

Tentativa de suicídio infanto-juvenil: lesão da parte ou do todo?

Suicide attempts among children and adolescents:
partial or total injury?

Michelle Alexandra Gomes Alves ¹
Matilde Meire Miranda Cadete ¹

Abstract *This study sought to verify the records on file and the number of cases of attempted suicide among children and adolescents who were attended by Emergency Care health professionals in the municipality of Matozinhos, Minas Gerais, Brazil. Documentary and descriptive research was conducted, the data for which was collected by means of an investigation of Outpatient Records from 2008 to 2010. Of the 73,000 files evaluated, those dealing with cases of attempted suicide among children and adolescents between the age of 3 and 18 years were selected. It was revealed that the health professionals, particularly physicians and nurses, fail to register the cases appropriately, invalidating information about the problem and potential prevention measures. The conclusion reached was that underreporting and the discrepancy of the diagnoses which were not duly referred to the competent agencies require rethinking and reviewing medical practices, and taking a systematic and careful look to address the individual as a complex whole.*

Key words *Suicide, Attempted suicide, Children and adolescents, Health professionals*

Resumo *Neste estudo procurou-se verificar o registro e o número de casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes do município de Matozinhos, Minas Gerais, Brasil, que foram atendidos pelos profissionais de saúde do Pronto-Atendimento. Trata-se de uma pesquisa documental e descritiva, cuja coleta dos dados ocorreu por meio de investigação nas Fichas Ambulatoriais, no período de 2008 a 2010. Das 73.000 fichas levantadas, selecionaram-se aquelas que tratavam de casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes do município, com idades entre três e 18 anos. Percebeu-se que os profissionais de saúde, mais especificamente os médicos e enfermeiros, não registram os casos de forma adequada, inviabilizando a informação sobre o problema e as medidas de prevenção. Concluiu-se que a subnotificação, a discrepância dos diagnósticos e o não encaminhamento aos órgãos competentes exigem repensar e rever a prática médica e dirigir um olhar sistematizado e cuidadoso para perceber o sujeito como um todo complexo.*

Palavras-chave *Suicídio, Tentativa de suicídio, Criança e adolescente, Profissionais de saúde*

¹ Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, Centro Universitário UNA. R. Bahia 1764, Lourdes. 30160-01 Belo Horizonte MG Brasil. michellealexandra.ga@bol.com.br

Introdução

A violência é um fenômeno complexo e multicausal que tem afetado a humanidade há séculos. Atualmente, as discussões em torno desta temática evidenciam-na como uma certa “denúncia” das relações sociais e interpessoais estabelecidas pela sociedade. Não se trata de esvaziar a importância do conflito nas relações como propulsor de mudanças e ressignificações, mas de ampliar esse olhar e entendê-lo nas suas peculiaridades.

Conforme Minayo¹, a violência aparece para “[...] dramatizar causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças”. É possível perceber que o campo da saúde é um dos espaços privilegiados, no qual todas essas demandas aparecem e apresentam-se de formas latentes. Os profissionais de saúde recebem os sujeitos da violência que incomodam e que desestabilizam uma prática, possibilitando (ou não) a mudança de olhar e ação. Deslandes² pontua a violência como um grande desafio para o setor da saúde: por não ser uma doença e tratar-se apenas dos “efeitos” ou consequências deixadas, e por exigir uma mudança na práxis a partir de uma articulação interna e com outros setores. Além disso, suplica ao profissional de saúde que não veja apenas um corpo lesionado, mas um sujeito.

São diversos os tipos de violência e também as formas como ela se apresenta. Nos serviços de saúde brasileiros, tem-se como referência a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde³ (CID). A atual classificação não explicita a questão da violência, uma vez não considerada doença na perspectiva biomédica; mas condensa-se em “causas externas” (V01-Y98), que por sua vez é dividida em: não intencional, intencional e evento de intenção indeterminada. Causa externa não intencional abrange acidente de trânsito, envenenamento acidental, quedas, exposição ao fogo, frio, afogamento, contato com calor, com cobras, lagartos, aranhas, escorpiões, abelhas, vespas, complicações da assistência médica e outras. Causa externa intencional abarca suicídio, homicídio, guerra, intervenção legal e, por último, os eventos de intenção indeterminada⁴.

Neste estudo elegeu-se a causa externa intencional, mais precisamente o suicídio e a tentativa de suicídio como focos investigativos. O suicídio não é, definitivamente, fato recente em nossa sociedade. Durkheim⁵ discorre sobre sua história desde os povos primitivos com realce para a construção do seu lugar na sociedade: como ato “heróico”, honroso; depois penoso (sanção desse

“direito”); e hoje poder-se-ia dizer que esse “direito” tornou-se um problema de saúde pública.

[...] o suicídio é um fenômeno universal, registrado desde a alta Antiguidade, rememorado pelos mitos das sociedades primitivas, criticado pelas religiões como ato de rebelião contra o criador, aparecendo ainda, em muitos escritos filosóficos, como ato de suprema liberdade⁶.

Trata-se, então, de um tema atualíssimo e de extrema relevância que mobiliza o poder público na construção de políticas e destaca a necessidade de um olhar minucioso para a questão; afinal de contas, foi criado um dia para “alertar” sobre a gravidade da situação atual: 10 de setembro é o *dia mundial de prevenção ao suicídio*.

A Organização Mundial da Saúde⁷ afirma que o suicídio refere-se diretamente à agressividade, conceituando-o como um ato violento cometido sobre si mesmo, com a clara intenção de morrer. E constata que ele está entre as 20 maiores causas de morte mundiais para todas as idades, sendo que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo. É um dado assustador. Principalmente ao se ter conhecimento de que a taxa entre os jovens aumentou ao nível de, na atualidade, constituírem-se no grupo de mais alto risco.

Cabe ressaltar que o suicídio, como uma forma de violência, é também multifatorial, sendo suas causas complexas e sua descrição e conceito não menos densos. A escolha por esta definição justifica-se pelo fato de ela apreender os aspectos do objeto deste estudo e do seu cenário: o serviço de pronto-atendimento.

O Ministério da Saúde destaca que o “[...] Brasil está entre os 10 países com maiores números absolutos de suicídio”⁸. Nessa perspectiva, foram criados “Manuais de Prevenção do Suicídio” destinados aos profissionais da equipe de saúde mental e da atenção básica, que listam os aspectos sociodemográficos, mas consideram como principais fatores de risco para o suicídio a história de tentativa do ato e os transtornos mentais.

Em âmbito estadual, percebe-se que o suicídio tem atingido igualmente os menores de 15 anos. Em 2004, a taxa de suicídio em Minas, entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, era a mais alta da região Sudeste do Brasil⁸. Contudo, as mortes registradas a partir das taxas de suicídio são apenas uma porção desse grave problema, tendo em vista que se têm também aquelas pessoas que tentaram suicídio.

No período de janeiro/2008 a agosto/2012, foram registradas 6.883 internações no estado de Minas Gerais por lesões autoprovocadas intencionalmente (tentativa de suicídio). Destas, 1.052

foram de crianças e adolescentes de zero a 19 anos, o que equivale a 15,3% do total de casos⁹. À primeira vista, esse número pode não parecer tão significativo, mas deve-se levar em conta que os dados sobre as tentativas de suicídio não são comumente declarados, podendo-se inferir que este valor não expressa fielmente a nossa realidade. Essa assertiva encontra eco nos dizeres do Ministério da Saúde: “[...] os registros de tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis, mas estima-se que seja pelo menos 10 vezes maior que o número de suicídios”¹⁰.

[...] em muitos locais, os ferimentos não precisam ser relatados e as informações referentes aos mesmos não são coletadas em nenhum nível. Outros fatores também podem influenciar os registros, como idade, método utilizado para tentativa de suicídio, cultura e acesso a serviços de saúde. Em resumo, na maioria dos países, os índices de tentativas de suicídio não são claramente conhecidos⁷.

Essa subnotificação engendra reflexões acerca do cuidar realizado pelo profissional de saúde. É um cuidar ético, estético e humano? Quando se pensa que os profissionais da área da saúde lidam com a díade vida-morte todo o momento, torna-se difícil e escabroso entender os motivos da ausência de dados sobre a tentativa de “morte”. Se é difícil trabalhar a morte como finitude e processo natural da vida, é quase inaceitável o suicídio, e questionamentos lúcidos e opacos rondam o imaginário humano quando um sujeito “sadio” faz essa escolha. Essa dificuldade de compreensão se presentifica para o profissional que lida diariamente com pessoas em tenra idade e, ao que tudo indica, não veem pela frente uma existência fascinada, mas obscura e sem perspectivas. Afinal, a morte não está associada apenas ao corpo físico, mas ao sujeito que imprime significado aos objetos e atos que executa. Nesse contexto, não se pensa na violência apenas como lesão de um corpo, mas como um ato social executado por um sujeito que será acolhido por outro sujeito que também carrega suas representações e significações referentes à vida e à morte.

Com a intencionalidade de “não dissipar mais vidas”, realizou-se esta pesquisa com busca de casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes, de três a 18 anos, do município de Matozinhos, em Minas Gerais, recebidos no serviço de pronto-atendimento (PA) nos anos de 2008 a 2010.

Matozinhos é uma cidade localizada a 47 km da capital mineira e possui 33.955 habitantes. Sua população é predominantemente jovem e os casos de tentativas de suicídio são crescentes e

alarmantes. Na sua estrutura de serviços de saúde incluem: um hospital, que a partir de meados de 2013 passou a dividir o espaço com o pronto-atendimento, 10 postos de saúde, um CAPS I, um ambulatório adulto e um ambulatório infanto-juvenil de saúde mental, além de clínicas e consultórios médicos particulares.

Os dados apresentados fazem parte da primeira fase da pesquisa de mestrado intitulada: “Prevenção do suicídio e promoção da saúde mental entre crianças e adolescentes do município de Matozinhos”. Esta primeira etapa diz respeito ao levantamento do número de tentativas de suicídio ocorrido nos últimos cinco anos. As informações foram extraídas de alguns serviços de saúde, mas neste trabalho apresentaram-se apenas aqueles colhidos nos prontuários do pronto-atendimento (PA).

Ao levantarem-se o registro e o número de casos de tentativa de suicídio cometidos por crianças e adolescentes, a leitura atenta dos prontuários desvelou uma questão instigante e merecedora de análise, ou seja, demandas similares eram registradas diferentemente pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do PA. Essa constatação convocou para um olhar mais diretivo sobre os registros dos casos de tentativa de suicídio infanto-juvenil e a visão e o papel dos profissionais de saúde diante desses casos, pontuando os desdobramentos dos atendimentos de urgência (encaminhamentos feitos) e a interlocução entre os serviços de saúde. Desta forma, voltamos nosso olhar para os prontuários do PA e suas dissonâncias.

Metodologia

Trata-se de pesquisa documental com o objetivo de verificar o registro e o número de casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes do município de Matozinhos que foram atendidos pelos profissionais de saúde do pronto-atendimento. A coleta dos dados se deu por meio das fichas ambulatoriais do pronto-atendimento. Foram lidas aproximadamente 73.000 fichas. Destas, selecionaram-se aquelas que tratavam de casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes do município, com idades entre três e 18 anos.

As pessoas que procuram o PA preenchem, primeiramente, uma ficha para posterior triagem (pré-consulta) com os profissionais de enfermagem que avaliarão cada caso de acordo com o Protocolo de Manchester. Essas fichas são re-

passadas para o médico de plantão. Ressalva-se que os casos urgentes, com risco de morte, são primeiramente socorridos e depois preenchidas as exigências burocráticas.

Todas as pessoas que entram no PA são registradas, mesmo que desistam do atendimento. Por este motivo têm-se diversas fichas preenchidas apenas com o cabeçalho, ou seja, dados pessoais da pessoa. Outras passam pela triagem, mas não aguardam o atendimento médico. Nos casos estudados, observam-se as duas situações, mas em menos número.

Salientam-se as limitações desta pesquisa em referência aos incipientes registros contidos nas fichas ambulatoriais: poucas informações; quando presentes, não detalhadas; e ausência de dados importantes. Trata-se de um problema recidivo e generalizado, também reafirmado por Minayo et al.¹¹: “[...] as informações oriundas das estatísticas hospitalares geralmente são alvo de críticas, por causa das limitações relacionadas à qualidade dos dados que apresentam”. Contudo, apesar de se saber da precariedade dos dados, é o lugar mais adequado para realização de pesquisas sobre esta temática, pois concentra as informações necessárias. Afinal de contas, o hospital ou pronto-atendimento é a porta de entrada para casos de urgência.

Com os dados em mão, foram quantificados os casos de tentativa de suicídio e analisados a partir de categorias criadas para as diversas situações encontradas: a) casos com CID de tentativa de suicídio (X60-X84); b) casos sem CID, mas escrito por extenso (tentativa de suicídio ou tentativa de autoextermínio ou tentativa de morte); c) casos com outro CID, mas escrito por extenso (tentativa de suicídio ou tentativa de autoextermínio ou tentativa de morte); d) casos suspeitos com outro CID; e) casos suspeitos sem CID.

O CID de tentativa de suicídio está entre X60 e X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente). Consideram-se casos suspeitos aqueles em que não há dados suficientes para verificar a intencionalidade e também outros nos quais foram registradas apenas as consequências de determinado ato. Entre eles, pode-se destacar o caso de um adolescente em que há descrição de corte dos pulsos D e E, sem hipótese diagnóstica e com conduta de sutura. Foi acidental ou este adolescente escolheu cortar os dois pulsos?

Assim, com vistas a quantificar os casos de tentativa de suicídio, foram registrados os ocorridos entre crianças e adolescentes e aqueles encaminhados para algum serviço de “saúde mental” (Psicologia, Psiquiatria, CAPS, ambulatório). Além disso, procurou-se averiguar se os

profissionais de saúde articularam-se com outros serviços. Para fins deste estudo, foram consideradas crianças aquelas com idades de três a 12 anos incompletos e como adolescentes os de 12 a 18 anos completos¹².

As informações foram incluídas no *software* SPSS para posterior análise estatística, de forma descritiva, ressaltando-se as dimensões mais relevantes. Optou-se, como forma de exemplificação, apresentar alguns casos e discutir o papel do profissional de saúde no serviço de urgência no atendimento dos casos de tentativa de suicídio.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNA.

Resultados

De todos os 136 casos com suspeita de tentativa de suicídio, 13 foram, de fato, escritos como tentativa de suicídio, porém 11 registrados sem CID e dois com outro CID não correspondente à hipótese diagnóstica declarada. As demais situações figuravam-se como tentativa de suicídio, todavia, sem informações claras e suficientes para conclusão sobre a “intencionalidade” do ato.

Ao se analisarem os dados do Gráfico 1, percebe-se que *não* há um registro sequer com o CID X60-X84 correspondente à tentativa de suicídio. Considerando-se os dados por ano, encontram-se 42 casos em 2008 (sendo 15 crianças e 27 adolescentes); em 2009, 54 casos (destes, 19 eram crianças e 35 adolescentes); e em 2010, os registros mostraram 40 casos (nove crianças e 31 adolescentes). Detecta-se, por conseguinte, que apenas 9,6% do universo de 136 casos receberam o diagnóstico de tentativa de suicídio.

Nessa direção, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro preconiza como direito do usuário a anotação no prontuário de todas as informações sobre a sua saúde de forma legível, clara e precisa. Quando os profissionais não cumprem sua função, lesam o sujeito no seu direito primário e, mais que isso, dificultam o acolhimento universal, equânime e integral¹³.

A subnotificação inviabiliza a efetivação de um dos objetivos centrais do SUS, que é a formulação de políticas de saúde. Não registrar os casos significa a inexistência do problema e, logo, pouco investimento financeiro, político e social na construção dessas políticas voltadas para a temática com vistas à assistência que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, à objetivação, e se embravece com algumas características do que está posto e ambiciona transcendê-las.

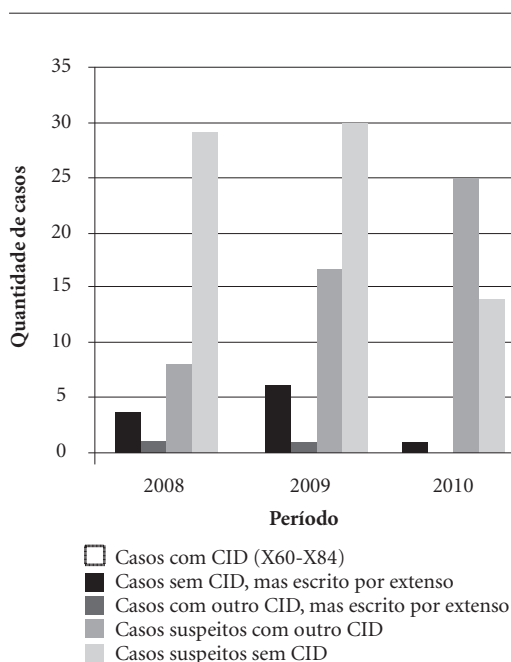


Gráfico 1. Registro dos casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes de Matozinhos no período de 2008 a 2010.

Humanizar o acolhimento de crianças e adolescentes que tentam suicídio significa valorizar esses sujeitos, inclusive nas suas dimensões psíquicas (subjetivas) e sociais. É ser corresponsável no atendimento e preconizar a inseparabilidade do sujeito e dos serviços de saúde.

Casos com CID de tentativa de suicídio

Consideraram-se casos de tentativa de suicídio aqueles com CID X60-X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente). Não foi encontrado algum registro com o diagnóstico explicitado por esta classificação.

Dessa constatação emergiram algumas questões referentes aos profissionais de saúde: qual o motivo da subnotificação? Será que o risco de morte infanto-juvenil produz incômodo subjetivo de ordem insuportável, bloqueando-os para se implicarem? Ou, na cotidianidade do atender tornaram-se absorvidos pelo impessoal, pela tração e pela inautenticidade?

Casos sem CID, mas escrito por extenso (tentativa de suicídio ou tentativa de autoextermínio ou tentativa de morte)

Nesta categoria registra-se o maior número de casos declarados como tentativa de suicídio.

Averiguou-se que dos 11 casos encontrados, quatro eram do ano de 2008, seis referentes a 2009 e apenas um a 2010. Os profissionais de saúde registram por extenso o fato ocorrido, mas não o classificam como lesão autoprovocada intencionalmente. São indícios de uma atitude profissional irresponsável e indigna para com o sujeito acolhido e toda a sociedade, visto que impossibilita ações e procedimentos que garantam a integralidade do cuidado. Sabe-se que as necessidades de ações de saúde, como as relacionadas ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco, delineiam um sentido da integralidade.

Casos com outro CID, mas escrito por extenso (tentativa de suicídio ou tentativa de autoextermínio ou tentativa de morte)

Nos dois casos de tentativa de suicídio, registrados com outro CID, foram encontradas as seguintes classificações: T65.9 (efeito tóxico de substância não especificada) e F10.2 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência).

É importante ressaltar que, de acordo com as orientações da CID 10, as causas de morte e/ou tentativa deveriam, de preferência, ser tabuladas segundo os códigos dos capítulos XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas – S00 – T98) e do capítulo XX (Causa externa de morbidade e de mortalidade – V01 – Y98). No entanto, caso não seja possível, deve-se eleger como prioritário o capítulo de causas externas (capítulo XX)³.

Os dados comprovam que a maioria dos médicos não elege o capítulo XX para hipótese diagnóstica e estão “presos, limitados” às consequências dos atos praticados, ou seja, vê apenas a lesão, fratura ou intoxicação. Assim sendo, não chega ao PA uma criança ou adolescente que não vislumbre outra saída para seu sofrimento além da própria morte. Chega um caso de corte nos pulsos D e E e o procedimento se limitará à “sutura”; e a hipótese diagnóstica será “ferimento de região não especificada do corpo” (grifo nosso).

Casos suspeitos com outro CID

Em prosseguimento à análise e com o intuito de clarear acerca do que está sendo narrado, citam-se dois casos suspeitos de tentativa de suicídio registrados com outro CID.

Caso 1 – adolescente de 18 anos, acolhida em julho/2009. Descrição da queixa: “intoxicação exógena por ‘chumbinho’ há três horas”. CID:

T65.9 (efeito tóxico de substância não especificada).

A leitura desse caso revela que há incongruência de informações: se a intoxicação foi por “chumbinho”, como o CID declara que é “substância não especificada”? Esse caso não é exceção, pois vários outros com essa incoerência foram encontrados nas fichas.

Caso 2 – criança de quatro anos, acolhida em junho/2010. Descrição da queixa: “começou agora à tarde com febre e vômitos. Tomou 10 comprimidos de dipirona há mais ou menos 40 minutos”. CID: J 22 (infecções agudas não especificadas das vias aéreas inferiores).

Percebe-se novamente existir descaso ou ruído de informações entre o visto e o dito, isto é, o exame clínico e a linguagem do acompanhante, ao expor sua demanda, não encontram ressonância com o percebido pelo profissional. Ou é preciso silenciar as situações detectadas e, assim, ir em linha contrária ao ideário expresso no texto constitucional da construção de um sistema de saúde justo, equânime e igualitário?

Diversos estudos evidenciam uma importante lacuna entre o ideal e o real, isto é, há idealização dos modelos de atenção à saúde que não se materializam nas práticas sociais concretas. A produção do cuidado, nos espaços reais, não é corporificado¹⁴.

Verificam-se nos casos suspeitos e escritos com outro CID as seguintes classificações: F10.2 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência), T18.9 (corpo estranho em parte não especificada do aparelho digestivo), T65.9 (efeito tóxico de substância não especificada), R10.1 (dor localizada no abdome superior), F10.0 (transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool), R07.0 (dor de garganta), T14.1 (ferimento de região não especificada do corpo), T30.0 (queimadura, parte do corpo não especificada, grau não especificado), J03.9 (amigdalite aguda não especificada), J.22 (infecções agudas não especificada das vias aéreas inferiores), R60.9 (edema não especificado) e K12.1 (outras formas de estomatite).

Observou-se que dois deles (T65.9, F10.2) foram também encontrados nos casos com outro CID, mas escritos por extenso: tentativa de suicídio. Essa comprovação implica indagações a respeito do real quantitativo de casos de tentativa de suicídio infanto-juvenil atendidos pelo serviço de pronto-atendimento do município. Afinal, o que é tentativa de suicídio para os profissionais de saúde do PA de Matozinhos?

Casos suspeitos sem CID

No que concerne aos casos que sugeriram tentativa de suicídio, mas sem informação suficiente para conclusão sobre a “intencionalidade” do ato, citam-se mais dois casos:

Caso 1 – Criança de cinco anos, acolhida em agosto/2008. Descrição da queixa: “corte com faca no punho esquerdo”. CID: não foi informado.

Neste caso, torna-se difícil a atribuição do desejo de morte considerando-se que o fato pode ter sido apenas acidental. No entanto, diante da omissão expressa nos outros relatos, este discurso não deve ser aceito como verdade imediatamente; é preciso investigar todos os casos para escutar dos próprios sujeitos sua versão sobre os atos praticados.

Caso 2 – Adolescente de 16 anos, acolhido em novembro/2009. Descrição da queixa: “Ferimento corte-contuso extenso no punho esquerdo (vidro) com lesão artéria radial + tendão flexor 3º quirodáctilo esquerdo”. CID: não foi informado.

Como se processou a anamnese desse adolescente? Que história de vida foi inquirida? Corte profundo no pulso convoca a apreender as necessidades mais abrangentes do paciente. Sem escuta do ser biológico, psicológico e social, torna-se impossível e irresponsável atribuir-lhe um diagnóstico. No entanto, com lesão de tamanha gravidade, interroga-se a negligência dos profissionais de saúde ao não descreverem a classificação de tal problema. Ressalta-se, também, que não há registro do relato desse adolescente ou sequer do seu acompanhante: como esse adolescente se feriu? Silenciar o sofrimento supostamente provocado pelo corte no pulso é absolutamente inaceitável.

A questão não se resume apenas em uma “mudança ou inclusão de CID” e sim em uma ruptura de paradigmas, pois se pode inferir que os profissionais de saúde do PA de Matozinhos omitem informações, talvez na busca de um consolo para lidar com o horror do real: crianças e adolescentes desejando a morte. Nessa acepção, Combinato e Queiroz¹⁵ expõem que, apesar de ser um fato natural, “[...] para o homem ocidental moderno, a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada”. Como toda escolha e ação têm consequência, ao subnotificar o fato ele passa a ser “inexistente” e tratar ou prevenir torna-se “desnecessário”.

Pode-se inferir, ainda, que a responsabilização pelo cuidado decorre dos saberes e das experiências de diferentes atores sociais que têm suas

histórias de vida e visão de mundo direcionando o cuidar, o ser com o outro no mundo da saúde, quer seja no cotidiano dos ambulatórios de saúde mental de uma pequena cidade interiorana, na sua micropolítica, quer seja em hospitais de grande porte em metrópoles.

No Gráfico 2, encontram-se registros dos pouquíssimos encaminhamentos e interlocuções feitas com outros serviços ou setores de saúde, demonstrando essa “não implicação” do profissional de saúde no cuidado e tratamento do sujeito.

De 136 casos, apenas cinco foram encaminhados para o ambulatório infanto-juvenil de saúde mental ou outro serviço de saúde psicológico ou psiquiátrico. Fato curioso é que, após a implantação do ambulatório infanto-juvenil, os encaminhamentos reduziram-se: apenas um em 2009 e um em 2010. Isso remete a reflexões sobre a construção da rede de atenção à saúde do município e ao encaminhamento implicado: como esses serviços se articulam? São intersetoriais? Trabalham mesmo em rede? Sabem da existência e do trabalho desenvolvido pelos serviços que compõem o sistema público de saúde do município? Percebem o sistema de forma integrada?

Em Matozinhos não há uma política municipal de saúde mental infanto-juvenil e a rede de apoio às crianças e adolescentes é desarticulada. Desta forma, os serviços de saúde, assistência, esporte, segurança, educação e conselhos não desenvolvem ações com foco no cidadão, mas fi-

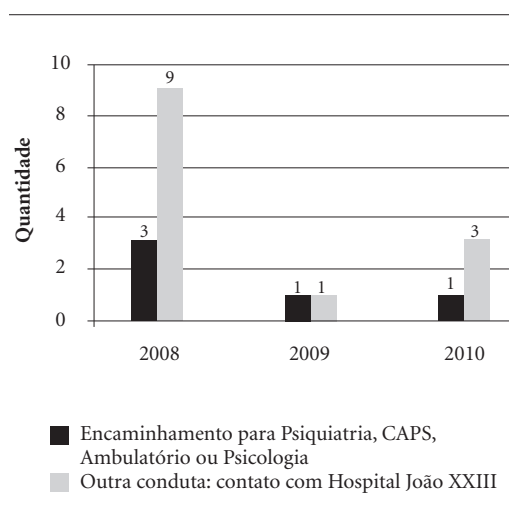


Gráfico 2. Encaminhamentos e outros procedimentos realizados nos casos acolhidos no pronto-atendimento de Matozinhos no período de 2008 a 2010.

cam centrados nas suas metas e produtividades, inviabilizando um trabalho em rede que supõe a prevenção de casos de violência e a promoção da saúde e da qualidade de vida. Os profissionais do PA apenas mascaram um problema que é de gestão social. Não é apenas para os serviços de saúde que esses sujeitos estão invisíveis, mas para todo o município. Como que uma rede de serviços de apoio à criança e ao adolescente não vê e escuta seu público-alvo? Resgata-se que visto que o ponto comum entre todos os serviços e políticas é justamente o sujeito, a interlocução existente entre os setores deve, necessariamente, considerar sua existência e, para isso, torna-se fundamental percebê-los como cidadãos, responsáveis pela sua vida e morte.

Esses questionamentos indicam uma visão de fragmentação do sujeito como ser existente, dicotomizado, esfacelado e, cartesianamente falando, dividido em partes. Com esse modelo reducionista, o cuidar se torna também reduzido à queixa, à medicalização e à alta sem implicações e sem responsabilização pela vida.

Discussão

Falar e tratar da tentativa de morte de crianças e adolescentes é algo difícil e pouco trabalhado. A Organização Mundial da Saúde (OMS), inclusive, cita como um dos grandes mitos mundiais o fato de as pessoas não acreditarem que as crianças suicidam.

Mito 10: as crianças não cometem suicídio dado que não entendem que a morte é final e são cognitivamente incapazes de se empenhar num ato suicida. FALSO. As crianças cometem suicídio e qualquer gesto, em qualquer idade deve ser levado muito seriamente¹⁶.

Apesar de a morte ser um ato natural, ela impacta os homens ocidentais pela sua conotação negativa. Combinato e Queiroz¹⁵ reforçam a dimensão simbólica existente nesse ato, lembrando que o morrer é “[...] um fenômeno impregnado de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta”. Desta forma, não se pode esquecer de que os profissionais de saúde são, antes de tudo: sujeitos biopsicossociais. A profissão carrega consigo o peso de “salvar vidas”, mas daqueles que por algum infortúnio “sofreram” ameaça de morte. No entanto, a dimensão simbólica e a subjetividade não permitem que esses sujeitos e também profissionais de saúde percebam uma urgência na pessoa sadia que escolheu morrer¹⁷.

Pesquisa em um hospital público de São Paulo com profissionais de saúde que lidam com situações de lesões autoprovocadas salientou, além da subnotificação, a estigmatização desse público por causa da sua escolha, afetando (fragilizando) a dimensão do cuidado¹⁸. O autor ressalta a necessidade do resgate da verdadeira noção de sofrimento. Acrescentam-se ao trabalho da autora outras questões: ruptura de paradigma (visão global desse sujeito que sofre), humanização do serviço e, principalmente, legitimidade e escuta do sujeito que sofre.

Conte et al.¹⁹ relatam uma experiência de um programa de prevenção ao suicídio no Sul do Brasil (Candelária-RS). Apuraram uma realidade de não escuta do sujeito pelos profissionais de saúde. A saída encontrada foi desmitificar o tema da morte por suicídio e, com isso, abrir possibilidades de falar sobre o assunto e capacitar profissionais da saúde para ficarem atentos à identificação de risco e às diferenças conceituais e de abordagem referentes à ideação, ao plano ou à tentativa de suicídio e à busca ativa das famílias que tiveram perdas fatais antes da implantação do programa. A partir dessas ações iniciais foi possível construir o Plano Terapêutico Individual, focando a singularidade de cada caso, trabalho com a família, acesso do paciente aos serviços e medicamentos, possibilidade de inserção nas unidades de atenção básica, escuta da rede social, trabalho em equipe com corresponsabilidade, acompanhamento sistemático intensivo de situações de risco e a importância do sigilo e da ética.

O sofrimento social, na contemporaneidade, é resultado de uma violência cometida pela própria estrutura social e pelos efeitos lesivos das relações de poder que caracterizam a organização social²⁰. Ele limita a condição humana e se insere em diversas dimensões, convocando a vencer o desafio de conectá-las. Assim, o suicídio ou tentativa de suicídio é maior do que o grupo ou o indivíduo, uma vez ser fruto da experiência social. Esta, às vezes, é banalizada e distanciada, principalmente pelos profissionais que lidam com a vida e a morte dos sujeitos.

A pergunta é: os profissionais “especialistas” da área da saúde cuidam das pessoas ou de parte delas? A formação do profissional e a especialização no paradigma biomédico dificultam a percepção da unicidade do sujeito e a questão é que “a parte não morre”. Quem vive ou morre é a pessoa, o sujeito e não o braço com corte no pulso. Afinal de contas, a pessoa vive sem o braço, mas o braço inexistente sem o sujeito. Lembrando Merleau Ponty²¹: “eu não tenho corpo, eu sou o corpo”.

Se o que difere uma lesão ou intoxicação acidental de uma tentativa de suicídio é justamente a intencionalidade, fica quase impossível declarar que o corte no pulso D e E seja uma lesão autoprovocada intencionalmente, tendo em vista que a única pessoa que pode atestar sua “intenção” é o próprio sujeito e não sua lesão (consequência de um ato, de uma escolha). Assim, para esclarecer uma hipótese diagnóstica, é preciso ver o todo e, mais que isso: escutá-lo. Claro que merecem ressalvas todas as peculiaridades do serviço e formação do profissional. A escuta qualificada não é virar psicólogo; pelo contrário, é apenas ver o sujeito para além de sua lesão. Tentar compreender o todo.

Talvez tenha sido uma forma, uma saída encontrada pelos profissionais de saúde para lidarem com esse incômodo e imprecisão que a vida e a morte causam. Recente estudo²², apesar do foco de investigação ser outro, concluiu que há sofrimento psíquico dos médicos ao lidarem com a morte e que este é suprimido, de forma que não leve à reflexão e ao devido cuidado. Afonso²³ vai um pouco mais além, ao fazer uma resenha do livro “Sobre a Morte e o Morrer”, dizendo que o texto afirma que a nossa sociedade evita e ignora a morte e que, tanto os médicos como os demais profissionais de saúde, que estão inseridos nesse contexto, não sabem lidar com essa situação, na relação com o sujeito que precisa e solicita cuidados. Por fim, sugere que os médicos reflitam sobre a própria morte e, mais que isso, que usem do processo empático e se coloquem no lugar daquele que sofre e pede auxílio, que necessita ser acolhido e escutado no seu suplício. Pois, se há negação do todo e cuidado só de determinada parte, o trabalho do profissional de saúde se limita à atenção com a consequência do ato praticado ou sofrido por determinada pessoa.

Ver o todo é cogitar a possibilidade de que aquela pessoa não é apenas “vítima ou paciente”, mas sujeito de sua história e que pode ser igualmente cuidado no todo. É o que a Política Nacional de Humanização do serviço de saúde chama de “[...] mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho [...]” e demarca, inclusive, que nos atendimentos de urgência os profissionais de saúde devem respeitar as diferenças e as necessidades do sujeito¹³.

Considerações finais

Pode-se afirmar que seria utópico e hipócrita, na nossa pós-modernidade, pensar em apenas um saber que dê conta sozinho do todo; mas tam-

bém é ingênuo acreditar que a soma das partes resulta no todo. Ver o adolescente e não apenas o corte nos pulsos exige “humanização” e “integralidade” do profissional que recebe e atende no serviço de saúde, mas entendendo-se integralidade como noção amálgama carregada de sentido. Impõe, portanto, indignar-se diante de atitudes fragmentárias e buscar debates intensos e densos com vistas a que os profissionais da área da saúde e de toda a rede de apoio a esse público vejam além das demandas explícitas e se sintam responsáveis não apenas pelo diagnóstico correto da tentativa de suicídio, mas tomem as iniciativas que esse procedimento requer.

Ressalvando as peculiaridades de um serviço de saúde que (teoricamente) atende a casos de urgência, perceber que esse sujeito precisa de outros cuidados que vão além da sutura e contribuir para que haja uma possibilidade, uma escolha de viver é imprescindível: é humano. Mas, o que faz com que os profissionais de saúde se omitam diante da possibilidade de morte? Como “banciar” uma hipótese diagnóstica de tentativa de autoextermínio entre crianças e adolescentes de uma cidade relativamente pequena? É melhor desresponsabilizar-se por tal situação? Interessante pontuar que quando existe uma rede de serviços que acolhe o público infanto-juvenil nas

suas diversas necessidades e que conversa e desenvolve ações intersetoriais, o “problema” torna-se de *todos* e, logo, a responsabilidade por aquele caso, aquela vida, aquele sujeito, também. Dividir e compartilhar as responsabilidades e as próprias dificuldades diante de situações complexas fortalece os setores e os seus profissionais. A ausência de uma gestão social, pensada como sinônimo de democracia e cidadania, também inclui outros atores além dos profissionais dessa rede, pois o sistema é mais amplo. A participação dos gestores e da comunidade também deve ser questionada e sugestionada, pois é um direito e um dever contribuir para o bem-estar e para a qualidade de vida de toda a comunidade.

Os dados levantados neste estudo exibiram falhas grosseiras no diagnóstico e, principalmente, nos encaminhamentos exigidos tanto pelo sujeito quanto pelos familiares que buscaram socorro. Diante disso, não se pensa exclusivamente em mudanças curriculares. Não se pode apenas culpabilizar a formação flexneriana. Preconizam-se mudanças de atitude.

Essas reflexões incomodam e reivindicam mais investigações, pois se acredita que apenas ouvindo os sujeitos é possível construir saídas inovadoras, rompendo com o atual paradigma do profissional da saúde coletiva.

Colaboradores

MAG Alves e MMM Cadete participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 23-47.
2. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Cien Saude Colet* 1999; 4(1):81-94.
3. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª Revisão. Versão 2008. Volume I. [acessado 2013 abr 19]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
4. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES). Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde. *Análise de Situação de Saúde*. Belo Horizonte: SES; 2010.
5. Durkheim É. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes; 2000. Coleção tópicos.
6. Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):421-428.
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: OMS; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, UNICAMP. *Prevenção do suicídio: Manual de prevenção do suicídio para equipes de saúde mental*. Brasília: MS; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS – Departamento de Informática do SUS. [acessado 2012 out 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defeto.htm.exe?sih/cnv/fimg.def>
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde, UNICAMP. *Prevenção do suicídio: Manual de prevenção do suicídio para profissionais da atenção básica*. Brasília: MS; 2009.
11. Minayo MCS, Souza ER, Malaquias JV, Reis AC, Santos NC, Veiga JPC, Silva CFR, Fonseca IG. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 109-129.
12. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990; 13 jul.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: MS; 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.
14. Andrezza R, Carapineiro G, Teixeira L, Cecilio LCO. Do Centro de saúde à unidade de saúde familiar: narrativas de ausência e intermitências. In: *Anais do 12º Congresso Paulista de Saúde Pública*. *Rev Saude Soc* 2011; 20(Supl. 1):200-201.
15. Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia* 2006; 11:209-216.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso*. Genebra: OMS; 2006.
17. Santos AAG, Silva RM, Machado MFAS, Vieira LJES, Catrib AMF, Jorge HMF. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1275-1284.
18. Machin R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1741-1750.
19. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hessler LZ, Cruz CW, Soares RPS, Jesus I. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2017-2026.
20. Kleimann A, Kleimann J. The appeal of experience; the dismay of images: cultural appropriations of suffering in our time. *Daedalus* 1996; 125:1-25.
21. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
22. Santos MA, Aoki FCO, Oliveira-Cardoso ÉA. Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de medula Óssea. *Cien Saude Colet* 2013; 18(9):2625-2634.
23. Afonso SBC. Sobre a morte e o morrer [resenha]. *Cien Saude Colet* 2013; 18(9):2781-2782.

Artigo apresentado em 31/10/2013

Aprovado em 27/01/2014

Versão final apresentada em 02/02/2014