das expressões emocionais, diminuições na produtividade do pensamento e da fala, retraimento social e diminuição dos comportamentos direcionados a metas, tais como monotonia afetiva, alergia, anedonia e avolição.- Desorganizados: desorganização do pensamento e do comportamento, tais como agitação, aparência bizarra, catatonia (MELLO, 2008, p.190).

A esquizofrenia representa grande carga para a pessoa, reduzindo consideravelmente sua qualidade de vida devido aos prejuízos nas funções ocupacionais, sociais e pessoais. A família e o grupo social também costumam sofrer com a situação. Cerca de 5% das pessoas que sofrem de esquizofrenia cometem suicídio, o que representa um risco de 12 vezes maior do que o encontrado na população geral (BOTEGA, 2015).

Botega (2015) menciona que existe grande relação da crise suicida com os sintomas positivos da esquizofrenia (alucinações auditivas agressivas). Para ele, esses sintomas comandam, muitas vezes, as ações das pessoas que possuem comportamento suicida e que a comorbidade depressiva eleva o risco de suicídio.

Nesse sentido, percebe-se por meio da literatura da saúde mental e psiquiatria, a grande relação das doenças psiquiátricas com o comportamento suicida.

3.5 Comportamento suicida na família: panorama de atuais produções científicas

Neste momento, apresento uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, realizada no mês de agosto de 2014, com a finalidade de identificar a produção do conhecimento sobre famílias e comportamento suicida, tomando com referência os artigos científicos localizados na base de dados do PubMed; WOS; LILACS e SCIELO no período de 2004 a Agosto de 2014. Este amplo recorte temporal deu-se pelo pequeno número de produções que abordassem a proposta desta revisão e também por abranger um período anterior as estratégias de prevenção ao suicídio no Brasil lançadas em 2006.

Por meio desta revisão, objetivou-se identificar a produção científica sobre o cotidiano de famílias de indivíduos que tentaram suicídio. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos idiomas: português; inglês e espanhol oriundos de pesquisas realizadas a nível nacional e internacional, dissertações e teses que se enquadravam no objetivo dessa pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos de caráter bibliográfico, resenhas e livros, bem como, os estudos que divergiam do objeto deste estudo.

Após a leitura dos artigos selecionados as informações foram registradas em um quadro para a coleta de dados o qual foi elaborado pelo autor em que foram registrados dados de identificação da produção (referências, área do conhecimento, objetivos, metodologia, resultados e conclusões). Para a análise dos dados foi utilizada a proposta de Análise Temática proposta por Minayo (2010).

A partir dos artigos encontrados por meio das bases de dados selecionadas, foi realizado uma pesquisa bibliográfica utilizando os descritores: “suicide attempt” and “family” (tentativa de suicídio e família) num recorte temporal de 2004 à 2014. Inicialmente, foi realizado a busca na LILACS que identificou 78 artigos. Posteriormente, foi feita a mesma busca no SCIELO, resultando 07 artigos. No PubMed o número foi de 2643 artigos. A no WOS identificou com os mesmos descritores, 1057 estudos no formato de artigo. No total, a busca nas quatro bases de dados, obteve o número de 3785 artigos. Após a leitura dos resumos, resultados e conclusões dos 3785 artigos, foram selecionados para esta revisão 04 artigos da WOS; 01 artigo do PubMed e 01 artigo pelo LILACS. No SCIELO não houve artigos selecionados. No total somaram-se 06 artigos que convergiam com o objetivo desta revisão bibliográfica.

No segundo momento deste estudo bibliográfico, foi realizada a busca de dissertações e teses no BDTD da CAPES. Também foi utilizado nesta pesquisa os descritores “tentativa de suicídio” e “família”, sem delimitar recorte temporal. No Portal da CAPES identificou-se 07 estudos com estes descritores, já no BDTD foram encontrados 19 estudos, perfazendo um total de 26 estudos. Após análise destes estudos por meio dos resumos, foi selecionada apenas 01 tese no BDTD que se aproximava da proposta desta revisão. No entanto, a tese é apresentada em um dos artigos selecionados. Sendo assim, não foi utilizado teses e dissertações para esta revisão teórica.

Cabe enfatizar que foram excluídos os artigos que não respondiam o objetivo deste estudo; os que se repetiam nas bases, os que não faziam parte do recorte temporal escolhido. Por fim, foi utilizado para revisão 06 artigos (quadro 2) para construir esta revisão bibliográfica.

Quadro 2 - Artigos utilizados na revisão bibliográfica

Artigo 1	BUUS, N.; CASPERSEN, J.; HANSEN, R.; STENAGER, E.; FLEISCHER, E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. Journal of Advanced Nursing , v. 70, n. 4, p. 823-832, 2014.
Artigo 2	SUN, F. K.; LONG, A.; HUANG, X. Y.; HUANG, H. M. Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. Journal of Advanced Nursing , v. 62, n. 1, p. 53-61, 2008.
Artigo 3	FERRÉ-GRAU, C.; MONTESCÓ-CURTO, P.; MULET-VALLES, M. LLEIXÁ-FORTUÑO, M.; ALBACAR-RIOBÓ, N.; ADELL-ARGENTÓ, B. El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. Index de Enfermería , v. 20, n. 3, p. 155-159, 2011.

Artigo 4	SUN, F. K.; KO, C. J.; CHANG, S. L.; CHIANG, C. Y. Comparison Study of Postdischarge Care Provided to Suicide Patients by Family Members in East and South Taiwan. Journal of Nursing Research , v. 20, n. 1, p. 53-65, 2012.
Artigo 5	SUN, F. K.; LONG, A. HUANG, X.; CHIANG, C. Y. A Grounded Theory Study of Action/Interaction Strategies Used When Taiwanese Families Provide Care for Formerly Suicidal. Public Health Nursing , v. 26, n. 6, p. 543-552, 2009.
Artigo 6	KRÜGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. Psico-USF , v. 15, n. 1, p. 59-70, jan./abr. 2010.

Fonte: Autor

As produções científicas foram analisadas e compiladas na seguinte categoria, conforme descrito a seguir:

- O cotidiano de famílias de indivíduos com comportamento suicida e ações de cuidado

Para os participantes dos estudos analisados, o ato que culminou na tentativa de suicídio de seus filhos foi o acúmulo de sofrimento prolongado. Uma vez que sofria de problemas psicológicos e exibiu um comportamento perturbado por meio de automutilação. Os pais expressaram a luta para ajudar seus filhos, tentando mobilizar os serviços de saúde e assistência social, no entanto, eles sentiam-se impotentes, devido sua incapacidade de estabilizar a situação de sofrimento percebida em seus filhos (BUSS et al., 2014).

A maioria dos familiares da pesquisa de Sun et al. (2008) verbalizaram que seu familiar suicida estava disposto a receber ajuda deles, querendo se recuperar, abrindo canais de comunicação em casa que facilitavam o processo de cuidar. No entanto, muitos familiares destacaram dificuldade para oferecer ajuda para aqueles que haviam tentado suicídio, especialmente porque os relacionamentos foram se fechando ao longo do tempo, principalmente pela escolha da família pela hospitalização de seu familiar e pelos vínculos fragilizados.

Após a tentativa de suicídio e o retorno ao domicílio, os cuidadores se organizaram com maior atenção para manter as atividades diárias da casa, como preparar a comida, lavar a roupa, criar um ambiente confortável e tranquilo a fim de promover aos seus familiares uma boa saúde física e recuperação, pois os mesmos percebiam frequentes alterações de humor, de hábitos e de padrões do sono. Essas mudanças de comportamento deixavam a família atenta para qualquer tipo de comunicação, seja verbal e não verbal (SUN et al., 2009).

Além disso, os familiares buscaram fortalecer as relações afetivas, buscando garantir que o seu familiar se sentisse mais confortável em casa, evitando qualquer tipo de estresse ou estimulação que pudesse gerar agitação, e, muitas vezes, aceitando tudo que o seu familiar queria fazer ou dizer com o intuito de restabelecer o fortalecimento da sua saúde mental (SUN et al., 2009).

Durante a noite, após toda a família ir dormir, os familiares mais envolvidos com o indivíduo com comportamento suicida, ficavam preocupados, por o período da noite era o momento que mais acontecia às tentativas de suicídio quando os familiares estavam dormindo. Diante disso, as famílias tinham o cuidado de esconder itens potencialmente perigosos, como objetos cortantes (facas) e medicamentos, que eram utilizados regularmente, com objetivo de garantir um sono mais profundo/relaxado (SUN et al., 2008; SUN et al., 2009).

No estudo de Sun et al. (2008) os familiares verbalizaram dificuldades em fornecer um ambiente seguro para o seu familiar suicida. Eles percebiam que a residência era uma situação perigosa, porque era aberto, o que significa que os familiares suicidas tinham liberdade para sair a qualquer momento. Todas as famílias participantes do referido estudo temiam que os indivíduos suicidas pudessem tentar o suicídio quando estivesse fora de casa. Além disso, alguns cuidadores familiares tinham necessidade de sair para o trabalho, o que proporcionava momentos em que seus parentes estariam em casa sozinhos, sem ninguém para cuidar deles.

As famílias viviam num estado de constante preocupação e de alerta, dominado pelo medo de uma nova tentativa de suicídio. O alerta mais descrito pelos familiares foi o som de chamadas telefônicas e mensagens de texto, que, para muitos foi associado ao risco de notícias ruins relacionadas aos filhos. Apesar de todo o cuidado e vigilância, novas tentativas de suicídio aconteciam, fazendo com que os familiares sentissem que os esforços tinham sido em vão na maioria das vezes, deixando-os com sentimentos de impotência (BUSS et al., 2014).

Os familiares do estudo de Buss et al. (2014) descreveram contratempores desanimadores, como o comportamento suicida renovado e a quebra de acordos e promessas do filho suicida com a família, causando desespero e raiva, pois esses retrocessos atrapalhavam o bem-estar dos membros da família e danificavam a dinâmica familiar.

Além disso, muitos pais percebiam-se manipulados por seus filhos, devido a combinação da culpa e do medo que sentiam. Apesar de estarem cientes de que privilégios especiais dado ao filho suicida corromperiam os valores fundamentais da família, os pais

achavam muito difícil, e às vezes, impossível confrontar o filho com comportamento suicida, com medo de estimular novos atos suicidas (BUSS et al., 2014).

Os familiares reconheciam que os conflitos na família poderiam levar facilmente a fragilidade dos relacionamentos, até mesmo ao divórcio do casal, pois o filho com comportamento suicida tinha a tendência de jogar os pais um contra o outro. Isso aconteceu muitas vezes, quando o filho contou exclusivamente a um dos pais sobre seu estresse emocional, o que gerava uma percepção diferente dos pais sobre o filho e o seu nível de sofrimento (BUSS et al., 2014).

Dentre as tantas situações do mundo familiar, um aspecto presente no âmbito das famílias e mencionado em um dos estudos, foi o comportamento violento e o abuso de álcool do indivíduo suicida. Esse comportamento gerava em algumas famílias vontade de não querer cuidar de seu familiar, pois, a dependência de álcool e violência familiar afetou, ao longo do tempo, a comunicação e o relacionamento familiar, havendo menos interação entre os familiares e os indivíduos que tentaram suicídio (SUN et al., 2012).

No decorrer do cotidiano das famílias, foram destacadas sequelas emocionais dolorosas advindas do dia-a-dia dos familiares como cansaço, raiva, estresse, medo, angústia, culpa, isolamento, vergonha e estigma. Muitos familiares sentiam-se cansados em ver seus parentes apresentando comportamentos repetidos ou ouvindo suas frases recorrentes, cansados das frequentes tentativas de suicídio e com medo de novas tentativas. Além disso, alguns se sentiam angustiados com os comportamentos suicidas de seus parentes, porque já tinham sofrido essa experiência várias vezes no passado (SUN et al., 2008).

No estudo de Buss et al. (2014) os pais investigados se sentiam muito culpados pelo ato de seu filho, por serem os responsáveis legais por eles. Além disso, ficavam isolados após a tentativa de suicídio de seu filho, principalmente porque eles estavam convencidos de que ninguém seria capaz de entender o horrível acontecimento. Alguns pais se sentiram desconfortáveis em compartilhar sua história, devido a vergonha que seria expor tal situação. A crença das famílias era de que a tentativa de suicídio só aconteceria em uma família doente. Alguns pais tinham vergonha de seus filhos que apresentavam comportamento perturbado e que eles não foram capazes de detê-lo, mesmo tentando fazer o seu melhor (BUSS et al., 2014).

No estudo de Sun et al. (2008), realizado com famílias chinesas, os familiares sentiam vergonha de ter na família um indivíduo que tentou suicídio, principalmente, porque na cultura dos chineses, o suicídio é considerado um grande estigma e era reduzido a três

conceitos: a vergonha, a loucura, e bu-hsiao (que significa que os filhos que tentam o suicídio não são dedicados aos seus pais).

A vergonha associada ao estigma social relacionado a tentativa de suicídio é um dos sentimentos mais difíceis da família suportar. Os familiares tentam mascarar o comportamento suicida como um fato accidental, criando o seu próprio mito sobre o que realmente aconteceu, na ideia de proteger o indivíduo que atentou contra a vida e também se proteger a família de julgamentos da sociedade local (FERRÉ-GRAU et al., 2011).

Apesar de emoções e situações de altos e baixos que o comportamento suicida gera na família, o estudo de Sun et al. (2009) destaca a importância do cuidado em casa, pois os cuidadores familiares podem desempenhar um papel fundamental para ajudar as pessoas que estão em risco de suicídio, favorecendo que os mesmos vivam e expressem suas angústias em um ambiente considerado seguro e acolhedor, utilizando diversas estratégias de cuidado, como as que seguem.

Os familiares pesquisados no estudo de Sun et al. (2009) verbalizaram a organização de várias atividades para manter os indivíduos com comportamento suicida ocupado. O enfrentamento de estratégias mais comum usado pelas famílias para facilitar o processo de cuidado foi seguir os interesses do familiar, conversar com os amigos, realizar atividade física, atividades no computador, assistir televisão, algumas atividades domésticas e técnicas de relaxamento (SUN et al., 2008).

Alguns familiares pesquisados mencionaram outras maneiras para despertar a esperança nos indivíduos com comportamento suicida, como: por meio do diálogo, convencer o familiar a abrir sua mente e não pensar em coisas negativas; encorajá-los a aumentar a sua autoconfiança e começar a acreditar que viver vale a pena e ajudá-los na resolução de problemas. Os familiares acreditavam que seus familiares pensavam em suicídio devido a suas dificuldades da vida (SUN et al., 2009).

Nos estudos de Sun, os depoimentos referiam que nos cuidados em casa, os familiares suicidas receberam apoio de uma série de pessoas diferentes, tais como membros da família, amigos, religiosos, profissionais de saúde mental, professores, institutos de aconselhamento e os membros da comunidade. A terapia popular com médiuns e benzedores foi utilizada por algumas famílias para ajudar na redução dos pensamentos suicidas e em novas tentativas de seus parentes (SUN et al., 2008; SUN et al., 2012).

As famílias do estudo de Krüger e Werlang (2010) apresentaram a ideia da inserção de atividades cotidianas ao seu familiar, como trabalho e estudo, considerando esta uma parte

importante na vida dos indivíduos suicidas, os quais poderiam experimentar outras formas de ser, agregando novidade e realinhando as relações familiares.

Para o estudo de Ferré-Grau et al. (2011) as famílias mencionaram a procura por algo ou alguém que auxiliasse compreender e dar sentido pela experiência vivida, com intuito de diminuir o seu sofrimento, seja eles, psicólogos, psiquiatras, videntes e/ou curandeiros.

Ao finalizar esta revisão bibliográfica, cabe enfatizar que as produções apresentaram principalmente a dificuldade que é o cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida, nos discursos dos familiares havia esforços pela preservação da vida.

Ao analisar o que vem sendo abordado sobre as famílias de indivíduos que apresentam comportamento suicida, foi possível constatar o pequeno número de estudos sobre a temática, que ainda é pouco explorada nas pesquisas nacionais, o que aponta para a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o modo como as famílias lidam com o comportamento suicida. Neste sentido, pretendo por meio desta tese, explorar sobre essa temática partindo do contexto brasileiro, de acordo com os pressupostos da sociologia fenomenológica, diferenciando dos achados até então encontrados.

3.6 Prevenção do suicídio: algumas estratégias elaboradas

O suicídio é um problema social presente no cotidiano das famílias há muito tempo, apesar de estudos realizados, as políticas públicas de atenção ao suicídio ainda são poucas. A escassez de investimentos em políticas a essa problemática é uma realidade nacional. Perante a isso, acredita-se que é imprescindível sintetizar algumas estratégias de prevenção existentes, bem como, os órgãos e populações a que as mesmas são direcionadas.

Para seguir uma linha cronológica, inicialmente, apresento alguns marcos na trajetória (Quadro 3) direcionada a prevenção ao suicídio no Brasil, ao longo dos anos, e na sequência as estratégias de prevenção.

Quadro 3 - Alguns marcos da trajetória de prevenção ao suicídio no Brasil

1962	Início das Atividades do CVV – Centro de Valorização da Vida
1984	Lançamento do livro: O que é suicídio, da Coleção Primeiros Passos, editora brasiliense.
1998	Simpósio sobre suicídio USP
2000	Estudo SUPRE-MISS da OMS inclui o Brasil (manuais da OMS sobre prevenção do suicídio)
2003	Revista Superinteressante traz matéria na capa – Suicídio: por que as pessoas se matam?

2004-2006	Grupos de pesquisa de quatro centros universitários brasileiros (Unicamp, PUCRS, USP, UFMG) foi lançado 3 livros sobre suicídio.
2006	Lançamento das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e de manuais do MS
2007 – 2008	Lançamento de dois livros de jornalistas – DAPIEVE, A. Morreu na contramão: o suicídio como notícia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007; FONTENELLE, P. Suicídio: o futuro interrompido: guia para sobreviventes. São Paulo: Geração Editorial, 2008.
2007	II Congresso de Suicidologia da América Latina em Belo Horizonte (MG)
2007	O instituto Lundbeck traduz e distribui gratuitamente o manual – Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais da saúde.
2008	Simpósio Internacional sobre Epidemiologia e Prevenção do Suicídio – Salvador (BA)
2008	Série de reportagens sobre suicídio no Jornal Zero Hora, de Porto Alegre (RS)
2009	Campanha de Prevenção do suicídio da ABP.
2009	O CVV começa a operar um chat na internet.
2009	Manual de prevenção ao suicídio da ABP destinado a profissionais da imprensa.
2010	Seminário: Suicídio na imprensa: entre a informação, prevenção e omissão – FIOCRUZ
2010	Veiculação da chamada sobre prevenção ao suicídio na rede globo de Tv
2012	Início da rede brasileira de Prevenção ao suicídio na internet. rebraps.com.br
2014	Congresso Nacional e Memorial Juscelino Kubitschek em Brasília são iluminados de amarelo em 10 de setembro, dia mundial de prevenção ao suicídio. Conselho Federal de Medicina e ABP lançam manual de prevenção ao suicídio.

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

O Centro de Valorização da Vida, foi criado Brasil em 1962, caracteriza-se por ser uma organização não governamental, detentora do Programa CVV de Prevenção do Suicídio, totalmente executado por voluntários, nos chamados Postos CVV. Com o objetivo de prestar apoio emocional fraterno a qualquer pessoa que necessite ajuda, via telefone, carta, e-mail e, em determinados horários, em encontros presenciais (DOCKHORN; WERLANG, 2009).

O serviço é gratuito e funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. É adotado o princípio da não diretividade nos atendimentos, sendo a abordagem centrada na pessoa o embasamento teórico/técnico empregado (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2004). Assim, no CVV, a relação de ajuda é o oferecimento de apoio de um ser humano comum a outro, diferindo da psicoterapia ou de outro tipo de ajuda especializada (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2003).

Em 1999, a OMS lançou o SUPRE, uma iniciativa mundial para a Prevenção do Suicídio. Desta iniciativa, em 2000, foi criado alguns manuais de Orientação e Prevenção do

suicídio, destinado a grupos de profissionais da saúde e para profissionais de outros setores. Estes manuais foram: # Manual para profissionais da saúde em atenção primária; # Manual para médicos clínicos gerais; # Manual para professores e educadores; # Manual para profissionais da mídia; # Manual para trabalhadores de penitenciárias; e, # Manual de orientações para desenvolver grupos de sobreviventes do suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000a).

No mundo inteiro, o suicídio está entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. Em vários países ele fica como primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nessa mesma faixa etária. Sendo assim, a prevenção do suicídio entre crianças e adolescentes é de alta prioridade. Devido ao fato de em muitas regiões e países, a maioria dos adolescentes dessa idade frequentarem a escola, este espaço apresenta-se com um local importante para desenvolver ações de prevenção ao suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000b).

O manual para professores e educadores descreve brevemente a dimensão do problema em jovens, mostra os fatores mais importantes de proteção e de risco por trás dos comportamentos, e ensina como identificar e lidar com indivíduos em risco, e também, como agir em tentativas de suicídio ou o suicídio em si quando ocorre no meio escolar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000b).

Diretamente com os professores e educadores, no território, estão equipes de atenção primária em saúde que desempenham importante papel na prevenção de atitudes suicidas, pois, também mantém um contato mais próximo com a comunidade e são bem aceitas pela população local. Essas equipes podem promover: a) um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde; b) são reconhecidas como o primeiro recurso de atenção à saúde; c) o conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio de familiares, amigos e organizações; d) são esses profissionais que estão a disposição para oferecer cuidado continuado, e que estão na porta de entrada para os serviços de saúde que deles necessitarem. Nesse sentido, os profissionais de saúde da atenção primária são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000c).

Além disso, as equipes de atenção básica, por terem, a priori, contato mais próximo e duradouro com a comunidade, estão em posição privilegiada para atuar na detecção precoce dos transtornos mentais; realizar avaliação da “rede de proteção social” de pacientes em risco de suicídio e a atuar na criação de estratégias de reforço dessa rede; realizar mapeamento das condições ambientais, clínicas, familiares, financeiras, psicológicas e de trabalho dos

indivíduos nos quais é detectado risco de suicídio; prover tratamento, quando indicado; e encaminhar casos selecionados a serviços de saúde mental (BRASIL, 2009).

No manual da OMS para a atenção primária de 2000, juntamente com a readaptação do manual no Brasil em 2009 apresentam a dimensão do comportamento suicida; o enfoque na equipe de atenção primária; a relação do suicídio com as doenças mentais; a relação de doenças físicas e suicídio; os fatores sociodemográficos e ambientais; o estado mental e o suicídio; maneira como identificar, abordar e avaliar a pessoa sob risco de suicídio; o que é fato ou ficção no comportamento suicida; o que fazer e o que não fazer; o encaminhamento do indivíduo com risco de suicídio; os recursos da comunidade (BRASIL, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000c).

O manual para médicos clínicos gerais apresenta a mesma estrutura do manual direcionado aos profissionais de atenção primária, no entanto, o manual menciona que o médico é um dos profissionais mais atingidos neste comportamento autodestrutivo. As reações comumente vivenciadas pelos médicos que atuaram em crise suicida elencadas foram: descrença, perda de confiança, raiva e vergonha. O suicídio de um paciente pode desencadear sentimentos de inadequação profissional, dúvidas sobre a própria competência e medo de perder a reputação. O presente recurso objetiva destacar os principais transtornos e outros fatores associados com o suicídio e prover informações referentes à identificação e ao manejo de pacientes suicidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000d).

O suicídio é muitas vezes a causa mais comum de morte em estabelecimentos correcionais. As prisões são responsáveis por proteger a saúde e a segurança da população de presos, sendo a prevenção do suicídio uma intervenção adequada para estas instituições, seja para os prisioneiros em custódia, como, para a instituição em que os serviços são oferecidos. É dentro desse contexto que estabelecimentos correcionais lutam mundialmente com esse problema na população de presos, prevenindo o suicídio nestas instituições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Os estabelecimentos correcionais diferem entre si, em relação à população de presos e as condições locais: pelo curto prazo detentos, os infratores que aguardam julgamento, presos condenados, práticas de sentença dura, superlotação, saneamento, condições sócio-culturais gerais, a prevalência de HIV / SIDA, e acesso a cuidados básicos de saúde ou serviços de saúde mental. Cada um desses fatores pode influenciar o suicídio em diferentes taxas e maneiras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000e).

Nesta perspectiva, o manual de prevenção ao suicídio nas prisões destina-se a administradores penitenciários, que são responsáveis pelo desenvolvimento ou implementação

de programas de saúde mental em estabelecimentos correcionais, e para agentes penitenciários, que são responsáveis pela segurança e custódia de presos suicidas. Ele fornece algumas informações gerais sobre o comportamento suicida, a vulnerabilidade dos grupos de presos; a prevenção do suicídio em estabelecimentos correcionais; o perfil dos presos suicidas; as triagens feitas nestas instituições; a triagem e observação após qualquer consumo; com agir se acontece uma tentativa de suicídio ou um possível suicídio e um resumos de boas práticas, identificando uma série de atividades que podem ser usadas como parte de um programa abrangente de prevenção do suicídio para reduzir suicídio em estabelecimentos correcionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000e).

Dando continuidade a descrição dos manuais de orientações existentes, o manual direcionado aos profissionais da mídia também se apresenta como importante documento de orientação para prevenção do suicídio, isso porque a mídia desempenha um papel significativo na sociedade atual, ao proporcionar uma gama de informações, através de variados recursos, influenciando as atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e ocupa um lugar central nas práticas políticas, econômicas e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000f).

O suicídio é, talvez, a forma mais trágica de alguém terminar a vida. A maioria das pessoas que consideram a possibilidade de cometer o suicídio são ambivalentes, ou seja, elas não estão certas se querem realmente morrer. Um dos muitos fatores que podem levar um indivíduo vulnerável a efetivamente tirar sua vida pode ser a publicidade sobre os suicídios. A maneira como os meios de comunicação tratam casos públicos de suicídio pode influenciar a ocorrência de outros suicídios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000f).

O manual direcionado aos profissionais da mídia procura enfatizar o impacto que a cobertura midiática pode ter nos suicídios, indicar fontes de informações confiáveis, sugerir como abordar questões relacionadas a suicídios, tanto em circunstâncias gerais quanto específicas e apontar as armadilhas a serem evitadas nas coberturas de suicídios. O relato de suicídios deve acontecer de maneira apropriada, acurada e cuidadosa, por meios de comunicação esclarecidos, pois, pode prevenir perdas trágicas de vidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000f).

Dos diversos aspectos mencionados no manual, destaca-se que se deve trabalhar em conjunto com autoridades de saúde na apresentação dos fatos; referir-se ao suicídio como suicídio “consumado”, não como suicídio “bem sucedido”; apresentar somente dados relevantes, em páginas internas de veículos impressos; destacar as alternativas ao suicídio; fornecer informações sobre números de telefones e endereços de grupos de apoio e serviços

onde se possa obter ajuda; e, mostrar indicadores de risco e sinais de alerta sobre comportamento suicida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000f).

Cabe destacar a importância e bom senso da mídia na divulgação de um comportamento suicida ou até mesmo do suicídio em si, visto que inúmeras são as populações que acompanham os meios de comunicação. No espaço midiático, é necessário que as informações sejam transmitidas com seriedade e respeito, pois sabe-se que a sociedade em geral de alguma maneira já esteve envolvida direta ou indiretamente com uma situação de suicídio.

A jornada de um indivíduo sobrevivente de uma situação de suicídio após a perda de um importante ente querido, pode ser extremamente dolorosa, devastadora e traumática. Tabus culturais, religiosos e sociais podem fazer esta viagem ainda mais difícil. A compreensão e o conhecimento de fatores relacionados ao suicídio vão ajudar o sobrevivente, ao longo do caminho, para a recuperação e para tornar a experiência menos desconcertante e assustadora. Algumas das mortes podem ter sido antecipadas, mas a maioria dos sobreviventes são confrontados com uma morte que é inesperada e, na maioria das vezes, violenta. Choque e descrença são geralmente as primeiras reações à notícia. A realidade da perda irá penetrar gradualmente, e uma variedade de sentimentos que podem variar de choque, descrença, raiva a culpa, negação, confusão e rejeição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000g).

O manual de orientações para desenvolver grupos de sobreviventes do suicídio apresenta: a importância dos grupos de apoio de auto-ajuda; como sobreviver a um suicídio; impacto do suicídio; fontes de ajuda para os enlutados; como iniciar um grupo de apoio de auto-ajuda para sobreviventes de suicídio; como desenvolver o quadro operacional para o grupo; identificar e ter acesso a recursos para apoiar o grupo; sucesso e aferição; potenciais fatores de risco para o grupo; apoio sobrevivente nos países em desenvolvimento e nas áreas rurais; apoio supervisionado a "terapia de envolvimento" em outras atividades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000g).

O grupo de sobreviventes do suicídio pode possibilitar um encontro dos familiares das vítimas de suicídio, proporcionando a oportunidade de estar com outras pessoas que podem realmente se entender, pois todos já passaram pela mesma experiência. Com o grupo é possível ganhar força e compreensão dos indivíduos dentro do grupo, mas, também, para fornecer o mesmo apoio para os outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000g).

O grupo pode fornecer: um senso de comunidade e de apoio; um ambiente de empatia e dar um sentido de contribuição, quando a pessoa enlutada sente dissociada do resto do

mundo; esperança de que "normalidade" pode ser alcançada, eventualmente; experiência em lidar com difíceis aniversários ou ocasiões especiais; oportunidades de aprender novas formas de abordar problemas; uma caixa de ressonância para discutir medos e preocupações; um ambiente onde a liberdade de expressão do luto é aceitável, a confidencialidade é observado, e compaixão e atitudes tolerantes que prevalecer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000g).

O grupo pode, também, assumir um papel educativo, fornecendo informações sobre o processo da dor, sobre os fatos relacionados com o suicídio, e os papéis de vários profissionais de saúde na atenção a esta problemática. Com o apoio de um grupo, os familiares do suicida podem, muitas vezes, gradualmente, dissolver os sentimentos de desesperança e fornecer os meios pelos quais controle psíquico pode ser recuperado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000g).

Baseado nestes manuais da OMS e nas evidências científicas e epidemiológicas do suicídio como um complexo problema social, o Brasil instituiu em 2006 as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, por meio da Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que permite através, do artigo 2º:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos, II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, III - organização de linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade [...] (BRASIL, 2006a).

A criação da portaria que institui as Diretrizes para Prevenção do Suicídio é apresentada de maneira mais ampla. A ideia desta estratégia é, a de que cada estado desenvolva estratégias locais de promoção de qualidade de vida, de proteção e recuperação da saúde e de prevenção de danos, além de promover a sensibilização de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido.

Partindo das Diretrizes supracitadas, algumas estratégias foram elaboradas, como o manual para profissionais das equipes de saúde mental. Com o propósito de reduzir as taxas de suicídios, tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, assim, como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros (as), nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições.

Este manual é um recurso a mais, dentre vários que estão sendo preparados, resultante de uma cooperação entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Sua principal finalidade é a transmissão de informações básicas que possam orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção (BRASIL, 2006b).

A iniciativa direcionada aos profissionais de saúde mental é de grande relevância, pois equipes de saúde mental, em especial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são responsáveis pelo cuidado de pessoas que, em grande proporção, padecem de alguns transtornos como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno afetivo bipolar, etc. Essas equipes lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado. Também por estarem em contato próximo e duradouro com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação da “rede de proteção social” dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede (BRASIL, 2006b).

Além do manual de prevenção ao suicídio, direcionado aos profissionais da saúde mental, também foram colocadas em prática a criação da logomarca amigos da vida (figura 3) que identifica e Estratégias Nacionais de Prevenção ao Suicídio; a publicação das referências bibliográficas comentadas sobre suicídio, sobreviventes e família; o lançamento do DVD do I Seminário de Prevenção do Suicídio, com todas as apresentações dos pesquisadores e gestores que participaram do evento e instalação do Projeto ComViver para familiares de pessoas que cometeram suicídio.

Figura 3 - Logomarca amigos da vida



Fonte: BRASIL (2006b).

Também destaco algumas estratégias de foram desenvolvidas em alguns estados brasileiros. No Distrito Federal, no ano de 2012, o deputado Evandro Garla, criou a Lei nº

4.842, de 25 de maio de 2012, que institui a “Semana Distrital de Prevenção ao Suicídio” que apresenta como diretrizes por meio do Art. 2º

- I – divulgar, em meios de comunicação de massa, a importância da prevenção ao suicídio como problema crescente de saúde pública;
- II – promover encontro com especialistas na área para debater e construir propostas para enfrentamento do problema;
- III – elaborar e distribuir cartilhas com conteúdo didático em espaços públicos como escolas, serviços de saúde, shoppings, parques e outros (DISTRITO FEDERAL, 2012)

Além disso, de acordo com a Agência Brasil - Empresa Brasil de Comunicação (2012), que entrevistou a coordenadora de Prevenção ao Suicídio da Diretoria de Saúde Mental, Beatriz Montenegro, o Distrito Federal foi a primeira unidade federativa a desenvolver uma Política Pública voltada para a Prevenção do Suicídio. Segundo ela, a política proposta pela Secretaria de Saúde é fundamentada em uma ação intersetorial dos diversos níveis de complexidade do sistema público de saúde. A coordenadora reforça a necessidade de uma política que sensibilize, que capacite os profissionais e que articule a rede intersetorial de maneira a oferecer para a pessoa que está em situação de vulnerabilidade uma atenção integral e adequada (AGÊNCIA BRASIL, 2012).

No Rio Grande do Sul, em 2006 teve início o I Seminário Nacional de Prevenção ao Suicídio, em Porto Alegre. Já em 2012, a Secretaria de Saúde do Estado juntamente com o Centro Estadual de Vigilância em Saúde, criou um Manual de Prevenção ao Suicídio, baseado em pesquisa intitulada “Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram” direcionado aos profissionais que tem a possibilidade de atuar na vigilância e na prevenção do suicídio, em especial nas áreas da saúde, assistência social, educação, extensão rural, jornalismo e segurança (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Este manual resulta de um Projeto de Pesquisa realizado em quatro municípios do Estado do Rio Grande do Sul – Candelária, Santa Cruz do Sul, São Lourenço do Sul e Venâncio Aires, todos com elevados índices de suicídio, com o objetivo de desenvolver uma metodologia para a formação de redes intersetoriais de promoção da vida e prevenção do suicídio, a partir da sensibilização e do envolvimento de profissionais de diferentes setores (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Neste projeto, foram tomados como referência os manuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) para a vigilância, prevenção e o controle do

suicídio, cujo conteúdo foi sintetizado, assim como os dados levantados na referida pesquisa e em outros trabalhos acadêmicos sobre o tema (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A primeira parte aborda a “Rede de prevenção”, “Mitos e verdades sobre o suicídio” e “Os sobreviventes” que se destinam a todos os profissionais que lidam com a situação de suicídio e consiste na contextualização do problema, na apresentação dos fatores de vulnerabilidade e de proteção, fazendo esclarecimentos sobre os “mitos e verdades” que cercam este fenômeno, bem como, a importância da notificação/investigação de casos de suicídio, além de enfatizar a importância da atenção aos sobreviventes, que na maioria das vezes, são próximos àquelas que cometeram suicídio (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A segunda parte é direcionada especificamente para assistentes sociais, educadores, jornalistas, policiais militares, profissionais de saúde (agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde da família, de emergência, de saúde mental) e de técnicos de extensão rural. A terceira e última parte, consiste em uma cartilha contendo informações importantes e úteis para um primeiro atendimento em situações de suicídio, que pode ser destacado pelo profissional para uso em seu dia a dia de trabalho (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Em 2014, foi publicado o documento “Prevenção do suicídio: uma estratégia global”. Ele apresenta a epidemiologia do suicídio; as tentativas de suicídio; os fatores de risco e proteção, e intervenções relacionadas; sistema de saúde e fatores sociais de risco; os fatores de risco na comunidade e suas relações; fatores de risco individuais; O que protege as pessoas do risco de suicídio?; A situação atual prevenção do suicídio; O que já se fez e o que deve ser alcançado; O que os países estão fazendo em relação à prevenção de suicídio? O estado atual do suicídio no mundo e as perspectivas de mudança; O trabalho em prol de uma resposta nacional mais abrangente para a prevenção do suicídio; Como os países podem criar uma estratégia nacional global e por isso é útil? O custo e a relação custo-eficácia das atividades de prevenção do suicídio; O caminho a seguir na prevenção do suicídio; O que pode ser feito e quem deve estar envolvido? Construindo o caminho a seguir; Quais evidências apontam para o êxito na prevenção do suicídio? (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2014).

Ao apresentar as principais estratégias de prevenção ao suicídio existentes em nível mundial e nacional, foi possível perceber as possibilidades de atenção ao comportamento suicida, bem como, os direcionamentos que devem ser desenvolvidos pelos trabalhadores dos setores contemplados. A área da saúde apresenta uma maior quantidade de documentos de prevenção ao suicídio, o que se justifica pelo maior envolvimento dos profissionais de saúde com as problemáticas do viver humano e comportamentos autodestrutivos.

No que se refere às famílias, a OMS criou o manual de orientações para desenvolver grupos de sobreviventes do suicídio, ou seja, grupos de apoio para familiares de indivíduos que se suicidaram. No entanto, evidenciou-se, a ausência de um manual de prevenção ao suicídio direcionado às famílias de indivíduos que apresentam comportamento suicida.

Essa carência de estratégias de prevenção ao suicídio é uma problemática que também contempla as ideias desta tese, que apresenta o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida. A abordagem trazida pela tese antecede o ato suicida, mas envolve sentimentos, pensamentos e comportamentos daqueles que convivem com essa possibilidade. Neste sentido, considero relevante e necessário a construção de um manual e/ou protocolo de orientações gerais de prevenção ao suicídio para as famílias.

Antes da possibilidade deste manual, espera-se que a partir dos manuais existentes, as orientações de prevenção ao suicídio sejam compartilhadas pelos profissionais aos familiares, ou que, a partir dos atuais manuais, os profissionais de saúde reelaborem novos manuais de atenção ao suicídio direcionadas as famílias e aos grupos de maior vulnerabilidade.

4 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO

Na perspectiva de compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida, o referencial teórico escolhido foi a Sociologia Fenomenológica. Para tanto, neste capítulo será apresentada uma contextualização geral sobre a fenomenologia e um aprofundamento do referencial teórico da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz, no intuito de dar aporte a trajetória metodológica desse estudo.

4.1 Fenomenologia

Concebida como conhecimento da essência das coisas, a fenomenologia teve seu início com Edmund Husserl, que sob a influência de Franz Brentano, no final do século XIX, concebeu a ideia de fazer da filosofia uma ciência rigorosa, baseada num novo método, o fenomenológico (SCHNEIDER et al., 2007). A fenomenologia é compreendida como ciência descritiva e concreta, que mostra e explica o ser nele mesmo, que se preocupa com a essência do vivido. Em suma, ela se apresenta como uma ciência eidética material, pois os vividos intencionais oferecem formas aos conteúdos de significação (CAPALBO, 1994).

Segundo Husserl (2012), a ciência é parte integrante da origem e do destino da humanidade. Para ele, a crise das ciências européias, mais do que uma crise epistemológica, também é uma crise espiritual e existencial da Europa, sendo uma crise da humanidade como um todo. A crise retratada por Husserl é uma decisão acerca do sentido da história européia e humana, sendo uma crise dos fundamentos das ciências, faltando uma compreensão das suas bases e do seu significado.

Assim, o referido autor, apresenta a fenomenologia transcendental em uma perspectiva de unidade, devendo as inovações serem entendidas como uma extensão e aprofundamento da intenção originária da fenomenologia.

Como se pode tornar compreensível a obviedade ingênua da certeza do mundo em que vivemos e, além disso, tanto a certeza do mundo cotidiano como a das construções teóricas eruditas com base neste mundo cotidiano? Que é isto, no seu sentido e validade: “mundo objetivo”, ser objetivo verdadeiro ou, igualmente, verdade objetiva da ciência, se, desde Hume (e, no que concerne à natureza, já desde Berkeley), é universalmente visto que o “mundo” com todo o conteúdo com que, sempre e em cada caso, o mundo vale para mim, é uma validade originada na subjetividade e – falando a partir de mim, isto é, de quem em cada caso filosofa – originada na minha subjetividade? (Husserl, 2012, p. 78).

Ao discutir as idéias de Husserl, Schneider (2001) coloca que o autor adverte que o intento da fenomenologia não é somente olhar, abrir os olhos, mas rastrear as maneiras do dar-se e das correlações, exercendo sobre elas uma análise esclarecedora, constituindo-se a fenomenologia enquanto doutrina universal das essências.

Assim, fenomenologia:

[...] designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas; mas, ao mesmo tempo e acima de tudo, fenomenologia designa um método e uma atitude intelectual: a atitude intelectual especificamente filosófica, o método especificamente filosófico (HUSSERL, 1990, p. 46).

A fenomenologia surge em um momento de revisão das verdades científicas tidas como inabaláveis, quando as investigações passam a ter uma configuração humana. Neste contexto, a fenomenologia se estabelece com uma preocupação em desenvolver uma descrição pura da realidade (SCHNEIDER, 1996). Para atingir isso, o pesquisador precisa descrever os fenômenos tais como acontecem neles mesmos, tal qual ele aparece, reconhecendo nessa caminhada a essência do ser, da vida e das relações.

No referencial fenomenológico, os fenômenos acontecem dentro de um determinado tempo e espaço e precisam ser mostrados para que se alcance a compreensão da vivência, levando-nos a refletir sobre como esta modalidade de pensar pode contribuir para o viver cotidiano (TERRA et al., 2006).

Para se chegar à essência das coisas, a fenomenologia propõe superar a atitude natural por meio da atitude fenomenológica. Na primeira apresentamos o foco que temos quando estamos imersos em nossa postura original, orientada para o mundo, quando intencionamos coisas, situações, fatos e quaisquer outros tipos de objetos. Na atitude fenomenológica refletimos sobre a atitude natural e todas as intencionalidades que ocorrem dentro dela, contemplamos os envolvimento que temos com o mundo e com as coisas nele, considerando o mundo em seu envolvimento humano (SOKOLOWSKI, 2004).

Na busca do fenômeno puro, da sua essência, precisamos colocar o mundo entre parênteses, ou seja, utilizarmos da redução fenomenológica (*epoché*). Isto significa dizer que devemos colocar em suspensão todos os nossos valores, crenças, pressupostos, pré-conceitos, para se ter uma atitude fenomenológica, e assim, descrever o mundo como se apresenta na consciência, seguindo em direção à essência do fenômeno, “ir à coisa mesma” (SCHNEIDER et al., 2007).

O pesquisador, ao realizar uma pesquisa fenomenológica, tem dúvidas que o instiga a interrogar, percorrendo um caminho em direção ao fenômeno por meio do sujeito que

vivencia uma circunstância. Ele faz parte do processo de interpretação do fenômeno, a partir do qual visualiza e compreende o significado dele, percebendo-o como um fator participante do contexto no qual está envolvido (BOEMER, 1994).

4.2 A Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz

A partir deste momento, discorro sobre a Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz, partindo da sua biografia, influências teóricas e metodológicas e concepções acerca do mundo das relações sociais, buscando aproximar o referencial escolhido ao cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.

Alfred Schütz (figura 4) nasceu em Viena, na Áustria no ano de 1899 e faleceu em 1959, em Nova Iorque. Estudou Direito e Ciências Sociais e, interessado pela Sociologia de Max Weber e pela filosofia de Edmund Husserl, contribuiu para estabelecer os fundamentos de uma Sociologia Fenomenológica. Por ter formação em ciências sociais tinha o propósito de estabelecer os fundamentos de uma sociologia compreensiva (SCHÜTZ, 1979; 2012).

Figura 4 - Imagem de Alfred Schütz



Fonte: Google Imagens (2016).

Segundo Capalbo (1998) Schütz apropriou-se de conceitos básicos da fenomenologia de Husserl: intencionalidade, intersubjetividade e mundo-vida, tendo como eixo a volta ao núcleo essencial, utilizando da teoria da Ação Social de Weber, os conceitos de compreensão, ação e do significado subjetivo para fundamentar filosoficamente as ciências sociais.

Como possuía conhecimento e apreciação pelas áreas da filosofia, sociologia e psicologia social, Schütz, em seus estudos, abarcava problemas desses três domínios. Procurava concretizar uma filosofia da realidade do mundo cotidiano, ou seja, na busca da compreensão da realidade do mundo da vida (SCHÜTZ, 2003).

Alfred Schütz investigou os fundamentos das ciências sociais e afirmava que a fenomenologia de Husserl oferecia um método rigoroso para a análise descritiva da constituição do mundo da vida cotidiana na experiência humana, mas advertiu que faltava inserir o método fenomenológico ao mundo social (SCHÜTZ, 2003).

Ao se apropriar dos conceitos husserlianos para utilizá-los na sociologia de forma sistemática e fundamentar filosoficamente as ciências sociais, procurou saber o que é a sociologia nela mesma. Schütz buscou mostrar que a tarefa das ciências sociais não pode negar que certos fatos, como as crenças e convicções, sejam reais e façam parte da experiência vivida do homem e do mundo da sua vida social (CAPALBO, 1998).

Sendo assim, Schütz foi influenciado pela concepção da sociologia compreensiva de Weber especialmente quanto aos conceitos de tipologia, ação social e relação social. A tipologia de Weber refere-se a um instrumento de pesquisa ligado à ideia de classificação, com o objetivo de sintetizar traços típicos de um fenômeno social (CAPALBO, 1998).

A partir do estudo do referencial de Alfred Schütz, apresento alguns elementos conceituais no intuito de subsidiar as discussões presentes neste estudo. Abordo especificamente os conceitos descritos de relacionamento social, mundo da vida cotidiana, ação familiar e anônima, ação social, motivações, típico da ação, relação face a face, intersubjetividade, situação biográfica e o estoque de conhecimento à mão.

Na Sociologia Fenomenológica, a implicação se dá ao investigar o mundo das relações sociais. O foco de interesse é o que pode se constituir como característica típica de um grupo social ao vivenciar uma determinada situação (MERIGHI, 2002). Nesse sentido, para compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida é, necessário voltar à consciência dos familiares. Quando essa família, em seu mundo da vida cotidiana, interage com os outros, materializa seus anseios e necessidades em forma de ações, atribui significados a isso, portanto é preciso compreender seu movimento no mundo da vida.

Schütz aponta a correspondência entre o sujeito e o mundo social em que está inserido em um “tempo, espaço, histórico e cultural”, sendo um sujeito de um mundo social e um mundo social de um sujeito. Dessa forma, é o ser humano que constitui este mundo social, e ele, é capaz de perceber e interpretar as ações em um mundo que faz sentido para ele (SCHÜTZ, 2003).

O mundo da vida cotidiana é algo que se manifesta no sujeito através de suas relações. Ele o sente, concebe, julga, raciocina, imagina e age, a partir de sua existência - assim se forma sua consciência (SCHÜTZ, 2003). Para Schütz, o ser humano é nascido em um mundo

social e vive nele sua existência cotidiana, experimenta-o como construído em volta do lugar que ocupa nele, aberto a sua interpretação e ação, mas sempre com referência a sua situação biográfica determinada (CAMATTA et al., 2008).

A correlação entre sujeito e mundo social é essencial, e é nesse mundo social que os familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida convivem, estabelecem relações com seus pares, familiares, vizinhos, amigos, contemporâneos; estabelecem trocas intersubjetivas, constituem grupos sociais, e são movidos por motivos pragmáticos que orientam suas condutas, ações e trabalho.

A conduta refere-se a todos os tipos de experiências espontâneas subjetivamente significativas, sejam aquelas que se passam internamente, como as que acontecem no mundo exterior. Uma conduta que é prevista, ou seja, baseada em um projeto preconcebido, deve ser chamada de ação, seja ela aberta ou encoberta. No que se refere a esse último caso, é preciso definir se existe ou não no projeto uma intenção de realmente realizá-lo, isto é, de tornar real o estado de coisas projetado. Tal intenção transforma a simples previsão em um objetivo, e o projeto em um propósito (SCHÜTZ, 2012).

Para Sociologia Fenomenológica, o trabalho é uma ação no mundo externo, baseada em um projeto e caracterizada pela intenção de realizar o estado de coisas projetado mediante movimentos corporais. Dentre todas as formas de espontaneidade mencionadas, a do trabalho é a mais importante para a constituição do mundo da vida cotidiana (SCHÜTZ, 2012).

Ao aproximarmos estes três conceitos, conduta, ação e trabalho, podemos relacionar com os familiares. Estes foram acumulando suas experiências internas e aproximando com as coisas que aconteceram no mundo exterior, com isso, podemos dizer que os familiares foram tornando conscientes as estratégias de cuidar do seu familiar, em uma tomada de decisão de como e porque cuidar do seu familiar. O projeto de ação cotidiana dos familiares só pode ser concretizado por meio dos movimentos corporais, em que o uso do corpo expressa a ação no mundo externo, no caso, o trabalho foi sobre as ações utilizadas para viver cotidianamente com seu familiar que apresenta comportamento suicida.

Conforme Schütz, vivemos em um mundo cotidiano, onde as nossas ações e intenções indicam um mundo intersubjetivo. Esse mundo cotidiano representa o mundo de todos nós, espaço que nossas comunicações e relacionamentos ocorrem tanto com nossos antecessores como com os sucessores (POPIM; BOEMER, 2005). Dessa forma, o mundo da vida, também denominado o mundo do senso comum, é a forma de descrever o mundo subjetivo experienciado pelos homens (TOCANTINS; SOUZA, 1997).

Schütz considera que no mundo da vida fazemos experiências de familiaridade e de anonimato, na medida em que, a relação de familiaridade é vivida sob a forma de nós e permite a apreensão do outro como único em sua individualidade. Por outro lado, em uma relação social, há também um afastamento da unicidade e individualidade dos semelhantes, no qual poucos são os aspectos considerados relevantes para o problema que se deseja tratar, caracterizando uma relação de anonimato (CAPALBO, 1998).

A Sociologia Fenomenológica fundamenta-se naquele que vivencia a experiência de determinado fenômeno, pois só o próprio indivíduo pode dizer o que pretende com a ação. Com este entendimento a abordagem valoriza o sujeito, suas vivências e suas ações conscientes. Schütz (2003) propõe que em toda ação que o sujeito estabelece há um sentido intencional e busca aí atender suas expectativas e suas necessidades, contudo, este sentido e significado somente o próprio indivíduo pode expressar.

Com o intuito de compreender a ação subjetiva dos indivíduos, Schütz, apóia-se em motivos “porque” e motivos “para” ou “afim de”. Os motivos porque são evidentes nos acontecimentos concluídos, que explicam certos aspectos da realização de projetos, tendo, portanto uma direção temporal voltada para o passado. Formando uma categoria objetiva da ação, acessível ao observador. Os motivos para se refere a algo que se quer realizar, objetivos que se procura alcançar, tendo uma estrutura temporal voltada para o futuro, formando uma categoria subjetiva da ação (SCHÜTZ, 1979). A utilização dos motivos “porque” e motivos “para” nesta pesquisa, parte do objeto em foco, ou seja, da ação cotidiana dos familiares e das expectativas deles ao desenvolver ações de cuidado, assim almeja-se direcionar a consciência dos familiares, na busca das expectativas ou motivações atribuídas por eles a ação desenvolvida.

A identificação dos motivos porque e os motivos para da ação de um indivíduo permite a descrição da tipificação da ação, ou seja, um modelo científico do mundo social do qual o indivíduo pode ser reconhecido de maneira mais ou menos padronizada. Isso corresponde a uma idealização, no sentido de ideia, não de uma pessoa em particular, mas de um tipo social constituído pelo estoque de conhecimento que se tem sobre o mundo e que determina esquemas interpretativos do mundo social (MACHINESKI, 2011).

Neste sentido, nos tipos ideais habituais, a motivação pessoal é substituída por padrões de comportamento culturalmente estandarizados (SCHÜTZ, 2012). Assim, um indivíduo é conhecido como pertencente a um grupo que tem características comuns e o determinam enquanto tipo social, ou seja, que apresenta um comportamento e uma função social, como por exemplo, a ação cotidiana de familiares frente ao indivíduo com comportamento suicida.

A tipificação, portanto, não individualiza o sujeito e sim o faz pertencer a um grupo social que possui características típicas do comportamento vivido.

Os motivos de cada sujeito são expressos em ações quando se dirige ao outro, e este, do mesmo modo, se reporta com uma ação, o que Schütz denomina de relação social. O estabelecimento de uma relação social acontece quando um sujeito compartilha com o semelhante um ambiente comum ou quando está orientado para um contemporâneo. Dessa maneira, é possível experienciar o outro de forma direta, numa situação denominada face a face, ou indireta (CAMATTA et al., 2008).

A situação face a face é constituída do ponto de vista de um participante dela. Para se tornar consciente de tal situação o participante deve tornar-se intencionalmente consciente da pessoa diante dele. Ele precisa assumir uma orientação voltada para o outro de tipo face a face em relação ao seu parceiro, essa atitude é chamada de orientação pelo Tu que é o modo puro segundo o qual estou consciente de outro ser humano enquanto pessoa (SCHÜTZ, 2012).

A orientação pelo Tu pode ser unilateral ou recíproca. Ela será unilateral se apenas um dos sujeitos perceber a presença do outro. Ela será recíproca se ambos os sujeitos estiverem mutuamente conscientes em relação ao outro. A relação face a face na qual os parceiros estão conscientes um em relação ao outro e participam um da vida do outro, ainda que por um curto período de tempo, pode ser chamada de relação do Nós pura, nada mais sendo do que a forma recíproca da orientação pelo Tu (SCHÜTZ, 2012).

Na Sociologia Fenomenológica, a relação do pesquisador com o pesquisado possibilita o encontro face a face. Ao ter na consciência dos sujeitos pesquisados, o pesquisador ocupa a orientação pelo Tu de forma unilateral, em que possivelmente de maneira inicial apenas ele percebe a presença do outro. No encontro face a face, realizado por meio da ambientação, aproximação e entrevista fenomenológica foi possível ter uma relação recíproca em que ambos terão consciência um do outro, acontecendo assim à orientação do Nós, pesquisador – familiares.

Seguindo esta linha de pensamento, o referencial da Sociologia Fenomenológica trata de uma estrutura de significados na vivência intersubjetiva da relação face a face, apreendendo que as ações sociais têm um significado contextualizado de configuração social e não puramente individual (SCHÜTZ, 1979). De forma que a relação face a face configura-se como um modo de aproximação, de interação, que possibilita ao sujeito verbalizar seus medos, sentimentos, angústias, frustrações, ou sonhos, dando suporte para minimizar o desconforto dessas situações (RIBEIRO; RODRIGUES, 2005).

Neste sentido, ao utilizar este referencial na presente pesquisa, objetivo me aproximar dos familiares de indivíduos com comportamento suicida permitindo que eles expressem suas vivências, angústias e motivações, propiciando uma relação face a face de familiaridade entre o pesquisador e os familiares, permitindo assim, valorizar as questões sociais e relacionais presentes no mundo da vida deste grupo social, desvelando o outro em uma forma mais global e contextualizada no seu viver no mundo.

O mundo da vida cotidiana não é o mundo privado de um indivíduo, mas um mundo intersubjetivo, compartilhado com meus semelhantes, experienciado e interpretado por outros, pois é um mundo comum a todos nós (SCHÜTZ, 2012). Schütz, ao conceituar intersubjetividade, enfatiza que o mundo tem sentido não somente para mim, mas para todos os seres humanos, de modo que a experiência do mundo se justifica e corrige mediante a experiência com os outros, com quem acontece as relações e as experiências vividas no mundo social. Portanto, o mundo intersubjetivo é interpretado como um possível campo de ação de todos nós (SCHÜTZ, 2003).

O cotidiano é o espaço da vida onde, podem estar presentes as interações, saudáveis ou não, ações de cuidado e desvelo, ou, ainda, ações de não cuidado. É onde as pessoas mostram seus estilos de vida, seus pensamentos, sua ética com base nas experiências que viveram e nos povos às quais pertencem, determinando suas próprias regras, sua base familiar, suas concepções sobre certos aspectos sociais e individuais (SOUZA, 2008). No viver cotidiano são revelados os sentimentos, percepções, ações, possibilidades e vulnerabilidades do ser no mundo, que reflete sobre si, sobre o outro e sobre a existência, compreendendo-se a si e ao mundo, enfrentando a vida de forma autêntica, crescendo e ajudando o outro a crescer (MOTTA, 2006).

O compartilhamento da existência e de uma história de vida proporciona os ensinamentos necessários para que os membros da família reconheçam suas necessidades, afinidades e comprometimento uns para com os outros, consolidando, assim, uma convivência que estimula o bem-estar e a superação das adversidades enfrentadas no cotidiano. É nesta atmosfera de apoio mútuo que a reaproximação dos familiares acontece, colaborando para a inserção da pessoa em sofrimento psíquico na família e comunidade (DIAS; SILVA, 2010).

Ao estabelecer, o relacionamento social, esses sujeitos apresentam a sua situação biográfica e o seu estoque de conhecimento à mão. Uma determinada situação biográfica é todo o momento da vida de ser humano em que ele se encontra: seu ambiente físico e sócio-cultural, dentro do qual ele tem sua posição. Essa posição, em termos de espaço físico e tempo exterior, de status e papel dentro do meio social, e de posição moral e ideológica. Dizer que

essa definição da situação é determinada em termos biográficos significa que ela tem a sua história, ou seja, é a sedimentação de todas as experiências anteriores desse homem, organizadas de acordo com as posses habituais de seu estoque de conhecimento à mão (SCHÜTZ, 1979).

Nesse sentido, o comportamento suicida no âmbito familiar se faz presente na situação biográfica dos familiares investigados, como um processo dinâmico que sofre mudanças, podendo se agravar ou diminuir. Entretanto, “a situação biográfica dos familiares não é marcada apenas por situações de sofrimento, mas também por elementos como a participação em atividades culturais, domésticas, de lazer e de trabalho” (NASI, 2009, p.64).

O estoque de conhecimento à mão que o ser humano tem a qualquer momento na vida diária lhe serve como um código de interpretações de suas experiências passadas e presentes e também determina sua antecipação das coisas que virão. O estoque de conhecimento existe em um fluxo contínuo e muda em termos de extensão e de estrutura, e as vivências posteriores o enriquecem e aumentam suas experiências no mundo em que está inserido (SCHÜTZ, 1979).

Ir ao encontro dos familiares é relevante, pois eles irão compartilhar significados de pertencimento ao grupo, sendo esses significados subjetivos e objetivos. O significado subjetivo é o significado que o grupo tem para seus membros, sendo um sentimento de pertencimento, de compartilhamento de interesses comuns. O significado que o grupo possui para seus membros consiste em seu conhecimento de uma situação comum com o decorrente sistema de tipificações e relevâncias. Essa situação possui sua própria história, na qual as biografias dos membros também tornam parte; e o sistema de tipificação e relevâncias que determinam a situação, formam uma concepção relativamente natural do mundo que é compartilhada. O sistema de tipificações e relevâncias compartilhado com os outros membros define papéis sociais, as posições e o status de cada um. Essa aceitação de um sistema comum de relevâncias leva a uma autotipificação homogênia por parte de todos os membros do grupo (SCHÜTZ, 2012).

O significado objetivo de pertencer ao grupo familiar é aquilo que o grupo possui quando aqueles que são de fora se referem a seus membros como eles. Nessa interpretação objetiva a noção de grupo é uma construção conceitual daquele que está de fora. A partir de seu sistema de tipificações e relevâncias ele subsume os indivíduos mostrando certos traços e características particulares que aparecem como uma categoria social homogênia somente do seu próprio ponto de vista (SCHÜTZ, 2012).

Neste sentido, o significado de pertencimento ao grupo familiar de maneira geral foi caracterizado pelo familiar entrevistado direcionando o olhar para si e para sua família, representando a maneira individual de cada membro da família viver cotidianamente diante do comportamento suicida.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste momento será descrito os aspectos referentes à metodologia, o tipo de estudo, o cenário do estudo, os participantes do estudo, a coleta das informações, a análise das informações e os aspectos éticos relacionados ao estudo.

5.1 Tipo de Estudo

A busca da compreensão do cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida direcionou este estudo para a realização de uma pesquisa qualitativa, na perspectiva do referencial teórico da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.

A pesquisa qualitativa se aprofunda no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010). Neste sentido, essa abordagem busca a “relação da qualidade dos fatos e fenômenos, bem como encontrar na parte a compreensão e a relação com o todo; a interioridade e exterioridade como constitutivas dos fenômenos” (MINAYO, 2007, p. 24).

Nesse sentido, esta opção metodológica apresenta “fundamento teórico pertinente”, além de possibilitar “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos dos referentes grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2010, p. 57).

A Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz propicia o aprofundamento do conhecimento da realidade social como um mundo social, que é vivenciado por atores sociais e seus semelhantes, também dotados de uma consciência capaz de atribuir significados a suas vivências e ações (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

O mundo da vida, enquanto mundo social, é o objeto das Ciências Sociais, uma vez que o objeto da pesquisa sociológica é obtido por cortes na realidade social, onde se busca a constituição de uma totalidade relativa, mas significativa para o estudo de um conjunto determinado de fatos sociais (SCHÜTZ, 1979). Nesse sentido, a pesquisa qualitativa busca descortinar facetas desta realidade social, a partir dos elementos que se mostram significativos para o pesquisador, focalizados no cotidiano dos sujeitos (VIEIRA, 2012).

5.2 Cenário do estudo

A pesquisa proposta foi desenvolvida no CAPS vinculado ao HCPA localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este local foi selecionado por ser um serviço de saúde mental especializado que presta assistência em saúde mental e realiza acompanhamento contínuo a indivíduos adultos em sofrimento psíquico e as suas famílias. Dentre os usuários, alguns que fazem acompanhamento no serviço apresentam comportamento suicida, segundo registros em prontuários e, também por informações dos trabalhadores.

As Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio ressaltam por meio do Manual de Prevenção ao Suicídio que as equipes dos CAPS lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio encontra-se agudizado. Também, por estarem em contato próximo e duradouro com os pacientes, seus familiares e sua comunidade. Eles estão em posição privilegiada para a avaliação da rede de proteção social dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede (BRASIL, 2006 a).

Os CAPS caracterizam-se como serviços de saúde mental, abertos e comunitários do SUS. São lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, articulando-se com a rede de serviços da comunidade favorecendo a reinserção dos indivíduos na sociedade (BRASIL, 2000).

A estrutura física do CAPS II, cenário deste estudo, é composta por uma recepção, uma sala de convivência, um espaço administrativo, um posto de enfermagem, quatro consultórios interdisciplinares, um refeitório, um banheiro para funcionários, três banheiros para usuários, uma rouparia, um expurgo, um depósito de material de limpeza, um pátio externo, um quarto de observação (repouso) e três salas de oficinas.

A equipe é formada por dois médicos psiquiatras, três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um psicólogo, um assistente social, um educador físico, um terapeuta ocupacional, um técnico administrativo, dois auxiliares de serviços gerais, um segurança e seis residentes médicos e três residentes multiprofissionais. Além disso, a unidade recebe alunos da UFRGS, dentre estes do Curso de Enfermagem, em seus estágios curriculares e supervisionados.

No CAPS são realizadas diferentes atividades com os usuários, como os grupos terapêuticos (acolhimento, adultos jovens, etc...), oficinas terapêuticas (música, culinária, atualidades, beleza, artes), atendimento individual, passeios e atividades culturais.

Também, são realizados grupos com os familiares, com o objetivo de fortalecer o vínculo do familiar com o usuário e o serviço, sendo estes realizados por meio de conversas informais sobre as relações familiares e convívio social. Estes podem propiciar um momento de conforto e cumplicidade entre os familiares que vivenciam as mesmas situações. Também aos familiares são realizadas visitas domiciliares, atendimento a família ou ao familiar.

5.3 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram 15 familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentavam comportamento suicida e realizavam acompanhamento no CAPS.

Foram critérios de inclusão para participar da pesquisa:

- a) Ser maior de 18 anos;
- b) Morar na mesma casa que o usuário do CAPS;
- c) Ter familiar inserido em uma das modalidades terapêuticas do serviço;
- d) Ser familiar de usuário que apresentou comportamento suicida, com histórico de ao menos uma tentativa de suicídio;
- e) Ser considerado pelo usuário como familiar;
- f) Familiar que mais se envolve no cuidado do indivíduo que apresentou comportamento suicida.

Crítérios de exclusão para participar da pesquisa:

- a) Familiar que não tiver condições de verbalização;
- b) Familiar que se mostrar abalado emocionalmente ao falar do tema.

Os familiares foram selecionados por meio das informações que se referiam a comportamento suicida nos registros dos prontuários dos usuários, pela indicação do usuário familiar e dos profissionais do CAPS. Após esta busca, foi realizado o contato com os participantes para expor sobre o projeto, confirmação do preenchimento dos critérios de inclusão e convite para participação da entrevista.

De acordo com Gaskell (2007), há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer e possível de analisar nas investigações qualitativas, sendo que para cada pesquisador, este limite é algo entre 15 e 25 entrevistas. No entanto, na metodologia de investigação qualitativa com abordagem fenomenológica, o número de sujeitos do estudo é

definido no transcorrer da coleta de dados, cessando quando, por meio da leitura e interpretação dos depoimentos obtidos, se percebe que o fenômeno está desvelado em sua essência (BOEMER, 1994).

5.4 Aproximação e ambientação com o campo de pesquisa

A minha inserção no campo de pesquisa aconteceu durante a construção do projeto de tese, em que, me direcionei ao CAPS junto com meu orientador para conhecer as possibilidades de pesquisa e abordagem da temática com os familiares em acompanhamento no serviço, bem como, expor sucintamente sobre a proposta com os enfermeiros. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa me aproximei novamente do campo para apresentar a proposta de tese à equipe e pedir auxílio de todos os profissionais na indicação de familiares para participar da pesquisa.

Iniciei a ambientação mais diretamente alguns dias antes do começo da coleta dos depoimentos, junto aos usuários do CAPS. Neste momento, pude conhecer a dinâmica do serviço, as atividades desenvolvidas e o processo de trabalho dos profissionais, fui muito bem acolhido pelo CAPS e os profissionais foram importantes colaboradores, em especial, as enfermeiras.

Ao observar o cotidiano de trabalho, fui dialogando com os profissionais sobre a minha pesquisa, tendo em vista a seleção intencional dos sujeitos. Os profissionais foram fundamentais nesta etapa, pois me indicaram as situações de comportamento suicida nas famílias assistidas pelo CAPS.

Logo no início da ambientação, foi necessário mostrar a minha intencionalidade ao estar no serviço, esclarecendo a minha posição naquele momento, principalmente aos usuários que, às vezes, sem perceber solicitavam o meu auxílio em algumas ações, sendo assim, precisei esclarecer que apesar de ser enfermeiro, no momento estava na posição de pesquisador. Com o passar do tempo, em torno de duas semanas, tanto os usuários, quanto os profissionais, foram entendendo a minha posição no serviço.

Essa vivência possibilitou-me compartilhar o estoque de conhecimentos teórico do assunto disponível a mão, em que, busquei em todo o período de coleta dos depoimentos conversar com a equipe sobre a temática do suicídio, sobre as ações de prevenção e situações que poderiam levar a ação suicida no contexto familiar. Percebi ao falar sobre o assunto, que alguns profissionais tinham resistência para dialogar sobre o tema e alguns naturalizavam as situações de suicídio e tentativas ocorridas por usuários do serviço.

Segundo Padoin e Souza (2008), na etapa de ambientação há a necessidade de um movimento mediado pela subjetividade, buscam-se os significados do silêncio, da fala, do dito e

do não dito, procura-se respeitá-los e exercita-se a escuta. Nesta perspectiva, busquei exercitar esse movimento, e por meio de uma relação face a face de diálogo reconhecer o outro como um ser único e singular, mas também influenciado pelo meio social e cultural em que está inserido no mundo da vida, com isso, há a possibilidade de conseguir chegar a redução dos pressupostos.

Chegar à atitude fenomenológica de encontro com o outro, pressupõe ter clareza das inquietações e do estranhamento do sujeito pesquisador de modo a apontar obscuridades inerentes à constituição do objeto de estudo (NEVES; SOUZA, 2003).

5.5 Coleta das informações

Ao buscar a compreensão do cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida, foi utilizada a entrevista fenomenológica como técnica para a coleta das informações, realizada nos meses de fevereiro e março de 2015.

A entrevista, nesta abordagem, acontece por meio da interação face a face, na qual há características de intersubjetividade e de comunicação direta, aquelas que acontecem em presença vivida. Os pensamentos são expressos através de combinações de palavras, as quais requerem um veículo para a sua transmissão de uma pessoa para a outra: sons que podem ser ouvidos, gestos que podem ser vistos, mensagens escritas que podem ser lidas (SCHÜTZ, 1979).

Uma entrevista fundamentada no método fenomenológico não submete a situação observada e o indivíduo a uma análise conceitual, classificadora, orientada por um esquema de ideias e direcionada para determinados fins. Ao contrário, descartam-se modelos, projetos, alternativa e valores que possibilitam um saber sobre o indivíduo, em favor de um saber do indivíduo (CARVALHO, 1987).

A entrevista fenomenológica não inclui etapas rigorosas, entretanto possui fatores de aproximação para que a entrevista aconteça, em que o investigador necessita encontrar a forma mais adequada de aproximação aos depoentes, considerando o alcance do objetivo proposto e aspectos como o ambiente físico favorável ao encontro social, as particularidades dos participantes, a adequação da pergunta fenomenológica e o modo como os depoimentos foram obtidos. Esses fatores valorizados conduzem a descrições singulares do objeto de estudo proposto (SIMÕES; SOUZA, 1997).

Outro aspecto valorizado para o encontro com os indivíduos estudados é a ambientação do pesquisador no cenário de coleta dos dados, pois, esta ambientação inaugura a

etapa de campo propriamente dita e configura um momento essencial para o desenvolvimento da investigação (SIMÕES; SOUZA, 1997).

No decorrer da entrevista fenomenológica, após aplicação do TCLE (Apêndice A), foram direcionadas aos participantes da pesquisa as seguintes questões norteadoras:

1. Fale-me o que você faz no seu dia-a-dia quando seu familiar (nome) apresenta comportamento suicida?

2. O que você espera do cuidado desenvolvido com o seu familiar (nome)?

Complementarmente as questões norteadoras foram levantados junto aos participantes alguns dados de identificação dos mesmos, conforme consta no instrumento de coleta de informações (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas individualmente, no período de fevereiro a março de 2015 no CAPS, com horário definido com o participante e teve duração de quanto tempo foi necessário para a realização das mesmas e conforme disponibilidade do participante, com uma média de 30 a 40 minutos para cada entrevista. Foram registradas em um gravador digital por meio da qual o participante teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador. Este recurso foi utilizado a fim de garantir fidedignidade dos registros dos depoimentos, porém, caso o sujeito não desejasse gravar a sua vontade seria respeitada e o registro da entrevista seria realizada em um diário de campo, situação não ocorrida. Tive o cuidado em conduzir a entrevista na instância fenomenológica, ouvindo os sujeitos sem senso crítico de julgamento, buscando interagir numa abordagem compreensiva. Após este momento, as entrevistas foram transcritas em sua íntegra.

As entrevistas foram encerradas com o 15º entrevistado, no momento em que foi percebida a repetição acentuada das mesmas informações nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, visto que o interesse que se buscou foi a variação e a amplitude do fenômeno e não a sua quantificação (CAMATTA, 2008).

Antes de iniciar cada entrevista, busquei estabelecer uma conversa, a fim de favorecer um encontro agradável e empático, que possibilitasse uma relação de confiança entre os participantes e pesquisador. Busquei no encontro, colocar-me frente a frente do familiar entrevistado, sem que nada ficasse entre nós, e de forma que pudéssemos interagir e olharmos diretamente um para o outro. Posicionei o gravador digital, em uma distância que assegurasse a qualidade da gravação e que, se possível, não fosse visível pelo meu entrevistado, não interferindo na nossa interação.

No decorrer da entrevista estive atento para minimizar qualquer risco moral ou emocional que podia ocorrer com a mesma. Expliquei que, caso a entrevista estivesse se

tornando desconfortável para o entrevistado a mesma poderia ser interrompida e faria o encaminhamento do mesmo para um atendimento especializado de um profissional do CAPS. Não ocorreu necessidade desse recurso, mas, caso houvesse, o atendimento do entrevistado seria realizado primeiramente pelo enfermeiro, que avaliaria a necessidade ou não de encaminhamento para outro profissional da equipe multiprofissional, estratégia esta previamente combinada com a equipe de serviço.

Os familiares verbalizaram ao final das entrevistas o quanto a mesma os fez bem, e que, poucas vezes, haviam conversado sobre o comportamento suicida de seu familiar com um profissional. Alguns familiares se emocionaram no momento de expressar seu cotidiano, enfatizando os momentos difíceis e também de superação, verbalizando o cuidado, atenção, o carinho e o amor que sempre disponibilizaram para seus familiares. Também me sensibilizei muito com as vivências contadas pelos familiares, em vários momentos me coloquei na situação dos mesmos. Após a finalização da entrevista, em alguns momentos, os escutei mais um pouco e pude transmitir meu apoio e compressão com o cotidiano vivido constantemente pelos mesmos.

Não foi fácil escutar os discursos, deparar-me com histórias de sofrimento e situações decorrentes do mundo da vida do suicida. Além disso, fazer parte de uma família que sofreu com uma situação de suicídio, fez-me em vários momentos nos encontros com os entrevistados, ou sozinho, ouvindo, os depoimentos me sentir triste e pensativo. Enfim, pelo movimento empático compreendi que este contexto vivencial pode ser comum a muitos homens, mulheres e famílias que como eu se relacionam no mundo da vida.

Vivi momentos difíceis como pesquisador ao ouvir situações biográficas e bagagens de sofrimento psíquico e comportamento suicida no contexto das famílias, em um exercício contínuo de *epoché*, onde, em um esforço contínuo na busca da essência do fenômeno em estudo, consegui colocar o mundo entre parênteses, em um exercício de atitude fenomenológica, seguindo em direção “*à coisa mesma*”, de compreensão do cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.

5.6 Análise das informações

Ao encerrar as entrevistas, ouvi novamente cada depoimento, com o intuito de compreender o contexto da mensagem trazida por cada familiar. Neste momento, tive a oportunidade de resgatar o encontro singular e de subjetividade que tive com cada participante. Os depoimentos foram transcritos de maneira atenta, tendo como perspectiva o

objeto do estudo e a busca pela compreensão do cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.

Para a análise das informações segui os passos de análise elaborados por Schneider (1996), Tocantins (1993; 1997), Schneider, Camatta e Nasi (2007) adaptados por Camatta (2010), com a finalidade de compreender o cotidiano de famílias de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida e frequentam um CAPS à luz do referencial de Alfred Schütz.

São eles: 1) realizar leituras e releituras dos conteúdos das falas objetivando obter a essência do significado das perspectivas dos familiares; 2) identificar trechos das falas que apresentem o cotidiano, as ações desenvolvidas pelos familiares e as expectativas da família com essas ações; 3) agrupar os aspectos em comum das unidades de significado, isto é, as convergências que possibilitam o emergir das categorias concretas, chegando a tipificação das famílias pesquisadas. Os resultados foram interpretados por meio das concepções teóricas da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz e de autores que trabalharam com a temática do objeto em estudo.

Além disso, foi utilizado símbolos para facilitar o entendimento do texto, ao quais foram: [...] – utilizado reticências entre em um trecho incompreensível no depoimento, ou que se distanciava da linha de raciocínio que o familiar estava verbalizando e; ... – utilizado reticências no fim de uma frase quando o entrevistado não conclui a mesma, sem comprometer o sentido expresso por ele. Para facilitar a leitura dos depoimentos, algumas palavras e expressões foram suprimidas do corpo do texto, como “né!”, “sabe!”, “aham!”, “hum!”, “entende!”, “digamos assim!”, entre outras, sem alterar o seu sentido no contexto do depoimento. Cabe destacar que busquei preservar nos depoimentos a linguagem coloquial utilizada pelos entrevistados.

5.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi registrado junto à Comissão de Pesquisa da EENF-UFRGS e encaminhado ao CEP do HCPA, recebendo o parecer aprovado N° 949.828 de 03/02/2015 (ANEXO A). O projeto também foi aprovado pela Comissão Científica do HCPA (ANEXO B).

Foram respeitados os preceitos da bioética e da ética em pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Os

princípios éticos foram respeitados de forma a proteger os direitos dos participantes envolvidos na pesquisa quanto à autonomia, privacidade, equidade, benefícios e riscos.

Além disso, os participantes do estudo tiveram em qualquer etapa do estudo, acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento para participação na pesquisa.

No momento em que foram contatados, os participantes da pesquisa receberam informações a respeito do objeto da pesquisa e a intenção do estudo no qual foi realizado a solicitação de sua colaboração, antes de responderem as questões das entrevistas, garantindo-lhes anonimato.

O TCLE, assinado pelo pesquisador, foi confeccionado em duas vias, sendo que uma delas ficou de posse do participante e a outra de posse do pesquisador, assinado pelo participante. As entrevistas só ocorreram após esta assinatura.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada disponibilizada pelo serviço e o tempo foi determinado pelo próprio indivíduo. O pesquisador assumiu o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Para tanto, os participantes foram identificados pela letra 'F' seguida de um número (F1, F2, F3, F4, sucessivamente), que é a letra inicial da palavra família. Também, os participantes foram informados que a entrevista seria gravada para posterior transcrição dos dados. Porém, caso algum participante não aceitasse a gravação, o depoimento não seria gravado e as informações seriam registradas em um diário de campo pelo pesquisador, o que não se fez necessário em nenhum caso. Com isso, o pesquisador preservou a privacidade e integridade pessoal do participante conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a transcrição na íntegra das entrevistas, essas foram gravadas em um *Compact Disc* (CD) que permanecerá guardado pelo período de cinco anos após a publicação dos resultados da pesquisa junto a UFRGS, e posteriormente serão desprezados, conforme recomendações da Lei de Direitos Autorais N° 9.610/1998 (BRASIL, 1998).

Também assumi o compromisso de retorno dos benefícios obtidos com a pesquisa para os trabalhadores do CAPS, por meio, da apresentação dos resultados em reunião de equipe. Além disso, pretendo divulgar os resultados para a comunidade acadêmica.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico com comportamento suicida passo a apresentação dos resultados e a realização da discussão do fenômeno que se apresenta. Para tanto, inicio situando biograficamente os familiares participantes do estudo, que partiu da caracterização dos entrevistados, elaborada por meio de um roteiro previamente definido (APÊNDICE B), com informações que tiveram como objetivo demonstrar a situação biográfica, conforme a perspectiva do grupo de familiares participantes da pesquisa

A seguir, apresento a construção das categorias concretas do vivido dos familiares de indivíduos com comportamento suicida, que emergiram do agrupamento de convergências dos motivos porque e dos motivos para identificados nas entrevistas. No típico da ação dos familiares de indivíduos com comportamento suicida busco construir a característica típica da ação do grupo social que vivencia a situação no mundo da vida cotidiana. Para finalizar, realizo a análise compreensiva do típico do cotidiano dos familiares entrevistados, construída tomando-se por base o referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz e de literatura referente ao suicídio e à saúde mental.

6.1 Situação biográfica dos familiares

O momento da vida de um homem é a situação biográfica determinada que ele se encontra, seu ambiente físico e sociocultural, dentro do qual ele tem sua posição, em termos de espaço físico e tempo exterior, de status e papel dentro do meio social, de posição moral e ideológica (SCHÜTZ, 2012).

Situação biográfica para Schütz, diz respeito a um indivíduo que atravessou uma longa cadeia de experiências vividas anteriormente, onde tanto o conteúdo como a sequência dessas experiências são exclusivos dele. Assim, subjetivamente, dois indivíduos jamais poderiam vivenciar a mesma situação da mesma forma. Acima de tudo, cada um chegou a essa atitude atual tendo em mente seus próprios propósitos e objetivos e avalia de acordo com isso; e esses propósitos e avaliação correspondentes estão enraizados no seu passado, na história singular de sua vida (SCHÜTZ, 2012).

Nesta perspectiva, busquei nos depoimentos, organizar as informações verbalizadas pelos familiares, pautadas em alguns aspectos de seus estoques de conhecimento, que os situassem em seu mundo da vida cotidiana e em suas relações sociais, ou seja, em sua situação biográfica determinada:

F1 - Mulher, 38 anos, completou o segundo grau, é casada, dona de casa, na sua casa moram duas pessoas. É filha do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2014, por meio de grande quantidade de ingestão de medicações e também cortando os pulsos, a mesma auxiliou seu familiar após a tentativa de suicídio.

F2 – Homem, 60 anos, completou o segundo grau, é casado, porteiro, na sua casa moram três pessoas. É esposo do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2014, se jogou na frente dos carros, o sobrinho ajudou seu familiar após a tentativa de suicídio.

F3 – Mulher, 67 anos, completou o segundo grau, é casada, dona de casa, na sua casa moram seis pessoas. É mãe do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2013, por meio de grande quantidade de ingestão de medicações, a mesma auxiliou o seu familiar após a tentativa de suicídio.

F4 – Mulher, 33 anos, completou o segundo grau, é casada, técnica em saúde bucal, na casa moram quatro pessoas. É esposa familiar que tentou suicídio pela última vez em 2010, utilizando arma de fogo, foi auxiliado pelos colegas de trabalho após tentativa de suicídio.

F5 – Mulher, 46 anos, completou a sétima série, é divorciada, trabalha em casa de família, na casa moram duas pessoas. É mãe do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2007 por enforcamento, foi socorrido por um profissional de saúde.

F6 – Mulher, 45 anos, tem o ensino fundamental, é divorciada, cozinheira, na casa moram duas pessoas. É mãe do familiar que tentou

suicídio pela última vez em 2010 por automutilação (cortes com caco de vidro), foi ajudado pelos tios.

F7 – Mulher, 45 anos, tem ensino fundamental, é casada, dona de casa, na casa moram cinco pessoas. É mãe do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2012 com faca, estilete e tesoura, foi socorrido pela mesma e pela filha após tentativa de suicídio.

F8 – Mulher, 77 anos, completou o primeiro grau, viúva, dona de casa, na casa moram três pessoas. É mãe do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2005, por meio, da ingestão de muitos medicamentos, a mesma que socorreu o familiar após a tentativa de suicídio.

F9 – Homem, 33 anos, completou o ensino médio, em união estável, fiscal de transporte, na casa moram três pessoas. É esposo da familiar que tentou suicídio pela última vez em 2014, por enforcamento, foi socorrida pela equipe de saúde após tentativa de suicídio.

F10 – Mulher, 65 anos, completou o ensino fundamental, é casada, aposentada, na casa moram quatro pessoas. É mãe do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2011, por enforcamento, foi socorrida pela mesma após tentativa de suicídio.

F11 – Mulher, 18 anos, completou o ensino fundamental, é solteira, diarista, na casa moram sete pessoas. É filha do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2014, como arma branca (faca) e ingestão de medicamentos, foi auxiliada pela mesma após tentativa de suicídio.

F12 – Mulher, 31 anos, segundo grau completo, é casada, dona de casa, no domicílio moram cinco pessoas. É filha do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2014, por meio da ingestão de vários medicamentos, foi ajudada pela mesma após tentativa de suicídio.

F13 – Mulher, 57 anos, completou a sexta série, é viúva, costureira, na casa moram duas pessoas. É mãe do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2005, por meio de fogo, foi socorrido pela mesma após tentativa de suicídio.

F14 – Mulher, 67 anos, segundo grau completo, solteira, cuidadora de idosos, na casa moram duas pessoas. É irmã do familiar que tentou suicídio pela última vez em 2010, por meio, de ingestão de vários medicamentos, foi socorrido pela mesma após tentativa de suicídio e conduzido a pronto atendimento.

F15 – Homem, 56 anos, completou a quinta série, casado, pedreiro, na casa moram seis pessoas. É esposo da familiar que tentou suicídio em 2010 por automutilação (cortes com faca e tesoura), foi auxiliado pelo pai e tia.

Como se percebe na situação biográfica, a maioria dos familiares que se disponibilizaram a participar da pesquisa foram mulheres com uma idade variada, dos 18 até os 67 anos, casadas, do lar e com ensino fundamental completo (2º grau). As situações de tentativa de suicídio ocorreram quase que exclusivamente no domicílio, nos últimos 5 anos, os familiares estavam presentes, auxiliando durante a crise suicida. Diversos foram os métodos utilizados para a tentativa de suicídio de seus familiares, destaca-se a ingestão de medicamentos como o método para ação suicida frequentemente mencionado pelos familiares.

6.2 Categorias concretas do vivido pelos familiares

Nesse momento, passo a apresentação das categorias concretas com as respectivas falas que as constituem.

Para tanto, a construção das categorias concretas foi realizada pelo agrupamento dos depoimentos acerca do cotidiano dos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida. Após identificar estas categorias na análise, buscou-se a

compreensão dos motivos porque e dos motivos para expressos na vivência dos familiares à luz do referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz (1979; 2003; 2012).

Os familiares expressaram as vivências do seu cotidiano junto aos seus familiares que apresentam comportamento suicida, desvelando os motivos porque presentes nas seguintes categorias:

Categoria 1 – Cuidando da administração dos medicamentos;

Categoria 2 – Estando presente, vigilante e atento para possíveis riscos;

Categoria 3 – Agindo na crise e no comportamento suicida

Categoria 4 – Procurando apoio na rede de serviços;

Categoria 5 – Apoiando e estimulando a vida;

Categoria 6 – Buscando apoio espiritual.

Já na busca dos motivos para, os familiares verbalizaram as expectativas futuras ao lado dos seus familiares que apresentam comportamento suicida, constituindo as categorias abaixo:

Categoria 7 – Acreditam que o familiar continue o tratamento;

Categoria 8 - Esperam que o familiar não pense em suicídio;

Categoria 9 - Desejam que o familiar tenha uma vida saudável.

A partir deste momento apresento os depoimentos dos familiares de indivíduos com comportamento suicida que constituíram as categorias concretas. Ao final de cada uma, será realizada a síntese da categoria.

Categoria 1 – Cuidando da administração dos medicamentos

Dava os remédios nos horários, porque quando ela tava sozinha ela não tava tomando os remédios, tava tomando tudo errado, fora de horário, o que era pra tomar de noite, ela tomava de dia, ela tava bem confusa. E quando eu levei ela pra minha casa, era tudo nos horários, tudo certinho, foi aí que ela foi melhorando (F1).

Eu dava medicação no horário certo [...] tomando a medicação direito ele é normal (F5).

Eu arrumo os remédios (F8).

A gente ajudava, dava força, fazia tomar o remédio direitinho... e a gente não sabia que pessoa doente assim podia colocar na boca o remédio e quando a gente sair dali eles podem botar fora a medicação, cuidar bem se ela vai engolir, daí comecei a cuidar, e eu acho que um pouco é isso aí, que ela não tomava medicação, quando eu me descuidava ela jogava fora a medicação e se a pessoa não toma a medicação, a pessoa nunca vai melhorar E agora sempre de olho na medicação, sempre de olho nela, olhando se ela ta tomando o remédio certo (F2).

Eu comecei a amassar os remédios e dar para ela, eu misturava com os líquidos e dava para ela que era o único jeito dela tomar, foi o jeito que eu achei de fazer ela tomar, eu faço essas coisas assim, eu tenho que está sempre ali, sempre arrumando um jeito o outro de fazer ela tomar os remédios, porque muitas vezes ela não quer tomar, é aquela briga (F11).

Cuido dos medicamentos, não deixar com ela e dá assim, porque as vezes ela não quer tomar, tem dias que ela diz, ai não quero, vou tomar depois , não tu tem que tomar agora , isso aí que eu cuido, porque se ela parar com o medicamento vai dar de novo, é esses cuidados que eu tenho. (F10)

[...] A minha preocupação é com os remédios que ficam comigo, eu administro a medicação dela, então não me preocupo tanto e quando ela está no CAPS eles conseguem monitorar ela se ela está em crise ou não e quando isso aconteceu em casa, e as duas vezes aconteceu em casa eu encaminhei ela pra emergência (F12).

[...] a noite ele toma Clozapina, eu ponho sempre no mesmo lugar, ele mesmo vai lá administra e toma direitinho (F3).

Esta categoria apresenta o cotidiano do familiar na administração dos medicamentos ao seu familiar que apresenta comportamento suicida, revelando o cuidado realizado com os medicamentos pela família, bem como, as estratégias utilizadas para adesão, as dificuldades, e a continuidade do tratamento medicamentoso. Além disso, os familiares expressaram receio que seu familiar utilize os medicamentos que fica no domicílio para tentar suicídio. Apesar disso, alguns familiares estimulam o autocuidado na administração.

Categoria 2 – Estando presente, vigilante e atento para possíveis riscos

As coisas que eu fiz, foi assim, tudo que eu vi que oferecesse perigo, eu tirei de dentro de casa, faca, eu já tenho essas faquinhas sem ponta e sem serra, espelho, eu não tenho mais espelho em casa porque ele quebra, caco de vidro, tesouras eu não tenho, agora que eu comprei um tesoura porque a gente ta trabalhando com artesanato, então agora que ele ta mais tranquilo eu consegui comprar a tesoura pros trabalhos, mas eu não tinha tesoura, tudo que achava que podia ser perigoso pra ele eu retirando, eliminando de dentro de casa, evitando sempre que ele tivesse contato com essas coisas (F6).

A gente tirou tudo que era tesoura, tudo que era faca, gilete qualquer coisa assim que tivesse um perigo maior então tudo que a gente pudesse tirar que tivesse alguma ponta, que fosse fácil de fazer alguma ponta a gente tira de perto dela (F7).

Eu escondo faca, escondo tudo, escondo a medicação para ela não fazer besteira é aquelas noites que fico a noite inteira acordada cuidando dela, para ver se ela não vai se acorda, porque eu tenho medo que mesmo com remédio ela se acorda, e faça alguma besteira, porque está em crise, eu sei porque ela já fez isso (F11).

Então eu tenho que ser vigilante com gás, gás de cozinha, as facas nunca foram tanto o problema porque ela sempre fica mais desconcentrada então se ela usa a cozinha, eu tenho que esta atrás para ver se ela desligou o gás, para ver se desligou o micro-ondas, essas coisas assim, porque ela não é violenta, então até porque a tentativa foi com a medicação foi com o lítio também, não foi nada muito acelerado, então a ideia é essa ter muito cuidado, fico vigilante, porque pode acontecer, mesmo aqui no CAPS entre amigos dela tentar alguma coisa (F12).

A gente escondia facas, gilete, essas coisas, mas agora faz tempo que ta normal, que uma vez, uma vez ela tirou aquela lâmina da Gillette, ela tirou , agora ta tudo Ok, ela vai ali em casa, tem agulha, maquina de costura né, tudo que fosse se machucar a gente tinha medo, mas agora não, agora ta tranquilo, era uma vigilância [...] A gente saia trabalhar e ficava preocupado, qualquer ligação que dava no telefone a gente já ficava (F15).

Olha a precaução que eu tomo é assim, como ele já tentou com remédios, eu tiro tudo que é remédio de circulação, até um remédio para dor de cabeça, tiro também coisas que ele ainda não tentou, como uma faca, nunca tentou, mas mesmo assim eu tomo essa precaução porque nunca se sabe o que está passando no momento na

cabeça da pessoa, eu tomo essa precaução, procuro não sair de casa, não deixá-lo só (F14).

[...].Saia de casa com aquele medo, ligava pra falar com ele [...] Mesmo de longe mantendo um cuidado com ele, nunca saí e fiquei tranquila de sair e deixar ele, quando ele tava com esses pensamentos.... tem que ficar 24 horas , o tempo inteiro, ficar ali, cuidando... Sempre alertava a família também, a mãe dele, alertava a mãe dele, olha eu to saindo pra trabalhar, vai lá, dá uma chegada lá em casa pra ver como ele ta, é assim, não era só por telefone, mas ela ia pessoalmente também, ela chamava, convidava ele pra descer, sempre que ele visse que tinha alguém presente, pra ele não se sentir sozinho ali (F4).

O cuidado que eu tenho é esse aí, de não deixar ela sozinha [...] Eu fico bem ativa, sempre deixo a irmã dela ou a sobrinha dela, ou a própria filha dela com ela pra ela não ficar sozinha, porque eu tenho receio que ela volte, porque o medico mesmo me disse. [...] que a pessoa que tenta suicídio as vezes pode tentar de novo e eu fico sempre cuidando, sempre cuidando , não deixo sozinha , não deixar ela sair muito sozinha, ela sai muito pouco sempre saí alguém, sai eu, sai as meninas sai alguém (F10).

[...] Eu nunca fico tranquila, eu não durmo tranquila, se ele levanta, só pra ir no banheiro, eu levanto junto pra ver o que ele vai fazer, então eu to sempre alerta, apesar dele estar mais calmo nos últimos tempos, mesmo assim, eu to sempre de olho (F6).

Era vigília dia e noite praticamente eu não dormia um dia e ficava a noite inteira cuidando aí no outro dia a noite eu dormia e na noite a minha filha ficava, ou as vezes eu não dormia de noite e minha filha estudava, no outro dia a minha filha dormia aí de dia ela cuidava pra eu poder dormir e assim era até ela mudar de assunto ou ser internada era vigília o tempo todo para ela não fazer se desse uma brecha ela tentava se ela ficasse um tempo suficiente, uns 5 minutos era suficiente pra ela, então era isso que a gente fazia. [...] Vigiava 24 horas vigiava [...] ficava sempre um ou outro cuidando tudo que ela ia fazer. [...] Em dias mais frequentes das tentativas eu parei de trabalhar e fiquei só com ela, fique sempre com ela, sempre tem alguém junto com ela, mesmo todo mundo dizendo que ela não ta em crise, ela ta bem, ela não vai fazer, mas mesmo assim a gente tem esse medo, vive vigiando e com medo (F7).

Eu encerrava, encerrava ele e eu controlando sempre ia cuidando, a gente não sabe a noção da pessoa, lá no fundo da pessoa (F8).

Ah daí era noite e dia, eu não conseguia dormir quando ela estava em casa porque eu tinha medo, qualquer barulhinho que eu ouvia eu pulava, tinha medo que ela fosse tentar de novo, foi muito difícil pra mim, naquela época, tinha o máximo de cuidado e eu tinha a minha filha que mora em cima que ficava comigo, dormia na sala, perto do quarto dela pra gente cuidar dela (F10).

Eu procuro controlar ela assim, todos os movimentos dela...(F13).

Olha é uma constante vigília, não consigo ficar tranquila, descansada não, é bastante vigília, e assim eu to conseguindo manter ele, porque as outras irmãs, cada uma tem seus afazeres, suas casas, seus maridos, a única solteira sou eu, sem filhos, então eu procuro ficar com ele, que é uma coisa que eu faço com prazer, eu gosto muito dele, então a gente ta tocando a vida.[...] Fico sempre observando, na verdade eu observo ele sempre, mesmo ele estando bem eu observo durante o dia, observo como ele ta caminhando, se ele ta muito, tipo impregnado, se ele ta anormal, se ele ta desenvolto, a maneira como ele fala, essas coisas todas, se ele ta coerente, se ele não ta coerente, quando eu vejo que tem qualquer coisa que ele não esta bem, eu já procuro os médicos, eu sempre tenho o celular do médico ou da médica que assiste ele aqui, porque quando eu vejo uma anormalidade eu ligo, peço uma opinião e se no caso precise (F14).

Por meio dos depoimentos dos familiares, esta categoria apresenta as estratégias elaboradas pelos mesmos para diminuir as possibilidades de risco para os seus familiares tentarem suicídio. Os familiares expressam com detalhes um cotidiano de vigilância e preocupação para toda e qualquer postura do familiar suicida, eles buscam não deixar o familiar sozinho, pois, o domicílio oferece riscos para o indivíduo que apresenta comportamento suicida e, nele, possui materiais existentes para atentar contra a própria vida.

Categoria 3 – Agindo na crise e no comportamento suicida

[...] Ele corria risco de vida sempre que estava em crise, [...] ele teve crises que ele passou a noite inteira dentro de casa andando, falando, falando sem parar, ele falava coisas sem nexos, ele dizia pelo amor de Deus me assegura aqui, me amarra, se tu vê que eu vou fazer alguma coisa de mal pra alguém tu me amarra ele dizia, eu vivia em pânico dia e noite era assim, mas eu via que ele não fazia aquilo por mal, ele tava

daquele jeito, ele não conseguia se controlar [...] quem cuidava dia e noite em casa era eu (F4).

Quando ele entrava em crise ele era perigoso, agressivo (F8).

Quando eu noto que ela ta muito ruim mesmo, eu noto nela, inclusive eu falei com ela, ela fica agressiva comigo, ele me pede as coisas e eu não dou aí ela tenta me agredir e eu tento assegurar ela e muitas vezes ela me dá tanta pressão que eu começo a chorar aí ela se afasta de mim e fica no quarto dela, aí depois ela vem e se abraça e pede perdão é essa a reação dela (F13).

[...] Quando ta em crise, a gente tenta fazer um remanejamento da medicação e alguém fica com ela, mas quando não tem alguém pra ficar com ela, que ela fique sozinha, que ofereça risco pra ela e pra minha filha daí eu vou pra internação, porque eu não tenho o que fazer, por causa que eu trabalho (F9).

[...] Ela é bem agressiva quando está em crise ou se não ta tomando os remédios dela certinho [...], mais tem vezes que realmente não dá nem com remédio, nem com remédio, temos que levar direto para unidade porque senão ela se corta e acaba enfiando uma faca em alguém, como ela já fez comigo, já enfiou uma faca aqui, é terrível, é horrível mesmo de aguentar assim quando ela está nas crises dela, [...] agora ficou mais difícil, porque agora é só eu, [...] só tenho ajuda do meu marido. Ela fica dois meses bem, daqui a pouco ela já está com as ideias de fazer coisas, dou o remédio para ela, para ela dormir, quando esta demais e não tenho como evitar, eu tenho que levar mesmo para o Postão, porque eu não consigo segurar, porque tem as vezes que o remédio não segura ela, tem muitas vezes que ela está tomando remédio mais não adianta (F11).

As vezes ele chega irritado [...], se detona, morde os dedos, sai sangue daí eu tenho que acalmar ele, vejo que ele não ta legal, tem dias que ele ta mais irritado, [...] ele dá nele mesmo, toca a cabeça na parede, eu peço pro meu irmão segurar ele, senão a gente vai levar ele pro PAM3 [...] O dia que ele ta com crise eu não vou trabalhar, pego atestado e fico com ele no máximo três dias com ele em casa, é paciência, tu sabe a paciência que a gente tem que ter [...] e o remédio que eu já dou, que é o principal de tudo (F5).

[...] Em outra crise, eu tive que chamar a brigada pra tirar ele de casa, mas ali, implorando pros brigadianos (policiais) [...] não judiar dele, não maltratar ele, daí os brigadianos nos levaram até o PAM3 (F4).

Ela teve uma crise, se cortou toda assim sabe, coloquei uns panos, dei uns remédio para ela dormir e fui chamar minha vó, [...] nesse meio tempo eu vi que ela se acordou, ela se botou em mim, com uma ideias na cabeça de se matar, se botou em mim com uma faca e nisso meu tio e minha vó chegaram, porque eu estava tentando segurar ela e nisso eles chegaram, [...] e ficaram segurando ela até o SAMU chegar para conterem, porque é horrível quando ela está nessas crises (F11).

[...] Ela passou dois dias agitada, falando desconexo, com as vozes que ela escuta, que diziam para ela se matar que diziam para ela, tanto é que eu trouxe na SAMU e levei ela pra Cruzeiro [...] porque eu não consigo ficar com ela completamente dependente de mim isso eu não consigo, acompanhar ela vinte e quatro horas vamos colocar assim, isso não tem como, então entre deixar ela em casa sem cuidado e levar ela para um ambiente que realmente ela vai estar cuidado sobre vigilância permanente como aqui, eu prefiro trazer ela para tomar uma iniciativa imediata (F12).

[...] Outra vez, [...] me ligaram [...] o XXX teve uma crise, saiu para a rua, e eu pegava um ônibus em direção ao centro chegava lá procurava por tudo e daí não achava e pegava outro ônibus em direção a outra zona, e assim eu ia, assim eu ia procurando ele, até encontrar (F4).

A gente tava falando no telefone, e ela disse que estava se sentindo ruim, que tinha uma voz, e a gente falando com ela, tentando arrumar um meio de encontrar ela, porque sabia que ela ia fazer alguma coisa, porque ela tava falando com nós como se estivesse se despedindo e aí a gente tentou manter ela na ligação, conversando com ela, pra dar tempo de chegar, só que quando a gente chegou lá, ela já tinha cortado os pulsos [...], daí a gente se apavorou e levou ela para o Pronto socorro e ali foi que ela se internou. Teve vezes que no telefonema, ela desligava e a gente ficava ali, insistindo até ela atender de novo, a gente sempre mantendo ela no telefone, porque a gente sabia que ela tava com pensamento ruim, porque ela dizia pra gente da voz que fica falando no ouvido dela, o que é pra ela fazer, coisas erradas, daí entre a voz e a gente, a gente ficava no telefone atrapalhando, comandando ela.[...] O telefone foi muito útil (F1).

Dizia pra ele que as vozes eram da cabeça dele e que ele tinha que se distrair (F5)

Eu pergunto pra ela o que as vozes dizem pra ela, ah, as vozes dizem que eu tenho que me matar, mas porque? Porque as vozes dizem que tu tem que se matar? [...] Tu tem muito ainda a viver, tu tem que reagir, tu tem que pensar pra frente, tu tem quando ouvir essas vozes, pensar em outra coisa, se distrair com outra coisa, liga o

rádio, conversa com outras pessoas, distrai, não fica focada nas vozes que daí é pior é isso que eu falo pra ela que tem que se acalmar, que vai passar [...] Tu tem que pegar e desviar o foco do que tu ta sentindo, se é as vozes, desvirtua as vozes, escuta uma música, vai fazer outra coisa, olhar um carro, olhar uma loja, uma vitrine, pega um jornal, vai ler o jornal, mas desvirtua, tu tem que botar na cabeça que isso não é real, tu tem que se concentrar, porque não adianta o médico te dar o melhor remédio que tiver ali, que não vai adiantar, porque 50% é o remédio e os outros 50% é a tua força de vontade, tu tem que buscar ficar bem, porque não adianta todo mundo vim em prol pra te ajudar e tu não te ajudar, não vai ter remédio q sirva, pode ser o melhor hospital, pode ser o melhor remédio, o remédio mais caro, o primeiro remédio que tu tem que tomar é no teu pensamento (F9).

O problema dela são os pensamentos, as ordens de comando para que ela venha cometer o suicídio (F12).

Eu entrei no quarto e ele tava ruim [...] daí chamei o meu marido e disse [...] ele não ta nada bem, daí o meu genro e eu pedimos ajuda, [...] daí que ele resmungou alguma coisa do remédio, [...] e eu vi várias caixas de remédio no lixo, [...] ele tinha tomado todos os sessenta comprimidos, daí foi um Deus nos acuda, quando vimos que ele tinha tomado todos aqueles remédios daí fomos correndo para o pronto socorro com ele (F3).

Eu fui chamar ele pra tomar remédio e ele não abriu a porta, aí eu bati, bati, empurrei, aí veio a minha filha e me ajudou, aí já tava de língua de fora , ele nem me reconhecia mais, foi com Clozapina [...] ele tomou dois de manhã e quatro a noite , invés de tomar 2, ele tomou 6, aí socorremos e levamos pro hospital , aí teve que ser internado (F8).

[...] Sempre tinha muito receio a noite, que ela fizesse, ela estava ativa, daí passou um pouco aquele surto, ficou melhor e daí depois a outra tentativa que ela teve daí foi dali uns cinco meses, ela tava muito atacada e eu peguei e comprei Clozapina e ela tomou todinha (toda cartela) de uma vez só, daí aí ela ficou muito atacada, ficou meio desmaiada, foi pro postinho, a gente levou ela desmaiada, depois foi para a Cruzeiro de novo daí internou no Hospital Espírita e ficou no espírita foi essas duas vezes que ela tentou. Dessa última vez eu levantei de manhã e ela tinha chaveado o quarto, e eu bati na porta e ela não abriu, daí eu fui com a minha neta apavorada e subi numa escada e fui na janela do quarto dela, ela tava desmaiada, daí eu olhei pra cima da mesinha do computador e tava a caixa de remédios vazia sem os comprimidos, daí eu pedi socorro para o vizinho, e ele nos levou para o médico [...]. Eu nunca mais deixei a chave com ela, a porta fica aberta e os medicamentos ficam

comigo, não ficam mais com ela, se tenho que sair assim posar fora já deixo tudo arrumadinho e agora aparentemente ela tá melhorando (F10).

[...] ele se revoltou disse que ia pegar a tesoura e tocar no pulso dele daí eu tirei a tesoura da mão dele com muito sacrifício, conversando com ele e aconselhando e ele dizendo que não queria mais tomar remédio, não queria mais ficar nesse mundo, que esse mundo não prestava, e eu fui conversando com ele numa boa, quantas pessoas estavam lutando pra viver e não conseguiam e ele tão novo, porque ia pensar em morte, e a gente conversando, conversando e ele se acalmando, foi só essas duas vezes, agora sim, quando ele tá com crise tem que ficar no lado dele (F5).

A primeira vez ela tava bem agressiva, bem atacada, entrou no quarto e eu comecei a ver ela se debater e eu vi ela se amarrando com uma blusa no pescoço, primeira vez foi essa, por enforcamento, daí conversei com ela que ela não poderia fazer isso, fiquei o resto da noite acordada, depois levei ela no médico, na cruzeiro, daí ela ficou lá em observação (F10).

olha quando ela começa desse jeito (ideias de suicídio) tento acalmar ela conversar com ela só que não adianta muito, mas eu procuro assim manter ela no máximo assim a ficar calma [...] então quando ela está muito, ela está demais eu levo ela para a cruzeiro, não tem outra alternativa (F11).

A presente categoria apresenta as situações de crise e agitação psicomotora mediadas pelos familiares de indivíduos com comportamento suicida. No decorrer da mesma é possível compreender o cotidiano vivido pelos familiares em momentos de surto psiquiátrico. Nestes momentos de agitação, irritabilidade, auto e heteroagressividade, os familiares tentam reorganizar a administração dos medicamentos e conduzir os delírios e vozes de comando que “ordenavam” seus familiares a realizar o ato suicida.

Além disso, os familiares atuaram auxiliando o familiar após a tentativa de suicídio realizada com diversos métodos (medicamentos, objetos cortantes, materiais que possam ser amarrados). Após o manejo da crise suicida no domicílio, os familiares pediam auxílio aos órgãos públicos e se direcionavam aos serviços de emergência.

Categoria 4 – Procurando apoio na rede de serviços

[...] Na maioria das vezes eu tenho que correr pra emergência porque eu não tenho outras alternativas, são poucas, porque se tem alguém pra ficar com ela no período

alternado ao meu, eu fico tranquilo, que mesmo ela escutando vozes até o remédio fazer efeito tem alguém com ela pra ela não fazer nenhuma besteira, mas até o remédio fazer efeito e eu não estar em casa, não tem muito o que eu fazer. [...] Esse é o meu dia-a-dia, que eu acompanho ela, e a nossa vida é assim, não foge muito disso [...] Então quando ela me diz que não tem mais condições de lutar contra essas vozes, escuta essas alucinações que ela tem aí, eu não tenho alternativa há não ser internar, infelizmente é assim, não tem como ficar com ela 24 horas no dia que é o necessário então já me dão encaminhamento saiu daqui (CAPS) e vou direto pro PAM3 (F9).

[...] Não adianta ficar com ela surtada em casa, tem que levar mesmo, ela ali para o Postão da Cruzeiro e ver o que eles podem me ajudar (F12).

Nós levava no médico, sempre procurava um socorro, levava no postão, as vezes ela não queria ir, [...] mas a gente levava ela na Cruzeiro, daí tinha vezes que ela baixava, porque ela tem umas quantas baixas, e outras vezes a gente tinha que trazer ela pra casa, daí depois voltava pro postão e depois trazia de novo. Tem que ter muita paciência e persistência (F2).

As duas primeiras vezes da tentativa de suicídio eu não estava em casa, estava os meus pais e aí chamaram o meu irmão e levaram ele no PAM3 daí foi medicado, foi atendido, o psiquiatra conversou bastante com ele, daí ele voltou pra casa mais calmo, mas não durou muito e ele tentou de volta e foi daí que eles encaminharam pra um serviço de psiquiatria, só ia lá na emergência e levava pra casa e mudava a rotina, então nos encaminharam pra um serviço de psiquiatria, no início nos começamos no Presidente Vargas, mas não tava dando certo lá, daí do nosso posto, nos encaminharam aqui para o hospital de clinicas, aqui ele melhorou bastante (F6).

Imediatamente eu procuro recurso eu procuro levar, senão é dia de consulta aqui, eu consigo aqui no CAPS eu vou na Central Psiquiátrica que é o PAM3, eu vou lá e sempre batalho, quando ele ta com essas coisas (pensamento suicida). [...] então o que eu faço, lá na central o médico me atente quando eu peço, mesmo que ele me mande de volta eu peço que ele fique aquele dia, aquela noite ali (PAM3), eles tem condições disso, sendo observado pra depois levar pra casa se for o caso ou então dali ele partir pra um hospital (F14).

[...] A primeira internação dela foi no Hospital Espírita, [...] até que ela ficou estável um bom tempo, mais de seis meses estáveis, o problema que essas vozes de comando são decorrentes, porque elas permanecem com pouca intensidade ou mais, mais permanece (F12).

Primeira coisa era dedurar ela, procurar o médico, tentava com a medicação e sempre ficava de olho, como eu te disse, tinha horas que a gente podia mudar o pensamento dela conversando, mas outras não, não adiantava, aí ela acabava internada que acho que foram umas cinco internações e a última vez também, ela foi internada, mas há princípio era avisar os médicos e ficar por perto sempre. Nesses últimos três anos tem mudado bastante, depois da internação ela mudou bastante, ela não pensa mais, não fala pelo menos, que nem antes ela falava, que não valia a pena viver, que ela veio ao mundo só para incomodar, que ela atrapalha todo mundo, tudo essas coisas que, o que ela queria era morrer (F7).

[...] Melhorou muito depois que nós viemos pra cá (CAPS), começou a ter esse acompanhamento, fez muita diferença, tanto pra ele, quanto pra mim, porque aí eu vinha pra cá, participava dos grupos de familiares que tinha no início aprendi muito, tanto com os profissionais quanto com os outros familiares, outra pacientes, aprendi muita coisa que hoje é o que nos ajuda em casa, foi muito mais importante do que eu imaginava (F6).

As vezes não queria vir nem pro CAPS, mas gente tinha força, e dava essa força pra ela, pra ter ânimo, e aí a gente levava ela pro CAPS (F2).

Em casa, ela nunca tentou, teve vários pensamentos, [...] e quase chegou as vias de fato, tentativas assim, mas em casa, ela nunca tentou, mas quando ela chegou pensamentos bem forte assim, ela impede, eu entro em contato com o CAPS, falo com a XXX, ou com médico que esteja atendendo ela, pra ver qual é o melhor procedimento de fazer (F9).

Esta categoria revelou o cotidiano dos familiares junto aos seus familiares em surto e crise suicida no domicílio. Eles expressaram a dificuldade para manejar a situação em casa, recorrendo ao serviço de emergência. Após este acolhimento inicial os mesmos relataram a necessidade de internação e a importância desta durante a crise suicida. Além disso, os familiares enfatizaram a importância do CAPS no tratamento psiquiátrico e na atenção ao comportamento suicida.

Categoria 5 – Apoiando e estimulando a vida

A gente ta sempre apoiando, dizendo que precisa dela, que tirar a vida é errado, a gente sempre procura levar para esse lado positivo, a gente não passa a mão por cima, porque ela se trata de depressão, a gente sabe que é uma doença, mas tem que lutar contra isso, por isso a gente sempre toca nesse ponto, sabe que ta doente, mas é porque ta que vai se entregar (F1).

Olha a gente sempre tentava animar ela, tirar esses pensamentos ruins dela, dar conselhos de como é a vida, que vale a pena a gente fazer força pra viver, que é tão bom a gente viver, em paz, tranquilo [...] Eu dava muito conselho e proporcionava paz e tranquilidade. A tranquilidade é a melhor coisa que tem pro ser humano, pra mim, pra ela, pra minha família. E eu tentava ajudar, animando e apoiando ela (F2).

Paciência, ta com ele o tempo todo [...] eu jogava com ele, não ia trabalhar, ficava em casa [...] (F5).

[...] As vezes ele quer conversar, as vezes não, mas eu consigo achar estratégias pra conseguir chegar aonde eu quero, [...] as vezes eu vou puxando assunto, vou falando por aqui, por ali, vou puxando assunto, pelos ladinhos assim, e eu consigo chegar lá, sem ele se dar conta, e eu quero saber e ele vai conversando, então ta bem mais fácil assim hoje, a gente ta melhorando bastante o nosso relacionamento, a nossa convivência, ele ta mais participativo nas coisas de casa (F6).

A gente conversa bastante com ela, as vezes até da certo, mas quando ela ta em crise muito forte não adianta, as vezes a gente quer mostrar pra ela que tem muita coisa que ela pode fazer, que ela pode viver pra poder fazer algumas coisas que ela queira, e que seja boa, que seja bonita, como namorar, coisas assim, as vezes da certo, muda aquele pensamento, tem horas que não, tem horas que quanto mais fala, pior fica, daí tu tem que pensar no que tu vai fazer e aí é só a melhora mesmo, mas é isso que a gente faz, tenta ajudar cuidando eu só tenho medo depois mais tarde quando eu não tiver, não sei o que vai ser se vai continuar, se vai mudar esses pensamentos, se vai um dia mudar esses pensamentos (F7).

Ficava sempre aconselhando, por perto, sempre dando um carinho, essas coisas assim (F8).

Eu converso com ela, eu digo tu tem teus filhos, tem tua neta, tu não pode fazer isso, não vai ser bom para ti, ela [...] eu começo a tentar entrar na cabeça dela para ver se ela para um pouco (F11).

Eu procuro conversar com ele pra conseguir captar o que ele ta sentindo, o que que ele ta pensando, procuro, tem uma coisa que eu batalho muito pra que ele não fique assim como a cabeça vazia, eu detesto futebol, mas como é uma coisa que ele gosta, eu que cuido quando tem os jogos do colorado que ele é colorado (F14).

Eu converso com ela sobre outras coisas, convidar pra tomar um chimarrão, essas coisas, tento não fazer ela não ficar puxando esses pensamentos, ou fazer ela falar pra mim, que muitas vezes eu já tentei e ela não quer conversar, ela não explica, aí eu tento convidar ela pra fazer outras atividades pra tentar fazer ela sair daquilo [...] Eu tento fazer ela mudar, vamos lá fora, vamos tomar um chimarrão, aí vamos fazer alguma coisa hoje, um bolo, alguma coisa assim, pra não ficar pensando nessas coisas até porque é ruim pra mim também, aí eu já prefiro também, vamos fazer um bolo, que daí vai distrair ela e eu também ao mesmo tempo.[...] Não deixar ela muito sozinha, num quarto, tipo assim, deixar ela dormindo, ah, hoje eu quero dormir, e volta e meia eu ia ali, ou o pai ia, fazer ela sair um pouco da cama, mas agora ela fica mais tempo, olhando filme, TV, essas coisas assim, novela e tal, mas antes ela só dormia. As vezes os guris tão junto assim, fazem ela rir e tal aí já tira esses pensamentos e coisas assim daí (F15).

A gente caminhava muito, tinha uma época que nós caminhávamos umas 5 ou 6 horas, sem parar[...] sempre do lado dele, com muita paciência, nessa hora tem que ter muita paciência, e dar muito carinho, por que é uma hora que eles precisam de muito carinho (F5).

[...] Nossa rotina é estar sempre junto, onde eu vou, ele vai, a gente sempre procura fazer as coisas juntos [...] por que isso nos uniu bem mais, nossa amizade, nosso relacionamento, é um prazer pra gente [...]. Tem dias que a gente vai passear ou vai fazer alguma atividade, e é sempre assim a gente ta sempre junto, e é legal porque eu consigo compreender ele, eu consigo conversar, um pouco (F6).

A minha vida não é fácil, se eu saio as vezes, eu levo ele, as vezes ele não quer ir e fica sozinho, mas é uma pessoa de muita confiança (F8).

A categoria revela as estratégias de atenção realizadas pelos familiares aos seus semelhantes com comportamento suicida. Os familiares buscam proporcionar carinho, cuidado, atenção, distração, diálogo e aconselhamento, produzir vida e saúde, pensar em projetos e possibilidades para viver. Também proporcionam momentos de paz, de energia positiva e atividades no mundo da vida, junto à natureza.

Categoria 6 - Buscando apoio espiritual

[...] Olha, eu procuro assim, quando eu vejo que ela ta querendo fazer bobagem eu procuro centralizar assim, conversar com ela, explicar pra ela que a gente não pode tirar a vida, que quem nos dá a vida é Deus e ele pode tirar a nossa vida. Se nós tirar a nossa vida Deus não vai gostar, eu procuro explicar por dentro da bíblia, procuro ler e explicar pra ela, procuro fazer com que ela desligue daquele pensamento (F13).

[...] E agora principalmente a gente serve a Jesus, a Deus. O nosso lar é um cantinho do céu. Que quando ela estava agitada assim, ela deixa todo mundo baratinado, que a gente nem sabe como resolver certos problemas, mas a gente pediu força pra Deus e graças a Deus passou aquela onda, tem que ter muita força, graças a Deus (F2).

Eu fico orando em pensamento pedindo pra Deus tirar esses pensamentos ruins, é o que eu faço no meu dia-a-dia, eu to sempre em oração, sempre pedindo pra Deus iluminar a mente dela é o que eu mais faço e eu creio que Deus tem guardado ela, tem livrado ela através das minhas orações (F3).

Outra coisa que eu fiz também foi levar na casa espírita, que eu acredito muito nisso, que tem os espíritos que rondam, que ficam atormentando a cabeça e ela foi incluída, ela gostou do lugar, é uma coisa que ela ta querendo fazer, porque até então ela não queria nada, não queria sair de casa, não queria fazer nada (F1).

No final de semana vão com a mãe na igreja, elas participam da igreja, vão sempre, ela se batizou faz pouco tempo agora, ela e a minha cunhada. Elas cantam na igreja, ela adora cantar, tanto é que ela vai com os amigos assim, vem ensaiar aqui em casa, a minha mãe gosta bastante das músicas, ela nunca reclamou das músicas, até ela coloca bem alto e faz um bem pra ela, eu coloco o XXXX no rádio e ela adora, a gente senta aqui fora, toma um chimarrão, ela adora, hino, ela adora, por causa da minha irmã, que a minha irmã escuta e acabou gostando. Eu também por causa da minha irmã passei a gostar, volta e meia eu to escutando (F15).

A categoria apresenta o cotidiano do familiar buscando apoio espiritual ao seu semelhante que apresenta comportamento suicida. Os familiares destacam que a fé, as orações, o poder superior e o apoio espiritual foram importantes para afastar os pensamentos suicida do seu familiar, lhes dando força para enfrentar a situação presente no seu mundo da vida.

A partir da próxima categoria desvelaram-se as expectativas (motivos para) dos familiares em relação ao cuidado que realizam com o seu familiar que apresenta comportamento suicida.

Categoria 7 – Acreditam que o familiar continue o tratamento

Eu espero que ela se cuide mais, que ela tenha o prazer de viver, [...] viver a vida com paz [...] agora só precisa ela se ajudar (F2).

Espero que ele continue se tratando (F3).

Eu acredito muito nesse cuidado que ela ta tendo aqui (CAPS), para que um dia ela volte não digo 100% do que ela era, mas no mínimo 90% do que ela já foi um dia, eu já vou me considerar bem feliz já (F9).

Espero que ela continue fazendo o tratamento direitinho pra nunca mais ter essas coisas (comportamento suicida) [...] que vocês ajudem ela como medicação, terapia que seja lá como for é isso que eu espero (F7).

Espero um bom atendimento e com medicação e tudo porque na verdade isso aí não tem cura é somente dar a melhor qualidade de vida, dar as medicações que agora ele ta tendo com essas medicações (F14).

Por meio desta categoria os familiares projetam que seu familiar não apresente mais comportamento suicida, que busque melhorar e aproveite mais a vida, continuando o acompanhamento no CAPS, o tratamento medicamentoso e que continue tendo um bom atendimento dos profissionais do CAPS.

Categoria 8 - Esperam que o familiar não pense em suicídio

Hoje eu espero que ele não tenha mais comportamento suicida, [...] é isso que eu espero dele (F3).

Espero que ela nunca mais tenha esses pensamentos (suicidas) (F7).

Espero que a gente consiga sempre driblar esses pensamentos suicidas que a gente consiga sempre mantê-la salva de si mesmo é esse meu foco (F12).

Espero que ele não venha a ter outra crise suicida (F8).

Eu espero que ela não tente fazer mais (tentar suicídio), porque eu não gostaria de passar por tudo de novo (F15).

A categoria apresenta a possibilidade de afastar o comportamento suicida do cotidiano familiar. Os familiares acreditam que podem buscar estratégias para driblar o pensamento suicida do seu familiar e esperam que ele não tente suicídio novamente.

Categoria 9 – Desejam que o familiar tenha uma vida saudável

Espero que ela melhore (F7).

Eu espero a melhora dela (F9).

Espero melhora, bastante melhora que é o que ela ta (F10).

Eu espero que ela melhore, e que um dia essa coisa (comportamento suicida) venha ser controlada, é a minha esperança (F13).

Eu quero ver ela bem, pra ela curtir as coisas dela, [...] ter uma vida feliz agora, não ter problema em volta (comportamento suicida) (F1).

Sempre que ela melhore, que ela fique bem, quero que se sinta feliz [...] eu queria te dizer que eu queria que ela ficasse feliz, feliz, do jeito dela, com quem ela é , porque ela estando de bem com ela já basta (F11).

Espero que ele tenha uma vida mais saudável (F4).

Eu espero que ele tenha uma boa qualidade de vida (F14).

A categoria relata que os familiares desejam que os seus familiares com comportamento suicida melhorem e que os pensamentos de morte venham a ser estabilizados. Também esperam que eles tenham uma vida mais feliz, sem problemas, estando de bem consigo, tendo hábitos saudáveis e qualidade de vida.

6.3 Típico da ação dos familiares de indivíduos com comportamento suicida

Ao investigar o cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida, busquei construir a característica típica da ação do grupo social que vivencia a situação no mundo da vida cotidiana. Nesse sentido, a tipificação define o tipo de ação em processo e os tipos ideais de pessoas (SCHÜTZ, 2012).

A análise das informações possibilitou captar a intencionalidade e apreender o típico vivido da ação cotidiana do grupo social de familiares de indivíduos com comportamento suicida. O típico vivido pode ser compreendido como um conjunto de particularidades que se impõe a um determinado grupo social.

O típico da ação é construído por meio da observação da vida real, daquilo que se capta da realidade e da vivência, considera-se que tal tipificidade desempenha papel importante na compreensão do outro e na interação social (CAPALBO, 1998). O tipo vivido é alcançado a partir da descrição do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica, ou seja, encontrar aproximações nas intenções dos sujeitos com uma estrutura única, uniforme e contínua (MERIGHI, 2002).

Para chegar a tipificação foi necessário apreender os motivos porque, expressos nas vivências dos familiares de indivíduos com comportamento suicida e os motivos para da ação dos familiares que pertencem a este grupo social, manifestando suas expectativas com relação aos seus familiares. No caso, os familiares de indivíduos com comportamento suicida. Esses familiares possuíam um estoque de conhecimento a mão semelhante sobre determinadas experiências vivenciadas, agindo de maneira tipificada, ou seja, padronizada, em situações semelhantes.

A tipicidade se torna importante, pois, a partir dela, se pode visualizar o todo da pesquisa, daquele grupo de familiares que compartilha um cotidiano semelhante junto aos seus familiares em sofrimento psíquico e que apresentam comportamento suicida.

O tipo vivido dos familiares de indivíduos com comportamento suicida foi construído a partir de seis categorias concretas que emergiram dos motivos porque evidenciados nos

depoimentos e de três categorias concretas que emergiram dos motivos para dos familiares pesquisados. Assim, a partir das vivências dos familiares, expressos nos motivos porque, emergiram os cuidados na administração dos medicamentos, a vigilância e a atenção para possíveis riscos, onde os familiares adotam diferentes ações de cuidado, como, ação na crise e no comportamento suicida e na busca de apoio na rede de serviços, estimulando a vida e buscando apoio espiritual. Os familiares têm por expectativas que o seu familiar com comportamento suicida continue o tratamento, que não pense em suicídio e que tenha uma vida saudável.

6.4 Análise compreensiva do típico da ação do cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida

Após a apresentação do tipo vivido dos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico com comportamento suicida, realizo a análise compreensiva do cotidiano destes familiares a partir das categorias concretas, com os discursos dos sujeitos, em um esforço contínuo de interpretação dos mesmos.

A categoria concreta **cuidando da administração dos medicamentos** apresenta o cotidiano familiar na administração de medicamentos ao seu familiar com comportamento suicida, caracterizando o cuidado realizado com os medicamentos pela família, bem como, as estratégias utilizadas para adesão e continuidade do tratamento medicamentoso, regatando sua experiência, e tendo como base o estoque de conhecimento a mão.

O estoque de conhecimento a mão serve como um esquema interpretativo de experiências passadas e presentes e também determina sua antecipação das coisas que estão por vir. Esse estoque de conhecimento possui uma história particular e foi constituído nas e pelas atividades vivenciadas por nossas consciências, cujo resultado agora se tornou nossa posse habitual (SCHÜTZ, 2012).

No cotidiano dos familiares de indivíduos com comportamento suicida que apresenta uma doença psíquica e/ou encontra-se em sofrimento psíquico no decorrer do mundo da vida apresenta a necessidade de tratamento medicamentoso constantemente, podendo ser de cunho provisório, permanente, ou à longo prazo. Nesta trajetória da vida, os familiares verbalizaram os cuidados que tinham na administração dos medicamentos do seu familiar:

Dava os remédios nos horários, porque quando ela tava sozinha ela não tava tomando os remédios, tava tomando tudo errado, fora de horário, o que era pra tomar de noite, ela tomava de dia, ela tava bem confusa. E quando eu levei ela pra minha casa, era tudo nos horários, tudo certinho, foi aí que ela foi melhorando (F1).

Eu dava medicação no horário certo [...] tomando a medicação direito ele é normal (F5).

Eu arrumo os remédios (F8).

Como mencionado nos discursos acima, no cotidiano dos familiares, havia atenção principalmente para o tipo de medicamento e horário de administração, para os familiares, a aderência e continuidade do tratamento medicamentoso evita com que seu familiar apresente pensamento suicida. É no âmbito do cotidiano que os indivíduos com comportamento suicida podem ser compreendidos por seus semelhantes e interagir juntamente com eles. O mundo da vida cotidiana é a realidade fundamental do sujeito (SCHÜTZ, 2003).

A importância do cuidado da família no sucesso do tratamento do seu familiar pode ajudar o paciente a aceitar o seu sofrimento psíquico e a encarar a necessidade de tomar os medicamentos por longo tempo, garantindo a adesão ao tratamento (MIASSO, 2006).

No estudo de Bessa e Waidman (2013) as autoras mencionam que a não adesão ao tratamento farmacológico foi referenciada como dificultadora no cuidado do familiar em sofrimento psíquico, pois a falta (ou o uso inadequado) da medicação faz surgirem as crises e os problemas decorrentes dela, gerando conflitos no ambiente familiar.

O cuidado terapêutico medicamentoso prestado pelos familiares aos seus entes com uma doença psíquica e comportamento suicida requer esforços diversos, constante e supervisionado, pois, muitas vezes, o seu familiar não quer tomar as medicações, ou até osingere e após distanciamento do seu familiar descarta a medicação. Como refere no seguinte depoimento:

A gente ajudava, dava força, fazia tomar o remédio direitinho... e a gente não sabia que pessoa doente assim podia colocar na boca o remédio e quando a gente sair dali eles podem botar fora a medicação, cuidar bem se ela vai engolir, daí comecei a cuidar, e eu acho que um pouco é isso aí, que ela não tomava medicação, quando eu me descuidava ela jogava fora a medicação e se a pessoa não toma a medicação, a pessoa nunca vai melhorar E agora sempre de olho na medicação, sempre de olho nela, olhando se ela ta tomando o remédio certo (F2).

Partindo da possibilidade do familiar em tratamento descartar a medicação que faz uso, que na maioria das vezes é do tipo comprimido, alguns familiares verbalizaram modificar a forma de ingestão, ou seja, comprimidos diluídos com líquidos:

Eu comecei a amassar os remédios e dar para ela, eu misturava com os líquidos e dava para ela que era o único jeito dela tomar, foi o jeito que eu achei de fazer ela tomar, eu faço essas coisas assim, eu tenho que está sempre ali, sempre arrumando um jeito o outro de fazer ela tomar os remédios, porque muitas vezes ela não quer tomar, é aquela briga (F11).

Existem momentos em que o familiar com comportamento suicida se nega de todas as formas a ingerir os medicamentos, deixando o seu familiar cuidador preocupado com a presença de um novo surto ou comportamento autodestrutivo:

Cuido dos medicamentos, não deixar com ela e dá assim, porque as vezes ela não quer tomar, tem dias que ela diz, ai não quero, vou tomar depois, não tu tem que tomar agora, isso aí que eu cuido, porque se ela parar com o medicamento vai dar de novo, é esses cuidados que eu tenho (F10).

É neste movimento cotidiano que os familiares organizam ações estratégicas para cuidar do seu familiar suicida. Nesse contexto diário está presente a situação biográfica determinada e o estoque de conhecimento a mão dos familiares.

A este conjunto de experiências à disposição pertence o conhecimento de que o nosso mundo é um mundo de objetos bem circunscritos e com qualidades definidas, por entre os quais nos movemos os objetos que nos oferecem resistência e sobre os quais podemos agir (SCHÜTZ, 1979).

Bessa e Waidman (2013) destacam que a maioria dos familiares refere dificuldades em convencer seu familiar a aderir ao tratamento e, muitas vezes, este deixa de usar a medicação assim que os sintomas desaparecem ou quando sai do hospital.

Outra preocupação destacada por alguns familiares foi à possibilidade de seus familiares que apresentam comportamento suicida utilizar a medicação como método para tentar suicídio:

[...] A minha preocupação é com os remédios que ficam comigo, eu administro a medicação dela, então não me preocupo tanto e quando ela está no CAPS eles

conseguem monitorar ela se ela está em crise ou não e quando isso aconteceu em casa, e as duas vezes aconteceu em casa eu encaminhei ela pra emergência (F12).

O estudo de Trevisan, Santos e Oliveira (2013) destaca que a maioria das mulheres utiliza medicamentos como meio para o suicídio, principalmente os psicoativos, e possui algum tipo de doença psíquica, como fator desencadeador da tentativa de suicídio. O fácil acesso às medicações pode ser um fator de risco relacionado à tentativa de suicídio.

Apesar do cuidado que a família tem com administração de medicamentos e supervisão da ingestão, algumas famílias quando sentem seu familiar bem, estimulam os mesmos ao autocuidado e administração própria de seu medicamento, como destaca na seguinte fala:

[...] a noite ele toma Clozapina, eu ponho sempre no mesmo lugar, ele mesmo vai lá administra e toma direitinho (F3).

Desta forma, acredita-se que a falta de esclarecimentos as famílias e aos usuários sobre a importância de não abandonar o tratamento, para evitar o surgimento de outras crises, assim como manter uma vida menos instável quanto a doença psíquica, é uma lacuna que ainda merece ser mais bem trabalhada pelos profissionais de saúde (BESSA; WAIDMAN, 2013).

É importante lembrar que, pelo fato, de que, as doenças psíquicas que não deixam marcas visíveis no corpo e não pode ser comprovada por exames, a pessoa e seus familiares apresentam dificuldades em aceitar a doença e sua causa, o que torna difícil a adesão ao tratamento farmacológico. Por isso é preciso empenho dos profissionais de saúde para fazer as pessoas acometidas por doenças e seus familiares compreenderem como o sofrimento psíquico ocorre e como prevenir suas recaídas (BESSA; WAIDMAN, 2013).

A necessidade de lembrar ou encorajar os indivíduos com doenças psíquicas a tomar seus medicamentos, o convívio com alterações bruscas de humor, viver em constante vigilância para prevenir riscos, e a vulnerabilidade à situações de agressividade, entre outras situações, são fatores que permeiam o relacionamento com o indivíduo em sofrimento psíquico, contribuindo para desestruturar as relações familiares (SOUZA FILHO et al., 2010).

Os psicofármacos, por minimizarem e controlarem os sintomas das doenças psíquicas contribuem para o processo de reabilitação psicossocial, ajudando os indivíduos a conviverem em sociedade, com seus familiares e amigos (CARIONI, 2006).

Borba (2010, p. 87) pondera que sem o advento da psicofarmacologia, seria difícil pensar a desinstitucionalização de portadores de transtorno mental. A adesão ao

tratamento farmacológico facilita a estabilização dos sintomas psiquiátricos e a diminuição da necessidade de recorrer a internação em regime integral.

Contudo, o tratamento medicamentoso não deve ser utilizado de forma isolada, mas associado a outros recursos disponíveis que permitam a pessoa se expressar e conquistar o maior nível de autonomia possível, pois a falta de atividade influencia de maneira negativa o comportamento, ao favorecer a condição de alienação (JORGE et al., 2006, JORGE et al., 2008; MORASKI; HILDELBRANDT, 2005; BORBA, 2010)

Na categoria concreta **estando presente, vigilante e atento para possíveis riscos** encontram-se as estratégias elaboradas pelos familiares para diminuir as possibilidades de risco para tentativa de suicídio de seus familiares no domicílio. Eles verbalizaram um cotidiano de atenção e preocupação para toda e qualquer postura do familiar, como referem:

As coisas que eu fiz, foi assim, tudo que eu vi que oferecesse perigo, eu tirei de dentro de casa, faca, eu já tenho essas faquinhas sem ponta e sem serra, espelho, eu não tenho mais espelho em casa porque ele quebra, caco de vidro, tesouras eu não tenho, agora que eu comprei um tesoura porque a gente ta trabalhando com artesanato, então agora que ele ta mais tranquilo eu consegui comprar a tesoura pros trabalhos, mas eu não tinha tesoura, tudo que achava que podia ser perigoso pra ele eu retirando, eliminando de dentro de casa, evitando sempre que ele tivesse contato com essas coisas (F6).

A gente tirou tudo que era tesoura, tudo que era faca, gilete qualquer coisa assim que tivesse um perigo maior então tudo que a gente pudesse tirar que tivesse alguma ponta, que fosse fácil de fazer alguma ponta a gente tira de perto dela (F7).

Eu escondo faca, escondo tudo, escondo a medicação para ela não fazer besteira é aquelas noites que fico a noite inteira acordada cuidando dela, para ver se ela não vai se acorda, porque eu tenho medo que mesmo com remédio ela se acorda, e faça alguma besteira, porque está em crise, eu sei porque ela já fez isso (F11).

Então eu tenho que ser vigilante com gás, gás de cozinha, as facas nunca foram tanto o problema porque ela sempre fica mais desconcentrada então se ela usa a cozinha, eu tenho que esta atrás para ver se ela desligou o gás, para ver se desligou o micro-ondas, essas coisas assim, porque ela não é violenta, então até porque a tentativa foi com a medicação foi com o lítio também, não foi nada muito acelerado, então a ideia é essa ter muito cuidado, fico vigilante, porque pode acontecer, mesmo aqui no CAPS entre amigos dela tentar alguma coisa... (F12).

A gente escondia facas, gilete, essas coisas, mas agora faz tempo que ta normal, que uma vez, uma vez ela tirou aquela lâmina da Gillette, ela tirou , agora ta tudo Ok, ela vai ali em casa, tem agulha, maquina de costura né, tudo que fosse se machucar a gente tinha medo, mas agora não, agora ta tranquilo, era uma vigilância [...] A gente saia trabalhar e ficava preocupado, qualquer ligação que dava no telefone a gente já ficava (F15).

Olha a precaução que eu tomo é assim, como ele já tentou com remédios, eu tiro tudo que é remédio de circulação, até um remédio para dor de cabeça, tiro também coisas que ele ainda não tentou, como uma faca, nunca tentou, mas mesmo assim eu tomo essa precaução porque nunca se sabe o que está passando no momento na cabeça da pessoa, eu tomo essa precaução, procuro não sair de casa, não deixá-lo só (F14).

Diante do comportamento suicida, os familiares vivem em constante tensão e preocupação, pois tem medo do que o seu familiar pode fazer, o que os fazem se manter mais presentes e vigilantes para o comportamento e ações do seu familiar, vivendo num espaço compartilhado e intersubjetivo.

Num encontro social, a vida consciente do se torna acessível a mim através de uma abundância de sintomas. Uma vez que ele se manifesta corporeamente diante de mim, posso apreender os processos da sua consciência não apenas a partir daquilo que ele partilha de forma deliberada comigo, mas também através da observação e interpretação dos seus movimentos, da sua expressão facial, dos seus gestos, do ritmo e entoação do seu discurso, etc. Cada fase do meu tempo interior é coordenada com uma fase da vida consciente do outro (SCHÜTZ, 1979).

Com base nas concepções de Schütz, o mundo da vida não pode ser experienciado de modo solitário, pois os atores atuam em um cenário compartilhado com os outros, interferindo no espaço, na linguagem, no aprendizado e na relação mútua de modo intersubjetivo (CONZ, 2008). Partindo desses pressupostos, havia uma preocupação constante dos familiares em deixar o seu familiar com comportamento suicida sozinho, como referem:

[...] Saia de casa com aquele medo, ligava pra falar com ele [...] Mesmo de longe mantendo um cuidado com ele, nunca saí e fiquei tranquila de sair e deixar ele, quando ele tava com esses pensamentos... tem que ficar 24 horas , o tempo inteiro, ficar ali, cuidando... Sempre alertava a família também, a mãe dele, alertava a mãe dele, olha eu to saindo pra trabalhar, vai lá, dá uma chegada lá em casa pra ver como ele ta, é assim, não era só por telefone, mas ela ia pessoalmente também, ela

chamava, convidava ele pra descer, sempre que ele visse que tinha alguém presente, pra ele não se sentir sozinho ali (F4).

O cuidado que eu tenho é esse aí, de não deixar ela sozinha [...] Eu fico bem ativa, sempre deixo a irmã dela ou a sobrinha dela, ou a própria filha dela com ela pra ela não ficar sozinha, porque eu tenho receio que ela volte, porque o medico mesmo me disse. [...] que a pessoa que tenta suicídio as vezes pode tentar de novo e eu fico sempre cuidando, sempre cuidando , não deixo sozinha , não deixar ela sair muito sozinha, ela sai muito pouco sempre saí alguém, sai eu, sai as meninas sai alguém (F10).

A intersubjetividade é a categoria fundamental da existência humana no mundo, uma vez que é na relação de intersubjetividade do nós, que o mundo circundante nos é comum e com ele coincidimos, ao menos para as nossas necessidade práticas, para que possamos partilhar nossas experiências. Ao passo que é justamente nessa relação que emergem os desafios (CAPALBO, 1998). É neste mundo intersubjetivo, compartilhado com seus semelhantes (SCHÜTZ, 1979), que os familiares e os indivíduos que apresentam comportamento suicida encontram-se inseridos, no entanto, estes últimos apresentaram dificuldades ao compartilhar suas experiências, interagir e comunicar-se com os outros.

Para Schütz, segundo citação de Capalbo (1998), uma das formas de superar os problemas da intersubjetividade é por meio do intercâmbio de pontos de vista. Para isso, faz se necessário reconhecer que cada sujeito ocupa determinado lugar na sociedade. Nesse sentido, a idealização de acordos ou a realização de congruência dos sistemas de relações busca resgatar o caráter intersubjetivo.

O mundo da vida é experimentado, por nós, conforme o grau de familiaridade e de anonimato. A relação de familiaridade é vivida sob a forma do ‘nós’ e permite a apreensão do outro, como único em sua individualidade. De modo que quanto mais anônima for a relação, mais afastadas estarão a unicidade e a individualidade de meu semelhante e pouquíssimos aspectos serão considerados, como relevantes no problema que desejo tratar ou resolver (SCHÜTZ, 1979). Nesse sentido, a relação de familiaridade do familiar e o seu semelhante com comportamento suicida é estabelecida, visto que há com este uma relação de familiaridade, sob a forma de nós.

A partir da crise suicida do seu familiar, os familiares se tornam mais presentes junto a estes, visto que se preocupam com o comportamento autodestrutivo dos mesmos, assim, os

familiares precisam ter um controle direto do cotidiano no domicílio, com isso suas rotinas vão se modificando devido ao comportamento suicida.

[...] Eu nunca fico tranquila, eu não durmo tranquila, se ele levanta, só pra ir no banheiro, eu levanto junto pra ver o que ele vai fazer, então eu to sempre alerta, apesar dele estar mais calmo nos últimos tempos, mesmo assim, eu to sempre de olho (F6).

Era vigília dia e noite praticamente eu não dormia um dia e ficava a noite inteira cuidando aí no outro dia a noite eu dormia e na noite a minha filha ficava, ou as vezes eu não dormia de noite e minha filha estudava, no outro dia a minha filha dormia aí de dia ela cuidava pra eu poder dormir e assim era até ela mudar de assunto ou ser internada era vigília o tempo todo para ela não fazer se desse uma brecha ela tentava se ela ficasse um tempo suficiente, uns 5 minutos era suficiente pra ela, então era isso que a gente fazia. [...] Vigiava 24 horas vigiava [...] ficava sempre um ou outro cuidando tudo que ela ia fazer. [...] Em dias mais frequentes das tentativas eu parei de trabalhar e fiquei só com ela, fique sempre com ela, sempre tem alguém junto com ela, mesmo todo mundo dizendo que ela não ta em crise, ela ta bem, ela não vai fazer, mas mesmo assim a gente tem esse medo, vive vigiando e com medo (F7).

Eu encerrava, encerrava ele e eu controlando sempre ia cuidando, a gente não sabe a noção da pessoa, lá no fundo da pessoa (F8).

Ah daí era noite e dia, eu não conseguia dormir quando ela estava em casa porque eu tinha medo, qualquer barulhinho que eu ouvia eu pulava, tinha medo que ela fosse tentar de novo, foi muito difícil pra mim, naquela época, tinha o máximo de cuidado e eu tinha a minha filha que mora em cima que ficava comigo, dormia na sala, perto do quarto dela pra gente cuidar dela (F10).

Eu procuro controlar ela assim, todos os movimentos dela...(F13).

Olha é uma constante vigília, não consigo ficar tranquila, descansada não, é bastante vigília, e assim eu to conseguindo manter ele, porque as outras irmãs, cada uma tem seus afazeres, suas casas, seus maridos, a única solteira sou eu, sem filhos, então eu procuro ficar com ele, que é uma coisa que eu faço com prazer, eu gosto muito dele, então a gente ta tocando a vida.[...] Fico sempre observando, na verdade eu observo ele sempre, mesmo ele estando bem eu observo durante o dia, observo como ele ta caminhando, se ele ta muito, tipo impregnado, se ele ta anormal, se ele ta desenvolto, a maneira como ele fala, essas coisas todas, se ele ta coerente, se ele não

ta coerente, quando eu vejo que tem qualquer coisa que ele não esta bem, eu já procuro os médicos, eu sempre tenho o celular do médico ou da médica que assiste ele aqui, porque quando eu vejo uma anormalidade eu ligo, peço uma opinião e se no caso precise (F14).

De acordo com os depoimentos dos familiares, torna-se evidente o cotidiano exaustivo que eles vivem quando seu familiar esta em crise suicida, como os mesmos referem, eles não ficam tranquilos, realizam vigilância constante.

A ação no mundo exterior, baseada num projeto e caracterizada pela intenção de efetivar os resultados pretendidos por via de movimentos corpóreos. Os familiares que se encontram num estado de alerta total integram no seu trabalho e pelo seu trabalho, o seu presente, passado e futuro numa dimensão específica do tempo; capta-se a si mesmo como totalidade por meio dos seus atos de trabalho; comunica com os outros através de atos de trabalho; organiza as diferentes perspectivas do mundo da vida cotidiana por meio dos atos de trabalho (SCHÜTZ, 2003).

Neste sentido, o familiar que é o ser que trabalha, está plenamente interessado na vida, ele vive pelos seus atos e a sua atenção está exclusivamente orientada para a realização dos seus projetos, ou seja, de cuidar do seu semelhante que apresenta comportamento suicida.

A categoria concreta **Agindo na crise e no comportamento suicida** surgiu a partir dos depoimentos dos familiares referentes às situações de crise e agitação psicomotora mediadas pelos familiares de indivíduos com comportamento suicida. A crise e a agitação para os familiares é um momento difícil e complexo, pois, constitui sintomas como “delírios, alucinações auditivas e visuais, agitação psicomotora, agressividade etc” (WILLRICH et al., 2011, p. 51). Em geral a maioria das situações acontecia no domicílio e exigiam condutas imediatas e vigilância constante.

[...] Ele corria risco de vida sempre que estava em crise, [...] ele teve crises que ele passou a noite inteira dentro de casa andando, falando, falando sem parar, ele falava coisas sem nexos, ele dizia pelo amor de Deus me assegura aqui, me amarra, se tu vê que eu vou fazer alguma coisa de mal pra alguém tu me amarra ele dizia, eu vivia em pânico dia e noite era assim, mas eu via que ele não fazia aquilo por mal, ele tava daquele jeito, ele não conseguia se controlar [...] quem cuidava dia e noite em casa era eu (F4).

Quando ocorria uma crise, muitas vezes, os familiares vivenciavam os seus familiares em extrema agitação. A agitação é uma “atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão” (MANTOVANI et al., 2010, p.96).

Esse contexto exigia dos familiares condutas imediatas e maneiras de acalmá-los. Para Schütz (2012), a conduta é todo o tipo de experiência espontânea interna ou externamente vivida no cotidiano, no caso, a crise consolida a ação dos familiares. A ação no mundo constitui o trabalho, é no trabalho que acontece a intenção do familiar cuidar seu semelhante, mediante aos movimentos corporais, sendo presente no mundo da vida cotidiana dos familiares de indivíduos em situação de crise.

Quando ocorre a crise, alguns familiares com comportamento suicida se tornam agressivos com os demais familiares no domicílio, como referem:

Quando ele entrava em crise ele era perigoso, agressivo (F8).

Quando eu noto que ela tá muito ruim mesmo, eu noto nela, inclusive eu falei com ela, ela fica agressiva comigo, ele me pede as coisas e eu não dou aí ela tenta me agredir e eu tento assegurar ela e muitas vezes ela me dá tanta pressão que eu começo a chorar aí ela se afasta de mim e fica no quarto dela, aí depois ela vem e se abraça e pede perdão é essa a reação dela (F13).

Como mencionado no depoimento, a crise exige constantemente condutas dos familiares. Neste caso de agressividade, o familiar precisa utilizar por meio do movimento corporal, uma maneira de conter aquela agitação e sofrimento que gera tanto para o indivíduo em crise, como para o familiar que vive cotidianamente aquela situação.

Para controlar a crise e agressividade do indivíduo em agitação psicomotora, os familiares recorrem primeiramente à contenção química, por meio, dos medicamentos controlados e do acompanhamento constante, num encontro face a face:

[...] Quando tá em crise, a gente tenta fazer um remanejamento da medicação e alguém fica com ela, mas quando não tem alguém pra ficar com ela, que ela fique sozinha, que ofereça risco pra ela e pra minha filha daí eu vou pra internação, porque eu não tenho o que fazer, por causa que eu trabalho (F9).

O objetivo do uso de medicações é tranquilizar o indivíduo em agitação o mais rapidamente possível, reduzindo o risco de auto e heteroagressividade permitindo a

continuidade da abordagem terapêutica (CANAS, 2007). Entende-se por tranquilização rápida a obtenção de redução significativa dos sintomas de agitação e agressividade sem a indução de sedação mais profunda ou prolongada, mantendo-se o indivíduo tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo (MCALLISTER-WILLIAMS; FERRIER, 2002). No entanto, em alguns momentos os medicamentos não conseguem resolver totalmente, como referido:

[...] Ela é bem agressiva quando está em crise ou se não ta tomando os remédios dela certinho [...], mais tem vezes que realmente não dá nem com remédio, nem com remédio, temos que levar direto para unidade porque senão ela se corta e acaba enfiando uma faca em alguém, como ela já fez comigo, já enfiou uma faca aqui, é terrível, é horrível mesmo de aguentar assim quando ela está nas crises dela, [...] agora ficou mais difícil, porque agora é só eu, [...] só tenho ajuda do meu marido. Ela fica dois meses bem, daqui a pouco ela já está com as ideias de fazer coisas, dou o remédio para ela, para ela dormir, quando esta demais e não tenho como evitar, eu tenho que levar mesmo para o Postão, porque eu não consigo segurar, porque tem as vezes que o remédio não segura ela, tem muitas vezes que ela está tomando remédio mais não adianta (F11).

O depoimento acima relata o cotidiano de angústia e sofrimento que é para família quando o seu familiar entra em crise e nem o medicamento consegue fazer o efeito de conter e acalmar. O indivíduo em surto se torna extremamente agressivo com os mesmos, exigindo um manejo firme e o encaminhamento a um serviço de saúde.

Nesta categoria, como um todo, percebe-se o esforço dos familiares para manter o indivíduo com comportamento suicida estabilizado, evitando a agudização dos sintomas. Nasi et al. (2015) destaca que as ações voltadas para que o indivíduo permaneça em um quadro estabilizado da doença psíquica, demonstram que estas, podem ser uma forma de relevância intrínseca no cotidiano dos familiares, ou seja, uma ação que lhes desperta um constante interesse.

Schütz (2012) descreve um sistema de relevâncias que é determinado pelos interesses à mão. É esse interesse, que motiva o pensar, o projetar e o agir. Entretanto, não existe um interesse a mão isolado, mas sim, uma variedade de interesses chamados de vida cotidiana de planos (de vida, de trabalho, de pensamento). As relevâncias intrínsecas são resultado dos interesses escolhidos, estabelecidos espontaneamente para resolver problemas por meio da consciência, ou seja, do ponto de vista das famílias, ao tentar conter a crise do seu familiar com comportamento suicida.

Nos momentos em que os familiares não conseguem conter a crise do seu familiar no domicílio, a conduta realizada é levá-lo até um serviço de emergência, como refere o seguinte depoimento:

As vezes ele chega irritado [...], se detona, morde os dedos, sai sangue daí eu tenho que acalmar ele, vejo que ele não ta legal, tem dias que ele ta mais irritado, [...] ele dá nele mesmo, toca a cabeça na parede, eu peço pro meu irmão segurar ele, senão a gente vai levar ele pro PAM3 [...] O dia que ele ta com crise eu não vou trabalhar, pego atestado e fico com ele no máximo três dias com ele em casa, é paciência, tu sabe a paciência que a gente tem que ter [...] e o remédio que eu já dou, que é o principal de tudo (F5).

Nas situações de crise em que a agressividade se mostra como um comportamento típico dos indivíduos com comportamento suicida em que os recursos dos familiares se esgotam, como manejo verbal e uso de medicamentos, é necessário pedir ajuda para terceiros e serviços de emergência para conseguir fazer a devida remoção até um recurso mais terapêutico:

[...] Em outra crise, eu tive que chamar a brigada pra tirar ele de casa, mas ali, implorando pros brigadianos (policiais) [...] não judiar dele, não maltratar ele, daí os brigadianos nos levaram até o PAM3 (F4).

A dificuldade de conter a crise do seu familiar resulta na necessidade de apoio policial durante algumas ocorrências. Este auxilia com base das informações dos familiares, com uma equipe treinada para realização de contenção mecânica e em caso de pacientes agressivos, e que possam estar com porte de armas (DIAS et al., 2013).

O atendimento à pessoa em crise psiquiátrica, quando ocorre em domicílio ou em via pública, é geralmente feito pelo SAMU. Segundo a Portaria 2048/GM, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, a crise em saúde mental é frequentemente identificada como urgência psiquiátrica, e atribuída como uma das responsabilidades do SAMU, compartilhada com a rede de atenção à saúde mental, a polícia e ao corpo de bombeiros (BRASIL. 2002). O principal auxílio verbalizado pelos familiares foi o SAMU, como referem:

Ela teve uma crise, se cortou toda assim sabe, coloquei uns panos, dei uns remédio para ela dormir e fui chamar minha vó, [...] nesse meio tempo eu vi que ela se

acordou, ela se botou em mim, com uma ideias na cabeça de se matar, se botou em mim com uma faca e nisso meu tio e minha vó chegaram, porque eu estava tentando segurar ela e nisso eles chegaram, [...] e ficaram segurando ela até o SAMU chegar para conterem, porque é horrível quando ela está nessas crises (F11).

[...] Ela passou dois dias agitada, falando desconexo, com as vozes que ela escuta, que diziam para ela se matar que diziam para ela, tanto é que eu trouxe na SAMU e levei ela pra Cruzeiro [...] porque eu não consigo ficar com ela completamente dependente de mim isso eu não consigo, acompanhar ela vinte e quatro horas vamos colocar assim, isso não tem como, então entre deixar ela em casa sem cuidado e levar ela para um ambiente que realmente ela vai estar cuidado sobre vigilância permanente como aqui, eu prefiro trazer ela para tomar uma iniciativa imediata (F12).

Seguido do atendimento na emergência, os pacientes são encaminhados às instituições de suporte à saúde mental, onde a partir da regulação feita no atendimento inicial, podem ser encaminhados a alguma unidade de saúde que o município oferte para prestar assistência, podendo ser CAPS, nos seus mais diversos modelos ou hospitais gerais e psiquiátricos, e com isso haver uma distribuição nas instituições de saúde. A situação de urgência em saúde mental acontece somente quando o sujeito em crise necessita de uma assistência apropriada em um curto espaço de tempo, a fim de evitar danos permanentes ou temporários a sua integridade física e psíquica no futuro (BONFADA, 2010).

O apoio familiar mostrou-se importante durante o atendimento, pois os membros da família auxiliam no momento da intervenção. Além disso, são importantes no fornecimento de informações sobre o ocorrido para assim associar-se ao quadro em que se encontra (DIAS, 2010). Outra situação verbalizada pelos familiares se refere à crise no meio externo:

[...] Outra vez, [...] me ligaram [...] o XXX teve uma crise, saiu para a rua, e eu pegava um ônibus em direção ao centro chegava lá procurava por tudo e daí não achava e pegava outro ônibus em direção a outra zona, e assim eu ia, assim eu ia procurando ele, até encontrar (F4).

O depoimento destaca a preocupação do familiar com seu familiar em surto psiquiátrico, o que os faz se deslocar desesperadamente de um lado para outro para até encontrá-lo. Esse cotidiano presente no mundo da vida familiar é descrito por Schütz (2012) é uma conduta racional ou razoável, para o autor, agimos de forma razoável em nossa vida

cotidiana quando utilizamos aquelas receitas (bagagens) que encontramos no estoque de nossas experiências já testadas em situações análogas. Schütz (2012) enfatiza que agir racionalmente significa evitar a utilização mecânica de precedentes, abandonar o uso de analogias e buscar uma forma de lidar com a determinada situação.

De acordo com Pegoraro e Caldana (2006) o medo ou o estado de alerta que alguns familiares experienciam durante um surto psicótico, seja pelos comportamentos apresentados ou mesmo por uma possível agressão à família, contribuem para os encargos emocionais. Essas mesmas autoras verificaram maior grau de encargos subjetivos em situações de crise, quando comparados a momentos sem crise, pois na crise, o familiar cuidador se depara com a sensação de impotência quanto ao modo de atuar diante dos comportamentos apresentados, de forma que recorrem ao auxílio e cuidado dos serviços de saúde.

Santos e Cardoso (2012) apontam que no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, o familiar que atua no cuidado, necessita desenvolver recursos internos, bem como, estratégias para lidar com as situações vividas e se adaptar às mesmas. Schütz (2012) caracteriza esses recursos internos, como a experiências presentes na situação biográfica do indivíduo.

Dentre as diversas situações que acontecem no contexto familiar, os familiares expressam que em alguns momentos, concomitantemente a crise suicida surge os delírios persecutórios seguidos de vozes de comando que induzem os seus familiares ao comportamento suicida:

A gente tava falando no telefone, e ela disse que estava se sentindo ruim, que tinha uma voz, e a gente falando com ela, tentando arrumar um meio de encontrar ela, porque sabia que ela ia fazer alguma coisa, porque ela tava falando com nós como se estivesse se despedindo e aí a gente tentou manter ela na ligação, conversando com ela, pra dar tempo de chegar, só que quando a gente chegou lá, ela já tinha cortado os pulsos [...], daí a gente se apavorou e levou ela para o Pronto socorro e ali foi que ela se internou. Teve vezes que no telefonema, ela desligava e a gente ficava ali, insistindo até ela atender de novo, a gente sempre mantendo ela no telefone, porque a gente sabia que ela tava com pensamento ruim, porque ela dizia pra gente da voz que fica falando no ouvido dela, o que é pra ela fazer, coisas erradas, daí entre a voz e a gente, a gente ficava no telefone atrapalhando, comandando ela.[...] O telefone foi muito útil (F1).

Dizia pra ele que as vozes eram da cabeça dele e que ele tinha que se distrair (F5).

Eu pergunto pra ela o que as vozes dizem pra ela, ah, as vozes dizem que eu tenho que me matar, mas porque? Porque as vozes dizem que tu tem que se matar? [...] Tu

tem muito ainda a viver, tu tem que reagir, tu tem que pensar pra frente, tu tem quando ouvir essas vozes, pensar em outra coisa, se distrair com outra coisa, liga o rádio, conversa com outras pessoas, distrai, não fica focada nas vozes que daí é pior é isso que eu falo pra ela que tem que se acalmar, que vai passar [...] Tu tem que pegar e desviar o foco do que tu ta sentindo, se é as vozes, desvirtua as vozes, escuta uma música, vai fazer outra coisa, olhar um carro, olhar uma loja, uma vitrine, pega um jornal, vai ler o jornal, mas desvirtua, tu tem que botar na cabeça que isso não é real, tu tem que se concentrar, porque não adianta o médico te dar o melhor remédio que tiver ali, que não vai adiantar, porque 50% é o remédio e os outros 50% é a tua força de vontade, tu tem que buscar ficar bem, porque não adianta todo mundo vim em prol pra te ajudar e tu não te ajudar, não vai ter remédio q sirva, pode ser o melhor hospital, pode ser o melhor remédio, o remédio mais caro, o primeiro remédio que tu tem que tomar é no teu pensamento (F9).

O problema dela são os pensamentos, as ordens de comando para que ela venha cometer o suicídio (F12).

Como mencionado, percebe-se o esforço da família para conduzir a crise suicida, e fazer com que as vozes de comando diminuam, tentando, por meio, do manejo verbal, controlar a situação e a intencionalidade do indivíduo que tenta contra sua própria vida.

O mundo social dever ser reconhecido como espaço complexo de ações humanas, que para serem compreendidas, é necessário, que estas valorizem os atores dessas ações, e os sujeitos deste mundo social (SCHNEIDER; CAMATTA; NASI, 2007). No caso os familiares e seus semelhantes com comportamento suicida.

Neste sentido, ao perceber a ação do familiar no mundo cotidiano, nos aproximamos dos conceitos de conduta, ação e trabalho (SCHÜTZ, 2012). Os familiares foram acumulando suas experiências internas e aproximando com as coisas que aconteceram no mundo exterior, com isso, podemos referir que, os mesmos, foram tornando conscientes as ações de cuidado ao seu familiar em crise suicida, mediante as posturas e comportamento do mesmo no mundo familiar.

Uma ação consciente é quando, antes de realizá-la, temos uma representação em nossa mente daquilo que iremos fazer, ou seja, do ato projetado. Quando começamos a executar a ação, ou mantemos o tempo todo vinculados a esse propósito interno, ou nos lembramos ocasionalmente. A experiência da ação é algo complexo, consistindo de experiências da atividade cotidiana, tal como ela ocorre, dos tipos de atenção concedidos a ela, da retenção do ato projetado e da execução do mesmo (SCHÜTZ, 2012).

No cotidiano dos familiares de indivíduos que apresentam comportamento suicida, inúmeros são os cuidados que o familiar tem no domicílio diante de uma crise, qualquer objeto ou material a mão pode ser utilizado para o ato suicida. Um dos principais meios utilizados para a tentativa de suicídio foi a ingestão excessiva de medicamentos psiquiátricos de uso do próprio:

Eu entrei no quarto e ele tava ruim [...] daí chamei o meu marido e disse [...] ele não ta nada bem, daí o meu genro e eu pedimos ajuda, [...] daí que ele resmungou alguma coisa do remédio, [...] e eu vi várias caixas de remédio no lixo, [...] ele tinha tomado todos os sessenta comprimidos, daí foi um Deus nos acuda, quando vimos que ele tinha tomado todos aqueles remédios daí fomos correndo para o pronto socorro com ele (F3).

Eu fui chamar ele pra tomar remédio e ele não abriu a porta, aí eu bati, bati, empurrei, aí veio a minha filha e me ajudou, aí já tava de língua de fora, ele nem me reconhecia mais, foi com Clozapina [...] ele tomou dois de manhã e quatro a noite, invés de tomar 2, ele tomou 6, aí socorremos e levamos pro hospital, aí teve que ser internado (F8).

[...] Sempre tinha muito receio a noite, que ela fizesse, ela estava ativa, daí passou um pouco aquele surto, ficou melhor e daí depois a outra tentativa que ela teve daí foi dali uns cinco meses, ela tava muito atacada e eu peguei e comprei Clozapina e ela tomou todinha (toda cartela) de uma vez só, daí aí ela ficou muito atacada, ficou meio desmaiada, foi pro postinho, a gente levou ela desmaiada, depois foi para a Cruzeiro de novo daí internou no Hospital Espírita e ficou no espírita foi essas duas vezes que ela tentou. Dessa última vez eu levantei de manhã e ela tinha chaveado o quarto, e eu bati na porta e ela não abriu, daí eu fui com a minha neta apavorada e subi numa escada e fui na janela do quarto dela, ela tava desmaiada, daí eu olhei pra cima da mesinha do computador e tava a caixa de remédios vazia sem os comprimidos, daí eu pedi socorro para o vizinho, e ele nos levou para o médico [...]. Eu nunca mais deixei a chave com ela, a porta fica aberta e os medicamentos ficam comigo, não ficam mais com ela, se tenho que sair assim posar fora já deixo tudo arrumadinho e agora aparentemente ela ta melhorando (F10)

O uso de medicamentos é estratégia importante para o tratamento na área da saúde mental, no entanto, diante da crise suicida ele é um método perigoso contra a vida.

Existem alguns aspectos que podem contribuir ao comportamento suicida e se tornam relevantes de se pensar, como: o estímulo à automedicação pela mídia, a ausência de

assistência farmacêutica primária, a prescrição médica indiscriminada de drogas psicoativas, o armazenamento caseiro inadequado, e as embalagens impróprias agravam as condições que levam ao suicídio. Além disso, a desinformação da população leiga e de profissionais da saúde a respeito da toxicidade das substâncias químicas contribui para o grande número de intoxicações acidentais e/ou intencionais (FREITAS; BOTEGA, 2002).

Além do manejo dos familiares nas tentativas de suicídio com o uso de medicamentos, os indivíduos com comportamento suicida também utilizaram outros meios para o ato suicida. Sendo assim, a atenção da família para todas as possibilidades de meios que possam ser utilizados contra a vida, como referem:

[...] ele se revoltou disse que ia pegar a tesoura e tocar no pulso dele daí eu tirei a tesoura da mão dele com muito sacrifício, conversando com ele e aconselhando e ele dizendo que não queria mais tomar remédio, não queria mais ficar nesse mundo, que esse mundo não prestava, e eu fui conversando com ele numa boa, quantas pessoas estavam lutando pra viver e não conseguiam e ele tão novo, porque ia pensar em morte, e a gente conversando, conversando e ele se acalmando, foi só essas duas vezes, agora sim, quando ele ta com crise tem que ficar no lado dele (F5).

A primeira vez ela tava bem agressiva, bem atacada, entrou no quarto e eu comecei a ver ela se debater e eu vi ela se amarrando com uma blusa no pescoço, primeira vez foi essa, por enforcamento, daí conversei com ela que ela não poderia fazer isso, fiquei o resto da noite acordada, depois levei ela no médico, na cruzeiro, daí ela ficou lá em observação (F10).

Olha quando ela começa desse jeito (ideias de suicídio) tento acalmar ela conversar com ela só que não adianta muito, mas eu procuro assim manter ela no máximo assim a ficar calma [...] então quando ela está muito, ela está demais eu levo ela para a cruzeiro, não tem outra alternativa (F11).

O manejo da crise suicida no âmbito familiar desencadeia na família medo, aflição e desespero e outros tantos sentimentos. Nestas situações, a família conta com pessoas presentes em mundo cotidiano para intervir e acalmar seu familiar em crise suicida, os quais são: seus pares, vizinhos, amigos e pessoas próximas que contribuem para conduzir o seu familiar suicida para ser acolhido em um serviço de urgência e/ou de emergência.

As unidades de urgência são locais devidamente preparados para o atendimento de pessoas que apresentam casos agudos ou crônicos de agravos à saúde, contemplando as situações de tentativa de suicídio. O serviço deve contar com uma estrutura adequada para a

prestação de um atendimento capaz de priorizar as condições ameaçadoras da vida, estabelecendo o tratamento de acordo com a gravidade e realizando o transporte da vítima (SANTANA, et al.,2011).

A presença de um familiar junto ao indivíduo em crise suicida torna-se extremamente importante, pois é esse momento face a face que possibilita ao familiar demonstrar seu cuidado, afeto e carinho. Na rotina da cotidianidade, diante de momentos complexos que acontece a transição para uma situação face a face para o mundo dos contemporâneos, é algo que não se coloca, na medida em que, quer a nossa conduta quer a conduta dos outros com os quais interagimos, tende a ser integrada (SCHÜTZ, 2012).

Na categoria concreta **procurando apoio na rede de serviços** os familiares de indivíduos que apresentam comportamento suicida referem à necessidade de apoio de uma rede de serviços, desde os serviços de saúde aos órgãos de segurança. A procura por um serviço médico, após tentativa de suicídio, depende de vários fatores, entre os quais o grau de gravidade (ou o potencial de risco de morte) da autoagressão, o acesso e a confiança no sistema de saúde, o estigma da população em relação ao comportamento suicida e o medo da criminalização do ato (BOTEGA et al., 2009).

Diante da dificuldade de intervir diante do comportamento suicida no domicílio, em especial, nas tentativas de suicídio, seja ela, leve, moderada, ou grave, presente no cotidiano dos familiares, os mesmos recorrem principalmente a um serviço de emergência psiquiátrica. Como referem:

[...] Na maioria das vezes eu tenho que correr pra emergência porque eu não tenho outras alternativas, são poucas, porque se tem alguém pra ficar com ela no período alternado ao meu, eu fico tranquilo, que mesmo ela escutando vozes até o remédio fazer efeito tem alguém com ela pra ela não fazer nenhuma besteira, mas até o remédio fazer efeito e eu não estar em casa, não tem muito o que eu fazer. [...] Esse é o meu dia-a-dia, que eu acompanho ela, e a nossa vida é assim, não foge muito disso [...] Então quando ela me diz que não tem mais condições de lutar contra essas vozes, escuta essas alucinações que ela tem aí, eu não tenho alternativa há não ser internar, infelizmente é assim, não tem como ficar com ela 24 horas no dia que é o necessário então já me dão encaminhamento saiu daqui (CAPS) e vou direto pro PAM3 (F9).

[...] Não adianta ficar com ela surtada em casa, tem que levar mesmo, ela ali para o Postão da Cruzeiro e ver o que eles podem me ajudar (F12).

Nós levava no médico, sempre procurava um socorro, levava no postão, as vezes ela não queria ir, [...] mas a gente levava ela na Cruzeiro, daí tinha vezes que ela baixava, porque ela tem umas quantas baixas, e outras vezes a gente tinha que trazer ela pra casa, daí depois voltava pro postão e depois trazia de novo. Tem que ter muita paciência e persistência (F2).

O mundo da vida é permeado de vivências, experiências e relações interpessoais, este vivido pode desencadear experiências positivas ou negativas. Para Schütz (2012), as relações sociais acontecem por meio de ações dos indivíduos que fazem parte do mundo social e resultam de condutas realizadas com um determinado fim. Essas ações são impulsionadas pela intenção do ator (RIBEIRO, 2012). Neste sentido, a intencionalidade do familiar ao tentar conduzir e manejar a crise suicida é fortalecer e/ou resgatar a vida e o bem-estar do seu familiar, o que, o faz procurar auxílio nos serviços de saúde.

A partir do acolhimento e avaliação na emergência psiquiátrica, em algumas situações ocorria o encaminhamento para internação em um hospital da rede de saúde mental, em outras, os indivíduos com comportamento suicida eram encaminhados para casa aos cuidados direto de algum familiar.

As duas primeiras vezes da tentativa de suicídio eu não estava em casa, estava os meus pais e aí chamaram o meu irmão e levaram ele no PAM3 daí foi medicado, foi atendido, o psiquiatra conversou bastante com ele, daí ele voltou pra casa mais calmo, mas não durou muito e ele tentou de volta e foi daí que eles encaminharam pra um serviço de psiquiatria, só ia lá na emergência e levava pra casa e mudava a rotina, então nos encaminharam pra um serviço de psiquiatria, no início nos começamos no Presidente Vargas, mas não tava dando certo lá, daí do nosso posto, nos encaminharam aqui para o hospital de clinicas, aqui ele melhorou bastante. (F6)

Imediatamente eu procuro recurso eu procuro levar, senão é dia de consulta aqui, eu consigo aqui no CAPS eu vou na Central Psiquiátrica que é o PAM3, eu vou lá e sempre batalho, quando ele ta com essas coisas (pensamento suicida). [...] Então o que eu faço, lá na central o médico me atente quando eu peço, mesmo que ele me mande de volta eu peço que ele fique aquele dia, aquela noite ali (PAM3), eles tem condições disso, sendo observado pra depois levar pra casa se for o caso ou então dali ele partir pra um hospital (F14).

Há muito tempo, a tentativa de suicídio é uma das causas mais frequentes de atendimento em urgências psiquiátricas (VANSAN, 1999). O serviço de urgência pode

desempenhar papel importante na intervenção e prevenção do suicídio, pois o paciente que tentou suicídio está vulnerável a novas tentativas (AVANCI et al.,2009).

De acordo com Christiansen e Jensen (2007), o maior risco de morte por suicídio, em todas as idades observadas, costuma ocorrer durante o primeiro ano após uma tentativa. Tanto para aqueles que tentam pela primeira vez quanto para os repetidores, o primeiro ano constitui o período de maior risco. Isso tem uma importância especial, pois tanto a prevenção quanto o tratamento deveriam ser intensificados nesse período. Assim, é importante o estabelecimento de vínculos interpessoais com o paciente, através da relação profissional de ajuda e de seus vínculos familiares e sociais (AVANCI et al.,2009).

Esse vínculo entre o indivíduo que tenta contra a própria vida, e o serviço de saúde, deve acontecer, desde o acolhimento no serviço, e a emergência é o primeiro recurso de saúde a ser procurado, constituindo-se, muitas vezes, no caso da tentativa de suicídio grave, a porta de entrada principal da rede de atenção a saúde mental.

Conforme Vidal e Gontijo (2013) a maioria dos casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que os profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo.

É importante lembrar que o acolhimento envolve a recepção do usuário, desde sua chegada, destacando-se a responsabilidade integral por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo-lhe uma atenção resolutiva (BRASIL, 2006c).

O acolhimento é definido como: dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar créditos, receber, atender. Dessa maneira, o acolhimento como ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um estar “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006 c). Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo, ou alguém. É exatamente neste sentido de ação, de estar com, ou está perto de, que o acolhimento constitui uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2008).

Vale evidenciar que dentro da prática do acolhimento está a prática de escuta, que significa em um primeiro momento, acolher toda a queixa, ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não ter importância para o diagnóstico ou tratamento (BRASIL, 2006c). Nesse sentido, a escuta não é um simples ouvir, deve ser qualificada, comprometida e responsável. É por meio da escuta que o profissional atentará para as necessidades dos usuários e, em função dela, será iniciada a construção de vínculos (BOSSATO et al., 2010).

Como mencionado nos depoimentos, o procedimento principal e imediato presente no cotidiano dos familiares após a tentativa de suicídio do seu familiar é a procura de acolhimento em uma emergência psiquiátrica para avaliação, podendo ocorrer o encaminhamento para a internação em um hospital da rede de saúde mental.

[...] A primeira internação dela foi no Hospital Espírita, [...] até que ela ficou estável um bom tempo, mais de seis meses estáveis, o problema que essas vozes de comando são decorrentes, porque elas permanecem com pouca intensidade ou mais, mais permanece (F12).

Primeira coisa era dedurar ela, procurar o médico, tentava com a medicação e sempre ficava de olho, como eu te disse, tinha horas que a gente podia mudar o pensamento dela conversando, mas outras não, não adiantava, aí ela acabava internada que acho que foram umas cinco internações e a última vez também, ela foi internada, mas há princípio era avisar os médicos e ficar por perto sempre. Nesses últimos três anos tem mudado bastante, depois da internação ela mudou bastante, ela não pensa mais, não fala pelo menos, que nem antes ela falava, que não valia a pena viver, que ela veio ao mundo só para incomodar, que ela atrapalha todo mundo, tudo essas coisas que, o que ela queria era morrer (F7).

Diante de uma crise suicida, a internação se torna um importante elemento, por ser um local com maior vigilância e atenção profissional, sendo necessária para superar uma crise do seu familiar suicida.

O mundo social possui um sentido particular e uma estrutura de significados para os seres que vivem, pensam e atuam dentro deste. Estes sujeitos pré-interpretam este mundo mediante uma série de constructos do sentido comum acerca da realidade cotidiana e tais objetos de pensamento determinam sua conduta, definem o objeto de sua ação, e o ajudam a orientar-se dentro de seu meio natural e sociocultural e a relacionar-se com ele (SCHÜTZ, 2003). Assim, diante da crise suicida experienciada na vida cotidiana dos familiares, eles determinam juntamente com o respaldo profissional a necessidade de internação.

Após a internação do seu familiar, se faz presente no cotidiano dos familiares a necessidade e importância de acolhimento e continuidade do tratamento psiquiátrico em um serviço de atenção de rede de saúde mental no âmbito do território, na comunidade. Os serviços da comunidade que acolhem as demandas de saúde mental, em especial os indivíduos com comportamento suicida, tem como objetivo:

“uma clínica do território, estimulando o usuário a se dar conta das variáveis sociais que seu meio promove, utilizando-a com participação efetiva, favorecendo um harmônico encontro entre saúde mental e inclusão social. “É nesse sentido, que se faz necessário que a saúde mental possa estar no cotidiano das ações da atenção primária, com o propósito de estar no cuidado o mais próximo possível do território e do cotidiano do sujeito” (SILVA; COSTA, 2010, p. 23).

Delgado (2012) destaca que o campo da saúde mental vem mudando concepções apontando para uma nova ética, envolvida com a promoção da saúde, deslocando a atenção psiquiátrica para serviços no territorializados, oportunizando um atendimento mais ampliado, integrado e multidisciplinar.

Este novo paradigma de atenção no território institui os CAPS como a porta de entrada de atenção à crise, que por sua vez deve estar vinculada a uma rede territorial, como por exemplo, a equipe da ESF do território do sujeito em sofrimento psíquico (SILVA; COSTA, 2010). Neste sentido, os familiares mencionam o CAPS como um importante dispositivo de acompanhamento aos seus familiares que apresentam comportamento suicida:

[...] Melhorou muito depois que nós viemos pra cá (CAPS), começou a ter esse acompanhamento, fez muita diferença, tanto pra ele, quanto pra mim, porque aí eu vinha pra cá, participava dos grupos de familiares que tinha no início aprendi muito, tanto com os profissionais quanto com os outros familiares, outra pacientes, aprendi muita coisa que hoje é o que nos ajuda em casa, foi muito mais importante do que eu imaginava (F6).

As vezes não queria vir nem pro CAPS, mas gente tinha força, e dava essa força pra ela, pra ter ânimo, e aí a gente levava ela pro CAPS. (F2).

Em casa, ela nunca tentou, teve vários pensamentos, [...] e quase chegou as vias de fato, tentativas assim, mas em casa, ela nunca tentou, mas quando ela chegou pensamentos bem forte assim, ela impede, eu entro em contato com o CAPS, falo com a XXX, ou com médico que esteja atendendo ela, pra ver qual é o melhor procedimento de fazer (F9).

Ao CAPS deverá ser dada a prioridade na atenção ao indivíduo que apresenta comportamento suicida e necessita de acompanhamento e atenção e encaminhamento ao pronto socorro nos casos de intervenção da crise suicida. Nas políticas da saúde mental especificamente está à intervenção e prevenção de suicídio, com ações como as “Estratégias Nacionais de prevenção do suicídio” (BRASIL, 2006a) que instituem como serão as ações da atenção do suicídio na atenção da saúde mental (SILVA; COSTA, 2010).

Essa categoria ressalta a necessidade de apoio dos serviços de saúde nas situações de crise suicida, desvelando também a dificuldade dos familiares em manejar e conduzir o comportamento suicida no domicílio. Ao buscar auxílio, os familiares intencionam o bem-estar de seu familiar no mundo social da vida cotidiana.

Para Schütz (1979) o mundo social no qual o homem nasce e tem de achar seu caminho é vivenciado por ele como uma rede de relacionamentos sociais, de sistemas de signos e símbolos com sua estrutura de significados particular, de formas institucionalizadas de organização social.

O ser humano nascido em um mundo social, e que vive nele sua existência cotidiana, o experimenta como construído em volta do lugar que ocupa nele, aberto a sua interpretação e ação. O sujeito que vive nesse mundo da vida cotidiana e estabelece relações sociais com seus semelhantes, é influenciado por seus predecessores a modificar suas ações no mundo da vida (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2003) direcionando sua consciência a projetar novas possibilidades para seus contemporâneos e sucessores, no caso, os familiares aos seus semelhantes.

Na categoria concreta **apoiando e estimulando a vida** os familiares verbalizam as estratégias de atenção realizadas aos seus semelhantes. Essas possibilidades fazem parte de um mundo social intersubjetivo. Schütz (2003) caracteriza o mundo da vida como um espaço onde o homem age entre os seus semelhantes e que vivencia como realidade na “atitude natural”.

A gente ta sempre apoiando, dizendo que precisa dela, que tirar a vida é errado, a gente sempre procura levar para esse lado positivo, a gente não passa a mão por cima, porque ela se trata de depressão, a gente sabe que é uma doença, mas tem que lutar contra isso, por isso a gente sempre toca nesse ponto, sabe que ta doente, mas é porque ta que vai se entregar (F1).

Olha a gente sempre tentava animar ela, tirar esses pensamentos ruins dela, dar conselhos de como é a vida, que vale a pena a gente fazer força pra viver, que é tão bom a gente viver, em paz, tranquilo [...] Eu dava muito conselho e proporcionava paz e tranquilidade. A tranquilidade é a melhor coisa que tem pro ser humano, pra mim, pra ela, pra minha família. E eu tentava ajudar, animando e apoiando ela (F2).

Paciência, ta com ele o tempo todo [...] eu jogava com ele, não ia trabalhar, ficava em casa [...] (F5).

[...] As vezes ele quer conversar, as vezes não, mas eu consigo achar estratégias pra conseguir chegar aonde eu quero, [...] as vezes eu vou puxando assunto, vou falando por aqui, por ali, vou puxando assunto, pelos ladinhos assim, e eu consigo chegar lá, sem ele se dar conta, e eu quero saber e ele vai conversando, então ta bem mais fácil assim hoje, a gente ta melhorando bastante o nosso relacionamento, a nossa convivência, ele ta mais participativo nas coisas de casa (F6).

A gente conversa bastante com ela, as vezes até da certo, mas quando ela ta em crise muito forte não adianta, as vezes a gente quer mostrar pra ela que tem muita coisa que ela pode fazer, que ela pode viver pra poder fazer algumas coisas que ela queira, e que seja boa, que seja bonita, como namorar, coisas assim, as vezes da certo, muda aquele pensamento, tem horas que não, tem horas que quanto mais fala, pior fica, daí tu tem que pensar no que tu vai fazer e aí é só a melhora mesmo, mas é isso que a gente faz, tenta ajudar cuidando eu só tenho medo depois mais tarde quando eu não tiver, não sei o que vai ser se vai continuar, se vai mudar esses pensamentos, se vai um dia mudar esses pensamentos (F7).

Ficava sempre aconselhando, por perto, sempre dando um carinho, essas coisas assim (F8).

Eu converso com ela, eu digo tu tem teus filhos, tem tua neta, tu não pode fazer isso, não vai ser bom para ti, ela [...] eu começo a tentar entrar na cabeça dela para ver se ela para um pouco (F11).

Eu procuro conversar com ele pra conseguir captar o que ele ta sentindo, o que que ele ta pensando, procuro, tem uma coisa que eu batalho muito pra que ele não fique assim como a cabeça vazia, eu detesto futebol, mas como é uma coisa que ele gosta, eu que cuido quando tem os jogos do colorado que ele é colorado (F14).

Eu converso com ela sobre outras coisas, convidar pra tomar um chimarrão, essas coisas, tento não fazer ela não ficar puxando esses pensamentos, ou fazer ela falar pra mim, que muitas vezes eu já tentei e ela não quer conversar, ela não explica, aí eu tento convidar ela pra fazer outras atividades pra tentar fazer ela sair daquilo [...] Eu tento fazer ela mudar, vamos lá fora, vamos tomar um chimarrão, aí vamos fazer alguma coisa hoje, um bolo, alguma coisa assim, pra não ficar pensando nessas coisas até porque é ruim pra mim também, aí eu já prefiro também, vamos fazer um bolo, que daí vai distrair ela e eu também ao mesmo tempo.[...] Não deixar ela muito sozinha, num quarto, tipo assim, deixar ela dormindo, ah, hoje eu quero dormir, e volta e meia eu ia ali, ou o pai ia, fazer ela sair um pouco da cama, mas agora ela fica mais tempo, olhando filme, TV, essas coisas assim, novela e tal, mas antes ela

só dormia. As vezes os guris tão junto assim, fazem ela rir e tal aí já tira esses pensamentos e coisas assim daí (F15).

Percebe-se nas falas, o carinho, atenção e paciência que os familiares tem com seus familiares, eles buscam estar presente, dialogar, distrair, estimular a vida, ocupar o tempo, produzir vida e saúde, pensar em projetos, em possibilidades de viver no mundo, partindo de seus estoque de conhecimento e trajetórias de vida.

O mundo da vida é um mundo intersubjetivo que existia muito antes do nosso nascimento, vivenciado e interpretado por outros, nossos predecessores, como um mundo organizado em que vivemos experiências e interpretações. Toda interpretação desse mundo se baseia num estoque de experiências anteriores, nas nossas próprias experiências e naquelas que nos são transmitidas por nossos pais, professores, autoridades, entre outros, as quais, na forma de “conhecimento à mão”, funcionam como um código de referência (SCHÜTZ, 2003).

Neste sentido, Schütz utiliza o termo mundo da vida para se referir as experiências cotidianas, ou seja, a maneira que os indivíduos conduzem suas vidas, realizam seus interesses e projetos e também como se relacionam com seus semelhantes de maneira subjetiva. A intersubjetividade não é um mundo privado, mas um mundo compartilhado, comum a todos nós, e também aos familiares e seus semelhantes que compartilham subjetividades, vivências cotidianas e perspectivas de estar e existir no mundo da vida.

O mundo da vida é objeto de nossas ações e interações, entendido em sua totalidade como mundo natural e social, é o cenário que põe limites às minhas ações e às nossas ações recíprocas. Para dar realidade a nossos objetivos, devemos dominar o que está presente nele e transformá-lo. De acordo com isso, não só atuamos e operamos dentro do cotidiano, mas também sobre ele (SCHÜTZ; LUCKMAN, 2003).

Assim, na perspectiva de atuar sobre o pensamento suicida de seus familiares em um pensamento que vida, de esperança e bem-estar, os familiares buscam estar presente, num mundo intersubjetivo, compartilhando cuidado, carinho e amizade, estabelecendo um encontro face a face.

A gente caminhava muito, tinha uma época que nós caminhávamos umas 5 ou 6 horas, sem parar[...] sempre do lado dele, com muita paciência, nessa hora tem que ter muita paciência, e dar muito carinho, por que é uma hora que eles precisam de muito carinho (F5).

[...] Nossa rotina é estar sempre junto, onde eu vou, ele vai, a gente sempre procura fazer as coisas juntos [...] por que isso nos uniu bem mais, nossa amizade, nosso relacionamento, é um prazer pra gente [...]. Tem dias que a gente vai passear ou vai fazer alguma atividade, e é sempre assim a gente tá sempre junto, e é legal porque eu consigo compreender ele, eu consigo conversar, um pouco (F6).

A minha vida não é fácil, se eu saí as vezes, eu levo ele, as vezes ele não quer ir e fica sozinho, mas é uma pessoa de muita confiança (F8).

Percebe-se que no cotidiano dos familiares, os mesmos buscam possibilidades de proporcionar momentos de vida, de paz, de energia positiva, por meio de passeios em espaços da natureza, conversando e projetando ações no mundo da vida.

O envolvimento simultâneo num ambiente de comunicação constitui um relacionamento do nós, esse encontro social e intersubjetivo acontece por meio da relação face a face. Nesta relação, um indivíduo volta-se, intencionalmente para o outro, como um ser humano vivo e consciente (SCHÜTZ, 1979).

Outra pessoa está dentro do alcance de minha experiência direta quando compartilha comigo o mesmo espaço e tempo. Quando eu a percebo, sua experiência flui lado a lado com a minha, nessa relação face a face, apreendo diretamente o outro (MERIGHI, 2002).

Compreende-se que a partir do cuidado ao indivíduo que apresenta comportamento suicida, os familiares buscam estabelecer uma relação face a face com este, compartilhando um tempo e espaço comuns. Sendo assim, a relação de familiaridade, permeada de confiança, amizade e amor, se estabelece, afastando desta relação o anonimato. Desse modo, estabeleceu-se o problema a ser solucionado, baseado no pensamento e nos objetivos a serem atingidos nas ações. Assim nosso interesse a mão motiva o pensar, projetar e agir, mediados pelas relevâncias intrínsecas, que são resultados de nossos interesses escolhidos, estabelecidos por nossa decisão espontânea (SCHÜTZ, 2012).

A categoria concreta **buscando apoio espiritual** apresenta o cotidiano do familiar na busca de apoio espiritual ao seu semelhante que apresenta comportamento suicida. Os familiares destacam que na crise suicida, a fé e o apoio espiritual foram importantes para afastar os pensamentos de morte, buscando no lugar deste, inserir pensamentos de vida e de esperança. Como referem:

[...] Olha, eu procuro assim, quando eu vejo que ela tá querendo fazer bobagem eu procuro centralizar assim, conversar com ela, explicar pra ela que a gente não pode

tirar a vida, que quem nos dá a vida é Deus e ele pode tirar a nossa vida. Se nós tirar a nossa vida Deus não vai gostar, eu procuro explicar por dentro da bíblia, procuro ler e explicar pra ela, procuro fazer com que ela desligue daquele pensamento (F13).

[...] E agora principalmente a gente serve a Jesus, a Deus. O nosso lar é um cantinho do céu. Que quando ela estava agitada assim, ela deixa todo mundo baratinado, que a gente nem sabe como resolver certos problemas, mas a gente pediu força pra Deus e graças a Deus passou aquela onda, tem que ter muita força, graças a Deus (F2).

Na história da humanidade, a religião sempre proporcionou conforto e guarida para a doença e o sofrimento psíquico. Nessas delicadas situações, o homem é convidado a formular reflexões de ordem espiritual sobre o sentido da vida e da morte, recorrendo, muitas vezes, à religiosidade para aplacar suas angústias (ASNIS, 2007).

Ao considerar a espiritualidade no contexto do comportamento suicida, devem-se considerar duas dimensões: a importância de um sistema de crenças e o estabelecimento de uma rede de apoio social, que carrega forças de coesão e integração grupais (SISASK et al., 2010; KOENIG, 2015).

Para Jung (2015) temas espirituais emergem com frequência, quando os padrões costumeiros da vida são rompidos e a vida se torna questionável. Isso pode ser desencadeado por diversas formas de crises e acontecimentos que mudam a vida. Indo ao encontro da situação vivida no cotidiano das famílias diante do comportamento suicida de seu familiar.

Para o autor, a sensação de que falta algo essencial na vida, esta, acontecendo frequentemente no mundo social. “Quando isso acontece algumas pessoas saem à procura: é um movimento de busca na profundidade, na esfera da religiosidade e transcendência” (JUNG, 2015, p. 25). Neste sentido, na perspectiva de afastar o comportamento suicida presente na consciência de seu familiar, os mesmos pedem força e apoio da espiritualidade, por meio de orações:

Eu fico orando em pensamento pedindo pra Deus tirar esses pensamentos ruins, é o que eu faço no meu dia-a-dia, eu to sempre em oração, sempre pedindo pra Deus iluminar a mente dela é o que eu mais faço e eu creio que Deus tem guardado ela, tem livrado ela através das minhas orações (F3).

O mundo vida cotidiana, na concepção de Schütz, é o espaço em que os homens se situam com seus problemas diários em intersubjetividade com seus semelhantes, não constituindo apenas um mundo natural, mas um mundo social, histórico e cultural (SCHÜTZ, 2012). Neste sentido, no contexto histórico social e cultural, os familiares acreditam em uma

força superior que pode auxiliar a afastar pensamentos negativos e de morte, para eles, o momento de oração, os dá força e amparo para as dificuldades do cotidiano, bem com, ao seu familiar que apresenta comportamento suicida. A procura por espaços sociais de fé e espiritualidade se faz presente no mundo da vida dos familiares.

Outra coisa que eu fiz também foi levar na casa espírita, que eu acredito muito nisso, que tem os espíritos que rondam, que ficam atormentando a cabeça e ela foi incluída, ela gostou do lugar, é uma coisa que ela ta querendo fazer, porque até então ela não queria nada, não queria sair de casa, não queria fazer nada (F1).

No final de semana vão com a mãe na igreja, elas participam da igreja, vão sempre, ela se batizou faz pouco tempo agora, ela e a minha cunhada. Elas cantam na igreja, ela adora cantar, tanto é que ela vai com os amigos assim, vem ensaiar aqui em casa, a minha mãe gosta bastante das músicas, ela nunca reclamou das músicas, até ela coloca bem alto e faz um bem pra ela, eu coloco o XXXX no rádio e ela adora, a gente senta aqui fora, toma um chimarrão, ela adora, hino, ela adora, por causa da minha irmã, que a minha irmã escuta e acabou gostando. Eu também por causa da minha irmã passei a gostar, volta e meia eu to escutando (F15).

Os ensinamentos religiosos com frequência promovem uma visão positiva do mundo que engloba esta vida e também a vida após a morte. “As escrituras religiosas oferecem a esperança de coisas boas que podem surgir de qualquer situação difícil e que todas as coisas são possíveis” (KOENIG, 2015, p. 28).

A busca por auxílio nos espaços da comunidade, que oferecem apoio espiritual, na concepção dos familiares de indivíduos com comportamento suicida, possibilita que a família compartilhe uma perspectiva positiva para viver cotidianamente no seu mundo intersubjetivo, interativo e compartilhado.

A intersubjetividade é fundamental para a existência humana no mundo da vida. Por meio dela, é que se constitui um mundo compartilhado através das relações interpessoais. Viver no mundo da vida significa viver em envolvimento interativo com as pessoas, em redes de relacionamentos sociais. Desse modo, o meu mundo e o do outro se interligam, buscando as experiências vividas por ambos, compreendendo assim as significações tipificadas. E dentro desse mundo cada um constrói a sua situação biográfica (ZEFERINO, 2010).

A situação biográfica determinada caracteriza-se pela sedimentação de todas as experiências anteriores do sujeito, organizadas de acordo com o seu “estoque de conhecimentos à mão”. Desse modo, é a situação biográfica de cada sujeito que situado num

determinado contexto social, resultará na eminente influência dos motivos, na direção, enfim, no modo como cada ator pensa e age no espaço social (SCHÜTZ; LUCKMAN, 2003).

Para Schütz (2012) a situação biográfica determinada aponta para o fato de que duas pessoas não podem vivenciar a mesma situação da mesma forma, pois cada um tem o seu posicionamento e isso leva o indivíduo a agir em uma determinada direção e não em outra. Portanto, influencia na sua motivação para fazer ou não a ação. Neste sentido, os familiares são influenciados a buscar apoio espiritual com base na sua situação biográfica e estoque de conhecimento a mão.

A religião pode levar à maior bem-estar, proporcionando esperança, otimismo e alegria, aumentando o suporte social e dando significado e propósito a vida (KOENIG, 2015).

Em seu livro sobre o manejo e avaliação e manejo da crise suicida Botega (2015) enfatiza que:

A fé pode proteger contra o suicídio, uma vez que proporciona um sistema estruturado de crenças e, em geral advoga em prol da adoção de um comportamento que pode ser considerado benéfico em termos físicos e mentais. No entanto, muitas crenças e comportamentos influenciados pela religião e pela cultura aumentam o estigma em relação ao suicídio e podem desencorajar a procura por assistência médica (BOTEGA, 2015. p.31).

Neste sentido, é importante refletir com as ideias do autor acima mencionado, sobre a importância do apoio espiritual como elemento secundário, e complementar ao acompanhamento médico e de um serviço de saúde mental, sendo uma rede de apoio social aos familiares e aos indivíduos que apresentam comportamento suicida.

A partir da análise da categoria concreta **acreditam que o familiar continue o tratamento** desvelaram-se algumas expectativas dos familiares em relação ao cuidado que realizam com o seu familiar que apresenta comportamento suicida, tendo como base o estoque de conhecimento a mão vivido no cotidiano da vida.

Os depoimentos apresentam os *motivos para* da ação dos familiares. Cabe enfatizar que os *motivos para* são considerados subjetivos e se referem aos significados atribuídos a ações futuras, que o indivíduo pretende realizar. Neste sentido, os familiares esperam que o seu familiar com comportamento suicida continue se cuidando e realizando o tratamento.

Eu espero que ela se cuide mais, que ela tenha o prazer de viver, [...] viver a vida com paz [...] agora só precisa ela se ajudar (F2).

Espero que ele continue se tratando... (F3).

O mundo da vida cotidiana dos familiares diz respeito à esfera total das experiências de cada sujeito, que é circunscrita por objetos, pessoas e eventos que ele encontra ao realizar os objetivos pragmáticos da vida. É um mundo no qual a pessoa está totalmente desperta e que se impõe como a principal realidade de sua vida (SCHÜTZ, 2012).

Projetar e desenvolver o projeto fundamenta-se no estoque de conhecimento a mão, com sua estrutura particular, no momento em que está projetando a ação (SCHÜTZ, 1979).

De acordo com sua bagagem de conhecimento, o familiar pode projetar suas expectativas quanto ao seu cotidiano junto do familiar que por vezes ainda pode apresentar comportamento suicida. Eles acreditam no tratamento, no autocuidado e no viver em paz.

Para atingir as expectativas dos familiares, a continuidade do tratamento do indivíduo com comportamento suicida, também depende do apoio da rede de serviços de saúde mental, em especial do CAPS, que se mostra como um dos principais serviços acessados pelos familiares e que garantem o acompanhamento contínuo de indivíduos com comportamento suicida e também acompanhamento do familiares. Como mencionam:

Eu acredito muito nesse cuidado que ela tá tendo aqui (CAPS), para que um dia ela volte não digo 100% do que ela era, mas no mínimo 90% do que ela já foi um dia, eu já vou me considerar bem feliz já (F9).

Espero que ela continue fazendo o tratamento direitinho pra nunca mais ter essas coisas, [...] que vocês ajudem ela como medicação, terapia que seja lá como for é isso que eu espero (F7).

Espero um bom atendimento e com medicação e tudo porque na verdade isso aí não tem cura é somente dar a melhor qualidade de vida, dar as medicações que agora ele tá tendo com essas medicações (F14).

Além do acompanhamento do CAPS e de outros serviços da rede de saúde, que também podem ser acessados, os familiares enfatizam um bom tratamento terapêutico e medicamentoso, bem como, o bom atendimento dos profissionais de saúde. Essas expectativas, no pensamento deles, vão proporcionar uma melhor qualidade de vida para os seus familiares. Para Schütz (2012), o ser humano projeta experiências futuras a partir de diversos tipos de experiências passadas que expressam expectativas confiáveis em relação ao futuro.

Na concepção deste mesmo autor, toda a projeção consiste em uma antecipação da conduta futura a partir de uma fantasia, mas é uma fantasia motivada pela intenção prévia de realizar um projeto. A viabilidade de realizar ação projetada no âmbito do mundo da vida é uma característica essencial do projeto (SCHÜTZ, 2015).

Neste sentido, os familiares viabilizam no futuro, não presenciar em seu cotidiano, o comportamento e pensamento suicida de seus familiares, buscando tratamento constante, apoio de uma rede de serviços, e profissionais comprometidos com a qualidade de vida de seus familiares.

A compreensão do mundo da vida se dá enquanto coisas, experiências e verdades a elas relacionadas. Estas coisas, experiências e verdades podem ser dadas de modo intuitivo e perceptivo, ressaltando-se o seu caráter posicional e ocasional, intercaladas na corrente do vivido, nas suas múltiplas perspectivas e significações, através das quais passam nossas vivências no cotidiano (AZEVEDO, 2011). Assim, de modo intuitivo e perceptível, os familiares projetam ações de prevenção ao comportamento suicida de seu familiar.

Na análise das categorias concretas que respondem os motivos porque, se referindo ao cotidiano dos familiares, os mesmos, estão diretamente atuando no cuidado do comportamento suicida do seu familiar. No entanto, eles esperam, não precisar ter mais esse cuidado em suas vidas. Partindo desta lógica, por meio dos motivos para, a categoria, **esperam que o familiar não pense em suicídio**, foi constituída por meio dos depoimentos dos familiares que projetam uma vida futura, um cotidiano sem o comportamento suicida do seu familiar presente no mundo da vida familiar.

Hoje eu espero que ele não tenha mais comportamento suicida, [...] é isso que eu espero dele (F3).

Espero que ela nunca mais tenha esses pensamentos (suicidas) (F7).

Baseado no estoque de conhecimento a mão, no momento da projeção, ou seja, no momento do encontro com o pesquisador, o familiar verbaliza que espera que um dia o seu familiar não apresente comportamento suicida. Para Schütz (2012), o potencial de realização da ação projetada significa que de acordo com o atual conhecimento da ação, ou ao menos ao seu tipo, teria sido uma ação factível de ter ocorrido no passado. Ao longo da trajetória de vida, o familiar em sua experiência de cuidado ao seu semelhante conseguiu resgatar seu

familiar para a vida, após as tentativas de suicídio, e a partir das boas vivências ele continua a direcionar o seu familiar para viver no mundo social.

Pela possibilidade que o indivíduo tem de fantasiar e imaginar não ter o comportamento suicida na família, permite ao familiar, a possibilidade de projetar certos atos para o futuro que decidirá de sua realização perfeita, podendo o ator recuar na sua decisão e retomar todo o processo de escolha no tempo interior e recuperar aquilo que orientado pelos seus interesses imediatos (AZEVEDO, 2011). No caso, apesar de todo o esforço do familiar projetar a vida, somente o seu familiar em cena pode decidir sobre sua vida e sobre o futuro.

No momento que se projeta algo, o ator reflete termos de autoconsciência e assim é capaz de julgar das possibilidades de êxito daquilo em que empenha, do seu empreendimento como um todo, e nisso, mais uma vez, reside sua liberdade. Deve-se ressaltar aqui o caráter intencional de tais modos de agir que se tecem numa estrutura imaginativa e flutuante (AZEVEDO, 2011).

Na possibilidade de afastar o comportamento suicida do cotidiano familiar, os mesmos, acreditam que podem buscar estratégias para driblar o pensamento suicida do se semelhante.

Espero que a gente consiga sempre driblar esses pensamentos suicidas que a gente consiga sempre mantê-la salva de si mesmo é esse meu foco (F12).

Schütz (2012) refere que ao ensaiar vários projetos, o indivíduo pode atribuir a cada um deles diferentes probabilidades de sucesso, mas jamais pode ficar desapontado caso ocorra um fracasso, ou seja, um novo comportamento suicida no contexto familiar.

Há situações nas quais cada pessoa reflete sobre seus problemas, em geral, isso acontece em momentos críticos da vida, quando se tem como principal interesse dominar uma determinada situação, mas mesmo nesse caso, o autor aceita suas emoções como guia para descobrir a melhor solução (SCHÜTZ, 2012). Esta ideia é o que se faz presente na consciência dos familiares de indivíduos com comportamento suicida, descobrir soluções, com base no seu estoque de conhecimento a mão, e possibilidades para o seu familiar não passar por novas crises suicidas.

Espero que ele não venha a ter outra crise suicida (F8).

Eu espero que ela não tente fazer mais (tentar suicídio), porque eu não gostaria de passar por tudo de novo (F15).

O comportamento suicida se fez presente na vida cotidiana dos familiares, deixando marcas na sua biografia e história enquanto ser no mundo, marcas essas que não querem ser vivenciadas pelos familiares novamente. Para Schütz (1979), a sedimentação de todas as experiências anteriores do homem, organizadas de acordo com seu estoque de conhecimento, são posses unicamente dele, dadas somente a ele, sendo assim, cada situação de comportamento suicida é vivenciada de forma diferente e subjetiva por cada familiar.

Qualquer momento da vida dos familiares no mundo relações sociais não se esgota numa situação específica, contendo limitações, condições e oportunidades com relações a seus objetivos, tal situação é apenas um episódio de sua vida corrente. O indivíduo se encontra em qualquer momento numa situação biográfica determinada (SCHÜTZ, 1979).

Os familiares agem no mundo da vida com plena liberdade, enquanto atores espontâneos, que almejam o bem-estar do seu familiar. Com suas ações de cuidado presentes no cotidiano, eles passam do imaginar, ou do projetar imaginativo, à ação, e desta ao ato enquanto algo finalizado, ou seja, a perspectiva de vida cotidiana. O que é relevante aqui é o papel que desempenha no mundo social a capacidade de escolher livremente, numa atividade voluntária dos sujeitos sociais. Esta capacidade/possibilidade se faz real pela “significação” que ela venha a ter para o ator, ou seja, ação no mundo onde os objetos, as coisas, o próprio mundo está à sua mão, sendo dados por antecipação (AZEVEDO, 2011).

Na categoria concreta **desejam que o familiar tenha uma vida saudável** também estão presentes as ideias a respeito dos motivos para, em relação ao cuidado realizado pelos familiares aos seus familiares que apresentam comportamento suicida. Sendo assim, a partir das ações de cuidado, eles esperam que os seus familiares melhorem e que o comportamento suicida venha a ser estabilizado, como refere os depoimentos:

Espero que ela melhore (F7).

Eu espero a melhora dela (F9).

Espero melhora, bastante melhora que é o que ela ta (F10).

Eu espero que ela melhore, e que um dia essa coisa (comportamento suicida) venha ser controlada, é a minha esperança (F13).

Para Schütz (2003) o cotidiano é visto como o mundo da vida, ou mundo da vida cotidiana, sendo uma dimensão da realidade em que o homem pode intervir e modificá-lo, agindo, interagindo nele, e também projetando o futuro.

Tendo em vista a expectativa de melhora do indivíduo que apresenta comportamento suicida, os familiares desejam que o seu semelhante tenha uma vida feliz e que possa aproveitar o cotidiano, sem problemas, estando bem consigo.

Eu quero ver ela bem, pra ela curtir as coisas dela, [...] ter uma vida feliz agora, não ter problema em volta (comportamento suicida) (F1).

Sempre que ela melhore, que ela fique bem, quero que se sinta feliz [...] eu queria te dizer que eu queria que ela ficasse feliz, feliz, do jeito dela, com quem ela é, porque ela estando de bem com ela já basta (F11).

As expectativas dos familiares deixam em evidência os motivos para a ação que, para Schütz (2012), é a intenção de realizar um projeto com o objetivo de atingir uma meta. Os significados dados ao mundo emergem da experiência cotidiana como pressupostos que fazem parte da herança sociocultural transmitida aos membros de um grupo interno em um processo educacional, aceitos sem julgamentos, funcionando como código de interpretação e orientação (SCHÜTZ, 1979). Neste sentido, baseado em suas experiências, os familiares desejam o melhor ao grupo familiar, desejando afastar o comportamento suicida e proporcionando momentos de felicidade.

Os familiares também expressaram em seus depoimentos a expectativa de que os seus semelhantes tenham qualidade de vida e que construam hábitos cotidianos mais saudáveis, como referem:

Espero que ele tenha uma vida mais saudável (F4)

Eu espero que ele tenha uma boa qualidade de vida... (F14)

Por meio do depoimento acima, fica evidente o desejo do familiar em projetar ações futuras para sua vida e do seu familiar. As ações objetivadas para o cotidiano do familiar são conscientes, espontâneas, voluntárias, motivadas para o futuro.

Ao falar sobre o conceito de projeto de Schütz, Merighi (2002) o descreve como uma fantasia da atividade espontânea da consciência, um produto da imaginação do sujeito, uma concepção imaginária do ato. No momento em que a ação está sendo realizada, a atividade

reflexiva não foi adotada e o sujeito só tem em mente os “motivos para”, os quais são iminentemente subjetivos. Schütz e Luckmann (2003) apontam que o mundo da vida é algo que deve ser dominado de acordo com os interesses particulares dos sujeitos.

Neste sentido, de acordo com os motivos para, o produto da imaginação da consciência dos familiares é subjetivo, e eles projetam planos para o seu familiar no mundo da vida. Estes planos idealizam suas perspectivas acreditando que elas poderão ser factíveis ao cotidiano. Assim, eles desejam para o futuro, um cotidiano familiar distante do comportamento suicida, com momentos de felicidade, hábitos saudáveis e qualidade de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa tive como objetivo geral compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida. Para chegar a este propósito, incluíram-se os objetivos específicos com o intuito de apreender a vivência dos familiares diante do comportamento suicida, conhecer as ações de cuidado de familiares relacionados ao comportamento suicida, descrever o típico da ação dos familiares de indivíduos com comportamento suicida, para compreender as expectativas de familiares frente ao cuidado realizado ao familiar com comportamento suicida.

Para isso, o estudo foi norteado pela perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz, que busca estudar um grupo social e as características do mesmo, justificando ser estudado em pesquisas de enfermagem em saúde mental, como este, voltado a um grupo de familiares que vivenciam o sofrimento psíquico de indivíduos com comportamento suicida.

O comportamento suicida é uma complexa adversidade desencadeada por fatores diversos que vem acometendo o cotidiano de indivíduos em sofrimento psíquico, ele desencadeia um emaranhado de sentimentos intrincados que atingem o sujeito em crise suicida e o grupo familiar a que este pertence. Ao viverem num contexto suicida, inúmeros são os questionamentos e conflitos internos das famílias, as mesmas buscam respostas para essa situação, pois ao se unirem por laços afetivos, elas tem consciência de um projeto de vida e não de morte para os seus semelhantes na contemporaneidade.

Quando um membro da família pretende se suicidar, a família que, dificilmente, compreende as questões da morte, pode entrar em desespero e, muitas vezes, se culpabilizar pelo desejo de morte de seu familiar. Isso acontece devido a uma gama de concepções presentes no estoque de conhecimento dos familiares. Neste momento, vem a tona as crenças, os ensinamentos recebidos por seus antecessores, a visão de mundo, as influências culturais, sociais, políticas e religiosas. Este aglomerado de bagagens penetra na consciência dos familiares, fazendo-os pensar sobre o sentido da vida e da morte no seu mundo da vida cotidiana.

O suicídio é um fenômeno que vem desafiando a sociedade há muito tempo. Desde a antiguidade, estudiosos, filósofos, representantes religiosos, autoridades políticas, entre outros, vem buscando compreender esta “mazela social”. As atuais concepções acerca deste fenômeno são influenciadas por distintos estudos e abordagens. As áreas da sociologia, filosofia e psicologia continuam aprofundando reflexões sobre a autodestruição. As áreas das

biológicas e da saúde há bastante tempo vem tentando compreender mais o suicídio e as dimensões deste comportamento. A morte voluntária continua sendo um desafio para a ciência e para as entidades governamentais.

Estamos inseridos num mundo social que condena o ato suicida, ao mesmo tempo em que parece esquecer de refletir sobre o seu papel e sua contribuição para reduzir novas mortes por esta causa. O suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, levando ao silêncio a respeito do problema.

O ato consumado do suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta muito o seu entendimento como um problema social que afeta toda a coletividade, sendo necessário modificar essa visão para despertar e estimular a atuação de pessoas de diferentes setores da sociedade na sua atenção, prevenção e controle.

A literatura apresenta vários fatores de risco para o suicídio, a relação do sofrimento psíquico de indivíduos que apresentam alguma doença psíquica é bastante evidenciada como pré-disposição ao comportamento suicida. Sendo assim, esta tese foi realizada em um CAPS tipo II, com familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.

Ao dar voz aos familiares de pessoas que desejam se suicidar, busquei desprender-me dos meus valores e pressupostos sobre o assunto, e numa relação face a face apreender o cotidiano vivido pelos familiares diante do comportamento suicida. A partir da análise dos depoimentos dos familiares cheguei ao típico da ação cotidiana destes familiares.

Assim, se faz presente no cotidiano dos familiares o cuidado com administração dos medicamentos, a atenção e vigilância constante para os possíveis riscos e possibilidades presentes no lar que possam servir como método para a ação suicida. Além disso, os familiares expressaram outras situações emergentes na crise, como a agitação psicomotora, o manejo da crise suicida e o pedido de ajuda dos serviços de saúde e de outros setores após a ação suicida no domicílio. O apoio emocional, o diálogo, a presença e a distração com outras atividades que direcionam a vida, foram aspectos importantes citados pelos familiares. A ajuda de um segmento religioso e/ou espiritual esteve presente no cotidiano das famílias.

Com essas estratégias de cuidado realizadas para seus familiares que apresentam comportamento suicida, os familiares acreditam que os mesmos vão continuar se cuidando e realizando acompanhamento no CAPS. Esperam que as ideias de suicídio não voltem a se fazer presente na consciência de seus familiares, desejando a melhora do seu familiar, para que este possa cultivar hábitos saudáveis e qualidade de vida.

O resultado desta tese permite refletir sobre o difícil cotidiano vivido pelos familiares, e os esforços dos mesmos para tentar compreender este movimento de altos e baixos de seus semelhantes, que, em vários momentos, tentaram por fim as suas vidas. Nas situações de crise suicida intensa, os familiares verbalizam desespero e aflição, buscando na sua situação biográfica resgatar maneiras de intervir, recorrendo a meios factíveis que estão a sua disposição com o intuito de proteger a vida de seu familiar.

O constante apoio dos familiares mostra-se como uma possibilidade efetiva de cuidado, percebendo-se a doação destes ao seu familiar que se encontra psiquicamente em sofrimento. Inúmeras são as possibilidades de atenção ao indivíduo que apresenta comportamento suicida. Os familiares buscam, mesmo com suas dificuldades, com o pouco entendimento sobre o manejo suicida, dar atenção, estar presente, mostrando-se disponíveis e com vontade de contribuir para o bem-estar do seu familiar.

Percebeu-se que os familiares, ao longo de seu cotidiano, percorrem diversos espaços sociais atrás de ajuda e de possibilidades para manter a vida do seu familiar. A família realiza um movimento, que se mostrou por meio dos motivos porque e dos motivos para. Os familiares, frequentemente, realizam cuidado no domicílio e quando necessário vão para outras direções: para o CAPS, para a emergência, para internação no hospital, para unidade de atenção básica, para espaços da cidade e da natureza, para os espaços de apoio religioso e espiritual, para a rede de apoio social e para o mundo cotidiano da vida familiar.

O envolvimento dos serviços de saúde com a problemática do suicídio é de extrema relevância, pois, a amplitude do comportamento suicida, pode desencadear resquícios profundos no meio social e familiar. Ao observar comportamentos autodestrutivos no cotidiano familiar, os mesmos, podem buscar estratégias de acolhimento e cuidado no território local, sendo o CAPS, o dispositivo especializado a atender situações de saúde mental, e com uma boa estrutura para acolher o indivíduo que apresenta comportamento suicida e seus familiares. No entanto, diante de situações críticas de tentativa de suicídio, as emergências e hospitais podem e geralmente devem ser buscados. Após o acolhimento na emergência, esta deve-se responsabilizar pelo encaminhamento do indivíduo com comportamento suicida a outros serviços da rede de saúde mental.

Com o acompanhamento de um serviço da rede de saúde mental, nas situações de crise, os familiares podem se instrumentalizar e aprender a desenvolver ações estratégicas de manejo e intervenção diante do risco de suicídio no âmbito do domicílio, tendo uma conduta mais assertiva e segura junto ao familiar que se encontra nesta situação.

Sabe-se que não é algo simples a abordagem sobre o suicídio nos serviços de saúde, tendo em vista que alguns profissionais de saúde ainda são pouco instrumentalizados a respeito da temática, podendo fornecer informações errôneas às famílias. Então, antes de abordar este tema com os familiares é preciso realizar educação permanente sobre manejo suicida junto aos trabalhadores da saúde.

Dentre os trabalhadores, o enfermeiro atua como um profissional importante nos serviços de saúde, pois desenvolve ações interdisciplinares e utiliza do cuidado, empatia, escuta e diálogo para realizar acolhimento individualizado e integral ao indivíduo com comportamento suicida e aos seus familiares. Além disso, o enfermeiro pode se instrumentalizar a respeito das estratégias de atenção e prevenção ao comportamento suicida. A partir do conhecimento adquirido, este profissional pode compartilhar aspectos da dimensão do comportamento suicida com a equipe de trabalho e também com os familiares.

Por meio do conhecimento profissional, é possível que o enfermeiro, juntamente com a equipe em que atua, desenvolva protocolos e/ou manuais práticos de avaliação, intervenção e prevenção ao suicídio direcionado a equipe de saúde e as famílias assistidas e/ou atendidas no serviço. É importante que estes manuais sejam organizados, sistematizados e adequados a realidade local, apresentando uma linguagem simples e esclarecedora. Nele, pode constar: aspectos sobre o comportamento suicida, sinais de alerta e atenção, fatores de risco, fatores de proteção, mitos e verdades, intervenção na crise, encaminhamentos necessários, maneiras de manter o indivíduo estável, telefones úteis, entre outros.

Além disso, pode ser atribuído ao enfermeiro, desenvolver ações de educação permanente no trabalho, podendo compartilhar a experiência adquirida com os serviços da rede de atenção psicossocial, disseminando as estratégias de prevenção e valorização a vida e fortalecendo vínculos com outros dispositivos de atenção.

No que se refere a atenção direta às famílias, os enfermeiros podem realizar as seguintes estratégias de cuidado ao comportamento suicida: acolher as famílias e realizar escuta terapêutica; realizar seminários, oficinas de esclarecimentos sobre suicídio; grupos terapêuticos; atividades direcionadas a preservação da vida; visitas domiciliares e planos terapêuticos individualizados, visto que cada família tem um contexto e um funcionamento.

Para desenvolver ações efetivas se faz necessário que os profissionais dos CAPS, apoiem e intensifiquem as relações entre os familiares de indivíduos com comportamento suicida, em uma tentativa de suprir as necessidades de familiares e usuários, com o intuito de melhorias na intervenção junto aos mesmos. Essas ações podem ser desenvolvidas e adaptadas para outros serviços da rede de atenção psicossocial e outros serviços presentes no

território. Cabe destacar que os CAPS devem dar suporte aos serviços de Atenção básica e estar articulado a outros serviços.

Além dos serviços de saúde, a atenção ao suicídio pode ser fortalecida numa abrangência intersetorial, constituída pela área de Assistência Social, Segurança Pública, Educação, Emater, o CVV, a Imprensa, entre outras. Com uma rede articulada, maiores são as possibilidades de atenção e prevenção ao comportamento suicida no âmbito das famílias.

Espera-se que a compreensão do vivido diariamente pelos familiares de indivíduos com comportamento suicida apresentada nesta tese possa contribuir para delinear estratégias de atenção nos serviços de saúde e também em todos os setores da sociedade que vivenciam situações de sofrimento psíquico e comportamento suicida.

Observei por meio desta pesquisa a carência de materiais que abordem familiares de indivíduos que apresentam comportamento suicida e que apresentem estudos sobre a temática com o referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz.

O referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz possibilitou-me apreender o movimento cotidiano realizado pelos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida, permitindo que os mesmos expressassem suas singularidades, bagagem de conhecimento e ações no mundo social, elucidando uma maior compreensão do mundo vivido por cada familiar, mundo este que também é meu e de todos os seres humanos que compartilham vivências, projetos e expectativas.

Considero relevante que mais estudos sejam desenvolvidos com familiares de indivíduos com comportamento suicida atendidos em CAPS e também em outros setores da saúde e da sociedade, para fortalecer a rede de atenção psicossocial e a rede de proteção ao suicídio, potencializando a participação de familiares em suas ações.

Assim, ao finalizar este estudo, reafirmo que o mesmo conseguiu atingir a tese de que “os familiares de indivíduos com comportamento suicida apresentam dificuldades para agir no mundo cotidiano e realizar ações de cuidado ao seu familiar com comportamento suicida, devido ao medo, à aflição, à insegurança e a culpa gerados nessa situação. Esses sentimentos são influenciados pelo imaginário social estigmatizado acerca do suicídio, dificultando as ações favorecedoras da preservação da vida. Nesse sentido, as famílias necessitam ser acolhidas, orientadas e apoiadas pelos trabalhadores dos serviços de saúde para lidar com o seu familiar que apresenta comportamento autodestrutivo. A compreensão desse cotidiano, por parte dos trabalhadores, pode ajudá-los a reorientar suas práticas, de modo a acolher as angústias e o sofrimento presentes no contexto das famílias, respondendo as expectativas desses familiares”.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Psiquiatra afirma que as políticas nacionais de prevenção do suicídio “não saíram do papel”**. Brasília: Empresa Brasil de Comunicação, 2012. Disponível em <<http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-09-10/psiquiatra-afirma-que-politicas-nacionais-de-prevencao-do-suicidio-%E2%80%9Cnao-sairam-do-papel%E2%80%9D>>. Acesso em: 04 mar. 2015.
- ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. 2001. 174 f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- AMARO, F.; SASS, S. Um estudo sobre a singularidade do adoecimento psíquico. **Horizonte Científico**, Uberlândia, v. 7, n. 1, p. 1-22, 2013.
- ANTUNES, R. E. F. **O paciente do "grupo de egressos" para a família**: uma perspectiva para a enfermagem fundamentada nas representações sociais. 2001. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- ARAGÃO, S. R. **História do suicídio**: aspectos culturais, socioeconômicos e filosóficos. 2014. Disponível em: <<http://www.consultoriapsi.net/news/historia-do-suicidio-aspectos-culturais-socioeconomicos-e-filosoficos/>>. Acesso em: 05 jan. 2016.
- ASNIS, N. **Suicídio e islamismo**: um olhar psicanalítico. 2007. 105 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- AZEVEDO, E. A. de. O mundo da vida e a ação, em Alfred Schütz. **Problemata Revista Internacional de Filosofia**, João Pessoa, v. 2, n. 1, p. 54-74, 2011.
- AVANCI, R. C.; FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M.; PEDRÃO, L. J. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **SMAD**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2009.
- BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 425-431, out./dez, 2005.
- BARROS, C. A. S. M. **Psiquiatria para leigo**, Porto Alegre: Conceito, 2003.
- BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 2013.

BEAUTRAIS, A. L. A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. **Suicide Life Threat Behavior**, New York, v. 32, no. 1, p. 1-9, 2002.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.

BONFADA, D. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas**. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

BORBA, L. O. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica**. 2010. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

BOSSATO, H. R.; PEREIRA, E. R.; SILVA, R. M. C. R. A.; CUNHA, S. H. O. O acolhimento de familiares no serviço de emergência: contribuições a partir da Política Nacional de Humanização. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 1, p. 430-439, jan./mar., 2010.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1. 876 de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 15 ago. 2006a, Seção 1, p. 65-66.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59-62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048/GM, 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 nov. 2002, Seção1, p. 32-54.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília; 1998. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9610-19-fevereiro-1998-365399-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em 10 mar. 2015.

BUUS, N. et al. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 70, no. 4, p. 823-832. Jan. 2014.

CAMATTA, M. W. **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**. 2010. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CAMATTA, M. W. **Vivências de familiares sobre o trabalho de uma equipe de saúde mental na perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz**, 2008, 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 393-400, 2009.

CAMATTA, M. W. et al. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz para as pesquisas em enfermagem: revisão de literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 7, n. 2, 2008.

CANAS, F. Management of agitation in the acute psychotic patient-efficacy without excessive sedation. **European Neuropsychopharmacology**, Amsterdam, v. 17, Suppl. 2, p. S108-114, 2007.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz**. Londrina: Ed. UEL, 1998.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 192-197, 1994.

CARDOSO, L.; GALERA, SAF. Quem são os egressos da internação psiquiátrica? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 733-740, 2009.

- CARIONI, F. S. **O papel dos antipsicóticos no processo de reabilitação psicossocial do sujeito com diagnóstico de esquizofrenia**. 2006. 100 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006.
- CARNEIRO, L. L. F. Borderline: no limite entre a loucura e a razão. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v.3, p. 66-68, 2013.
- CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.
- CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. (Org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-33,
- CASTRO-COSTA, E.; AGUIAR, C. C. T. A diferenciação entre os quadros depressivos com comprometimento cognitivo e demência nos idosos. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 18-21, jul./ago. 2011.
- CAVALHERI, S. C. **Acolhimento e orientação à família**. Campinas, 2002. Trabalho apresentado em Mesa Redonda do 6º Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica.
- CHRISTIANSEN, E.; JENSEN, BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, London, v. 41, no. 3, p. 257-265, 2007.
- CONZ C. A. **A vivência da enfermeira no cuidado ao recém nascido e aos seus pais na Unidade de terapia intensiva neonatal: uma abordagem da fenomenologia social**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- CORRÊA, H.; BARRETO, SP. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **A abordagem centrada na pessoa aplicada ao PSV**. [S. l: s. n.] 2004. Manual elaborado pela Comissão Nacional do Programa de Seleção de Voluntários.
- CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Manual do voluntário**. São Paulo: São Paulo Edições, 2003.
- DAPIEVE, A. **Morreu na contramão: o suicídio como notícia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- DELGADO. V. B. Reflexão sobre a prática do cuidado em saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre. v. 5, n. 2, p. 59, jul./dez. 2012. Editorial.
- DIAS, L. K. S. et al. Atendimento pre-hospitalar às urgências psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 2, p. 47-53, jun./dez. 2013.
- DIAS, A. B.; SILVA, M. R. S. Processos familiares no contexto do transtorno mental: um estudo sobre as forças da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 791-798, 2010.

DIEHL, A.; CORDEIRO, DC.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. **Lei nº 4.842, de 25 de maio de 2012**. Institui a Semana Distrital de Prevenção ao Suicídio. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.ensinopublico.pro.br/images/Lei_n%C2%BA_4.842_de_25_de_maio_de_2012.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

DOCKHORN, C. N. B. F; WERLANG, B. S. G. Voluntários do CVV: características sociodemográficas e psicológicas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 162-175, 2009.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: estudo sociológico**. São Paulo: Presença, 1996.

ELSEN, I.; SOUZA, A.; MARCON, S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem; 2002.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

ELSEN, I.; ALTHOFF, C. R.; MANFRINI, G. C. Saúde da família: desafios teóricos. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 89-97, jul./dez, 2001.

ESTEVAM, M. C. **Vivência com o portador de transtorno mental: perspectivas de familiares usuários da atenção básica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

FERRÉ-GRAU, C. et al. El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. **Index de Enfermería**, Granada, v. 20, n. 3, p. 155-159, 2011.

FONTENELLE, P. **Suicídio: o futuro interrompido: guia para sobreviventes**. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FREITAS, G. V. S.; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Carlos do Pinhal, v. 48, n. 3, p. 245-249, 2002.

FREUD, S. **Esboço de psicanálise**. In: STRACHEY, J. (Ed. e Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23, p. 153-221). Rio de Janeiro: Imago, 1940.

- FREUD, S. **Sobre o narcisismo**: uma introdução. In: STRACHEY, J. (Ed., Trad.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. 14, p. 77-108.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, W. M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- GIRARDON-PERLINI, N. M. O. **Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer**. 2009. 217f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia**. Lisboa: Edições 70, 1990.
- HUSSERL, E. **A crise das ciências européias e a fenomenologia transcendental**: uma introdução à filosofia fenomenológica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2012.
- JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, nov./dez. 2006.
- JORGE, M. S. B. et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 135-142, 2008.
- JUNG, C. G. **Espiritualidade e transcendência**. Petrópolis: Vozes, 2015.
- KANTORSKI, L. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan/abr. 2009. (cd-rom).
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.
- KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2015.
- KOHLRAUSCH, ER. **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia de Saúde da Família**. 2012. 207 f. (Tese de doutorado) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.
- KOHLRAUSCH, ER. et al. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Ciências, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 469-475, 2008.
- KRÜGER, L. L.; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 59-70, jan/abr. 2010
- KUTCHER, S.; CHEHIL, S. **Manejo do risco de suicídio**: um manual para profissionais da saúde. São Paulo: Lundbeck Brasil; 2007.

LACCHINI, A. J. B. **A família que cuida do indivíduo em sofrimento psíquico: um estudo fenomenológico.** 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

LATALOVA, K.; KAMARADOVA, D.; PRASKO, J. Suicide in bipolar disorder: a review. **Psychiatria Danubina**, Zagreb, v. 26, no. 2, p. 108-114, 2014.

LEENAARS, A. A. Edwin S. Shneidman on suicide. **Suicidology Online**, Campobasso v. 1, p. 5-18, 2010.

LEVORLINO, S. A. **Estudo das percepções, sentimentos e concepções, para entender o luto de familiares de portadores da Síndrome de Down na cidade de Sobral – Ceará.** 2005. 329 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MACHINESKI, G. G. **O Tipo vivido de familiares de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.** 2011, 139 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32. Supl. II, p. S96-103, 2010.

MCALLISTER-WILLIAMS, R. H.; FERRIER, N. I. Rapid tranquillisation: time for a reappraisal of options for parenteral therapy. **The British Journal of Psychiatry**, v. 180, n. 6, p. 485-489, 2002.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** 2.ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

MELLO, I. M. **Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental na prática.** São Paulo: Atheneu, 2008.

MERIGHI, M. A. B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 644-653, 2002.

MIASSO, A. I. **“Entre a cruz e a espada”: o significado da terapêutica medicamentosa para pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar.** 2006. 261f Tese (Doutorado) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), 2006.

MILLER, C.; BAUER, M. S. Excess mortality in bipolar disorders. **Current Psychiatry Reports**, Philadelphia, v. 16, no. 11, p. 499, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2007.

MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 213-219, out./dez. 2005.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 39-48, 2005.

MOTTA, M. G. C. et al. Famílias de crianças e adolescentes no mundo do hospital: Ações de cuidado. In: ELSEN, I.; SOUZA, A.; MARCON, S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

MOTTA, M. G. C. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

NASI, C.; TOCANTINS, F. R.; CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. Ações de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial: perspectiva da fenomenologia social. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 14, n. 4, p. 481-488, 2015.

NASI, C. **O Cotidiano de usuários de um centro de atenção psicossocial na perspectiva da sociologia fenomenológica**. 2009. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NEVES E. P.; SOUZA, I. E. O. Pesquisa em enfermagem: buscando resgatar a posição do sujeito que a desenvolve. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 387-393, jul./set. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: serie de recursos**. Geneva, 2000a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores**. Genebra, 2000b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2000c.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**. Genebra, 2000d.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual para trabalhadores de penitenciárias**. Genebra, 2000e.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual para profissionais da mídia**. Genebra, 2000f.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual para grupos de sobreviventes do suicídio**. Genebra, 2000g.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Washington: OPS, 2014.

PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com hiv/aids diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 510-518, jul./set. 2008.

PEGORARO, R. F; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577. 2006.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, jan./mar. 2010.

POPIM, RC.; BOEMER, MR. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 677-685, 2005.

RESTA, D. G. **O adolescer e o cuidado com a saúde: voz de jovens familiares**. 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RIBEIRO, D. B. **Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas**. 2012. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

RIBEIRO, I. B.; RODRIGUES, B. M. R. D. Cuidando de adolescentes com câncer: contribuições para o cuidar em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 340-346, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Manual de prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul/RS, 2012.

ROCHA, M. A. S.; BORIS, G. D. J. B.; MOREIRA, V. Experiência suicida numa perspectiva humanista fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 69-78, 2012.

SANTANA, J. C. B et al. Caracterização das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sete Lagoas e região. **Revista - Centro Universitário São Camilo (SP)**, São Paulo, 5(1): 84-92. 2011.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá (PR) 17(1), 93-101. 2012.

SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W; NASI, C. O trabalho em um centro de atenção psicossocial: uma análise sociológica fenomenológica em Alfred Schütz. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 520-526, 2007.

- SCHNEIDER, J. F. **Ser-família de esquizofrênico: o que é isto?** Cascavel: Edunioeste, 2001.
- SCHNEIDER, J. F. O método fenomenológico na pesquisa em enfermagem psiquiátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 100-108, 1996.
- SCHÜTZ. A. **Sobre a fenomenologia e as relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- SCHÜTZ. A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- SCHÜTZ. A. **Estúdios sobre teoria social: escrito II**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003
- SCHÜTZ. A. **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- SCHÜTZ. A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- SERAPIONI, M. O papel da família nas redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 243-253, 2005.
- SILVA, K. V. L. G. **Cuidado ao familiar de adulto em sofrimento psíquico: desafio para a assistência de enfermagem**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.
- SILVA, M.; COSTA, I. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2010.
- SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997.
- SISASK. M. et al. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case -control study. **Archives of Suicide Research**, London, v. 14, no. 1, p. 44-45. 2010.
- SOKOLOWSKI, R. **Introdução à fenomenologia**. São Paulo: Loyola, 2004.
- SOUZA, L. C. S. L. **O cotidiano de cuidado de enfermagem a família: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias na hospitalização materno-infantil**. 2008. 277 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- SOUZA FILHO, M. D. et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 639-647, 2010.
- SUN, F. K. et al. Comparison study of postdischarge care provided to suicide patients by family members in East and South Taiwan. **Journal of Nursing Research**, Taipei, v. 20, no. 1, p. 53-65, 2012.

SUN, F. K. et al. A grounded theory study of action/interaction strategies used when Taiwanese families provide care for formerly suicidal. **Public Health Nursing**, Boston, v. 26, no. 6, p. 543-552, 2009.

SUN, F. K. et al. Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 62, no. 1, p. 53-61, 2008.

TERRA, M. G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-678, out./dez. 2006.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde**: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schütz. 1993. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TOCANTINS, F. R.; SOUZA, E. F. O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n.esp, p. 143-159; 1997.

TREVISAN, E. P. T.; SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Tentativa de suicídio de mulheres: dados de um centro de assistência toxicológica do Paraná. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 412-417, abr./jun. 2013.

VANSAN, G. A. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no Município de Ribeirão Preto. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 209-215, 1999.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

VIEIRA, L. B. **Perspectivas de mulheres que denunciam o vivido da violência**: cuidado de enfermagem à luz de Schütz. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2011.

WAIDMAN, M. A. P.; CARDOSO, M. P. C. **Família e transtorno mental**: refletindo sobre estratégias de cuidado. In: ELSEN, I.; SOUZA, A.; MARCON, S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia à realidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, Supl., p. 107-112, 2006.

WAIDMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtorno mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. 277 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

WEISELFISZ, J. J. **Os jovens do Brasil: mapa da violência 2014**. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em 10 out. 2015.

WERLANG, B. G; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WILLRICH, J. Q. et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção a crise nas praticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011.

ZEFERINO, M. T. **Mundo-vida de caminhoneiros: uma abordagem compreensiva para a enfermagem na perspectiva de Alfred Schütz**. 2010. 140 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: Perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz

Local de Execução: Centro de Atenção Psicossocial HCPA

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider – Fone: (51) 3359 - 8602

Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: Fone (51) 3359-7640

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: Perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz*” que tem como objetivo compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.

Para o desenvolvimento deste estudo você participará de uma entrevista com as seguintes perguntas: “Fale-me o que você faz no seu dia-a-dia quando seu familiar (nome) apresenta comportamento suicida?” e, “O que você espera do cuidado desenvolvido com o seu familiar (nome)?”. A entrevista será gravada e transcrita na íntegra, garantindo-lhe o anonimato e o caráter confidencial das informações recebidas, sendo realizada de acordo com a sua disponibilidade, em uma sala no CAPS com ambiente tranquilo e apropriado, com duração média de sessenta minutos.

A sua participação no estudo não lhe trará benefícios diretos, no entanto, sua colaboração contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar na realização de estudos futuros.

Estaremos atentos para minimizar qualquer risco moral ou emocional que possam ocorrer com a entrevista, no entanto, caso esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. A entrevista poderá ser retomada em outro momento ou fica livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa. Se após a conclusão da entrevista você sentir a necessidade de um atendimento individualizado decorrente de alguma lembrança ou algum desconforto, você será encaminhado para um atendimento especializado de um profissional do CAPS.

Cabe esclarecer que seus relatos serão digitados e guardados pelos pesquisadores em arquivo seguro, sendo o instrumento descartado, tão logo as informações digitadas sejam arquivadas. Fica assegurada a sua livre participação, isenta de custos ou remuneração. Você não sofrerá nenhuma pressão ou coação para participar do estudo e, se mudar de idéia, poderá desistir a qualquer momento, sem que sua decisão te incorra em prejuízos. A sua privacidade será preservada, portanto, não haverá associações nominais com teor das informações que irão compor o relatório de pesquisa, e neste, somente constarão informações com nomes fictícios, após sua validação.

Coloco-me à disposição para esclarecimentos que forem necessários, mediante formas de contato informadas acima. Cabe destacar que as informações concedidas não terão nenhum tipo de implicação legal que possa lhe trazer prejuízos junto ao serviço de saúde, campo de pesquisa, e garantimos que as mesmas destinam-se a fins científicos e de melhorias na assistência ao paciente com risco de suicídio de acordo com o objetivo da pesquisa.

Assinando o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você concorda em participar neste estudo, tendo sido informado de seu objetivo, metodologia e propósitos, concordando com a gravação das entrevistas e preenchimento do questionário. Uma via ficará conosco e a outra ficará com você.

Quaisquer dúvidas éticas relacionadas à pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2015.

Pesquisador: _____

NOME

ASSINATURA

De acordo,

Participante: _____

NOME

ASSINATURA

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Entrevista Nº:

Data:

Código:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Parentesco:

Composição Familiar:

Ocupação/profissão:

Quando seu familiar tentou suicídio:

De que maneira seu familiar tentou suicídio:

Quem ajudou seu familiar quando ocorreu a tentativa de suicídio:

2. QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA:

Fale-me o que você faz no seu dia-a-dia quando seu familiar (nome) apresenta comportamento suicida?

O que você espera do cuidado desenvolvido com o seu familiar (nome)?

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: Perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz

Pesquisador: Jacó Fernando Schneider

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39629714.0.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 949.828

Data da Relatoria: 03/02/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado do PPG Enfermagem UFRGS. No cotidiano de uma família, inúmeras são as situações vivenciadas pelos familiares de indivíduos com transtorno mental. Dessas situações, o comportamento suicida é um dos mais graves problemas enfrentados pela família, pois a instabilidade do indivíduo com transtorno mental que

apresenta comportamento suicida pode desencadear na família medo, aflição, angústia e uma dor impossível de imaginar, fragilizando as relações intersubjetivas e podendo gerar sofrimento no meio familiar. As famílias que presenciam o comportamento suicida cotidianamente vivem num estado de alerta e insegurança, pois apresentam dificuldades em propiciar um ambiente seguro para seu familiar, vivendo em constante tensão, com medo de novas tentativas de suicídio e que o ato suicida tenha êxito. Isso gera consequências emocionais dolorosas no dia-a-dia dos familiares. Assim, por meio desta pesquisa, objetivase compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica, na perspectiva do referencial teórico-filosófico de Alfred Schütz. O cenário do estudo será o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS - II) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, Brasil e terá como sujeitos, familiares de indivíduos com comportamento suicida com idade superior a 18 anos que realizam

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)359--7640

Fax: (513)359--7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 949.828

acompanhamento no serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender o cotidiano de familiares de indivíduos em sofrimento psíquico que apresentam comportamento suicida.

Objetivo Secundário:

- Apreender a vivência dos familiares diante do comportamento suicida;
- Conhecer as ações de cuidado de familiares relacionados ao comportamento suicida;
- Compreender as expectativas de familiares frente ao cuidado realizado ao familiar com comportamento suicida;
- Descrever o típico da ação de familiares de indivíduos com comportamento suicida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A realização das entrevistas do estudo poderá causar algum desconforto aos familiares em relação a exposição de suas percepções e vivências, porem oferecendo risco mínimo.

Benefícios:

A realização das entrevistas do estudo Quanto aos benefícios desta pesquisa, visualiza-se que os resultados possam trazer benefícios potenciais in locus, ao propiciar reflexões sobre o cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida, lançando novos debates a nível científico sobre comportamento suicida nas famílias, e contribuirá para a construção do conhecimento da temática por meio do desenvolvimento do objeto de estudo da pesquisa proposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de tese do PPG em Enfermagem da UFRGS. Estudo qualitativo que pretende compreender através da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz o cotidiano de familiares que convivem com indivíduos com comportamento suicida. Apresenta todos os documentos obrigatórios como folha de rosto e TCLE. Projeto muito bem delineado, com extensa revisão da literatura e discussão metodológica bem aprofundada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi incluído TCLE que necessita revisão visando contemplar as normas e diretrizes vigentes, sugerimos que os pesquisadores realizem uma consultoria junto à UARP/GPPG (ramal 8304) para

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 949.828

auxiliar na redação do mesmo.

COMENTÁRIO DO CEP: Os pesquisadores apresentaram nova versão de TCLE contemplando as normativas vigentes.

Recomendações:

Acrescentar ao projeto o fluxograma de como será realizado o atendimento dos familiares que sentirem algum desconforto durante a entrevista e necessitarem de atendimento por parte da Equipe do CAPS do HCPA.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Referente ao atendimento aos familiares que participarão da entrevista da pesquisa foi acrescentado ao projeto como será realizado o atendimento aos familiares pesquisados que sentirem algum desconforto durante a entrevista e necessitarem de atendimento por parte da Equipe do CAPS do HCPA, como segue:

Pendência atendida na pg. 44 do projeto: "No decorrer da entrevista o pesquisador estará atento para minimizar qualquer risco moral ou emocional que possam ocorrer com a mesma. Caso a entrevista esteja se tornando desconfortável para o entrevistado a mesma será interrompida e o participante será encaminhado para um atendimento especializado de um profissional do CAPS. O atendimento do entrevistado será realizado primeiramente pelo enfermeiro, que avaliará a necessidade ou não de encaminhamento para outro profissional da equipe multiprofissional".

RECOMENDAÇÃO ATENDIDA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Revisão dos critérios de inclusão e exclusão dos pacientes. Os critérios de exclusão não são necessariamente o oposto dos critérios de inclusão.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Foram revisados os critérios de inclusão e exclusão dos pacientes na pg. 24 do projeto: Os critérios de inclusão permaneceram os mesmos, sendo retirados critérios de exclusão que eram opostos aos de inclusão, ficando os seguintes critérios de exclusão: "Familiar que não tiver condições de verbalização; Familiar que se mostrar abalados emocionalmente ao falar do tema".

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) Revisão do TCLE. Foi incluído TCLE que necessita revisão visando contemplar as normas e diretrizes vigentes, sugerimos que os pesquisadores realizem uma consultoria junto à UARP/GPPG (ramal 8304) para auxiliar na redação do mesmo.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: O TCLE foi revisado, procedendo-se aos ajustes recomendados, seguindo as normas e diretrizes vigentes, sendo adicionado a nova versão ao projeto e em arquivo

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359-7640 **Fax:** (513)359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 949.828

à parte. Para a adequação do TCLE foi realizado consultoria junto ao UARP/GPPG para auxiliar na redação do mesmo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão 26/01/2015, TCLE versão 26/01/2015 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras. O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da

Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG. Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos ocorridos no estudo deverá ser realizada através do Sistema GEO – Gestão Estratégica Operacional, disponível na intranet do HCPA.

PORTO ALEGRE, 10 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 150057

Data da Versão do Projeto: 10/02/2015

Pesquisadores:

JACO FERNANDO SCHNEIDER

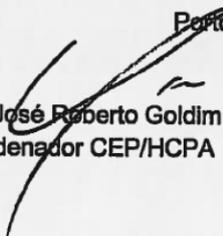
DANILO BERTASSO RIBEIRO

Título: Cotidiano de familiares de indivíduos com comportamento suicida: Perspectiva da Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 27 de fevereiro de 2015.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA