



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

MICHELI LEAL FERREIRA

**CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO CATARINENSE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2020

MICHELI LEAL FERREIRA

**CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO CATARINENSE**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Enfermagem e Saúde/ Subjetividade e Ética

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Coorientador: Dr. Jeferson Rodrigues

FLORIANÓPOLIS (SC)

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ferreira, Micheli Leal

CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO CATARINENS / Micheli Leal
Ferreira ; orientador, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas,
coorientador, Jeferson Rodrigues, 2020.

160 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Suicídio. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Saúde Mental. 5. Desenvolvimento Moral. I. Vargas, Mara
Ambrosina de Oliveira. II. Rodrigues, Jeferson. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

MICHELI LEAL FERREIRA

**CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO CATARINENSE**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^ª. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Dr^ª.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª. Sabrina Stefanello, Dr^ª.
Universidade Federal do Paraná

Prof^ª. Tânia Maris Grigolo, Dr^ª.
Faculdade CESUSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Prof^ª Jussara Gue Martini, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem PEN/UFSC

Prof^ª Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 20 de abril de 2020.

AGRADECIMENTOS

Honra-me imensamente ver esta Tese concluída e, por isso, dedico esta obra transbordando de gratidão a toda minha família de sangue e de coração, meus colegas de profissão e de caminhada, assim como cada ser que atravessou minha vida na construção desta conquista.

Sacrifiquei muito do meu tempo a este trabalho. Não acredito que sacrificar seja o verbo mais adequado, entretanto seu uso se encaixa perfeitamente quando penso nos momentos de descanso e lazer que abri mão para que esse instante chegasse, contudo vislumbrando o alcance de uma meta de vida há tempos traçada não me restam dúvidas de que fiz a escolha certa e é chegada a hora de comemorar.

Algumas pessoas em particular precisam ser citadas neste momento, em primeiro lugar minha filha Giúlia, sem você nada disso teria sentido, te amo com todas as minhas forças e agradeço pela compreensão e pelos incontáveis cafezinhos que me ofertou para afastar o sono frente à tela do computador, você é a razão para tantos planos!

Meus pais, minhas irmãs e minha avó que constituem minha família de sangue e um concreto pilar para esta conquista, sem vocês nada disso seria possível!

Aos meus amigos, minha família de coração, que foram imprescindíveis nessa hora, meu eterno agradecimento, pois foram vocês que me fizeram sorrir, me impulsionaram a seguir e sempre me incentivaram, agora só nos resta brindar!

A todos os servidores do município e colegas de trabalho, carrego cada um de vocês no meu coração, fiz amigos para todo o sempre. Com vocês me construí como profissional, vocês me mostraram a real essência de ser uma enfermeira, a grandiosidade desta profissão e todo o comprometimento que ela carece.

Aos professores do PEN/UFSC, membros do PRÁXIS e membros das bancas de qualificação e sustentação desta tese, minha mais sincera gratidão aos esforços somados para o melhor direcionamento na realização deste estudo.

Aos meus orientadores, Dra Mara Ambrosina de Oliveira Vargas e Dr Jeferson Rodrigues que compartilharam minhas aflições, preocupações, entraves e devaneios... Só tenho a agradecer e com certeza exemplos a seguir, exemplos de profissionalismo, competência, ética e humildade.

Muito, muito obrigada!!!

*“Se você expressar o que habita em você, isso irá salvá-lo.
Mas se você não expressar o que habita em você, isso irá destruí-lo.”*

Jesus – Evangelho de São Tomé

FERREIRA, Micheli Leal. **Cuidado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde de um município catarinense**. 2020. 160 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

RESUMO

A organização de Rede adotada pelo Sistema Único de Saúde recomenda integração, articulação e efetivação dos serviços na oferta do cuidado longitudinal, de qualidade, responsável, humanizado e integral. Atenção Primária à Saúde possui valor estratégico no cuidado a pessoa com comportamento suicida pelo acesso e no cuidado compartilhado. A gestão do cuidado demanda conhecimento técnico-científico e sensibilidade moral para a compreensão das situações de vulnerabilidade constituindo desafio para os profissionais da atenção primária à saúde na oferta do cuidado integral à pessoa com comportamento suicida. Trata-se de estudo qualitativo, realizado por entrevista com 19 profissionais de nível superior atuantes na Atenção Primária à Saúde de um município catarinense. Teve como objetivos analisar as produções científicas relativas ao comportamento suicida na atenção primária à saúde; descrever como se dá a rede de cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde de um município catarinense, na perspectiva dos profissionais de saúde; e analisar a atuação dos profissionais da atenção primária à saúde de um município catarinense sobre o comportamento suicida, na perspectiva conceitual da vulnerabilidade e da sensibilidade moral. Os dados foram organizados com auxílio do software ATLAS.ti 7.5.6 e analisados com base na análise de conteúdo. Os resultados mostraram que a pessoa com comportamento suicida acessa a rede principalmente pelo acolhimento. Os entrevistados apresentaram perspectiva ampliada quanto à multicausalidade e manifestações do comportamento suicida. A abordagem profissional somada à resposta das instituições e a coparticipação da família/sociedade no processo de cuidado podem romper, gerar, perpetuar e transformar vulnerabilidades. Por sua vez, uma escuta acolhedora e a atuação multiprofissional contribuem para o diagnóstico situacional e avaliação/formulação do risco de suicídio, priorizando as ações, definindo manejo e fluxo na rede. Dentre as barreiras identificadas estão: identificação do comportamento suicida não verbalizado; dificuldades de acesso/articulação dos serviços; subnotificação; ausência de matriciamento; sobrecarga de trabalho; incipiência nas ações de promoção/prevenção/educação e grupos terapêuticos. Tais barreiras afirmam descompasso entre oferta e demanda em saúde mental, frágil integração entre os serviços e dificuldades de acesso à rede, realidade que possui potencial transformador considerando diretrizes terapêuticas e políticas indutoras elaboradas localmente e colaborada globalmente. Ainda, a incompatível infraestrutura e oferta de ações em saúde representa posição contrária ao objetivo de romper com as vulnerabilidades envoltas à pessoa com comportamento suicida. Concluiu-se que a atenção ao comportamento suicida necessita de uma rede estruturada, com capacidade técnica de avaliação e cuidado acolhedor, que invista na Educação Permanente e inclua a sociedade em seus debates para a organização coletiva e formulação de Políticas Públicas Municipais de Saúde Mental. O desenvolvimento da sensibilidade moral pelos profissionais tem o potencial de impulsionar inovação nas ações e a busca por recursos que possam transpor barreiras caminhar em direção à defesa dos direitos da pessoa em sofrimento, ao rompimento das vulnerabilidades e a amenização do sofrimento profissional no processo de cuidar.

Descritores: Suicídio. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde Mental. Políticas Públicas de Saúde. Desenvolvimento Moral.

FERREIRA, Micheli Leal. **Care for people with suicidal behavior in primary health care in a Santa Catarina municipality.** 2020. 160 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

ABSTRACT

The Network organization adopted by the Brazilian "Unified Health System" recommends the integration, articulation and effectiveness of services in the provision of longitudinal, quality, responsible, humanized and integral care. Primary Health Care has strategic value in caring for people with suicidal behavior through access and shared care. Care management requires technical-scientific knowledge and moral sensitivity to understand situations of vulnerability, constituting a challenge for primary health care professionals in offering comprehensive care to people with suicidal behavior. This is a qualitative study, conducted by interview with 19 higher-level professionals working in Primary Health Care in a city of Santa Catarina. It aimed to analyze the scientific productions related to suicidal behavior in primary health care; describe how the care network is provided to people with suicidal behavior in primary health care in a Santa Catarina municipality, from the perspective of health professionals; and to analyze the performance of primary health care professionals in a city of Santa Catarina on suicidal behavior, from the conceptual perspective of vulnerability and moral sensitivity. Data were organized with the aid of ATLAS.ti 7.5.6 software and analyzed based on content analysis. The results showed that the person with suicidal behavior accesses the network mainly by the host. The interviewees presented broad perspective regarding the multi-causality and manifestations of suicidal behavior. The professional approach coupled with the institutions' response and the co-participation of the family / society in the care process can break, generate, perpetuate and transform vulnerabilities. In turn, a warm listening and multiprofessional action contribute to the situational diagnosis and assessment / formulation of suicide risk, prioritizing actions, defining management and flow in the network. Among the identified barriers are: identification of unspoken suicidal behavior; difficulties of access / articulation of services; underreporting; absence of matriculation; work overload; incipience in the actions of promotion / prevention / education and therapeutic groups. Such barriers affirm a mismatch between supply and demand in mental health, fragile integration between services and difficulties in accessing the network, a reality that has transformative potential considering therapeutic guidelines and inducing policies elaborated locally and collaborated globally. Still, the incompatible infrastructure and provision of health actions represents a position contrary to the objective of breaking with the vulnerabilities surrounding the person with suicidal behavior. It was concluded that attention to suicidal behavior needs a structured network, with technical capacity for assessment and welcoming care, that invests in Permanent Education and includes society in its debates for the collective organization and formulation of Municipal Public Mental Health Policies. The development of moral sensitivity by professionals has the potential to drive innovation in actions and the search for resources that can overcome barriers would go towards the defense of the rights of the suffering person, the breaking of vulnerabilities and the softening of professional suffering in the care process.

Descriptors: *Suicide. Primary Health Care. Mental Health Services. Public Health Policy. Moral Development.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Rede proposto pelo Ministério da Saúde no Brasil	32
Figura 2 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	33
Figura 3 - Seleção dos artigos por bases de dados e motivos de exclusão	54
Figura 4 - Fluxograma do cuidado à pessoa com comportamento suicida	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Média da taxa de mortalidade por suicídio entre 2012 e 2017, por macrorregião de saúde – SC	27
--	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Descrição dos profissionais participantes do estudo	45
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos considerados no estudo com referência completa e base de dados	54
Tabela 2 - Distribuição da amostra por objetivo principal do estudo	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OASE	Hospital Ordem Auxiliadora das Senhoras Evangélicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PM	Prefeitura Municipal
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

NOTA DA PESQUISADORA	16
1. INTRODUÇÃO	18
1.1 QUESTÃO DE PESQUISA	24
1.2 OBJETIVO DA PESQUISA	24
2. MARCOS CONTEXTUAIS	25
2.1 SUICÍDIO	25
2.2 TENTATIVA DE SUICÍDIO	28
2.3 IDEIAÇÃO SUICIDA	30
2.4 COMPORTAMENTO SUICIDA	31
2.5 COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
2.6 NOTIFICAÇÕES NOS SISTEMA DE SAÚDE	35
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
3.1 VULNERABILIDADE E SENSIBILIDADE MORAL	37
4. MÉTODO	42
4.1 TIPO DO ESTUDO	42
4.2 LOCAL DO ESTUDO	42
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.4 COLETA DE DADOS	45
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	46
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	47
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 MANUSCRITO 1: COMPORTAMENTO SUICIDA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	49
5.2 MANUSCRITO 2: REDE DE ATENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	67
5.3 MANUSCRITO 3: COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À	

SAÚDE: SENSIBILIDADE MORAL PARA COMPREENSÃO DAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE	97
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	128
APÊNDICE A - Protocolo para revisão integrativa da literatura	146
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	150
APÊNDICE C - Roteiro para entrevista semiestrutada	153
ANEXO A - Ficha de notificação individual violência interpessoal/autoprovocada	154
ANEXO B - Declaração da instituição proponente	156
ANEXO C - Autorização para realização do estudo	157
ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP	158

NOTA DA PESQUISADORA

Minha trajetória acadêmica até o início do doutorado foi circundada pela temática da reabilitação, com foco nas pessoas com amputações. Meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina abordou a referência e contrarreferência na atenção à saúde da pessoa com doença vascular periférica na visão dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Mestrado Acadêmico em Enfermagem pesquisei a visão do enfermeiro quanto aos desafios e potencialidade no referenciamento e contrarreferenciamento da pessoa com amputação sob olhar da Bioética Social. Ao concluir esta etapa, propus um protocolo de enfermagem de assistência à saúde da pessoa com amputação na rede de atenção à saúde do município estudado para contribuir com a longitudinalidade, integralidade e efetividade do processo de reabilitação da pessoa.

Ao ingressar no curso de Doutorado Acadêmico em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) no ano de 2016, com a proposta do protocolo anteriormente citado, me senti realizada por seguir em minha linha de pesquisa e este foi meu foco durante o primeiro ano de estudos.

No início deste mesmo ano, realizei concurso público para um pequeno município do Médio Vale do Itajaí onde fui admitida no segundo trimestre de 2016 como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo esta minha primeira experiência profissional. Trata-se de um município rural com 11.297 habitantes e cobertura de 100% de seu território pela APS.

A Rede de Atenção à Saúde deste município era composta por quatro Unidades Básicas de saúde (UBS) onde atuavam cinco equipes de ESF; um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); uma Equipe de Saúde Mental constituída por uma enfermeira, uma psicóloga e uma assistente social; uma Equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituída por uma médica, uma psicóloga, duas farmacêuticas e uma assistente social; um Hospital Ambulatorial Filantrópico que atende urgências e emergências de segunda a sexta-feira das 10h às 22h e conta com um médico plantonista, uma enfermeira e dois profissionais técnicos de enfermagem; e duas ambulâncias para transportes e transferências de pacientes.

Informa-se que os profissionais citados das equipes de saúde mental e do NASF acumulavam funções, ou seja, não são exclusivos para as equipes, pois também são membros das ESF do município.

Inserida nesta realidade, tanto no local de trabalho, como em momentos de lazer, inúmeras vezes ouvi as frases: “Ele foi para a corda...”, “Meu filho foi para a corda...”, “Tenho um tio que foi para a corda...”, “Meu marido/esposa foi para a corda...”, “Toda família tem alguém que se pendurou...”; de forma naturalizada. Minha responsabilidade profissional e meu posicionamento como cidadã desencadeou em mim a necessidade de entender como isso era possível e de saber como lidar com tal condição. Precisava entender a situação em sua complexidade e com a separação de uma demanda pessoal da institucional/profissional.

Antes mesmo de completar um ano de atuação, pude identificar inúmeras tentativas de suicídio, relatos de ideação suicida, suicídios e desabafos de profissionais frustrados acreditando que não faziam o suficiente. Concluí que além de entender toda aquela situação, precisava colaborar com o município, sua população e os profissionais que atuavam no enfrentamento destas demandas.

Frente a este desafio decidi propor a temática do comportamento suicida em meu projeto de tese, articulada à área da APS do município em questão. Destarte, a pesquisa tem a direção para entender como é prestado o cuidado a pessoa com comportamento suicida pelos profissionais da atenção primária à saúde em um município catarinense na perspectiva do profissional de saúde.

1. INTRODUÇÃO

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVII e suas definições costumam conter uma ideia central relacionada ao ato de tirar a própria vida, mas sempre acompanhada de ideias periféricas menos evidentes, relacionadas com a motivação, intencionalidade e letalidade do ato (BOTEGA, 2015).

Registros apontam a ocorrência de suicídios desde a existência das tribos mais primitivas, nesta fase histórica era associado principalmente a vinganças, demônios e espíritos do mal. O suicídio, ao longo da história da humanidade já foi tolerado, aceito e admitido, mas também, discriminado, punido e condenado (MALISKA & WALLAUER, 2012).

Etimologicamente, suicídio é um termo que deriva da conexão de duas palavras provenientes do Latim: “*sui*” que denota próprio e “*caederes*” a ação de matar; sendo entendida como a ação de matar a si mesmo (DA COSTA; SPIES, 2014). É um fenômeno complexo de causas multifatoriais que compreende a ação voluntária em que a pessoa age convencida de que o ato, consciente ou inconsciente, concretizará a sua morte (MALISKA & WALLAUER, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o suicídio como o ato de tirar a própria vida deliberadamente. Neste contexto, precisamos trazer mais dois conceitos: Tentativa de suicídio que é a conduta suicida que não causou a morte; e a Ideação suicida, que compreende uma diversidade de comportamentos que incluem pensar e planejar o ato suicida (OMS, 2014).

Englobando todos os conceitos já citados apresentamos ainda o termo “comportamento suicida” que será amplamente utilizado neste estudo e cobre uma série de fenômenos ligados ao suicídio. Sua definição mais abrangente inclui “como um todo” o ato de causar lesão a si mesmo, independente do grau, meio ou motivação. O comportamento suicida compreende desde pensamentos, ameaças, gestos, tentativas até mesmo o suicídio consumado. É considerado misterioso e difícil de ser compreendido em uma sociedade onde ainda é um tabu; e abordado e debatido de forma insuficiente (WERLANG; BOTEGA, 2004; SILVA e SANTOS, 2017).

Estima-se que a cada 45 segundos um suicídio ocorre em algum lugar do mundo. Por dia registram-se 1.920 pessoas que põem fim à própria vida. É responsável por um milhão de óbitos ao ano, o que representa 1,4% do total de mortes registradas (VARNIK, 2012; OMS, 2014).

Segundo dados compilados pela OMS, o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios; a população brasileira teve um aumento de 17,8% entre 1998 e 2008, no entanto o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5% neste mesmo período (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012; VARNIK, 2012; OMS, 2014).

Em 2011, os suicídios oficialmente registrados no Brasil representaram 1% do total de óbitos do país. Considerando pessoas com idade entre 15 e 29 anos essa proporção atinge 4% do total de mortes (BRASIL, 2013; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Deve-se considerar também que o número de tentativas de suicídio ultrapasse entre 10 a 20 vezes o número das mortes (OMS, 2014).

No ano de 2017, em alusão ao mês de conscientização sobre a importância da prevenção do suicídio, setembro amarelo, o Ministério da Saúde (MS) torna público o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, diagnóstico inédito que vem para orientar a expansão e qualificação da assistência em saúde mental no país (BRASIL, 2017).

O boletim chama atenção para o crescimento gradativo e contínuo dos números de morte por suicídio ano após ano. Em 2011 foram registradas 10.490 mortes por suicídio, em 2012 este número aumentou para 11.017, 2013 registrou-se 11.186 óbitos, 2014 tivemos 11.220 mortes e 2015 atingiu o número de 11.736 mortes por suicídio no país. Outro alerta é a alta taxa de suicídio entre idosos acima dos 70 anos com uma média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos, ultrapassando em 3,4 mortes por 100 mil a média nacional (BRASIL, 2017).

Os dados do boletim integram e amparam o lançamento da Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio que tem como meta reduzir em 10% a mortalidade por suicídio até 2020. Para tal, destaca e propõe a relevância na capacitação de profissionais, orientação da população e mídia, ampliação da rede de assistência em saúde mental principalmente nas áreas com maiores índices, monitoramento anual dos dados no país e a criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2017).

O documento apresenta como principais fatores de risco para o comportamento suicida os transtornos mentais como a depressão, o alcoolismo e a esquizofrenia; as questões sociodemográficas, dentre elas o isolamento social; os psicológicos, como perdas recentes; e as condições clínicas incapacitantes ou desfigurantes. Apesar do apontamento, reforça que não devemos considerar tais aspectos de forma isolada, cada caso deve ser tratado de forma integral por meio de um Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2017).

De forma geral, o comportamento suicida acontece pela influência de diferentes fatores e pode ser entendido como um fenômeno multifacetado (MALISKA & WALLAUER, 2012; WERLANG, 2012; DA COSTA; SPIES, 2014; BOTEGA, 2015). Em algumas situações pontua-se o condicionamento cultural como desencadeador dos comportamentos autodestrutivos. Em outras, pessoas que se utilizam desse método para resolver seus problemas, acabar com a dor ou

sofrimento através da morte. O sofrimento é tão grande que a única opção para cessar a dor e a angústia é acabar com a vida (DA COSTA; SPIES, 2014).

O comportamento suicida não é considerado uma patologia, mas sim os diversos e diferentes fatores que levam uma pessoa a desenvolvê-lo, em sua maioria sendo vinculados a outras patologias clínicas e/ou transtornos psiquiátricos (SILVA e SANTOS, 2017). O suicídio é um desfecho associado a distintos agravos à saúde que mediante a falta da compreensão adequada quanto aos seus desencadeadores, bem como sua compreensão para um controle mais efetivo, a mortalidade por lesão autoprovocada vem registrando aumento progressivo em todo o mundo (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; SOALHEIRO, 2017).

Diversos estudos apontam um elo bastante consistente entre os transtornos mentais e o comportamento suicida, não se confirma que todo suicídio tenha relação com algum transtorno mental, entretanto constata-se que os transtornos mentais aumentam a vulnerabilidade e estão presentes em quase todos os casos de suicídio (CAVALCANTE et al., 2012; CHESNEY; GOODWIN; FAZEL, 2014; BUNEVICIUS et al., 2014).

Investigações que abordam a temática do comportamento suicida apontam a depressão como uma das dez principais causas de incapacitação por originar limitações no funcionamento físico, pessoal e social. Estima-se que em 2020 os transtornos mentais assumirão o segundo lugar no ranking mundial de doenças incapacitantes (MOLINA et al., 2012; MADEIRA et al., 2013).

No Brasil, em estudo concretizado com usuários de um serviço de atenção primária à saúde, onde se aponta alta prevalência de sintomas depressivos, destaca-se que a prevalência do quadro de depressão nesta população está entre 9,7% a 16,1%. Entre as mulheres este percentual aumenta para 21,8%, enquanto entre os homens é estimada em 8,9% (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; NORONHA JÚNIOR et al., 2015).

O comportamento suicida é um fenômeno complexo que pode incidir em todas as idades e ciclos vitais afetando intensamente a comunidade, família e amigos que também precisarão de ajuda para lidar com o sofrimento (WERLANG, 2012; BOTEGA, 2015). A atuação profissional se estende desde a identificação precoce do desejo de atentar contra a própria vida, o acolhimento perante situações de crise e o apoio direta ou indireta a pessoa e família (CONTE et al., 2012).

O profissional atuando no cuidado à pessoa com comportamento suicida se depara com a morte alicerçando a vida, representando uma reação instintiva que afastará a dor, o sofrimento e as situações degradantes. A vulnerabilidade do ser humano frente ao

comportamento suicida nos instiga a reflexões éticas sobre a temeridade da vida e da morte (WUNSCH et al., 2016).

Uma pré-condição para responder a problemas éticos é percebê-los e, por este motivo, adentramos na sensibilidade moral. No campo da saúde, representa a compreensão contextual e intuitiva das situações de vulnerabilidade humana, tendo uma visão sobre as consequências éticas das decisões tomadas em nome e em prol do paciente (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; SCHALLENBERGER et al., 2019).

O ato suicida é envolto por aspectos que denotam fragilidade e resultam em rótulos, estigmas e diversas formas de preconceitos que trazem graves consequências, tanto para a pessoa com comportamento suicida quanto para sua família, principalmente no que diz respeito à convivência em sociedade que tende à marginalização dessas pessoas (DA SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015).

A Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio que reconhece a assistência como primordial fator de proteção ao comportamento suicida destaca o papel na prevenção exercido pelos serviços de atenção psicossocial. Ela sinaliza que nos locais onde existem Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), o risco de suicídio diminui em até 14% (BRASIL, 2017).

A agenda acima citada é composta por três eixos: Vigilância e Qualificação da Informação com a melhoria das notificações de tentativa de suicídio e suicídio, além do desenvolvimento de pesquisas e a disseminação das informações; Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde através da comunicação social e da articulação dos setores para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde; Gestão e Cuidado com a definição de fluxos para os serviços de saúde locais visando à prevenção do comportamento suicida e a integralidade do cuidado, bem como educação permanente para qualificação dos profissionais na prevenção do comportamento suicida e na adequada notificação (BRASIL, 2017).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição privilegiada em comparação aos demais serviços da rede por sua profunda e íntima inserção no território, bem como seu acesso facilitado às pessoas e comunidade, ganhando valor estratégico no cuidado ao comportamento suicida. Para tal, a articulação entre a APS e a rede de CAPS é extremamente necessária e precisa ser construída. E, esta articulação pode tanto contribuir na prevenção do comportamento suicida, quanto na promoção da vida e construção de novas linhas de cuidado na comunidade (SOALHEIRO, 2017).

Segundo recomendações da OMS, temos ainda que a APS também possui relevância no que diz respeito ao desenvolvimento de ações com foco no rastreamento e monitoramento dos

fatores de risco para o comportamento suicida. Entretanto, é conhecido que mais da metade dos quadros de depressão, transtorno mental presente na maioria dos casos de suicídio, acabam sendo negligenciados e um dos motivos é a dificuldade por parte da equipe de APS em identifica-la e/ou diagnosticá-la e ofertar cuidado longitudinal (VENTURA, 2011; MOLINA et al., 2012; MADEIRA et al., 2013; OMS, 2014; COSTA, 2017).

Soma-se a isto o insuficiente preparo de profissionais para lidar com os principais sinais e sintomas do comportamento suicida (VENTURA, 2011; MOLINA et al., 2012; MADEIRA et al., 2013; COSTA, 2017). Os processos de intervenção dos profissionais na APS demandam atuação em concepção ampliada, interagindo com os diferentes campos do conhecimento (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017).

Na década de 1970, o Brasil iniciou movimento conhecido como a Reforma Psiquiátrica, seu objetivo era modificar o cuidado em saúde mental através da desinstitucionalização por reconhecer que a reclusão da pessoa nos manicômios retirava seu direito de um cuidado em liberdade, logo, a proposta defendida era de produção de vida, de saúde e de sociabilidade. Com este movimento, após décadas de lutas e conquistas, surgem espaços que compõem uma rede de atenção psicossocial: os CAPS, Unidades Básicas de Saúde (UBS), leitos de saúde mental em hospitais gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de Rua, Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, grupos de ajuda mútua, espaços criados para prestar cuidado e apoio aos usuários e suas famílias (BRASIL, 2011).

A APS como a principal porta de entrada, um local de acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico e deveria se mostrar, também, como um espaço rico de possibilidades capazes de oportunizar a mudança da posição subjetiva da pessoa em relação a seu sofrimento (DARÉ; CAPONI, 2017). A APS está no centro da Rede de Atenção à Saúde, e orienta-se “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012, p. 11).

Neste ponto de atenção, os profissionais de saúde atuam em um território que é para ser geograficamente conhecido, o que possibilita proximidade com a população sob sua responsabilidade, conhecendo a história de vida das pessoas e obtendo vínculo com a comunidade e outros elementos do contexto de vida de seus usuários. Logo, o cuidado em saúde mental na APS é reafirmado como estratégico devido à facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, por este motivo, os profissionais da APS constantemente se deparam com pessoas em sofrimento psíquico e deve oferecer um olhar ampliado sobre os

determinantes de saúde da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2013; SOALHEIRO, 2017).

O comportamento suicida necessita de cuidado multidisciplinar preservando a dignidade e o respeito à condição humana de cada pessoa. A pessoa com comportamento suicida é movida pela desesperança ao autoextermínio; o desafio e a responsabilidade na defesa da vida é um dever de toda a sociedade. Para tal, o acesso ao cuidado em caráter universal se faz necessário e remonta à ideia de bem-estar social e equidades em saúde, asseguradas por políticas públicas, deliberadas pela solidariedade e amparadas pela ética alicerçada pela justiça em saúde (WUNSCH et al., 2016).

Temos a vida como um direito fundamental que inclui o acesso a bens e serviços necessários para que cada ser humano possa viver com dignidade e integridade, o acesso aos serviços de saúde é uma necessidade básica primária e fundamental. A vulnerabilidade humana quando expressada por uma patologia, seja ela física ou mental deve ser combatida com a recuperação da saúde sem restrição ou segregação (WUNSCH et al., 2016).

Neste âmbito, o exercício da sensibilidade moral pelos profissionais de saúde se faz essencial, por se tratar da capacidade/habilidade de reconhecer vulnerabilidades, e frente a dilemas éticos, munidos de conhecimento técnico e experiências prévias, compreenderem a representação destes pela ótica do paciente, e assim, deliberar condutas e ações que assegurem o respeito, a individualidade e a dignidade da vida. Mostra-se com um caminho frutífero para intervir eticamente em prol da pessoa, mesmo diante de problemas e/ou obstáculos no cuidado (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; SCHALLENBERGER et al., 2019).

Tendo em vista o objeto deste estudo, qual seja o cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida, está constituído de forma complexa e singular a cada realidade sanitária, isto significa que o contexto é determinado, também, da mesma forma que o comportamento suicida, multifatorial. Para tanto, analisar uma realidade sanitária implica em conhecer como um município executa a política pública para responder a esta demanda complexa.

Neste contexto, a tese é de que: “O cuidado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde reflete implícita e/ou explicitamente questões éticas de vulnerabilidade e de sensibilidade moral que influenciam na organização da rede de atenção e no cuidado prestado pelos profissionais”.

1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Como se dá o cuidado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde de um município catarinense na perspectiva dos profissionais de saúde?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

- ✓ Analisar as produções científicas relativas ao comportamento suicida na atenção primária à saúde;
- ✓ Descrever como se dá a rede de cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde de um município catarinense, na perspectiva dos profissionais de saúde;
- ✓ Analisar a atuação dos profissionais da atenção primária à saúde de um município catarinense sobre o comportamento suicida, na perspectiva conceitual da vulnerabilidade e da sensibilidade moral.

2. MARCOS CONTEXTUAIS

Apresentamos os marcos contextuais desta pesquisa através dos conceitos suicídio, ideação suicida, tentativa de suicídio, comportamento suicida e notificações nos sistemas de saúde, bem como alguns aspectos importantes para a compreensão e inter-relação destes. Em seguida, abordaremos o comportamento suicida na atenção primária à saúde no Brasil. A escolha por estes conceitos se deu por serem os mais fundamentais conforme as literaturas.

2.1 SUICÍDIO

Conforme o dicionário *online* o significado da palavra suicídio é: “*o ato ou efeito de suicidar-se*” ou simplesmente “*cometer suicídio*”; traz ainda o sentido figurado do termo representando-o com a definição de “*a desgraça ou ruína causada por ação do próprio indivíduo ou por falta de discernimento, de previdência etc.*” e exemplificando seu uso com a frase: “*Sua ida para outro partido foi um suicídio político*”. Em busca ao termo suicidar-se encontramos como significação “*pôr termo à própria vida; matar-se*” com uso no figurativo como “*causar a própria ruína; arruinar-se, desgraçar-se*” (AURELIO, 2017).

Etimologicamente, suicídio é um termo que provém da junção de duas palavras oriundas do Latim: *sui* que significa próprio e *caederes* a ação de matar; sendo entendida como a ação de matar a si mesmo (DA COSTA; SPIES, 2014). Com esta definição simples e direta, o suicídio vem sendo estudado há muitos séculos, entretanto não devemos nos prender unicamente ao significado da palavra, pois este não representa a noção de sua magnitude e complexidade, sendo necessário um mergulho em busca da compreensão ao fenômeno contido no termo “suicídio”.

Iniciando este “mergulho”, sinalizamos que suicídio é um problema multifacetado e multicausal que compreende a ação voluntária em que o a pessoa age convencido de que o ato, consciente ou inconsciente, concretizará a sua morte. Este ato configura-se por uma complexa interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (OMS, 2000; MALISKA & WALLAUER, 2012).

Discorrendo a nível mundial, o fenômeno estudado é responsável pela morte de praticamente um milhão de pessoas por ano; estimativas assustadoras apontam que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, considerando as tentativas de suicídio esta incidência aumenta para uma pessoa a cada 3 segundos. Tal realidade se torna imensurável quando se amplia o ato para as consequências psicológicas, sociais e financeiras que afetam as comunidades e as famílias envolvidas (OMS, 2012; PATZER, 2014).

Em desencontro com o crescimento observado nas seis décadas que antecederam os anos 90, a partir daí constatou-se uma diminuição nas taxas de suicídio em grande parte dos países. Atualmente as maiores taxas de suicídio estão nos países da Europa Oriental, enquanto as Américas do Sul e Central detêm os menores números (BOTEGA, 2014; BOTEGA, 2015).

No Brasil, os anos de 2004 a 2010 expressaram um coeficiente médio de mortalidade por suicídio de 5,7 por 100.000 habitantes, aumentando para 5,8 em 2012 com uma relação de quase 4:1 no sexo masculino e no feminino respectivamente. Este coeficiente o classifica mundialmente como um país que apresenta baixas taxas de suicídio quando comparado com outros países, ocupando o 63^a lugar no *ranking* da OMS, contudo, quando considerado seu elevado índice populacional e seus dados absolutos, é elevado à 8^a posição em número de mortes por suicídio no mundo (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012; OMS, 2014).

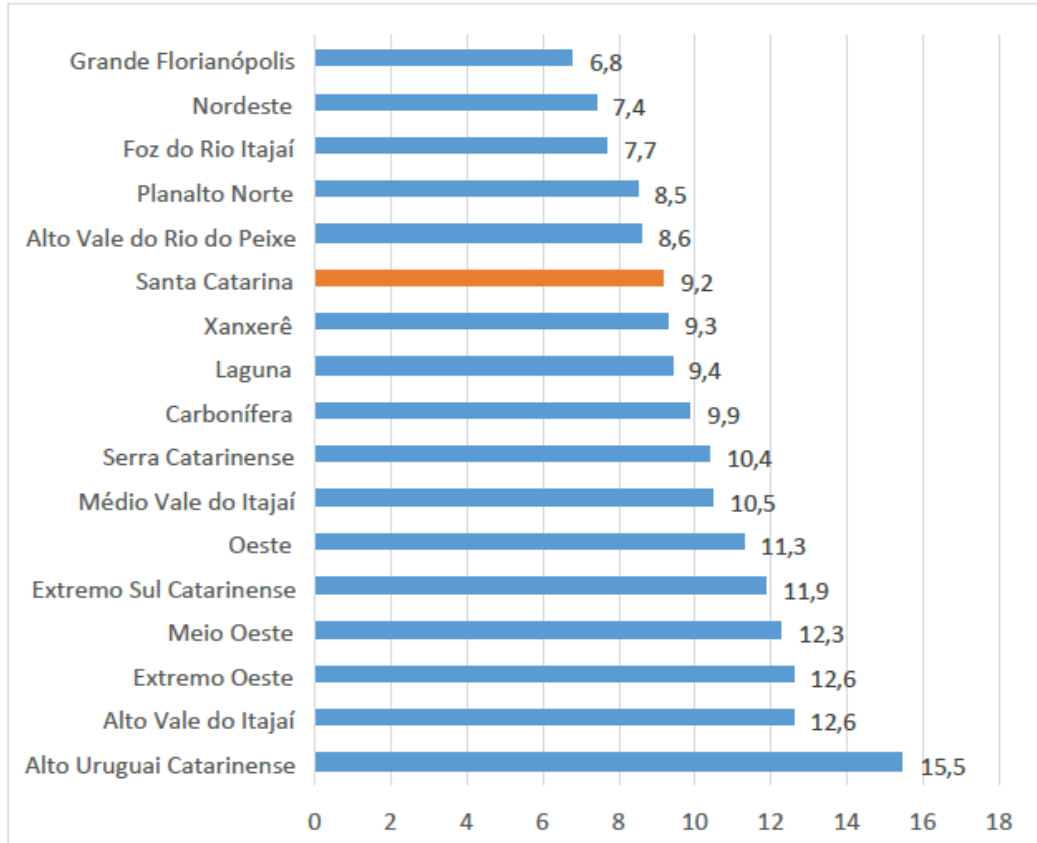
Faz-se importante apontar outra comparação, no período temporal de 2002 a 2012, registrou-se um aumento de 33,6% nos números absolutos de suicídios na população brasileira, este número perpassou as mortes por homicídios e acidentes de trânsito. As regiões do Brasil apresentam diferentes realidades quanto ao fenômeno estudado, o estado com maior taxa de suicídio é o Rio Grande do Sul, seguido de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Roraima (WASELFISZ, 2014).

Santa Catarina (SC) faz parte da região Sul do país que, apesar de reunir 14% da população, concentra 23% dos registros de suicídio no Brasil. Frente a esta realidade, em março de 2019 a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de SC tornou público o Informativo Epidemiológico Barriga Verde, o boletim apresenta o perfil epidemiológico das pessoas que foram a óbito por suicídio, bem como as tentativas de suicídio no âmbito estadual entre os anos de 2012 e 2017 (SES-SC, 2019).

O estado de SC é dividido em 16 macrorregiões de saúde, sendo elas: Extremo Oeste, Oeste, Xanxerê, Alto Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Médio Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Alto Uruguai Catarinense, Nordeste, Planalto Norte, Serra Catarinense, Extremo Sul Catarinense, Carbonífera e Laguna (SES-SC, 2020). Assim como em todo o território nacional, as taxas de morte por suicídio em SC apresentam variações significativas dentre as distintas regiões, sendo que os municípios com maior taxa de mortalidade têm a similaridade de serem tipicamente rurais e apresentam uma média populacional de aproximadamente 8.000 habitantes (SES-SC, 2019).

No **Gráfico 1**, temos a média da taxa de mortalidade por suicídio entre os anos de 2012 e 2017, por macrorregião de saúde de SC extraído do informativo Epidemiológico Barriga Verde:

Gráfico 1 - Média da taxa de mortalidade por suicídio entre 2012 e 2017, por macrorregião de saúde – SC.



Fonte: SES-SC, 2019, p.7.

No período apurado pelo boletim foi notificado no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) um total de 3.759 óbitos por suicídio. Em 2012 registraram-se 559 mortes por suicídio, 2013 foram 574 óbitos, 2014 o número foi 589, aumentando ainda mais no ano de 2015 que quantificou 638 suicídios, em 2016 foram 674 e em 2017 as mortes por suicídio alcançaram o número de 725 efetivando um aumento gradativo, ano após ano (SES-SC, 2019).

Segundo a caracterização por sexo neste cenário e recorte temporal, 2.897 casos são do sexo masculino e 862 do sexo feminino; representando um percentual de 77% entre os homens e 23% entre as mulheres. Quanto à faixa etária, registra-se uma taxa de mortalidade por suicídio muito variável, apresentando maior ocorrência entre os homens com 70 anos ou mais, entre as mulheres a maior incidência se deu entre os 50 e 59 anos de idade (SES-SC).

Quanto ao método utilizado, dentre o total de 2.897 homens que morreram por suicídio entre os anos de 2012 e 2017 no estado de SC, registrou-se que 2.242 destes se concretizaram por meio de enforcamento representando o maior percentual (77,4%); seguido de 247 por arma de fogo (8,5%); 200 por intoxicação exógena (6,9%); e 208 por meio de outros métodos não especificados. Dentre as mulheres o enforcamento também foi o método mais utilizado, empregado em 550 dos suicídios (63,8%); a intoxicação exógena esteve presente em 171 casos (19,8%); seguido por 106 óbitos (12,3%) por meio de outros métodos; e 35 mortes (4,1%) por arma de fogo (SES-SC, 2019).

Estes números apontam a magnitude do problema, sua complexidade se justifica pela dificuldade de diagnóstico e manejo devido à diversidade de causas envolvidas, configuram dentre os principais fatores de risco para o suicídio os transtornos mentais, a história prévia de tentativa de suicídio, sexo, idade, cultura, histórico de trauma, genética, desemprego, fatores econômicos, fatores ambientais, classes sociodemográficas, fatores psicológicos, e algumas condições clínicas incapacitantes (BRASIL, 2006; OMS, 2018).

O suicídio é considerado uma grande questão de Saúde Pública para todos os países, e mesmo com a dificuldade de entender e explicar porque algumas pessoas resolvem cometer suicídio, sendo que outras em situação parecida ou até pior não o fazem é correto afirmar que a maioria dos suicídios pode ser prevenida (OMS, 2000; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013; BOTEGA, 2015).

Mesmo em tempos modernos, o suicídio ainda é cercado por estigmas e tabus que dificultam sua abordagem pública, é visto por muitos como um problema individual, e está envolto por preconceitos que dificultam o seu entendimento como um problema que está presente em cada família ou comunidade. Para mudar esta realidade é preciso mudar a forma de olhar para o problema, sensibilizar e estimular a atuação de pessoas dos distintos setores da sociedade quanto a sua vigilância, controle e prevenção.

2.2 TENTATIVA DE SUICÍDIO

Entende-se por tentativa de suicídio ou comportamento suicida não fatal, a ação autoagressiva que não causou a morte, todavia, existem discordâncias quanto ao termo mais apropriado para cada caso, bem como a disparidade de condutas comumente chamadas de tentativa de suicídio, isto se deve ao fato de não podermos afirmar que a principal motivação seja de tirar a própria vida (OMS, 2014; BOTEGA, 2015).

Independente de sua motivação, as tentativas de suicídio possuem significativo impacto social e econômico considerando a utilização dos serviços de saúde e os efeitos psicológico e social sobre o indivíduo e seus familiares, compõem um impactante problema de saúde pública que expressou no ano de 2002, um ônus global de 1,4% por incapacitações trazidas pelo ato, sendo estimado para o ano de 2020 o alcance de 2,4% (BRASIL, 2006; OMS, 2014; BOTEGA, 2015).

Quanto aos métodos mais utilizados nas tentativas de suicídio nota-se a distinção por sexo, isto é, entre homens são utilizados o enforcamento e armas de fogo entre as mulheres, as intoxicações exógenas e o envenenamento. A escolha do método está amparada na combinação do acesso a meios letais, preferencias individuais e culturais e a intencionalidade do ato, acredita-se que a escolha e a letalidade do método estejam diretamente ligadas ao fato de que as mulheres tentam mais suicídio enquanto os homens concretizam o ato resultando em morte (SCHNITMAN et al., 2010; RUEDA-JAIMES et al., 2011; FERREIRA & TRICHÊS, 2014; BOTEGA, 2015; BRASIL, 2017).

No estado de SC, as notificações das lesões autoprovocadas mostraram que, para o sexo feminino, 87,5% eram brancas e 9,4% eram negras. Quanto à escolaridade 39,5% das mulheres possuíam ensino fundamental incompleto ou completo, 29,3% das mulheres tinham ensino médio incompleto ou completo, o ensino superior incompleto ou completo teve o percentual de 6,7%, 23,3% com escolaridade ignorada e 1,3% dos casos foram registros como analfabeto ou não se aplica (SES-SC, 2019).

Ainda dentre as mulheres, a ocorrência de lesão autoprovocada na faixa etária entre 10 e 49 anos de idade teve 86,4% dos casos, a presença de deficiência e/ou transtorno foi identificada em 27,2% e 90% destas mulheres residia na zona urbana (SES-SC, 2019).

Para o sexo masculino, as notificações por lesões autoprovocadas em SC apontaram que, 86,3% eram brancos e 10,3% negros. Quanto à escolaridade 41,6% possuíam ensino fundamental incompleto ou completo, 25,7% tinham ensino médio incompleto ou completo, 6% com ensino superior incompleto ou completo, 24,4% com escolaridade ignorada e 2,2% dos casos foram registros como analfabeto ou não se aplica (SES-SC, 2019).

O maior percentual de ocorrência de lesão autoprovocada entre os homens considerando a faixa etária também se concentrou entre 10 a 49 anos com 82,5% dos casos, a presença de deficiência e/ou transtorno apareceu em 24,2% para o sexo masculino (SES-SC, 2019).

A tentativa de suicídio é reconhecida como o principal fator de risco para uma futura tentativa fatal, uma importante estratégia de prevenção ao suicídio é abordar a tentativa com seriedade e como um relevante indicativo de alerta, dar atenção especial a uma pessoa que tentou suicídio é imprescindível para valorizar a vida e evitar uma nova tentativa (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013; BOTEGA, 2015).

2.3 IDEIAÇÃO SUICIDA

O conceito de ideação suicida compreende uma diversidade de comportamentos em distintas intensidades incluindo o pensar e o planejar o ato suicida propriamente dito (OMS, 2014). Sua prevalência no mundo pode atingir 19% e tem maior representatividade entre as mulheres, no entanto sua detecção e explanação são circundadas por dúvidas, principalmente devido a sua presença incerta e a dificuldade de manejo clínico; além disso, as diversidades culturais e conceituais levam uma mesma população a apresentar resultados desiguais mediante uma mesma forma de indagar sobre (BOTEGA, 2015).

Diversos fatores interagindo entre si são os desencadeadores das ideações suicidas, destacam-se os problemas biológicos, algumas patologias, fatores ambientais, transtornos psiquiátricos e psicológicos, além de motivações sociais (MINAYO, 2015).

Dentes as causas mais encontradas, temos os transtornos mentais como a depressão, com uma prevalência de 90% nos casos de suicídio. Este índice é naturalmente aceito por ser evidente que uma pessoa ao ter pensamentos autodestrutivos certamente está enfrentando um estado de insuportável sofrimento, considera-se ainda a interferência regida diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, família e sociedade (OPAS, 2014; OMS, 2014).

Ao profissional da saúde demanda o dever de identificar uma ideação suicida, mesmo que esta não seja verbalizada. Uma triste realidade assinala que, um grande número de pessoas que perpetraram o suicídio receberam atendimento nos serviços de saúde pouco tempo antes de concretizar o ato, esta constatação reforça a importância de uma escuta atenta e de se fazer perguntas que possam auxiliar no diagnóstico, sem medo de que esses questionamentos possam estimular o paciente (OMS, 2000; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

Devido à complexidade nas causas envolvidas à ideação suicida, bem como a consequente dificuldade de manejo clínico, é verificado que estas pessoas usualmente necessitam de mais tempo e se faz imprescindível estar disponível e preparado emocionalmente para lhes dar atenção. A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente,

ouvir é por si só o maior passo para reduzir a recorrência de pensamentos de autoextermínio (OMS, 2000; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

2.4 COMPORTAMENTO SUICIDA

Compreendendo a magnitude do fenômeno suicídio em termos numéricos e seu impacto, optamos por trazer o termo comportamento suicida que será amplamente usado neste estudo, por contemplar todos os conceitos já citados para ideação suicida, tentativa e o suicídio propriamente dito (OMS, 2000; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; OMS, 2012; BOTEGA, 2015).

A ideação suicida envolve ideias, pensamentos e planejamentos ligados ao desejo de tirar a própria vida, podendo evoluir para a tentativa de suicídio e posteriormente findar no suicídio propriamente dito; e todas estas etapas interligadas ou em separado são comportamentos suicidas (OMS, 2000). O comportamento suicida é um fenômeno complexo e com representatividade heterogênea no mundo e no Brasil, sendo influenciados pela interação de fatores biológicos, econômicos, genéticos, psicológicos, sociais, ambientais e situacionais (OMS, 2012; BOTEGA, 2015).

2.5 COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

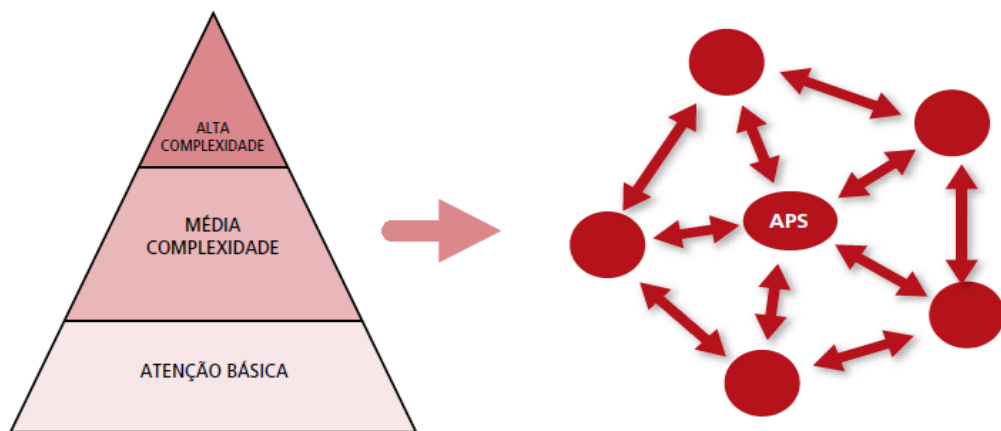
A Lei 8080/90 que dispõe sobre o fluxo de atendimento do usuário, determina que as ações e serviços de saúde, realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro sejam arranjadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente; sendo eles de baixa, média e alta complexidade, instituídos de maneira hierárquica e, cada qual prestando assistência referente ao seu nível de complexidade conforme a necessidade de cuidado demandada (BRASIL, 1990).

Esta forma de organização do SUS se dá para que cada pessoa tenha à sua disposição um acesso universal, igualitário e ordenado, onde as ações e serviços de saúde se iniciem nas principais portas de entradas do SUS e tenha continuidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço, independente da modalidade do cuidado. Esta hierarquização objetiva que a pessoa tenha perto de sua casa, um serviço com atendimento de baixa complexidade para intervir nas situações mais casuais e encaminhar para um nível de maior complexidade para atendimento com especialistas quando necessário, gerindo o cuidado e recebendo-a, assim que possível, no retorno ao nível de menor complexidade (BRASIL, 2011).

A RAS é definida como arranjos organizativos dos serviços de saúde com distintas densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, focando na integralidade do cuidado. O objetivo primordial da RAS é a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde para a oferta do cuidado contínuo, de qualidade, responsável, humanizado e integral, bem como, melhorar e incrementar o acesso aos serviços de forma equânime, com eficiência econômica e eficácia clínico-sanitária (BRASIL, 2010).

Na **Figura 1**, temos a representação da mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde:

Figura 1 - Modelo de Rede proposto pelo Ministério da Saúde no Brasil (MENDES, 2011).



Fonte: MENDES, 2011, p. 84.

Com a **Figura 1**, é possível identificar a APS sendo considerada como elemento coordenador no processo de cuidado. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, determina que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde deve se iniciar nas principais portas de entrada do SUS, e nessa posição destaca a APS. Ainda, determina as funções da APS para ao bom funcionamento da RAS, sendo elas: ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado; e ordenar as redes (BRASIL, 2012).

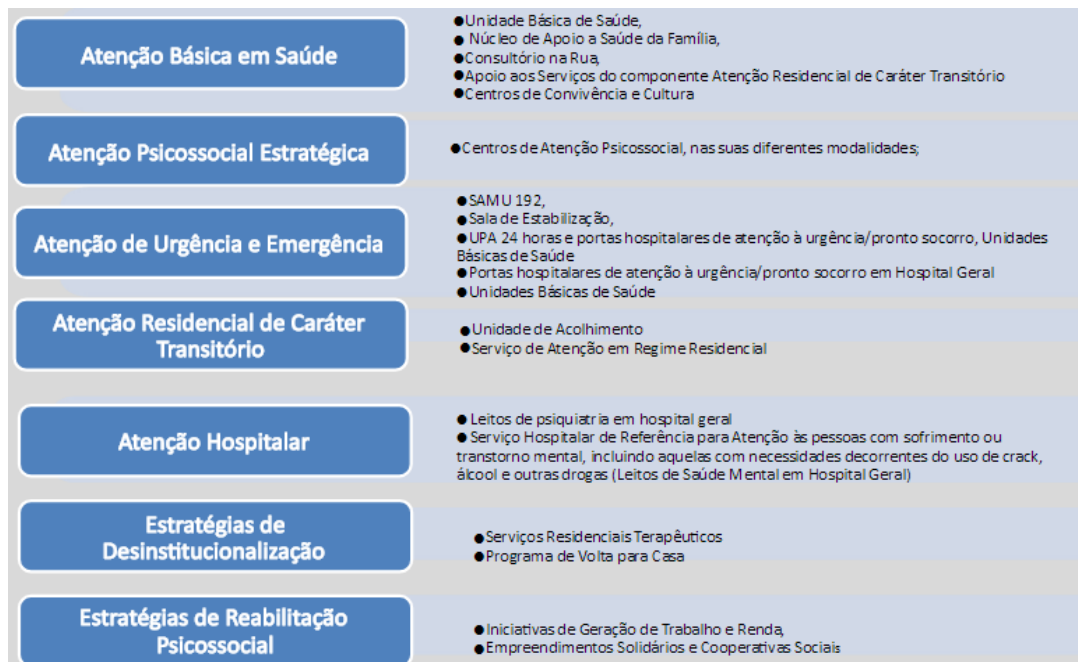
Uma das estratégias para expandir, qualificar e consolidar a APS é a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por uma equipe multiprofissional mínima contendo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; e cada profissional atua de forma interdisciplinar possuindo atribuições específicas (BRASIL, 2012).

Com a reorganização da RAS percebeu-se a necessidade de eleger algumas áreas temáticas prioritárias, surgindo assim a Portaria nº 3.088 de 23, de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) englobando pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ela recomenda a integração, articulação e efetivação entre os serviços, garantindo o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado prestado mediante acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Os sete componentes que arranjam a RAPS estão representados na **Figura 2**:

Figura 2 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 63).

Na APS, os profissionais operam em um território pré-determinado que permite maior proximidade e vínculo com a população sobre sua responsabilidade. Na atenção psicossocial, a APS representa um componente importante na prevenção ao comportamento suicida e possui valor estratégico devido à facilidade de acesso pelas equipes de ESF aos usuários e vice-versa, deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da RAS; sua proximidade e vínculo devem facilitar a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e viabilizar intervenção da equipe multiprofissional (BRASIL, 2013; SOALHEIRO, 2017).

Ainda de acordo com o que postula a Portaria 3.088, como responsabilidade das UBSs na RAPS, está o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental. Com isso os profissionais das ESFs podem contar com o apoio do NASF, este é composto por equipes

multiprofissionais com responsabilidade de apoiar a APS vinculada, tanto no contexto técnico-pedagógico como no contexto clínico-assistencial (BRASIL, 2011).

A pessoa em situação de vulnerabilidade pelo comportamento suicida deve ser reconhecida como as demais ocorrências clínicas de modo que o estigma e o preconceito não sejam barreiras para o cuidado. A APS na RAPS tem a função de ordenar o cuidado e transpor o desafio da assistência integral em saúde mental (SES-SC, 2019).

A equipe de ESF deve oferecer um olhar ampliado e cuidadoso sobre as condições de saúde da população sob sua responsabilidade (SOALHEIRO, 2017). Com a constatação de que o comportamento suicida é uma situação frequente e conectada aos quadros de sofrimento psíquico diagnosticados, ou não, e acompanhados pelos profissionais da APS, e partindo do pressuposto que a APS mantém posição privilegiada para a realização de intervenções como detecção precoce de transtornos mentais; avaliação de rede social das pessoas em risco; oferta de cuidado, tratamento e mapeamentos dos fatores clínicos, sociais, psicológicos dentre outros; em 2009 o MS desenvolveu o manual dirigido aos profissionais de saúde da APS (BRASIL, 2009; SOALHEIRO, 2017).

O referido manual tenta desfazer alguns mitos sobre o comportamento suicida, principalmente o de não se falar sobre suicídio, por crer que isso pode de certa forma incentivar ao ato; ao contrário, que a abordagem direta com a pessoa em risco de comportamento suicida pode disparar o diálogo e a construção de uma intervenção efetiva na prevenção do suicídio e da tentativa (BRASIL, 2009).

O primeiro contato da pessoa com comportamento suicida na APS geralmente se dá no acolhimento ao usuário, esta ação pode ser realizada por qualquer profissional da equipe de saúde, além de ser um dispositivo para formação de vínculo é reconhecida como a recepção do usuário na rede. Neste momento o profissional ouve a queixa, permite e estimula o usuário a expressar suas preocupações e anseios, de forma que seja possível identificar necessidades específicas e garantir uma atenção resolutiva e articulação com outros serviços para continuidade da assistência (BRASIL, 2013). Capacitar a equipe de ESF para a identificação, abordagem e manejo do comportamento suicida se faz estratégico para sua prevenção (OMS, 2000; BRASIL, 2009).

O comportamento suicida é visto como uma situação complexa e multifacetada e manejá-lo necessita de diferentes abordagens e ações. A intervenção no comportamento suicida necessita de conhecimento técnico-científico, mas também sensibilidade, compreensão do que se trata, empatia e respeito; demanda do profissional uma oferta de cuidado ético, humano e solidário. A escuta é o principal dispositivo de acolhimento que

propicia o desenvolvimento de ações terapêuticas na garantia da segurança e proteção à pessoa; falar suicídio é mais que falar de morte, de finitude, é falar das adversidades cotidianas e de formas para lidar com elas (BOTEGA, 2015; SILVA e SANTOS, 2017).

Embora se discuta sobre prevenção de suicídio, estudos sobre os cuidados ao comportamento suicida na atenção primária à saúde são escassos e pouco robustos, carecem de evidências quanto a ações desempenhadas pelos profissionais da ESF e seu impacto (BROOK et al., 2006; SOALHEIRO, 2017).

2.6 NOTIFICAÇÕES NOS SISTEMA DE SAÚDE

A Portaria 1.876, de 14 de agosto de 2006, Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e reconhece a importância epidemiológica do registro dos suicídios e das tentativas de suicídio. Entretanto, passados mais de dez anos de sua criação, a realidade brasileira ainda é a de números duvidosos e subnotificados, sendo mais acentuadas nas tentativas de suicídio. Este fato não é de exclusividade do Brasil, nenhum país do mundo possui números precisos para o fenômeno, apesar dos registros oficiais sobre tentativas de suicídio serem escassos e menos confiáveis que os de suicídios, a OMS acredita que o número de tentativas supere o número de óbitos em 10 ou 20 vezes (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a; OMS; 2014; BOTEGA, 2015).

As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio ainda são desconhecidas ou ignoradas por boa parte dos profissionais da linha de frente do Sistema Único de Saúde, com ênfase para a APS, e esta realidade nos faz admitir que temos muito a fazer no que se refere as recomendações nela contida, da mesma forma reconhecer que avanços foram alcançados e que neste entremeio ainda se mantém uma lacuna entre aquilo que o sistema de saúde brasileiro pode e deve proporcionar aos que se encontram afetados por uma experiência tão dura e difícil e a real oferta dos serviços de saúde. É imperativa a importância da ficha de notificação individual (**ANEXO A**), discriminando violência interpessoal/autoprovoçada, pelo Sistema de Informações e Agravos de Notificação (Sinan) para a prevenção do suicídio e dados epidemiológicos mais confiáveis (SOALHERO, 2017).

Entre uma das dificuldades em gerar números precisos, nota-se no Brasil que, as informações enviadas aos sistemas de notificação referem-se à lesão ocorrida ou ao método utilizado e não a intencionalidade do ato. Além disso, existe o fato que a cada três tentativas de suicídio, apenas uma procura atendimento (BOTEGA, 2015).

As estatísticas apontam a tentativa de suicídio como o principal risco para o suicídio, desta forma, sua inserção na lista de agravos de notificação imediata pelo município se explica pela necessidade da rápida tomada de decisão, principalmente no que diz respeito à vinculação da pessoa com comportamento suicida ao cuidado adequado para a efetiva prevenção. Reforça-se que a imediata notificação do caso à vigilância epidemiológica do município deve articular com o acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, referência ao serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas apropriadas a cada caso (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

A Portaria GM/MS nº 1.271/2014, de 6 de junho de 2014, estabeleceu como prioridade os casos de tentativa de suicídio e de outras violências no Sinan. As tentativas de suicídio devem ser notificadas imediatamente conforme estabelecido no Art. 4º e seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2014). Fica determinado que a notificação compulsória imediata é de responsabilidade do profissional de saúde ou serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento à pessoa, em até 24 horas pelo meio mais rápido disponível (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Em novembro de 2016, o Ministério da Saúde avaliou a implementação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e decidiu manter o documento original sem qualquer modificação. O processo de implementação foi pontuado como incipiente, embora algumas metas tenham sido parcialmente alcançadas (SOALHERO, 2017).

Faz-se importante marcar que a epidemiologia, ou seja, os dados gerados pelas notificações, além de apontarem determinado problema de saúde, no contexto deste estudo, auxiliaram na identificação dos principais fatores de risco e proteção para o suicídio. Apresentam os vulneráveis e direcionam políticas e priorizam ações. Conhecer os determinantes associados a PCS é primordial na tomada de decisões mais adequada, nas efetivas ações de prevenção e na melhor intervenção clínica (SES-SC; 2019).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cuidado ofertado à pessoa com comportamento suicida pelos profissionais da APS é permeado pelas mais variadas questões éticas, considerar o contexto e suas representações para a pessoa foco do cuidado na tomada de decisões é essencial. Para tal, o profissional necessita de conhecimento e sensibilidade para reconhecer e compreender cada situação em sua totalidade, e assim ser capaz de determinar de forma assertiva as prioridades e os alvos terapêuticos, bem como a organização dos fluxos e o direcionamento na rede assistencial específica para cada pessoa.

Desta forma, para compor a fundamentação teórica desta investigação optou-se pela perspectiva conceitual da vulnerabilidade e da sensibilidade moral, pois acreditamos que estas representam um frutífero modo de olhar para o objeto de estudo amparando o reconhecer, o compreender e o responder de forma apropriada e intuitiva as situações de vulnerabilidade e de enfrentamento aos problemas éticos.

3.1 VULNERABILIDADE E SENSIBILIDADE MORAL

A sociedade atravessa uma crise de valores e de sentido na existência humana proveniente da intelectualidade, racionalismo e do demasiado relativismo cultural, individualista, de consumo e utilitarista. Nesse campo, a finitude e a morte estão estreitamente associadas ao fracasso (DA SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015; WUNSCH et al., 2016).

O comportamento suicida é de certa forma marginalizado. Logo, essa problemática é silenciada, pelos estigmas que a sociedade rotula as pessoas que o possuem e, também, pelo despreparo para lidar com o fenômeno. E, este despreparo não é só do profissional na ponta do sistema, mas também do poder público com poucas estratégias, políticas e programas dirigidos à prevenção de suicídios, desde o acolhimento aos encaminhamentos de forma a atendê-los em sua integralidade e incluindo seus familiares e amigos (DA SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015).

O cuidado integral e humanizado amparado pela dignidade como direito de cada ser humano, considerando sua espiritualidade e imortalidade é um direito e dever de cada indivíduo (SGRECCIA, 2009). A vulnerabilidade do ser humano frente ao sofrimento psíquico, bem como, a incompatibilidade entre o sofrimento e as realizações do ser humano em tempos modernos pode levar a pessoa ao desespero e a escolha da morte (WUNSCH et al., 2016).

O conceito de vulnerabilidade é suscetível a distintas interpretações, possui complexa e particular aplicação teórico-normativa. Neste estudo consideramos a vulnerabilidade humana como condição susceptível a qualquer pessoa, contudo dentre o grupo de pessoas com comportamento suicida, devido às características biológicas, aspectos socioeconômicos e culturais específicos a essa parcela da população, constitui condição de vulnerabilidade acrescida (MACHADO; ALBUQUERQUE, 2019).

A vulnerabilidade acrescida reforça a necessidade de discussão da problemática, aqui proposta. No contexto da pessoa com comportamento suicida, deve-se considerar a adoção de medidas de proteção que minimizem os riscos à que estas estão expostas, a gama de distintas situações e representações, o impacto que poderá gerar e a determinação dos limites empregados sem excluir, por total, a autonomia do indivíduo. Logo, todos estes aspectos exigem prudência e vigilância peculiar considerando tanto a posição pessoal quanto às relações institucionais (MACHADO; ALBUQUERQUE, 2019).

O comportamento suicida compromete a essência da civilização e afeta o futuro da humanidade. Tais afirmações reforçam que o indivíduo contemporâneo vive um panorama imposto por ideologias, sistemas políticos e sociais que rotineiramente embutem cobranças severas geradoras de vulnerabilidades diversas, que por sua vez germinam frustração e desespero, deixando como única saída vislumbrada por algumas pessoas a de acabar com a própria vida (DAOLIO, 2012).

O comportamento suicida representa um fenômeno em expressivo aumento e requer atenção especial, não somente pelo que o ato suicida em si representa, mas por considerar o conjunto de problemas sociais que depreciam o bem-estar e excitam a autodestruição. As taxas mundiais apontam um aumento de 60% nos registros de suicídios nas últimas cinco décadas, representando em números absolutos de aproximadamente um milhão de pessoas por ano, e um suicídio a cada 40 segundos. Acredita-se que em 2020, este índice aumentará em 50% ultrapassando 1,5 milhão de vidas autodestruídas (OMS, 2014; OMS, 2015).

Esta epidemia global é cercada por quatro sentimentos principais, sendo eles, a depressão, a desesperança, o desamparo e o desespero. Estes sentimentos trazem uma dor psíquica insuportável, que pode provocar sentimentos de autodestruição, deve-se atentar aos sinais que a pessoa em sofrimento psíquico possa externar. O comportamento suicida carece de um cuidado multidisciplinar, sensível e engajado, a fim de que, todo ser humano vulnerável tenha a possibilidade de encontrar um novo sentido para sua existência e reconhecer o valor da vida (WUNSCH et al., 2016).

Para o efetivo e humanizado cuidado em saúde mental é imprescindível ter sensibilidade para escutar além do que as palavras dizem, é necessário escutar o que os gestos manifestam, o que a expressão conta e o que as marcas sinalizam. É necessário escutar despindo-se de preconceitos e ver cada pessoa como um sujeito de direitos, protagonista da sua vida, corresponsável e autônomo em suas diferenças (SANTOS, 2019).

O ser humano em um quadro de transtorno mental e com pretensa ideação suicida, em seu ambiente de convivência (trabalho, estudos, família, amigos, entre outros) necessita de sensibilidade e compreensão para a oferta de um cuidado ético, porém, por vezes, se verte em estigmatização e preconceito que perpetuam vulnerabilidades sociais atreladas ao sofrimento psíquico deixando a intervenção terapêutica ainda mais delicada.

No exercício da profissão, a ética ocupa lugar importante no cuidado, é imprescindível reforçar que, refletir sobre as ações não garante o cuidado seguro e a preservação da vida, a responsabilidade e sensibilidade dos profissionais é o que os mantém íntegros, sua tomada de decisões deve ser pautada e entrelaçada pela ética, pelos saberes técnicos e científicos (SCHNEIDER, 2010).

O cuidado em saúde mental deve privilegiar e dar ênfase a pessoa, suas questões subjetivas, sua história, visa compreendê-la como um ser digno em sua diferença, sua diversidade e riqueza, não mais como um problema a ser consertado ou um perigo a ser combatido. Nessa perspectiva, o estabelecimento de uma relação genuinamente humana entre o profissional de saúde e a pessoa com CS se faz possível fazendo emergir a dimensão ética do cuidado pelo exercício da empatia (LIMA, LIBERATO, DIONÍSIO, 2019).

Com esta percepção, a sensibilidade moral se mostra como uma importante habilidade, além de uma condição fundamental para que os profissionais possam reconhecer determinado assunto como ético, interpretá-lo e assim responder de forma adequada, na gestão de problemas éticos oriundos da relação profissional-usuário-rede nos distintos espaços de cuidado à saúde, percebendo o potencial da influência de suas ações sobre o bem-estar do paciente (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; SCHALLENBERGER et al., 2019).

Portanto, o conceito para sensibilidade moral adotado vai muito além do que meramente seguir as regras e normas de uma instituição, descreve as pessoas que têm um senso ético do que é certo e do que é errado e que adotam atitudes éticas nas suas relações cotidianas (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; SCHALLENBERGER et al., 2019).

A sensibilidade moral permite que os profissionais percebam os problemas éticos da sua prática e considerem o desenvolvimento de habilidades na busca de soluções adequadas e gestão de problemas nos distintos espaços de cuidado. A sensibilidade ética refere-se ao conhecimento da teoria e princípios da ética; a sensibilidade moral refere-se à atuação pessoal dentro do relacionamento interpessoal (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; SHALLENBERGER et al., 2019).

A sensibilidade moral não é somente uma questão de confiar nas suas próprias emoções para identificar um conflito moral, mas sim um artefato singular, adquirido com as experiências pessoais de “sentir o significado moral” em cada situação, não se prende ao senso comum, mas motiva e leva o profissional a rever suas práticas e articulá-las com a teoria constantemente. Engloba a habilidade de identificar problemas e ver os fatos do ponto de vista do outro, a partir dos aspectos legais, ou seja, elucida a tomada de decisão e a atuação no relacionamento interpessoal; propicia a busca por soluções criativas e assertivas na construção da práxis profissional (LUTZEN et al., 2006; KIM; KANG; AHN, 2012).

Quando se fala em ter habilidade para reconhecer o sofrimento, não deve-se ater somente aos saberes técnicos, neste contexto, a sensibilidade moral pressupõe a capacidade de perceber o que não foi verbalizado, de “ler nas entrelinhas” e de interpretar sinais. Desta forma, seu desenvolvimento amplia a habilidade de identificar o comportamento suicida em suas distintas manifestações (LA TAILLE, 2006).

Entretanto, é importante fixar que a sensibilidade não é só uma questão de perceber. E, sim, um componente pessoal adquirido pela experiência cotidiana, para compreender o significado moral em uma determinada situação e levar a uma tomada de decisão ética (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017), cautelosa e responsável no exercício profissional (LUTZEN; JOHANSSON; NORDSTROM, 2000; WEAVER, 2007; ROBOCHAUX, 2012).

Destarte, por ser entendida como uma capacidade pessoal para lidar com problemas éticos oriundos da relação profissional-paciente-rede é aceitável dizer que todo profissional é detentor de sensibilidade moral. Dessa forma, consideramos a sensibilidade moral como um atributo pessoal que advém de um processo de desenvolvimento e mudança continuada, se estende ao longo da vida profissional sendo ampliada em cada experiência em que se percebe o significado moral de uma determinada situação (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; SCHALLENBERGER et al., 2019).

Ser detentor de sensibilidade abrange além do perceber, considera a capacidade de tomar decisões éticas, com inteligência e compaixão, no enfrentamento de incertezas no cuidado e em

defesa do paciente. Constitui-se por uma premissa fundamental para a condução apropriada e resolução ética de entraves e barreiras encontradas na oferta do cuidado nos serviços de saúde (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

A responsabilidade ética do profissional vai além da responsabilidade clínica, na gestão integrada da saúde no SUS, precisa garantir a centralidade no sujeito e considerar os espaços de vida, conhecer as dinâmicas comunitárias, constituir vínculos, se inserir no território e na cotidianidade. Para isso o profissional precisa ser capaz de identificar distintas necessidades em grupos populacionais, principais características étnicas, culturais e as diferentes concepções do processo cuidado-saúde-doença para que possa reconhecer e intervir frente à inadequação e a limites em suas práticas e modelos assistenciais (BRAGA, 2019).

Para o exercício da ética no cuidado, três grandes desafios precisam ser enfrentados. Primeiro temos o compromisso com a promoção e defesa da vida; segundo o dever com o exercício da ciência com consciência e ternura compreendendo a competência técnica incorporada a competência ética; e finalmente a reflexão ética sólida atrelada à educação para resgatar os valores constituintes da vida humana saudável e feliz (PESSINI; BERTACHINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Neste sentido afirmamos que a ação de cuidar em saúde mental implica na identificação das vulnerabilidades, no exercício e desenvolvimento da sensibilidade moral, e tem caráter ético. O cuidado a pessoa com comportamento suicida deve ser amplo e multifatorial, os programas de prevenção necessitam de aperfeiçoamento, afim de, proporcionar informação e sensibilização quanto ao tema, às vulnerabilidades e o que elas representam para cada pessoa, viabilizando o acesso ao cuidado ético e atendendo as diretrizes para um plano de prevenção de suicídio.

Quanto às diretrizes do Sistema Único de Saúde em Saúde Mental, notam-se grandes avanços nos atendimentos criados, porém, percebe-se uma APS desintegrada e ainda insuficiente quanto às necessidades de atendimento e diagnóstico dos pacientes (WUNSCH et al., 2016). A APS como preferencial porta de entrada do SUS e com privilegiada proximidade aos usuários necessita estar sensibilizada moralmente e preparada para reconhecer precocemente os casos de sofrimento psíquico, afim de uma intervenção qualificada, ética e em tempo apropriado. Tal afirmação traz a necessidade de discussões nessa perspectiva.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma investigação com abordagem qualitativa, exploratória e analítica. Sua escolha se deu por acreditar ser a metodologia que vai ao encontro dos objetivos deste estudo e por permitir ao pesquisador um olhar mais amplo de cenário escolhido.

Flick (2009) e Minayo (2013) entendem que a abordagem qualitativa deve ser usada para atender questões que não podem ser contidas em números requerendo atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa para que assim, possamos entender o significado subjetivo que as pessoas atribuem aos seus ambientes e às atividades por elas desempenhadas.

Neste sentido, a pesquisa qualitativa caminha de encontro à compreensão quanto ao significado e a intencionalidade como essenciais aos atos, as estruturas sociais e às relações. Incide na concepção das representações sobre a história e temas específicos na lógica interna dos grupos, instituições e atores considerando valores culturais e relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, bem como processos históricos, sociais e de implementação de políticas (MINAYO, 2013).

No que diz respeito ao procedimento exploratório, como o próprio nome aponta, admite uma maior aproximação e familiaridade entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o objeto de estudo, análise de exemplos que estimulem à compreensão, além de visar à descoberta, o achado e a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes (GIL, 2008).

Por sua vez, o processo analítico ultrapassa a descrição das características, visa analisar e interpretar aspectos mais profundos, fornecendo análise detalhada sobre os dados da investigação e explicando por que os eventos estão acontecendo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este foi estudo realizado na atenção primária à saúde de um pequeno município do Médio Vale do Itajaí – SC, que conta com quatro unidades básicas de saúde, cinco equipes de ESF, uma Equipe de Saúde Mental e uma equipe de NASF.

Com colonização alemã, italiana e polonesa, a cidade se emancipou em 29 de dezembro de 1961, tem uma área de 385,402km² localizada na microrregião de Blumenau e pertencente à comarca de Timbó no estado de Santa Catarina, na Região Sul do Brasil. Atualmente sua população municipal é de 11.297 habitantes e possui um PIB de 211.088.000,00 (PMBN, 2017).

Município rico em belezas naturais, cada vez mais é procurado para turismo ecológico. Com cachoeiras que passam dos 75 metros de altura, grutas e saltos conquistam os praticantes do turismo de aventura e praticantes de esportes radicais, como o rappel, o canyoning e a canoagem (PMBN, 2017).

No município predominam as atividades agrícolas, sua população rural se aproxima de 4.200 habitantes, cerca de 800 famílias de agricultores e 1.200 famílias rurais; predominando as pequenas propriedades com agricultura de subsistência e pequena comercialização de excedentes (PMBN, 2017).

Esta internamente dividida em quatro localidades ou Núcleos Urbanos. Cada localidade conta com uma Unidade Básica de Saúde conforme descrição a seguir:

- UBS I: com duas equipes de ESF atendendo aproximadamente metade da população municipal;
- UBS II: com uma equipe de ESF que atende pouco menos de 3.000 habitantes;
- UBS III: com uma equipe de ESF atendendo cerca de 1.300 habitantes;
- UBS IV: com uma equipe de ESF mínima atendendo pouco mais de 1.000 habitantes.

Cabe informar que 100% dos membros das equipes de Saúde Mental e NASF do município acumulam funções, ou seja, não possuem dedicação exclusiva, desenvolvendo mais de uma função e ocupando o espaço físico das UBSs para desenvolver suas atividades.

O município apresenta uma cobertura de 100% da população através das cinco equipes de ESF. A população conta ainda com atendimento de um Hospital Ambulatorial Filantrópico com atendimento das 10 às 22 horas de segunda à sexta-feira. A referência para internações hospitalares e emergências é o Hospital Ordem Auxiliadora das Senhoras Evangélicas (OASE) sediado em Timbó, com quatro leitos psiquiátricos. O apoio psicossocial é ofertado pelo CAPS, regionalizado e com sede em Timbó atende a população dos municípios de Timbó, Doutor Pedrinho, Benedito Novo e Rio dos Cedros. As internações psiquiátricas conforme deliberação da Comissão Intergestora Bipartite - SC (CIB-SC) são referenciadas ao Hospital Samaria da cidade de Rio do Sul – SC (PMBN, 2017).

Em 01 de outubro de 2015 mediante criação da Portaria municipal nº 338 foi implementada a Equipe de Saúde Mental constituída por profissionais que já faziam parte do quadro de funcionários do município e passaram a acumular as funções, sendo um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e um educador social. Em 2015 atendia nove pessoas, no início de 2017 este número era de 42 pessoas sendo atendidas de forma compartilhada com CAPS, psiquiatras e equipes de ESF (PMBN, 2017).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram todos os profissionais de nível superior atuantes na APS do município investigado que aceitaram participar da pesquisa, incluindo gestão municipal de saúde composta por secretário de saúde e coordenação de atenção básica, e atenderam os critérios de inclusão, sendo:

- Estar alocado de forma fixa em um dos locais do estudo no mínimo por seis meses;
- Prestar assistência direta ou indireta à saúde das pessoas com comportamento suicida.

No período em que a investigação foi desenvolvida, distribuídos entre as quatro UBSs do município e Secretaria Municipal de Saúde, atuavam 20 profissionais de nível superior, excluindo-se a pesquisadora, totalizou-se 19 participantes, sendo estes: um administrador; uma assistente social; uma dentista; cinco enfermeiras; duas farmacêuticas, seis médicos; uma nutricionista; e dois psicólogos. Dentre estes, 11 atuam nas ESFs, oito compõem a Equipe do NASF, cinco integram a Equipe de Saúde Mental e dois atuam na gestão da Atenção Básica em Saúde do município. No que se refere à caracterização dos participantes, pontua-se que 11 dos 19 profissionais das Equipes de ESF, NASF e Saúde Mental acumulavam funções, ou seja, compõem mais de uma equipe. Ainda, quatro destes ocupavam cargos em outras secretarias do município, sendo estas a Secretaria de Educação e de Assistência Social.

Para fins quantitativos, sinaliza-se que as equipes do NASF e da Saúde Mental não possuem profissionais com dedicação exclusiva para tal atividade e a carga horária é parcelada com outros espaços e funções de trabalho no município. Para melhor entendimento, a descrição dos profissionais participantes do estudo está apresentada no **Quadro 1**:

Quadro 1 – Descrição dos profissionais participantes do estudo.

Formação	Cargo de atuação no município	Tempo atuação	Carga horária	Idade
Administração	Secretário de Saúde e Assistência Social	4 anos	40 horas	37 anos
Serviço Social	Assistente Social do CREAS Assistente Social do NASF Assistente Social da Saúde Mental	5 anos	35 horas	36 anos
Odontologia	Dentista da ESF	2 anos e 4 meses	40 horas	38 anos
Enfermagem	Coordenadora da APS Coordenadora do NASF	7 anos e 4 meses	35 horas	36 anos
Enfermagem	Enfermeira da ESF Enfermeira da Saúde Mental	10 anos	40 horas	39 anos
Enfermagem	Enfermeira da ESF	9 anos	40 horas	32 anos
Enfermagem	Enfermeira da ESF	2 anos	40 horas	27 anos
Enfermagem	Enfermeira da ESF	13 anos	40 horas	38 anos
Farmacêutica	Farmacêutica da Secretaria de Saúde Farmacêutica do NASF	7 anos	20 horas	36 anos
Farmacêutica	Farmacêutica da Secretaria de Saúde Farmacêutica do NASF	4 anos	20 horas	30 anos
Medicina	Médico Residente de ESF Médico da Saúde Mental	6 meses	60 horas	33 anos
Medicina	Médica da ESF Médica do NASF	1 ano e 9 meses	40 horas	28 anos
Medicina	Médico da ESF	1 ano	20 horas	24 anos
Medicina	Médica da ESF	2 anos	40 horas	47 anos
Medicina	Médica da ESF Médica Reguladora	4 anos e 6 meses	40 horas	31 anos
Medicina	Médico da ESF	1 ano	40 horas	53 anos
Nutrição	Nutricionista da Secretaria de Educação Nutricionista do NASF	2 anos e 6 meses	35 horas	26 anos
Psicologia	Psicóloga do NASF Psicóloga de Saúde Mental	12 anos	35 horas	36 anos
Psicologia	Psicólogo do NASF Psicólogo da Saúde Mental Psicólogo do CREAS	2 anos e 5 meses	20 horas	25 anos

Fonte: Elaborada pela autora desta pesquisa (2019)

Informa-se que a participante psicóloga, com carga horária de 35 horas, possui pós-graduação em saúde mental, sendo esta à nível de especialização.

4.4 COLETA DE DADOS

A seleção dos participantes se deu por busca ativa realizada pela pesquisadora, foi em cada um dos locais do estudo, apresentou o projeto de pesquisa, o roteiro das entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**APÊNDICE B**), e agendou data e local para a coleta de dados. Obteve-se 100% de aceitação dos sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão.

A coleta de dados se concretizou nos meses de agosto e setembro de 2018, as entrevistas foram aplicadas individualmente, após assinatura do TCLE pelos sujeitos da pesquisa, em local

apropriado e previamente reservado. Foi utilizado roteiro semiestruturado previamente elaborado (APÊNDICE C) e examinado em banca de qualificação. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, sendo gravadas na íntegra e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora que solicitou validação de conteúdo a cada um dos entrevistados via correio eletrônico.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para assessorar no tratamento e análise dos dados, após transcrição e validação, as entrevistas foram importadas e organizadas com auxílio do software ATLAS.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*). Todas as transcrições foram inseridas no formato *Microsoft Word* como documentos e constituíram os documentos primários (*primary documents*). Com os objetivos em mente realizou-se leitura flutuante dos documentos primários e identificaram-se quais trechos estavam relacionadas à questão deste estudo.

Concentrados nestes extratos realizou-se nova leitura, desta vez com profundidade emergindo pré-categorias que foram unidas por semelhança em conjuntos temáticos dando origem às grandes categorias. Esta categorização ou codificação foi realizada através da criação de códigos (*codes*), nestes códigos foram agrupados trechos (*quotations*) das entrevistas que amparavam cada um dos códigos.

Os resultados foram apresentados mediante agrupamento por similaridade de conteúdo em macrocategorias (*families*). Para facilitar a visualização foi gerado documento único contendo todos os *codes* e suas respectivas *quotations* através do *Output + All codes with quotations* que posteriormente amparou a exposição e a discussão dos resultados. Desta forma, foi possível interpretar os dados coletados, com a descrição e interpretação das falas selecionadas, articulando com a literatura.

Os dados coletados foram submetidos aos preceitos da Análise de Conteúdo sob o olhar perspectiva conceitual da vulnerabilidade e da sensibilidade moral; e do cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida na APS considerando o formato de redes de atenção à saúde. Este método tem como objetivo obter inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens, por meio da descrição do seu conteúdo. A análise de conteúdo não está presa somente ao senso comum e a subjetividade ao interpretar os dados coletados, mas propicia atentar-se criticamente diante dos achados no transcorrer da pesquisa (MINAYO, 2013).

Este método prevê como critério metodológico a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação, para tal, solicita leituras atentas e exaustivas do

conteúdo utilizado com o objetivo de construir uma visão geral e completa dos dados, buscando identificar e sistematizar as singularidades contidas no material explorado, agrupar elementos, ideias ou expressões formando os conceitos teóricos irão basear a análise da pesquisa (MINAYO, 2013).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento desta pesquisa se orientou e atendeu a todos os cuidados éticos abordados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012a).

A fim de atender as exigências para submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), inicialmente foi requerido junto à instituição proponente declaração de ciência (**ANEXO B**), em seguida solicitou-se autorização junto à Secretaria de Saúde do município sede da investigação para a realização do estudo (**ANEXO C**), por fim o projeto de pesquisa passou por avaliação do CEP, via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob parecer nº 2.733.880 (**ANEXO D**) em 25/06/2018.

Fez-se uso do TCLE com duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e a outra arquivada com a pesquisadora. Foi garantido o caráter confidencial das informações, o anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência de participação a qualquer momento sem prejuízo de sua assistência. Para manter a confidencialidade dos participantes, estes foram mencionados com o codinome S (letra) seguido do número 1 ao 19 (S1, S2, S3... S19). A distribuição dos números se deu de forma aleatória.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo a Instrução Normativa 01/PEN/2016, a qual dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Os resultados deste estudo estão apresentados na forma de três manuscritos, sendo o MANUSCRITO 1¹ de pesquisa bibliográfica apresentado no formato de revisão integrativa da literatura. Esta investigação permitiu construir um panorama acerca da temática comportamento suicida na Atenção Primária à Saúde nos últimos cinco anos. A prioridade era evitar caminhos já percorridos na elaboração da tese, bem como conhecer carências ou lacunas de conhecimento.

O MANUSCRITO 2 foi intitulado “Rede de atenção ao comportamento suicida: perspectivas e desafios na atenção primária à saúde”, e teve o objetivo de descrever a rede de cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde em um município catarinense na perspectiva dos profissionais de saúde.

E, o MANUSCRITO 3 com o objetivo de analisar a atuação dos profissionais da atenção primária à saúde de um município catarinense sobre o comportamento suicida, na perspectiva conceitual da vulnerabilidade e da sensibilidade moral, que ficou intitulado como: “Comportamento suicida na Atenção Primária à Saúde: sensibilidade moral para compreensão das situações de vulnerabilidade”.

¹ O MANUSCRITO 1 está apresentada a seguir em formato de artigo científico, sua versão adaptada foi publicada em 21 de dezembro de 2018 na Revista do Conselho de Enfermagem - Enfermagem em Foco, volume 9, número 4 e está disponível no endereço eletrônico: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1803/477>.

5.1 MANUSCRITO 1: COMPORTAMENTO SUICIDA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

COMPORTAMENTO SUICIDA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

SUICIDE BEHAVIOR AND PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Resumo: A atenção primária à saúde possui uma função relevante no enfrentamento e prevenção do comportamento suicida, para tal, necessita aperfeiçoar sua compreensão e ampliar suas ações. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura com natureza qualitativa que abordou publicações sobre a temática comportamento suicida e atenção primária à saúde, entre janeiro de 2012 e abril de 2017. Após busca e pré-análise seguida de análise rigorosa, 35 artigos foram considerados para o estudo. **Resultados:** A temática “comportamento suicida” possui dados significativos e sua abordagem em investigações científicas vem crescendo. Notou-se a predominância dos estudos com o objetivo de identificar prevalência e fatores de risco envoltos ao comportamento suicida. A maioria dos estudos envolveram pessoas com comportamento suicida que utilizavam a atenção primária à saúde; e nove foram voltados aos profissionais. Quanto ao objetivo dos estudos registraram-se investigações focando na avaliação da prevalência de comportamento suicida entre pessoas que utilizaram a atenção primária à saúde; na descrição/avaliação da eficácia na prevenção/detecção de pessoas com comportamento suicida na atenção primária à saúde e na identificação do perfil/fatores de risco ou proteção de pessoas que utilizaram a atenção primária à saúde com comportamento suicida. Apontou-se magnitude da problemática “comportamento suicida” e a necessidade em ampliar estudos sobre a temática em suas diversas vertentes com destaque à atenção primária à saúde por reconhecê-la como principal porta de entrada da pessoa em sofrimento e seu importante papel na detecção precoce e na prevenção. **Considerações finais:** os estudos que pesquisaram profissionais da atenção primária à saúde apontaram despreparos e/ou desamparos para exercer o importante papel de prevenção ao comportamento suicida.

Descritores: Suicídio. Tentativa de Suicídio. Ideação Suicida. Atenção Primária à Saúde.

Abstract: *Primary health care has a relevant role in coping with and preventing suicidal behavior. Therefore, it needs to improve its understanding and broaden its actions. Method:* This is an integrative literature review with a qualitative nature that addressed publications on the theme suicidal behavior and primary health care, between January 2012 and April 2017. After searching and pre-analysis followed by rigorous analysis, 35 articles were considered for the study. **Results:** *The theme "suicidal behavior" has significant data and its approach in scientific investigations has been growing. There was a predominance of studies aimed at identifying prevalence and risk factors involved in suicidal behavior. Most studies involved people with suicidal behavior who used primary health care; and nine were aimed at professionals. Regarding the objective of the studies, there were investigations focusing on assessing the prevalence of suicidal behavior among people who used primary health care; in describing / assessing the effectiveness in the prevention / detection of people with suicidal behavior in primary health care and in identifying the profile / risk factors or protection of people who used primary health care with suicidal behavior. The magnitude of the problematic "suicidal behavior" was pointed out and the need to expand studies on the theme in its various aspects, especially primary health care, as it recognizes it as the main gateway for the suffering person*

and its important role in early detection. and in prevention. Final Considerations: It was concluded that there are important gaps to be filled. Studies that surveyed primary health care professionals indicated unpreparedness and / or helplessness to play the important role of preventing suicidal behavior.

Keywords: *Suicide. Suicid. Attempted. Suicidal Ideation. Primary Health Care.*

INTRODUÇÃO

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVII e suas definições costumam conter uma ideia central relacionada ao ato de tirar a própria vida. Essa passagem ao ato também vem acompanhada de ideias periféricas menos evidentes, relacionadas com a motivação, intencionalidade e letalidade (BOTEGA, 2015). Registros apontam a ocorrência de suicídios desde as tribos mais primitivas, nesta fase histórica era associado principalmente a vinganças, demônios e espíritos do mal. Entretanto, os rituais frente à morte, bem como frente ao suicida estão envoltos em tabus. O suicídio, ao longo da história da humanidade já foi tolerado, aceito e admitido, mas também, discriminado, punido e condenado (MALISKA & WALLAUER, 2012).

Etimologicamente, suicídio é um termo que deriva da conexão de duas palavras provenientes do Latim: *sui* que denota próprio e *caederes* a ação de matar; sendo entendida como a ação de matar a si mesmo (DA COSTA; SPIES, 2014). É um fenômeno complexo de causas multifatoriais que compreende a ação voluntária em que a pessoa age convencido de que o ato, consciente ou inconsciente, concretizará a sua morte (MALISKA & WALLAUER, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o suicídio como o ato de tirar a própria vida deliberadamente. Neste contexto, precisamos trazer mais dois conceitos: tentativa de suicídio que é a conduta suicida que não causou a morte; e a ideação suicida, que compreende uma diversidade de comportamentos que incluem pensar e planejar o ato suicida (OMS, 2014).

Nesse sentido, a ideação suicida envolve ideias, pensamentos e planejamentos ligados ao desejo de tirar a própria vida, podendo evoluir para a tentativa de suicídio e posteriormente findar no suicídio propriamente dito; e todas estas etapas interligadas ou em separado denotam “comportamentos suicida” (OMS, 2000; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; OMS, 2012; BOTEGA, 2015). Neste estudo optamos pelo uso do termo “comportamento suicida” por este contemplar o fenômeno estudado em sua totalidade.

Estima-se que a cada 45 segundos um suicídio ocorre em algum lugar do mundo. Por dia registram-se 1.920 pessoas que põem fim à própria vida. É responsável por um milhão de óbitos ao ano, o que representa 1,4% do total de mortes registradas (VARNIK, 2012; OMS, 2014). Segundo dados compilados pela OMS, o Brasil figura entre os dez países que registram os

maiores números absolutos de suicídios; a população brasileira teve um aumento de 17,8% entre 1998 e 2008, no entanto o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5% neste mesmo período (VARNIK, 2012; MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012; OMS, 2014).

Em 2011, houveram 9.852 suicídios oficialmente registrados no país, representando uma média 27 mortes por dia e 1% do total de óbitos registrados no país. Considerando pessoas com idade entre 15 e 29 anos essa proporção atinge 4% do total de mortes (BRASIL, 2013; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Deve-se considerar também que o número de tentativas de suicídio ultrapasse entre 10 a 20 vezes o número das mortes (OMS, 2014).

De forma geral, o comportamento suicida se dá pela influência de diferentes fatores (MALISKA & WALLAUER, 2012; WERLANG, 2012; DA COSTA; SPIES, 2014; BOTEGA, 2015). Em algumas situações pontua-se o condicionamento cultural como desencadeador dos comportamentos autodestrutivos. Em outras, indivíduos que se utilizam desse método para resolver seus problemas, acabar com a dor ou sofrimento através da morte. O sofrimento é tão grande que a única opção para cessar a dor, a angústia é acabar com a vida (DA COSTA; SPIES, 2014).

O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial que pode incidir em todas as idades e ciclos vitais afetando intensamente a comunidade, família e amigos que também precisarão de ajuda para lidar com o sofrimento (WERLANG, 2012; BOTEGA, 2015). A atuação profissional se estende desde a identificação precoce do desejo de atentar contra a própria vida, o acolhimento perante situações de crise e o apoio direto ou indireto ao indivíduo e família (CONTE et al., 2012).

Com o objetivo de diminuir os números de tentativas e óbitos por suicídio, bem como o impacto a pessoa, família e comunidade, em 2006 o Ministério de Saúde (MS) apresentou aos brasileiros o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio. Neste mesmo ano, o MS disponibilizou o Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, avançando em 2009 com o Manual dirigido aos Profissionais de Saúde da Atenção Primária, ambos com o intuito de auxiliar na detecção precoce de comportamentos suicida e concretizar medidas efetivas de prevenção (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009).

No que diz respeito à prevenção ao comportamento suicida, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica, devido ao acesso facilitado às pessoas da comunidade e vice-versa. Logo, deve ser o contato preferencial e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS); sua proximidade e vínculo deveriam facilitar a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e viabilizar intervenção da equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

O primeiro contato da pessoa com comportamento suicida, bem como os demais, geralmente se dá no acolhimento ao usuário. Neste momento o profissional deverá ouvir a queixa atentamente, permitir e estimular o usuário a expressar suas preocupações e anseios, de forma que seja possível identificar necessidades específicas e garantir uma atenção resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade da assistência (BRASIL, 2013).

Situada a magnitude do problema comportamento suicida e o relevante papel da APS para a mudança desta realidade, percebeu-se a necessidade de conhecer as produções científicas relacionadas à temática afim de aperfeiçoar a compreensão sobre o fenômeno, o que pode impulsionar e incentivar seu enfrentamento. O objetivo deste estudo foi conhecer as produções científicas nacionais e internacionais relativas ao comportamento suicida na atenção primária à saúde através da revisão integrativa da literatura.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com o intuito de originar o mapeamento das produções científicas sobre a temática “comportamento suicida” e APS, entre janeiro de 2012 e abril de 2017. Para tal, realizou-se revisão integrativa da literatura, esta permite a utilização de evidências encontradas em estudos que investigaram temas análogos amparando e possibilitando a construção de conhecimento que pode ser aplicado em diversos campos práticos, auxiliando na resolução de problemas e na realização de novas investigações (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES et al., 2008; SOUZA et al., 2010).

O recorte temporal se justifica pela criação da Portaria nº 3.088 de 23, de dezembro de 2011 que institui a Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, ela surgiu com o movimento de reorganização da RAS e a necessidade de eleger algumas áreas temáticas prioritárias; neste caso englobando as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ela recomenda a integração, articulação e efetivação entre os serviços, garantindo o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado prestado mediante acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências (BRASIL, 2011). Salienta-se que embora a busca seja nacional e internacional, e este marco citado seja brasileiro, o recorte de cinco anos tem sido utilizado cientificamente para indicar um tempo recente.

Para orientar esta investigação foi construído um protocolo para revisão integrativa da literatura (**APÊNDICE A**) e este passou por validação por expert do método. As etapas seguidas foram: 1) Seleção da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas,

considerando as características em comum; 4) Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; 5) Discussão e interpretação dos resultados; e 6) Apresentação de forma clara a evidência encontrada (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES et al., 2008; SOUZA et al., 2010).

Para a construção das estratégias de busca foi utilizada uma adaptação do vocábulo acrônimo PICO para pesquisa qualitativa, onde P = população (profissionais da atenção primária à saúde e pessoas com comportamento suicida que utilizam a APS), I: fenômeno de interesse (comportamento suicida) e CO = contexto (atenção primária à saúde). A estratégia PICO orienta a elaboração da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica permitindo que o profissional ou pesquisador escolha de maneira acurada os descritores e as combinações mais apropriadas à serem utilizados (PEREIRA; CORTEZ, 2014).

Nas buscas foram considerados os termos de busca: “Suicídio”, “Tentativa de suicídio”, “Ideação suicida” e “Atenção Primária à Saúde”. Vale citar que utilizamos a opção “Permutado” que possibilita a busca através de qualquer palavra que compõe o termo de busca ou seus cognatos (OLIVEIRA, 2014).

Como estratégia de busca nas bases de dados pré-selecionadas utilizou-se o operador booleano OR para a combinação entre os descritores “Suicídio”, “Tentativa de suicídio” e “Ideação suicida” e AND para “Atenção Primária à Saúde”, pois desta forma encontramos documentos que contenham um ou outro, somado ao quarto descritor (OLIVEIRA, 2014).

A seleção dos artigos seguiu os seguintes critérios de inclusão: Artigos científicos disponíveis na íntegra; Estudos publicados em português, inglês e espanhol a partir de 2012; e Conter os termos de busca listados nesse protocolo. Sendo excluídos: Publicações cujo assunto não corresponda à pergunta de pesquisa; Trabalho duplicados; Editoriais; e Estudos cujo método não está bem descrito.

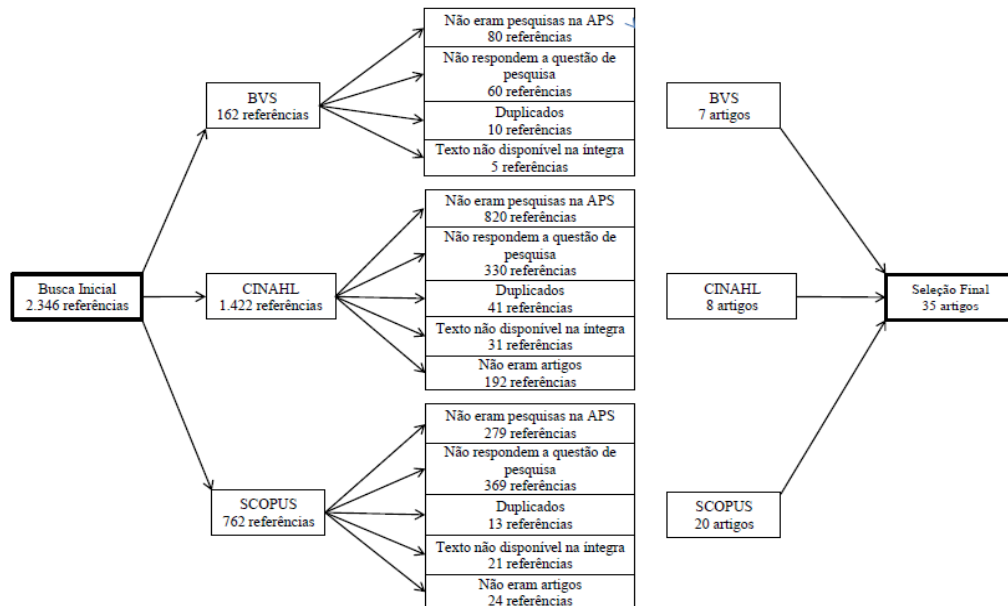
Após busca inicial, os artigos foram submetidos a uma pré-análise sendo avaliados quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Essa avaliação ocorreu de forma concisa e simples, através de leitura flutuante. Os artigos pré-selecionados foram organizados em formato de tabela construída a partir do programa Microsoft Excel, os tópicos de interesse foram: título do estudo; base de dados; ano de publicação; local/cenário do estudo; população do estudo; questão de pesquisa/objetivo; resultados; e Conclusões/recomendações.

A seleção teve uma etapa de leitura dos resumos com o objetivo de identificar se os mesmos atendiam a questão de pesquisa: *“Como a literatura aponta o cuidado à pessoa com*

comportamento suicida no âmbito da atenção primária à saúde?”. Desta segunda seleção surgiram os artigos que foram lidos na íntegra e considerados nesta revisão.

Foi encontrado um total de 2.346 referências disponíveis nas bases de dados consultadas. Dentre essas, 35 artigos preencheram todos os critérios estabelecidos e as exclusões ocorreram conforme **Figura 3**.

Figura 3 – Seleção dos artigos por bases de dados e motivos de exclusão.



Fonte: Elaborada pela autora desta pesquisa (2017)

Os 35 artigos considerados neste estudo foram lidos na íntegra, sistematizados e organizados com o auxílio do programa Microsoft Excel e dos tópicos de interesse já citados, constituindo assim, instrumento para o mapeamento dos resultados e sua posterior discussão. Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura e não haver envolvimento direto de seres humanos, as questões éticas a serem analisadas por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos foram dispensadas.

Os 35 artigos considerados nesta revisão integrativa da literatura estão listados com referência completa e indicação da base de dados no qual estão indexados na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Artigos considerados no estudo com referência completa e respectiva base de dados – SC, Brasil, 2017.

Artigo	Referência	Base de dados
1	KING, Kylie et al. Suicide prevention: evaluation of a pilot intervention in a primary care context. <i>Journal of Mental Health</i> , v. 22, n. 5, p. 439-448, 2013.	CINAHL
2	MALAKOUTI, Seyed Kazem et al. Integrating a suicide prevention program into the primary health care network: A field trial study in Iran. <i>BioMed research international</i> , v. 2015, 2015.	CINAHL

3	BUNEVICIUS, Robertas et al. Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. <i>Scandinavian journal of primary health care</i> , v. 32, n. 1, p. 24-29, 2014.	CINAHL
4	PELTZER, Karl; LOUW, Julia. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa. <i>The Indian journal of medical research</i> , v. 138, n. 2, p. 194, 2013.	BVS
5	WIBORG, Jan F.; GIESELER, Dorothee; LÖWE, Bernd. Suicidal ideation in German primary care. <i>General hospital psychiatry</i> , v. 35, n. 4, p. 366-369, 2013.	BVS
6	MILNER, Allison et al. The effectiveness of suicide prevention delivered by GPs: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of affective disorders</i> , 2016.	SCOPUS
7	MEYER, Denny et al. Development of a Suicidal Ideation Detection Tool for Primary Healthcare Settings: Using Open Access Online Psychosocial Data. <i>Telemedicine and e-Health</i> , v. 23, n. 4, p. 273-281, 2017.	SCOPUS
8	DE LEO, Diego et al. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention?. <i>Comprehensive psychiatry</i> , v. 54, n. 7, p. 1117-1123, 2013.	CINAHL
9	MATTOS, LUCIANO DIAS et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. <i>Rev Psiq Clín</i> , v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.	SCOPUS
10	CHOI, Yoon-Joo; LEE, Weon-Young. The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. <i>International journal of mental health systems</i> , v. 11, n. 1, p. 18, 2017.	BVS
11	JORDANS, M. et al. Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low-and middle-income countries: a cross-sectional study. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i> , p. 1-10, 2017.	BVS
12	FALLUCCO, Elise M. et al. Use of a standardized patient paradigm to enhance proficiency in risk assessment for adolescent depression and suicide. <i>Journal of Adolescent Health</i> , v. 51, n. 1, p. 66-72, 2012.	CINAHL
13	HOOPER, Lisa M. et al. Predictors of primary care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. <i>The journal of behavioral health services & research</i> , v. 39, n. 2, p. 103-115, 2012.	SCOPUS
14	NSAMENANG, Sheri A. et al. Depressive symptoms and interpersonal needs as mediators of forgiveness and suicidal behavior among rural primary care patients. <i>Journal of affective disorders</i> , v. 149, n. 1, p. 282-290, 2013.	SCOPUS
15	DOBSCHA, Steven K. et al. Correlates of suicide among veterans treated in primary care: Case-control study of a nationally representative sample. <i>Journal of general internal medicine</i> , v. 29, n. 4, p. 853-860, 2014.	BVS
16	SMITH, April R. et al. An assessment of suicide-related knowledge and skills among health professionals. <i>Health Psychology</i> , v. 33, n. 2, p. 110, 2014.	CINAHL
17	JENKINS, Abigail L. et al. Risk for Suicidal Ideation and Attempt among a Primary Care Sample of Adolescents Engaging in Nonsuicidal Self-Injury. <i>Suicide and life-threatening behavior</i> , v. 44, n. 6, p. 616-628, 2014.	SCOPUS
18	ANDERSON, Heather D. et al. Monitoring suicidal patients in primary care using electronic health records. <i>The Journal of the American Board of Family Medicine</i> , v. 28, n. 1, p. 65-71, 2015.	BVS
19	ASHRAFIOUN, Lisham et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental health evaluation. <i>Journal of affective disorders</i> , v. 189, p. 344-350, 2016.	SCOPUS
20	DENNESON, Lauren M. et al. Treatment of veterans with mental health symptoms in VA primary care prior to suicide. <i>General hospital psychiatry</i> , v. 38, p. 65-70, 2016.	SCOPUS
21	BOMYEA, Jessica et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. <i>Psychiatry research</i> , v. 209, n. 1, p. 60-65, 2013.	SCOPUS
22	HALLGREN, Kevin A. et al. Prediction of suicide ideation and attempt among substance-using patients in primary care. <i>The Journal of the American Board of Family Medicine</i> , v. 30, n. 2, p. 150-160, 2017.	SCOPUS
23	RIIHIMÄKI, K. et al. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. <i>Psychological medicine</i> , v. 44, n. 2, p. 291-302, 2014.	SCOPUS
24	YOUNES, Nadia et al. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt	SCOPUS

	suicide: a cross-sectional study. <i>BMC family practice</i> , v. 14, n. 1, p. 68, 2013.	
25	YOUNES, N. et al. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected?. <i>Journal of affective disorders</i> , v. 170, p. 150-154, 2015.	SCOPUS
26	INDU, Pillaveetil Sathyadas et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. <i>Asian Journal of Psychiatry</i> , v. 37, p. 48-52, Jun. 2017.	SCOPUS
27	OWENS, C.; ROBERTS, S.; TAYLOR, J. Utility of local suicide data for informing local and national suicide prevention strategies. <i>Public health</i> , v. 128, n. 5, p. 424-429, 2014.	CINAHL
28	WINDFUHR, K. et al. Suicide risk linked with clinical consultation frequency, psychiatric diagnoses and psychotropic medication prescribing in a national study of primary-care patients. <i>Psychological medicine</i> , v. 46, n. 16, p. 3407-3417, 2016.	SCOPUS
29	LEAVEY, Gerard et al. Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. <i>BMC psychiatry</i> , v. 16, n. 1, p. 120, 2016.	SCOPUS
30	ONEIB, Bouchra et al. Suicidal ideations, plans and attempts in primary care: cross-sectional study of consultants at primary health care system in Morocco. <i>The Pan African medical journal</i> , v. 24, 2016.	SCOPUS
31	SHEARER, Annie et al. Differences in mental health symptoms across lesbian, gay, bisexual, and questioning youth in primary care settings. <i>Journal of Adolescent Health</i> , v. 59, n. 1, p. 38-43, 2016.	SCOPUS
32	DIAMOND, Guy S. et al. Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care. <i>American journal of preventive medicine</i> , v. 53, n. 1, p. 48-54, 2017.	BVS
33	SANTOS, José Carlos et al. Impact of "+ Contigo" training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. <i>Revista latino-americana de enfermagem</i> , v. 22, n. 4, p. 679-684, 2014.	SCOPUS
34	CARR, Matthew J. et al. The epidemiology of self-harm in a UK-wide primary care patient cohort, 2001–2013. <i>BMC psychiatry</i> , v. 16, n. 1, p. 53, 2016.	SCOPUS
35	MARUTANI, Miki; YAMAMOTO-MITANI, Noriko; KODAMA, Shimpei. Public health nurses' activities for suicide prevention in Japan. <i>Public Health Nursing</i> , v. 33, n. 4, p. 325-334, 2016.	CINAHL

Fonte: Elaborada pela autora desta pesquisa (2017)

RESULTADOS

Dentre os anos considerados neste estudo, observamos com maior quantitativo de publicações o ano de 2016 com nove artigos abordando a temática; seguido dos anos de 2013, 2014 cada um com sete artigos publicados; na terceira posição temos 2017 com seis artigos, lembrando que por ser o ano em curso, foi considerado somente seu primeiro quadrimestre; e na última posição tivemos os anos de 2012 e 2015 com três publicações cada um.

Os países que foram cenários dos estudos foram: Estados Unidos com quatorze artigos; Austrália com quatro; Inglaterra, França e Índia cada um com dois artigos sobre a temática; e Brasil, Irã, Lituânia, África do Sul, Alemanha, Coreia do Sul, Finlândia, Irlanda, Marrocos, Portugal e Tóquio com um artigo em cada país.

Nos artigos pesquisados identificamos que os participantes dos estudos contemplados envolveram dois grandes grupos, sendo eles um primeiro que envolveu pessoas com comportamento suicida que utilizavam a APS, 26 estudos; e um segundo grupo com profissionais da APS, nove estudos.

Sendo que, dentre os 26 estudos do primeiro grupo, apareceram nove investigações com suicidas ou pessoas que tentaram suicídio (8, 14, 15, 18, 20, 24, 25, 26, 29) e, dentre estes, dois especificamente com veteranos militares (15, 20) e um com pacientes rurais (14); três investigações se deram com usuários com transtorno de ansiedade/depressão (9, 21, 23); dois estudos foram direcionados a adolescentes (17, 32); homossexuais (31), veteranos militares (19), portadores de tuberculose (4) e usuários de drogas ilícitas (22) apareceram com um estudo cada; e os oito estudos restantes que completam este grupo abordaram a comunidade de forma geral (2, 3, 5, 10, 11, 28, 30, 34).

Caracterizando o segundo grupo, dentre os profissionais estudados, observou-se que quatro destes contemplam exclusivamente os médicos atuantes na APS (6, 7, 12, 13); um cita os profissionais da APS sem destacar seu enquadramento profissional (16); os enfermeiros (35), os profissionais da saúde mental (1), os diretores da saúde pública (27) e ainda os profissionais de saúde escolar (33) aparecem com um estudo cada.

Na **Tabela 2** apontamos a subdivisão dos artigos mediante agrupamento por proximidade de objetivo proposto:

Tabela 2 – Distribuição da amostra por objetivo principal do estudo – SC, Brasil, 2017.

Objetivo principal	Número de artigos
Avaliar a prevalência de comportamento suicida entre pessoas que utilizaram a APS	13
Descrrever/avaliar a eficácia de prevenção/detecção de pessoas com comportamento suicida na APS	12
Identificar perfil/fatores de risco ou proteção de pessoas que utilizaram a APS com comportamento suicida	10
Total	35

Fonte: Elaborada pela autora desta pesquisa (2017)

Desta subdivisão, quanto ao objetivo principal, trazemos algumas particularidades:

- Dentre os 13 artigos do primeiro grupo, que estudaram pacientes, cinco abordaram pessoas com diagnóstico de depressão (3, 9, 10, 21, 26), três incluíram a comunidade em geral (11, 30, 34), aparecendo ainda pessoas com tuberculose (4), os usuários de drogas ilícitas (22), os usuários de drogas psicotrópicas (28), os veteranos militares (19) e processo de auditoria de suicídios (27) com um estudo cada;

- No segundo grupo, que estudaram profissionais, foram identificados sete artigos direcionados aos profissionais de saúde da APS (1, 2, 6, 8, 13, 16, 33); apareceu, ainda, a eficácia no uso de questionário na detecção do comportamento suicida (7), o registro adequado da ocorrência (18), a investigação com adolescentes (12), veteranos militares (20) e a população em geral (35) com um estudo cada;
- No terceiro grupo, estão agrupadas quatro investigações com a comunidade de forma geral (5, 23, 29, 32), um com veteranos militares (15), um com comunidade rural (14), um com jovens (17) e três estudos que fizeram comparações, sendo uma entre os diferentes gêneros e sexualidade (31), outra diferenciando os pacientes que efetivaram o suicídio dos que sobreviveram ao ato (25) e a terceira apontando distinções entre grupos de jovens em relação aos idosos (24).

Por fim, dentre os resultados e conclusões descritos nos artigos selecionados, observou-se consensos quanto à magnitude da problemática “comportamento suicida” e a necessidade em ampliar estudos sobre a temática em suas diversas vertentes com destaque à APS.

Observou-se, nas produções científicas, elevado número de pessoas com comportamento suicida que, de algum modo, são atendidas na APS, o que gera um ambiente com diversas oportunidades de aprimoramento da atuação e de iniciativas para intervir ao comportamento suicida. A APS é reconhecida, nesses estudos, como principal porta de entrada da pessoa em sofrimento, bem como para a detecção precoce e a prevenção desse agravo. Logo, essa situação evoca a necessidade de profissionais com disponibilidade de tempo, sensibilidade e preparo para identificar, iniciar e realizar gestão do atendimento adequado e com qualidade à pessoa com comportamento suicida (1, 2, 5, 10, 11, 13, 16, 18, 20, 23, 27, 30, 33).

Estudos (7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 34) indicam a alta prevalência de comportamento suicida nas pessoas que utilizam a APS. Uma das investigações (8) conclui ainda que, aproximadamente 90% das pessoas que morrem por suicídio procuraram ajuda nos profissionais da APS pouco antes da sua morte. Outro levantamento importante é quanto à dificuldade de avaliação, diagnóstico e tratamento resultante do desconhecimento quanto aos fatores de risco; ações e programas de prevenção por parte dos profissionais da APS, que por sua vez, reflete a necessidade da capacitação em saúde mental, e sinaliza que os modelos convencionais de oferta de serviços de saúde não alcançam às necessidades das pessoas e comunidade que enfrentam problemas psicossociais. (1, 7, 8, 13, 29, 35).

Contudo, os estudos envolvendo a atuação profissional de forma geral mostraram profissionais despreparados ou desamparados para exercer seu papel, dentre as causas foram citadas: falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho; falta de preparo ou conhecimento para identificar e atuar nas situações precoces; carência de uma rede de apoio/capacitação profissional; ausência de políticas, programas e iniciativas locais de prevenção ao suicídio (1, 7, 8, 10, 13).

Quanto aos estudos que focalizaram nas pessoas suicidas ou com ideação suicida que procuram a APS, constatado que essas pessoas apresentaram transtornos mentais, depressão, insônia, baixa escolaridade, traumas emocionais, doenças crônicas, história previa de comportamento suicida, declínio funcional e uso de drogas ou álcool (3, 4, 5, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 26, 32, 33). Entretanto, mais da metade das pessoas suicidas não possuíam diagnóstico fechado ou receberam atendimento adequado (3, 8, 15, 18, 30).

Quanto à população de risco, os estudos abordaram os veteranos de guerra, idosos, adolescentes, usuários álcool e outras drogas, moradores de áreas rurais e pessoas com opção sexual diferente da heterossexual. Dentre os estudos que abordaram a questão do gênero, as mulheres se sobressaem aos homens em tentativa de suicídio e prevalência de depressão. Todavia, os homens estão em maior número se considerar as tentativas que resultaram em morte (8, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 26, 29, 31, 32, 34).

De maneira geral, todos os estudos que abrangeram registros e auditorias sobre os casos de suicídio, apontaram o despreparo profissional para sua realização, resultando em notificações e índices que não evidenciam ou correspondem a realidade. Diversas situações não são registradas, em especial as tentativas de suicídio, e mais da metade possuem alguma inconsistência ou discordância nos dados (18, 27, 34).

Algumas recomendações são sugeridas, dentre elas: a necessidade de se pensar em estratégias de detecção e identificação ao comportamento suicida na amostra comunitária que não procura as instituições de saúde (11); ampliar e aprofundar estudos para estabelecer fatores que possibilitem a atenção adequada e contínua à pessoa com comportamento suicida na APS (13, 15, 20); a necessidade de capacitação/especialização contínua dos profissionais atuantes da APS preparando-os para enfrentar os desafios relacionados com tratamento ao comportamento suicida, bem como identificar grupos de risco e adaptar a atual prestação de serviços à necessidade de cada pessoa em sofrimento são essenciais para reduzir as taxas de suicídio (24, 25, 30, 34).

DISCUSSÃO

A temática “comportamento suicida” possui dados significativos e sua abordagem em investigações científicas vem crescendo. Entretanto, mesmo considerando particularidades na estruturação e oferta dos serviços de saúde pelo mundo, pode-se afirmar que a APS tem o universal e irrefutável papel de identificação e prevenção ao comportamento suicida, bem como aos fatores biopsicossociais geradores de sofrimento.

Por estar inserida na comunidade, a APS ocupa uma posição privilegiada em decorrência da proximidade com as famílias, e considerada como ponto promissor de ações de prevenção e enfrentamento às altas taxas de comportamento suicida (BOTEGA, 2015). Contudo, constata-se que há uma lacuna do conhecimento com relação a estudos que discutam estabelecer fatores que possibilitem a atenção adequada e contínua à pessoa com comportamento suicida, suas famílias e comunidade (13, 15, 20).

As pesquisas com o objetivo de identificar prevalência e fatores de risco representam mais da metade do quantitativo das investigações publicadas, o que pode representar a necessidade de investir em conhecimento da problemática. Nessa perspectiva, é literalmente um fenômeno universal e multifatorial, que ocupa lugar de destaque entre as principais causas de morte, e necessita de um cuidado multidisciplinar, a fim de que, todo ser humano vulnerável tenha a possibilidade de encontrar um novo sentido para sua existência e reconhecer o valor da vida (OMS, 2014; WUNSCH et al., 2016).

A vulnerabilidade do ser humano frente ao sofrimento psíquico, bem como a incompatibilidade entre o sofrimento e as realizações do ser humano em tempos pós-modernos pode levar a pessoa ao desespero e a escolha da morte (WUNSCH et al., 2016).

Independente de sua motivação, o comportamento suicida possui significativo impacto social e econômico considerando a utilização dos serviços de saúde e os efeitos psicológico e social sobre a pessoa e seus familiares. Compõe um impactante problema de saúde pública que expressou no ano de 2002, um ônus global de 1,4% por incapacitações trazidas pelo ato suicida, sendo estimado para o ano de 2020 o alcance de 2,4% (BRASIL, 2006; OMS; 2014; BOTEGA, 2015).

Mediante impacto mundial evidenciado pela problemática “comportamento suicida”, a OMS aprovou em 2013 o primeiro Plano de Ações em Saúde Mental possuindo em meio as suas propostas a prevenção do suicídio, que por sua vez, contempla dentre seus objetivos principais a redução em 10% da taxa de suicídio global até 2020. Para tal, prevê a necessidade de desenvolver e implementar estratégias focadas em grupos vulneráveis com base no contexto local

(OMS, 2013; OMS, 2014). Indica que um dos componentes para o alcance deste objetivo é a oferta de programas de treinamento e educação permanente aos profissionais da APS e capacitando-os para a identificação e tratamento de pessoas vulneráveis (OMS, 2013; OMS, 2014).

Em concordância aos artigos considerados em nossa investigação, a OMS reforça que um grande número de pessoas que morreram por suicídio procuraram ajuda nos serviços de APS pouco antes de concretizar o ato, e considera que, para a efetiva prevenção e redução das taxas de suicídio, se faz imprescindível uma adequada formação profissional que deve ocorrer de forma contínua e considerar fatores de risco regionais para capacitar e sensibilizar quanto à identificação e atuação frente à cada caso (OMS, 2014).

Os processos de intervenção ao comportamento suicida dos profissionais na APS demandam atuação em concepção ampliada, interagindo com os diferentes campos do conhecimento (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017). Contudo, nesta investigação, pode-se detectar a dicotomia evidenciada entre a necessidade de atuação especializada e o despreparo apresentado pelos atuais profissionais da APS no enfrentamento ao comportamento suicida (1, 3, 7, 8, 10, 13, 15, 18, 24, 25, 30, 34). Nesse caso, mais da metade dos casos de depressão, transtornos mentais mais comuns dentre as pessoas com comportamento suicida, acabam sendo negligenciados e um dos motivos é a dificuldade por parte da equipe de atenção básica em diagnosticá-la (MOLINA et al., 2012; MADEIRA et al., 2013; COSTA, 2017).

O Plano de Ações em Saúde Mental destaca que o número de profissionais especializados é insuficiente para atender a demanda global, ou seja, apenas 36% das pessoas que vivem em países de baixa renda são cobertos; enfatiza, ainda, que os prestadores de cuidados de saúde mental que são treinados para intervenções psicossociais com abordagens não farmacológicas são ainda mais escassos, e que esta realidade é barreira importante a ser transposta para os cuidados apropriados às pessoas com transtornos mentais (OMS, 2013).

A OMS no Plano de Ações em Saúde Mental 2015-2020 reconhece que os cuidados em saúde mental na APS têm exercido um papel limitado. Mesmo assim, sinaliza que esta situação vem mudando gradualmente e que o fortalecimento dos recursos humanos no campo da saúde mental em especial da APS deve ser considerado como componente chave na melhoria da capacidade de resposta de serviços de saúde, para os quais programas regulares de educação permanente de seus profissionais são essenciais (OMS, 2014a).

Por fim, uma das barreiras para o desenvolvimento e formulação de estratégias e programas está à escassez de informações quanto ao número de tentativas de suicídio e suicídios.

Em muitos países, os dados são difíceis de obter ou até inexistentes, ou seja, faz-se necessário um sistema de informação com dados que representem a realidade; e processado por profissionais interessados e qualificados forneçam dados legítimos (OMS, 2014a). Diversas situações não são registradas, em especial as tentativas de suicídio, e mais da metade possuem alguma inconsistência ou discordância nos dados (18, 27, 34).

Afirma-se o relevante papel da APS para o sucesso do plano de redução das taxas de comportamento suicida, para tal, se faz necessário à ampliação de pesquisas quanto à abordagem de seus profissionais, impulsionando mudança na formação e educação permanente, capacitando os profissionais da APS e tornando-os mais sensíveis e preparados para abordagem às questões envoltas ao comportamento suicida.

Como limitação deste estudo apontamos as distintas denominações e estruturações da APS pelo mundo, o que exige mais cuidado no apontamento das similaridades quanto aos levantamentos, ações ou estratégias descritas nos estudos considerados nesta investigação.

CONCLUSÃO

A revisão integrativa da literatura possibilitou traçar o panorama do que vem sendo pesquisado e publicado no mundo sobre comportamento suicida e a sua relação com a APS, além de mostrar os caminhos promissores para novas investigações.

O número de pesquisas abordando a temática proposta vem crescendo, entretanto existem lacunas importantes a serem preenchidas. Existe a tendência quantitativa em se identificar o perfil, a prevalência e os fatores de risco das pessoas acometidas por comportamento suicida, contudo evidenciado a carência de estudos com enfoque na atuação profissional em saúde mental na APS, em especial no enfrentamento ao comportamento suicida.

Os profissionais que atuam na APS, pesquisados pelos estudos, são pontos privilegiados de inserção na comunidade, mostram-se despreparados e/ou desamparados para exercer o importante papel de prevenção ao comportamento suicida, seja por falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho, falta de preparo ou conhecimento, falta de capacitação profissional, carência de uma rede de apoio e/ou ausência de políticas, programas e iniciativas locais de prevenção ao suicídio.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos que enfoquem a identificação e o desenvolvimento de estratégias eficazes de sensibilização e capacitação dos profissionais da APS para que estes atuem na detecção e intervenção precoce ao comportamento suicida, e assim,

agindo na redução de danos e colaborando com a redução dos índices mundiais de comportamento suicida.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neuri José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. **Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35749.PDF. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. **Institui diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio**. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 14 ago. 2006a.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 26 dez. 2011; Seção 1.

CONTE, Marta et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 8, p.2017-2026, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000800013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/13.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017. COSTA, Tarciana Sampaio et al. Intensidade e sintomas depressivos em usuários da estratégia saúde da família. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, Aracajú, v. 5, n. 3, p. 47-56, Jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/3521>. Acesso em: 30 jul. 2017.

DA COSTA, Crístoper Batista; SPIES, Pedro Canisio Spies. "Suicídio: a percepção familiar sobre aquele que deu fim à própria vida." **Rev. Psicologia em Foco**, Frederico Wesphalen, v. 6, n. 8, p. 78-95, Dez. 2014. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1573/1771>. Acesso em: 26 jun. 2017.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Research In Nursing & Health**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.1-11, fev. 1987. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770100103>. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100103/pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

MADEIRA, Thais Christina Sousa et al. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da Atenção Primária em Saúde. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 16, n. 4, p. 393-398, Out/Dez. 2013. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1895/762>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MALISKA, Maurício Eugênio; & WALLAUER, Alina. **Suicídio: um desafio para profissionais de saúde**. Florianópolis: Pandion, 2012.

MARÍN-LEÓN, Leticia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; BOTEGA, Neury José. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 32, n. 5, p. 351-359, Nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012001100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mai. 2017.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta Lopez et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Archives Of Clinical Psychiatry (são Paulo)**, [s.l.], v. 39, n. 6, p.194-197, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832012000600003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2017.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da; MOREÍ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; NUNES, Carlos Henrique Sancineto da Silva. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 911-920, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63050018024/>. Acesso em: 18 ago. 2017.

OLIVEIRA, Débora Aparecida Lentini de. **Práticas clínicas baseadas em evidências**. Especialização em Saúde da Família. Módulo Pedagógico. 2014, 53p. Disponível em: http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_Pr_ticas_cl_nicas_baseadas_em_evid_ncias.pdf. Acesso em: 06 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <http://www.crp11.org.br/suicidio.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Comprehensive mental health action plan 2013-2020**. Geneva: OMS, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 14 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plan of action on mental health 2015-2020**. Washington: OMS, 2014a. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30233&lang=en. Acesso em: 18 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf. Acesso em: 14 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: OMS, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_english.pdf?ua=1. Acesso em: 17 abr. 2017.

PEREIRA, Daphne R.; CORTEZ, Elaine A.. Sofrimento psíquico na equipe de transplante de medula óssea - uma revisão integrativa. **Medicina (ribeirão Preto. Online)**, [s.l.], v. 47, n. 2, p.104-111, 30 jun. 2014. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i2p104-111>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/84555>. Acesso em: 17 jun. 2017.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (são Paulo)**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 20 jul. 2017.

VARNIK, Peeter. Suicide in the World. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.760-771, 2 mar. 2012. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph9030760>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367275/>. Acesso em: 20 maio 2017.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.175-187, jan. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

WERLANG, Blanca Susana Guevara. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 8, p.1955-1957, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000800003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/03.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 52, n. 5, p.546-553, dez. 2005. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 10 maio 2017.

WUNSCH, Vera Lúcia et al. Bioética, teologia e saúde mental: diretrizes de cuidado e prevenção do suicídio. **Revista Iberoamericana de Bioética**, [s.l.], n. 2, p.01-15, 11 out. 2016. Universidad Pontificia Comillas. <http://dx.doi.org/10.14422/rib.i02.y2016.010>. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7341/7182>. Acesso em: 18 ago. 2017.

5.2 MANUSCRITO 2: REDE DE ATENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

REDE DE ATENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SUICIDE BEHAVIOR CARE NETWORK: PRIMARY HEALTH CARE PROSPECTS AND CHALLENGES

Resumo: A pessoa com comportamento suicida encontra na Atenção Primária a Saúde o acesso para lidar com seu sofrimento. O acolhimento e a abordagem profissional requerem especificidades para um cuidado integral e longitudinal. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com profissionais da Atenção Primária à Saúde. Os dados foram organizados com auxílio do software ATLAS.ti 7.5.6 e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Emergiram três categorias: Identificação do comportamento suicida; Avaliação de risco e o manejo do comportamento suicida; Barreiras e dificuldades de articulação da rede. A pessoa com comportamento suicida acessa a rede principalmente pelo acolhimento. A escuta acolhedora e a atuação multiprofissional contribuem para o diagnóstico situacional e avaliação/formulação do risco de suicídio, priorizando as ações, definindo manejo e fluxo na rede. Dentre as barreiras identificadas estão: identificação do comportamento suicida não verbalizado; dificuldades de acesso/articulação dos serviços; subnotificação; ausência de matriciamento; sobrecarga de trabalho; incipiência nas ações de promoção/prevenção/educação e grupos terapêuticos. Tais barreiras afirmam descompasso entre oferta e demanda em saúde mental, frágil integração entre os serviços e dificuldades de acesso à rede, realidade que possui potencial transformador considerando diretrizes terapêuticas e políticas indutoras elaboradas localmente e colaborada globalmente. **Considerações finais:** A atenção ao comportamento suicida necessita de uma rede estruturada, com capacidade técnica de avaliação e cuidado acolhedor, que invista na Educação Permanente e inclua a sociedade em seus debates para a organização coletiva e formulação de Políticas Públicas Municipais de Saúde Mental.

Descritores: Suicídio. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde mental. Políticas Públicas de Saúde.

Abstract: *The person with suicidal behavior finds access to deal with their suffering in Primary Health Care. Reception and professional approach require specificities for integral and longitudinal care. Method: Qualitative study, accomplished with professionals of Primary Health Care. The organization of the data was based on the software ATLAS.ti 7.5.6 and submitted to content analysis. Results: Three categories emerged: Suicidal behavior identification; Risk assessment and management of suicidal behavior; Network articulation barriers and difficulties. The person with suicidal behavior accesses a network mainly through the reception. The welcoming listening and the multiprofessional performance contribute to the situational diagnosis and assessment / formulation of the suicide risk, prioritizing the actions, defining management and flow in the network. Among the identified barriers are: identification of non-verbalized suicidal behavior; difficulties in access / articulation of services; underreporting; absence of matricial support; work overload; incipience in actions of promotion / prevention / education and*

*therapeutic groups. These barriers affirm the unbalance between supply and demand in mental health, integration of services and difficulties in accessing the network, reality with transformative potential considering therapeutic guidelines and inductive policies elaborated locally and collaborated globally. **Final Considerations:** Attention to suicidal behavior requires a structured network, with technical capacity to assess and careful welcoming, investing in Continuing Education and include society in their debates to the collective organization and formulation of Municipal Public Policy of Mental Health.*

Keywords: *Suicide. Primary Health Care. Mental health services. Public Health Policy.*

INTRODUÇÃO

O suicídio desde o século XVII e ao longo deste período recebeu as mais distintas representações. No presente, sua discussão é abordada em todas as culturas, constituindo um ato complexo e multicausal, cuja ideia central está relacionada com a busca da própria morte (ABP, 2014; BOTEGA, 2015; UFMG, 2019).

A complexidade do suicídio se dá pela implicação e interação de fatores psicológicos, biológicos, culturais, sociais, ambientais e situacionais que se acumulam ao longo da história pessoal. Por este motivo, o suicídio não deve ser abordado de forma causal, resultado de um acontecimento isolado na vida do sujeito, mas sim como o epílogo para uma série de eventos ou condições (OMS, 2012; ABP, 2014; BOTEGA, 2015; UFMG, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o suicídio como um grave problema de saúde pública global, sendo responsável por 800 mil mortes todos os anos. A cada 40 segundos, uma pessoa se suicida no mundo. Nas Américas, registram-se mais de 81 mil óbitos por suicídio a cada ano. No ranking mundial, o Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, sendo que em 2016 alcançou o total de 13.467 mortes (OMS, 2019).

Neste estudo adotamos o termo comportamento suicida por este compreender, para além da intenção e do ato consumado, os pensamentos, as ameaças, os gestos e as tentativas. Não é possível prever quem, como e quando irá acontecer, pois não há uma vítima típica, mas considerando a possibilidade de intervenção e manejo ao comportamento suicida, mortes podem ser evitadas por meio de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006a; OMS, 2012; ABP, 2014; OMS, 2014a; BOTEGA, 2015; SILVA e SANTOS, 2017; SCAVACINI, 2018).

Todavia, manejar o comportamento suicida solicita distintas abordagens e requer conhecimento técnico-científico, sensibilidade, compreensão, empatia e respeito unindo-se na oferta de um cuidado profissional, ético, humano e solidário. O primeiro passo para a intervenção ao comportamento suicida e prevenção do suicídio se dá pela identificação da pessoa acometida

ou grupo de risco, tal tarefa requer profissionais de saúde atentos e minimamente aptos a reconhecerem os sinais/indicativos e se disponibilizarem a reduzir os fatores de riscos envolvidos (ABP, 2014; BOTEGA, 2015; SILVA e SANTOS, 2017; SCAVACINI, 2018; UFMG, 2019).

Os principais fatores de risco e sinais envoltos ao comportamento suicida são: tentativa de suicídio prévia; história familiar de suicídio; isolamento social; doença psiquiátrica ou doença física crônica, limitante ou dolorosa; abuso de álcool e outras substâncias; distúrbios de ansiedade ou depressão; automutilação; dentre outros. Frente aos sinais, uma abordagem calma, aberta e sem julgamentos é essencial para promover a comunicação. A maneira mais apropriada de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar (BRASIL, 2006a; BOTEGA, 2015).

Segundo Botega (2015), mediante a intuição a respeito de um risco de suicídio ou detecção do comportamento suicida o profissional deve interromper a passividade da conversa e focalizar em responder à seguinte pergunta: “Qual o risco de ele vir a se matar?”. Esta resposta virá por meio de uma avaliação e formulação do risco de suicídio, segundo a possibilidade de ocorrência de suicídio ao longo do tempo e os aspectos clínicos mais relevantes (BOTEGA, 2015, p.134).

A formulação do risco de suicídio deve ser embasada por uma avaliação criteriosa que considere a combinação de parâmetros ligados à personalidade, ao estado mental e a dinâmica familiar do paciente estabelecendo um julgamento clínico e cuidadoso (BOTEGA, 2015). Esta formulação ou classificação de risco de suicídio pode ser realizada sob diversos modelos, na literatura frequentemente utiliza-se três graduações: baixo, médio e alto, tal como abordado no protocolo de risco suicida da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) (SANTA CATARINA, 2015). Neste estudo optou-se pela proposta de Botega (2015), que por sua vez, considerou o manual dirigido a profissionais da equipe de saúde mental, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, que também contempla a avaliação em três dimensões, porém denomina estas como: baixo, moderado e alto (BOTEGA, 2015).

Neste contexto, é classificado como risco baixo quando as ideias de suicídio são passageiras; o transtorno mental, se presente, apresenta sintomas bem controlados; possui boa adesão ao tratamento, apoio e vida social; e não existe tentativa prévia ou plano suicida. O risco moderado se constitui quando existe história de tentativa prévia; as ideias de suicídio são persistentes; tem transtorno bipolar ou depressão; não tem plano suicida ou abuso/dependência química; não é uma pessoa impulsiva; e conta com apoio social. É considerado com risco alto quando há tentativa de suicídio prévia; tem plano definido, acesso aos meios e já tomou

providências para o ato; apresenta desespero e tormento psíquico intolerável sem perspectiva de saída; apresenta depressão grave e abuso/dependência de álcool (BOTEGA, 2015).

Esta proposta de avaliação reúne e pondera várias informações compondo tarefa clínico-avaliativa, embasada cientificamente, entretanto não possui formula simples ou escalas que possam fazer a estimativa com precisão, mas tem como principal vantagem de direcionar o manejo clínico e colocar ações terapêuticas em ordem de prioridade (BOTEGA, 2015). O grau de risco não se refere a probabilidades, tão pouco é estático, carece de reavaliações sequenciais para sua atualização perante o quadro clínico e momento específico. Conhecer as variáveis que potencializam as chances do suicídio é essencial para estar alerta aos casos de risco e atuar de forma efetiva (BOTEGA, 2015; UFMG, 2019).

No Brasil, a pessoa com comportamento suicida deve encontrar acesso e atendimento público no Sistema Único de Saúde (SUS), que se articula no formato de rede. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos dos serviços de saúde com distintas densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, focando na integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Destarte, a pessoa com comportamento suicida, ao acessar um serviço, deverá ser acolhida e avaliada em suas queixas, cujo fluxo do que fazer caberá a cada lugar e instituição.

O objetivo da RAS é a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, para a oferta do cuidado contínuo, de qualidade, responsável, humanizado e integral. A lógica é ampliar o acesso aos serviços de forma equânime, com eficiência econômica e eficácia clínico-sanitária a todo cidadão brasileiro para que cada instituição possa ofertar o melhor cuidado possível à pessoa com comportamento suicida (BRASIL, 2010).

A RAS apresenta uma proposta de portas de entrada no sistema sanitário, dentre elas a Atenção Psicossocial. Nesta lógica, em 23, de dezembro de 2011 surge a Portaria nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o cuidado uma população específica, dentre estes, as pessoas com comportamento suicida. Em 2017, teve alguns aspectos alterados pela Portaria Nº 3.588 de 21, de dezembro de 2017 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017a).

A RAPS recomenda a integração, articulação e efetivação dos serviços. O objetivo é garantir o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado prestado mediante acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências com a articulação dos serviços e níveis de atenção à saúde sendo composta por serviços e equipamentos variados (BRASIL, 2011).

No contexto da Atenção Psicossocial, a Atenção Primária à Saúde (APS) se articula como um dos principais componentes para a prevenção ao comportamento suicida, isto porque é porta

de entrada e centro de comunicação da RAS e da RAPS. A APS tem valor estratégico devido à inserção territorial, proximidade e vínculo com os usuários que propiciam a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e/ou comportamento suicida na população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2010; SOALHEIRO, 2017).

A APS deve oferecer um olhar ampliado e cuidadoso, além da escuta para a detecção e o manejo mais adequado ao comportamento suicida; conhecer os fluxos estabelecidos na rede de serviços e garantir sua articulação buscando a integralidade e continuidade do cuidado (SMS-RJ, 2016; SOALHEIRO, 2017). Desta forma, a APS torna-se vital e necessita de profissionais sensibilizados, engajados e preparados para realizar ações efetivas frente às pessoas com comportamento suicida (ABP, 2014; SOALHEIRO, 2017).

Ainda assim, mesmo tendo sido considerada temática relevante para as estratégias preventivas, de detecção precoce e de tratamento ao comportamento suicida estudos revelam que investigações sobre os cuidados ao comportamento suicida no contexto da APS são raras e pouco robustas (BROOK et al., 2012; MAGALHÃES et al., 2014; STORINO et al., 2018; SOALHEIRO, 2017).

Destarte, conhecer as atitudes dos profissionais com relação ao comportamento suicida é fundamental, pois além da compreensão sobre o suicídio, a real disposição da equipe em acolher esses pacientes, pode influenciar de forma significativa a prevenção, a procura e a continuidade do cuidado e tratamento (MAGALHÃES et al., 2014; STORINO et al., 2018).

Seguindo na lógica do atendimento em rede preconizado pelo SUS, a gestão do cuidado ao comportamento suicida caracteriza-se como um desafio para os profissionais da APS e, sendo assim: como se dá a rede de atenção à pessoa com comportamento suicida na APS de um município catarinense? Nesta direção, justifica-se a pertinência da realização desta pesquisa cujo objetivo é analisar a rede de atenção à pessoa com comportamento suicida na perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde em um município catarinense.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, desenvolvida na APS de um município catarinense que possui quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma Equipe de Saúde Mental e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que juntos cobrem 100% da população municipal. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com sede em Timbó é regionalizado e atende a população dos municípios de Timbó, Doutor Pedrinho, Benedito Novo e Rio dos Cedros.

Os participantes do estudo foram todos os profissionais de nível superior atuantes na APS, incluindo gestão municipal de saúde sendo esta composta por secretário de saúde e coordenação de atenção básica. Constituíram os critérios de inclusão: estar alocado de forma fixa na APS municipal por no mínimo seis meses; e prestar assistência à saúde das pessoas com comportamento suicida, critério verificado no momento da realização da coleta dos dados.

A coleta dos dados aconteceu no período de agosto a setembro de 2018 após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Constituiu-se por entrevistas semiestruturadas com 19 profissionais descritos no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Descrição dos profissionais participantes do estudo.

Formação	Cargo de atuação no município	Tempo atuação	Carga horária	Idade
Administração	Secretário de Saúde e Assistência Social	4 anos	40 horas	37 anos
Serviço Social	Assistente Social do CREAS Assistente Social do NASF Assistente Social da Saúde Mental	5 anos	35 horas	36 anos
Odontologia	Dentista da ESF	2 anos e 4 meses	40 horas	38 anos
Enfermagem	Coordenadora da APS Coordenadora do NASF	7 anos e 4 meses	35 horas	36 anos
Enfermagem	Enfermeira da ESF Enfermeira da Saúde Mental	10 anos	40 horas	39 anos
Enfermagem	Enfermeira da ESF	9 anos	40 horas	32 anos
Enfermagem	Enfermeira da ESF	2 anos	40 horas	27 anos
Enfermagem	Enfermeira da ESF	13 anos	40 horas	38 anos
Farmacêutica	Farmacêutica da Secretaria de Saúde Farmacêutica do NASF	7 anos	20 horas	36 anos
Farmacêutica	Farmacêutica da Secretaria de Saúde Farmacêutica do NASF	4 anos	20 horas	30 anos
Medicina	Médico Residente de ESF Médico da Saúde Mental	6 meses	60 horas	33 anos
Medicina	Médica da ESF Médica do NASF	1 ano e 9 meses	40 horas	28 anos
Medicina	Médico da ESF	1 ano	20 horas	24 anos
Medicina	Médica da ESF	2 anos	40 horas	47 anos
Medicina	Médica da ESF Médica Reguladora	4 anos e 6 meses	40 horas	31 anos
Medicina	Médico da ESF	1 ano	40 horas	53 anos
Nutrição	Nutricionista da Secretaria de Educação Nutricionista do NASF	2 anos e 6 meses	35 horas	26 anos
Psicologia	Psicóloga do NASF Psicóloga de Saúde Mental	12 anos	35 horas	36 anos
Psicologia	Psicólogo do NASF Psicólogo da Saúde Mental Psicólogo do CREAS	2 anos e 5 meses	20 horas	25 anos

Fonte: Elaborada pela autora desta pesquisa (2019)

Informa-se que a participante psicóloga, com carga horária de 35 horas, possui pós-graduação em saúde mental, sendo esta à nível de especialização.

As entrevistas foram aplicadas individualmente, com prévio agendamento e reserva de salas, gravadas e transcritas pela própria pesquisadora que solicitou validação de conteúdo a cada um dos participantes. O conteúdo validado foi importado para o software ATLAS Ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*), para auxiliar o processo de organização, estruturação do fluxograma do cuidado à pessoa com comportamento suicida e posterior discussão dos dados.

Realizou-se leitura flutuante, na qual foram identificadas as falas dos participantes que permitiram contextualizar e analisar a rede de atenção à pessoa com comportamento suicida. Concentrados nestes fragmentos realizou-se nova leitura, seguida da codificação consolidada através da criação de códigos (*codes*), nestes foram agrupados extratos (*quotations*) das entrevistas que amparavam cada um dos códigos e posterior exposição dos resultados.

Os resultados foram apresentados mediante agrupamento por similaridade de conteúdo dos oito códigos gerados em três categorias (*families*), sendo elas: Identificação do comportamento suicida; Avaliação de risco e o manejo ao comportamento suicida; Barreiras e dificuldades de articulação da rede.

Na discussão dos dados adotou-se como método a Análise de Conteúdo, que tem como objetivo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens, por meio da descrição do seu conteúdo. Este método prevê como critério metodológico a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2013).

Para tal, requer leituras atentas e exaustivas do conteúdo utilizado com o objetivo de construir uma visão geral e completa dos dados, buscando identificar e sistematizar as singularidades contidas no material explorado e agrupar elementos, ideias ou expressões formando conceitos teóricos, que podem ser apresentados por meio de categorias, e irão basear a análise da pesquisa (MINAYO, 2013).

O desenvolvimento do estudo atendeu aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). Primeiramente foi solicitado autorização para a instituição envolvida, após o aceite desta, o projeto de pesquisa passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob parecer nº 2.733.880 em 25/06/2018.

Fez-se uso do TCLE com duas vias, uma permanecendo com os sujeitos e outra com a autora do estudo. O anonimato dos participantes foi assegurado, sendo que estes foram

mencionados com o codinome S (letra) seguido do número 1 ao 19 (S1, S2, S3... S19). A distribuição dos números se deu de forma aleatória.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados nas três categorias que emergiram da organização e análise dos dados coletados, sendo elas: Identificação do comportamento suicida; Avaliação de risco e o manejo do comportamento suicida; Barreiras e dificuldades de articulação da rede.

Pontua-se no que se refere à caracterização dos 19 participantes da pesquisa, tivemos: um administrador; uma assistente social; uma dentista; cinco enfermeiras; duas farmacêuticas, seis médicos; uma nutricionista; e dois psicólogos. Dentre estes, 11 atuam nas ESFs, oito compõem a Equipe do NASF, cinco integram a Equipe de Saúde Mental e dois atuam na gestão da Atenção Básica em Saúde do município. Ainda que, quatro destes ocupam cargos em outras secretarias do município, sendo estas a Secretaria de Educação e de Assistência Social.

Para fins quantitativos sinaliza-se, no que se refere às equipes do NASF e da Saúde Mental, que os profissionais não são exclusivos para tal atividade e a carga horária é parcelada com outros espaços e funções de trabalho. O que diferencia o NASF da equipe de Saúde Mental é que o NASF está mais voltado para a promoção da saúde por meio da qualificação, ampliação, resolutividade e a integralidade das ações das equipes de ESF, enquanto a equipe de Saúde Mental está mais voltada para o cuidado, privilegia as ações preventivas, individuais e coletivas, constituindo uma rede de suporte para a ESF.

Identificação do comportamento suicida

No município pesquisado o fluxo de atendimento à pessoa com comportamento suicida na APS se inicia na respectiva UBS. A pessoa em sofrimento procura acolhimento realizado pela enfermeira da ESF em livre demanda, ou ainda tem sua vinda a UBS programada a pedido de um amigo ou familiar que relatou comportamento ou situação preocupante. É no acolhimento que o profissional identifica a queixa principal e segundo a gravidade do quadro inicia acompanhamento ou direciona a outro profissional de nível superior, este percurso é similar nas UBSs envolvidas.

O comportamento suicida não é identificado facilmente, necessita de investigação por parte dos profissionais que, ao serem procurados nas UBSs e identificarem marcas de automutilação ou distúrbios de comportamento, disparam as indagações. Alguns relatos são falados por familiares ou amigos, e outros necessitam da habilidade profissional para que o paciente fale, pois é difícil nominar o sofrimento.

A angústia muitas vezes é tão grande que a pessoa não consegue falar, muito menos nomear aquilo que ela está sentindo, temos que trabalhar de alguma forma. (S9)

Após o acolhimento pela enfermeira onde foram identificados indicativos de comportamento suicida, esta contata outro profissional. Assim, do acolhimento inicia-se o acompanhamento pela ESF com profissional médico e/ou enfermeiro, ou ainda pelo psicólogo do NASF caso coincida deste estar presente na respectiva UBS, estes atendimentos/consultas podem ser compartilhados conforme disponibilidade e necessidade dos profissionais. Os entrevistados relataram que as pessoas com comportamento suicida, quando identificados pela APS, apresentam um sofrimento severo, e por vezes, o pedido de ajuda vem após uma tentativa de suicídio.

Sendo assim, neste primeiro atendimento o profissional busca estabelecer vínculo e dar espaço para o paciente falar, expor suas aflições, investigar fatores de risco e de proteção envolvidos em cada caso.

O paciente é identificado pelas enfermeiras das UBSs e encaminhado para o serviço de saúde mental que faz a triagem inicial, esse primeiro atendimento pode acontecer no domicílio se necessário. (S15)

Ressalta-se que, nos casos onde se identifica a tentativa de suicídio, este atendimento deve incluir o preenchimento da ficha individual de notificação conforme determinado pela Portaria nº1271 de junho de 2014, que define a tentativa de suicídio e o suicídio como agravos de notificação compulsória imediata (até 24h) em todo o território nacional. No entanto, em oposição ao que é determinado, um participante desta pesquisa relatou aspecto relacionado à notificação dos casos de tentativa e suicídio cometidos no município.

Alguns mostram ou percebemos marcas pelo corpo. Quando me deparo com situações que caracteriza tentativa de suicídio comunico a vigilância epidemiológica sobre o acontecido. (S18)

A identificação do comportamento suicida o mais precocemente possível é tarefa complexa por envolver nuances profissionais, sendo vivenciada e desenvolvida com frequência na APS. Possui relevância por disparar o cuidado à pessoa em sofrimento e a avaliação com formulação do risco de suicídio direcionará o planejamento das ações terapêuticas e o manejo mais adequado para cada pessoa e o tipo de risco de suicídio enfrentado.

Avaliação de risco e o manejo ao comportamento suicida

O manejo ao comportamento suicida na APS se inicia com uma avaliação e formulação do risco de suicídio, nesta pesquisa dentre os termos mais citados para classificar os três estágios de risco de suicídio foram: leve, intermediário e grave. Na literatura encontra-se um alinhamento frágil e a ausência de um documento que padronize tal descrição. Logo, optamos por padronizar os termos como: baixo, moderado e alto respectivamente.

Desta forma, nos casos avaliados como risco baixo, ou seja, com ideias de suicídio passageiras sem plano suicida ou tentativa prévia, além da consulta com o profissional médico ou enfermeiro, é realizado o encaminhamento para o serviço de psicologia e em concomitante agendamento de retorno para acompanhamento intercalado e/ou compartilhado com a equipe do NASF e Saúde Mental do município para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Muitas vezes, quando chega para consulta já passou pela enfermeira então ela entra junto. Temos também os psicólogos! Sempre que necessário fazemos contato com a equipe do NASF e Saúde Mental, passamos o caso, acordamos manejo e acompanhamento. (S12)

Seguindo o fluxo, quando a avaliação classifica o tipo de risco como moderado, é adicionado às medidas implementadas ao risco baixo, o encaminhamento ao CAPS, onde o paciente receberá atendimento com a equipe do serviço e participará das atividades e grupos terapêuticos ofertados.

Ele ainda não sabia como, mas tinha o desejo. A médica chamou a enfermeira, manejamos em conjunto. Ficamos com ele um longo tempo, conversamos e tentamos entender porque ele estava pensando nisso, explicamos os caminhos que poderíamos ofertar, dentre eles o CAPS, ligamos para lá e conseguimos uma consulta para o mesmo dia [...]. Seguimos com acompanhamento na UBS em paralelo às do CAPS. (S11)

Por sua vez, o paciente que apresenta risco de suicídio avaliado como alto recebe atendimento compartilhado entre os profissionais disponíveis. E, mediante a gravidade da situação, buscam-se recursos para o paciente ter o amparo adequado. A possibilidade de suicídio iminente requer ações imediatas. Os profissionais envolvidos no atendimento realizam contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para transporte e encaminham para internação hospitalar em leito psiquiátrico de referência.

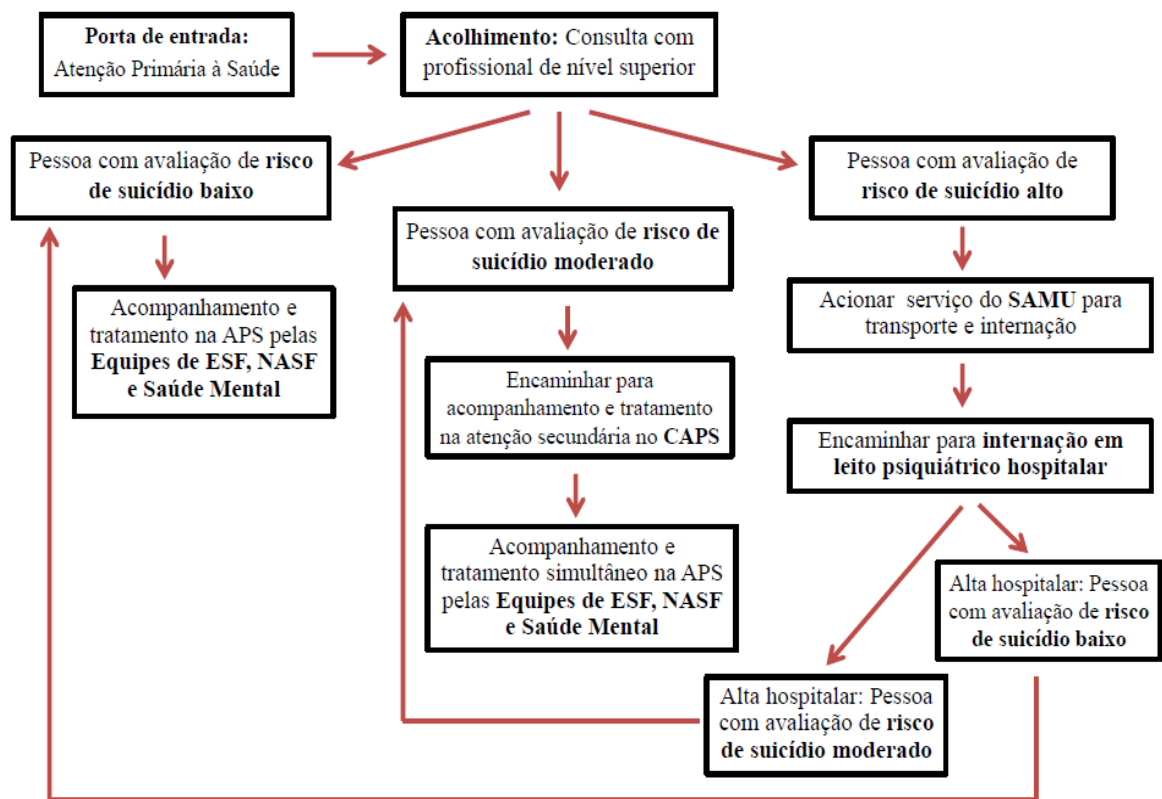
Quando as pessoas já estão em uma fase que necessitam de cuidados maiores, com avaliação de risco alto, o atendimento é feito sempre que possível pelo psicólogo em conjunto com outros profissionais que agilizam os contatos, chamamos o SAMU para o transporte e

encaminhamos para internação. (S15)

Quando esse paciente recebe alta hospitalar e retorna ao município para a UBS de origem, uma reavaliação quanto ao tipo de risco de suicídio é prontamente realizada pelo profissional de nível superior (médico, enfermeira ou psicólogo) disponível no momento e o cuidado se dá de acordo com a situação clínica e psicossocial que a pessoa se encontra. Desta forma, podemos dizer que o fluxo na rede é determinado pela avaliação do risco de suicídio.

Em síntese aos resultados obtidos nesta investigação, elaborou-se um fluxograma que representa o caminho percorrido na rede de atenção à pessoa com comportamento suicida construído a partir do entendimento dos profissionais atuantes na APS do município estudado, conforme **Figura 4**.

Figura 4 – Fluxograma do cuidado à pessoa com comportamento suicida.



Fonte: Elaborada pela autora desta pesquisa (2019)

Em que pese o fluxograma da rede do cuidado ao comportamento suicida, destaca-se a importância dos recursos que tornem esta rede atuante e conectada, que além de articular os profissionais e serviços, estabeleça também uma efetiva proteção com envolvimento e atuação da família, amigos e comunidade, sempre que possível, no apoio e amparo à pessoa em sofrimento.

A consistência desta rede, seja na vigilância ou apoio emocional, se mostra imprescindível para o sucesso no efetivo manejo ao comportamento suicida, bem como no enfrentamento de possíveis dificuldades ou barreiras encontradas no percurso terapêutico.

Barreiras e dificuldades de articulação da rede

Dos dados que permitiram desenhar o acesso e cuidado na rede de atenção à pessoa com comportamento suicida no município estudado, na perspectiva dos profissionais de saúde da APS, emergiram algumas questões e percalços para que a rede seja efetiva.

Salienta-se que a totalidade dos participantes manifestou dificuldade em atuar frente ao comportamento suicida, em especial à ausência de um protocolo ou diretriz para direcionar e padronizar as ações, ou algum documento orientador municipal. Além disto, sinalizaram a oferta incompatível com a demanda entre as UBSs e o CAPS, sendo que este é regionalizado, além de ter sede no município vizinho, dificulta o acesso e possui demanda além de sua capacidade.

Somando-se a demanda além da capacidade vivenciada pelo CAPS da região, relatou-se a incompatibilidade de agenda da equipe de Saúde Mental do município para concretizar atendimentos no domicílio e busca ativa para os pacientes que não compareceram as consultas.

Falta o desenho da rede no município! Ter determinado em caso de crise o que fazer. Tem um paciente que preciso atender agora, qual profissional posso chamar para ajudar, o que fazer com os atendimentos que tenho agendado? [...] Hoje não temos isso bem claro, estamos desfalcados de psicólogo e não temos para onde encaminhar psiquiatria, estamos sem porta de acesso, a única opção é o CAPS que tem os dias certos para fazer acolhimento, a gente quer fazer matriciamento e não consegue porque os dias que a nossa equipe de saúde mental está são os dias que o CAPS não recebe matriciamento! (S2)

Os entrevistados referiram negativas recebidas em alguns contatos com o SAMU e/ou na tentativa de conseguir leito para internação psiquiátrica, bem como a consequente sobrecarga da APS que necessita lidar com situações agudas, onde existe o risco iminente de suicídio, todavia tem horário de funcionamento limitado.

Um entrave é a falta da equipe exclusiva para saúde mental, se aparecer uma situação, precisamos desmarcar atendimentos. Enfrentamos ainda o déficit na estrutura do SAMU, no número de leitos para internação e no atendimento do CAPS que no nosso município é regionalizado. Se o CAPS ofertasse acolhimento suficiente para atender os municípios sob sua responsabilidade melhoraria muito. (S15)

Nas internações, estamos engatinhando! Nossa referência é o OASE.

Tínhamos dificuldade na época do IPQ que sempre dizia que o paciente era do município, agora o OASE informa que não tem estrutura para manter esse paciente lá, mas eles recebem verba para isso, é a referência! (S19)

Não temos uma rede de atenção secundária ou terciária eficiente, muitas vezes manejamos na ESF com o auxílio dos profissionais do NASF. Cada caso tem sua particularidade, alguns são mais complicados, especialmente quando a família do paciente não está presente/disposta para auxiliar no tratamento. O mais difícil é a sensação de desamparo, quando o paciente tem risco de suicídio e o hospital diz que não tem leito psiquiátrico vago; ou o CAPS não atende ao encaminhamento. É angustiante saber que o paciente precisa de tratamento a nível secundário ou terciário e não conseguimos. (S7)

Estas barreiras cotidianas e seu enfrentamento indicam o desafio da garantia de acesso ao serviço de saúde mais adequado para o momento, bem como a integralidade e continuidade do cuidado como direito de todo cidadão brasileiro segundo princípios do SUS.

No âmbito da continuidade do cuidado, nota-se a incipiência na comunicação entre os distintos serviços e pontua-se que a ausência da troca de informações ou devolutiva de atendimento pode estar contribuindo para a baixa adesão ao tratamento mencionado pelos profissionais.

Concretizar os encaminhamentos para a atenção terciária é bastante difícil. Eles não aceitam! A infraestrutura não é adequada para atender pacientes de saúde mental, eles ficam em enfermaria, sem área para atividades e terapia ocupacional. Além disso, não tem psiquiatra no hospital de referência. O CAPS também deixa a desejar, além de realizarem acolhimento em determinado dia da semana, não há equipe suficiente para suprir a demanda, o cuidado fica prejudicado. (S7)

Neste sentido, à nível municipal, os participantes da pesquisa sinalizaram também, como possível contribuinte para a baixa adesão das pessoas com comportamento suicida ao tratamento proposto, a limitação das ofertas e agendas dos profissionais da APS reflexo da sobrecarga de trabalho gerada pelo acúmulo de funções dentre as equipes de ESF, NASF e Saúde Mental.

Os profissionais referiram que as atividades nas distintas equipes não são desenvolvidas em uma única carga horária, e acreditam que a existência de profissionais com dedicação exclusiva e agenda privativa para as equipes de NASF e Saúde Mental poderia possibilitar o desenvolvimento destas ações, além de permitir inovações na saúde do município.

A oferta de serviços para saúde mental do município é insuficiente. Precisamos melhorar o número de consultas com especialista, aumentar

os atendimentos, os grupos e os serviços. O fato de não termos uma equipe de Saúde Mental e NASF com dedicação exclusiva fragiliza muito, uma vez que estes profissionais têm apenas algumas horas na semana para o desempenho da função, horas que são retiradas da ESF. Não conseguimos cobrir porque estamos falando dos mesmos profissionais alocados em duas ou até três equipes distintas e com carga horária única. (S18)

Por fim, os participantes reconhecem a incipiência da oferta de grupos terapêuticos e de atividades de educação e prevenção no município que envolva a temática do suicídio e suas nuances, e apontam a sobrecarga de trabalho como principal impedimento.

Admitem acreditar que, desmistificar o suicídio promovendo a informação e aumentando interação da comunidade com os serviços, além de fomentar sua prevenção aproximaria munícipes e profissionais e potencializaria a identificação precoce de novos casos. Constituindo desta forma, estratégia primordial para reduzir os índices de tentativa de suicídio e suicídio.

DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação mostraram que o acesso, a coordenação e a ordenação do cuidado às pessoas com comportamento suicida se dão na APS (BRASIL, 2017b). Ato contínuo ao acesso, o acolhimento ocupa um espaço importante na prevenção do suicídio por constituir um dispositivo que possibilita o encontro, a identificação e a abordagem específica para lidar com a pessoa com comportamento suicida. O acolhimento busca promover a adesão e um projeto com resolutividade, e isso exige intervenções profissionais com capacitação técnica e sensibilidade (MOURA et al., 2011; BRASIL, 2013; ABP, 2014; FIALHO, 2015).

Entretanto, estudo que investigou as ações de saúde mental realizadas por equipes da APS, constatou que, além do avanço na implantação do acolhimento nos serviços de APS no Brasil, as equipes de ESF não contam, no contexto do estudo, com profissionais capacitados para identificar vulnerabilidades, realizar avaliação e classificação de risco nesta parcela da população (DIMENSTEIN et al., 2018).

Em seu estudo Dimenstein et al. (2018) alerta ainda que, no contexto do acolhimento em saúde mental, predomina uma queixa de falta de capacitação por parte dos profissionais para avaliar os casos. Além disto, a agenda de 50% das equipes de ESF não incorpora atividades para pessoas em sofrimento psíquico e o planejamento do cuidado não satisfaz às necessidades regionais. Dentre as variáveis que incidem sobre esta realidade estão a falta do conhecimento por parte da APS quanto aos determinantes de saúde da sua área de abrangência, a inadequada oferta

de ações e vínculo frágil com os usuários (DIMENSTEIN et al., 2018).

Salienta-se que o caráter multiprofissional da equipe de ESF e a proximidade física com a população adscrita, estabelecem fator favorável para o acesso facilitado e a instalação do vínculo entre os profissionais da APS e os usuários do SUS. Ainda que, por possibilitar uma visão integral da pessoa em seu território, a APS tem um lugar central na atenção ao comportamento suicida (SCOREL et al., 2007; VABO et al., 2016; DIMENSTEIN et al., 2018).

Todavia, para que estes fatores, somados a prática do acolhimento impactem de modo adequado no cuidado ao comportamento suicida, os profissionais precisam estar preparados, pois a pessoa em sofrimento aparecerá, na maioria das vezes, sem aviso. Uma vez que a pessoa com comportamento suicida chegue a uma UBS o profissional da APS deve mostrar-se disposto a acolher, bem como capacitado para escutar e conversar com cautela e de maneira gradual (MOURA et al., 2011; ABP, 2014).

Neste âmbito, por um lado os participantes deste estudo reconheceram a função do acolhimento no cuidado à pessoa com comportamento suicida, por outro lado afirmaram dificuldades para identificar o comportamento suicida, em especial quando a pessoa não fala abertamente o que sente e, se não for devidamente abordada, não anunciará seu pedido de ajuda. Isto porque algumas pessoas apresentam comportamento ambivalente entre tentar ou não o suicídio, e a mensagem não é clara de qual pedido se trata. A avaliação admissional é o espaço para que a escuta vá além das queixas do corpo.

Estudos mostram que a possibilidade de o paciente se comunicar abertamente e sem julgamento ao profissional, desde o primeiro contato, possui valor terapêutico e o deixa mais calmo e seguro para falar. Quanto ao profissional, os estudos indicam que a postura ética frente à pessoa em sofrimento psíquico pode permitir que a pessoa fale o que está sentindo sobre a situação vivenciada (MOURA et al., 2011; ABP, 2014; BOTEAGA, 2015; VABO et al., 2016; DIMENSTEIN et al., 2018; ROCHA, 2019).

Dessa forma, o valor da escuta a pessoa, dos questionamentos que contribuam para um diagnóstico situacional, bem como de uma postura profissional de alguém que se importa e está ali para apoiar sem julgamento a pessoa com comportamento suicida são matizes a ser refletidas no contexto do estudo (MOURA et al., 2011; BOTEAGA, 2015; FIALHO, 2015; ROCHA, 2019; UFMG, 2019).

Destarte, a formação e, sobretudo, os processos de educação permanente em saúde, para os trabalhadores que vivenciam o cuidado em situações de crise suicida, apresentam-se como estratégias para a intervenção e demandam esforços conjuntos e contínuos dos distintos níveis de

gestão do SUS (MOURA et al., 2011; FIALHO, 2015; ABP, 2014; BOTEGA, 2015).

No entanto, alguns processos formativos do profissional da saúde não aprofundam a discussão sobre a morte como parte do seu processo de trabalho, como efeito, há um cenário de profissionais generalistas que se queixam do despreparo para atuar com pessoas com comportamento suicida (CABRAL; OLIVEIRA, 2018). Isto pode ser visto nos resultados deste estudo, a totalidade dos participantes expressou o sentimento de despreparo em lidar com pessoas com comportamento suicida, relatou procurar apoio em outro profissional da APS, em especial os profissionais da equipe de Saúde Mental do município, isto por acreditarem que estes são os mais preparados para intervir com a pessoa com comportamento suicida.

Estudos enfatizam a necessidade de melhorar o ensino e a educação permanente como estratégia para fortalecer a organização da rede de atenção à pessoa com comportamento suicida (GUTIERREZ, 2014; CABRAL; OLIVEIRA, 2018). De todo modo, o debate da educação em serviço se inicia no quanto o profissional possui interesse em lidar com esta demanda e se capacitar, o quanto este é estimulado em seu processo de trabalho, o quanto a gestão local promove recursos para este ampliar o cuidado prestado.

Sabe-se, também, que a educação permanente envolve a escolha paradigmática ou de referencial teórico metodológico no campo do comportamento suicida, estratégias e métodos de ensino-aprendizagem e formas de avaliação. Este cenário complexo o torna singular a cada realidade local, por isso os dados deste estudo indicam que é necessária a capacitação, mas a ser construída a partir e com as pessoas envolvidas no processo de cuidado profissional.

Entende-se que na perspectiva subjetiva o comportamento suicida é um processo cujo sofrimento se resolve pela morte. Assim, neste estudo, destacou-se a preocupação dos profissionais da APS, no primeiro contato, em estabelecer vínculo para que a pessoa possa falar e o profissional consiga identificar os fatores de risco e de proteção para ofertar o melhor projeto de cuidado possível. O primeiro contato possibilita a identificação do comportamento suicida e isso é o *start* para avaliar a situação permitindo ao profissional iniciar o manejo mais adequado (MOURA et al., 2011; ABP, 2014; BOTEGA, 2015).

Botega (2015) refere que uma abordagem verbal apropriada pode fazer com que o paciente sinta-se aliviado, acolhido e valorizado, fortalecendo a aliança terapêutica e propiciando uma fidedigna investigação quanto ao tipo de risco para o suicídio. Uma abordagem apropriada é singular a cada contato profissional-equipe-pessoa, quando ambos se escutam, quando a palavra faz efeito e muda a posição da pessoa sobre o que a faz sofrer. Uma vez acolhida, a classificação

do tipo de risco se dá pela avaliação clínica e formulação do risco de suicídio que, por sua vez, fundamenta a tomada de decisão e ordena a prioridade terapêutica (ABP, 2014; BOTEGA, 2015).

Com a compreensão de que a formulação do risco de suicídio orienta e prioriza as ações, os dados da pesquisa possibilitaram elaborar um fluxograma do cuidado à pessoa com comportamento suicida, apresentado na **Figura 4**, isto porque esta construção partiu de: as ações são determinadas pela identificação dos aspectos clínicos em cada pessoa; a formulação do risco de suicídio é o que delinea o percurso do paciente nos serviços com distintas complexidades ofertados pelo SUS, e sua rede.

Neste fluxograma, e em concordância com a literatura, inferimos que no manejo do paciente com uma avaliação de risco baixo de suicídio, o profissional da APS perpetua o acompanhamento; e por meio do vínculo estabelecido oferece apoio emocional para que este lide melhor com suas dificuldades. Para esse fim, durante todo o tratamento, a proximidade com o paciente deve ser mantida, quando possível; consultas regulares com reavaliação do risco são essenciais, bem como o envolvimento da equipe multiprofissional (ESF e NASF) e o profissional de saúde mental (BRASIL, 2006; MOURA et al., 2011; ABP, 2014; BOTEGA, 2015; CABRAL; OLIVEIRA, 2018; DIMENSTEIN et al., 2018; STORINO et al., 2018).

No contexto da APS do município estudado, o profissional de saúde mental está representado pelo quadro de profissionais da equipe da Saúde Mental municipal e não conta com atuação de médico psiquiatra. Desta forma, se identificado algum aspecto clínico mais grave, a ponto de determinar uma avaliação de risco de suicídio moderado, a conduta é encaminhar o paciente para o CAPS de referência, prolongar a escuta, além de fortalecer fatores de proteção e fazer um contrato terapêutico de não suicídio (MOURA et al., 2011; ABP, 2014; BOTEGA, 2015).

Este paciente deve ser atendido pelo serviço referenciado dentro do período estabelecido, período esse acordado dentro do pacto de não suicídio, acompanhamento e reavaliações constantes devem ocorrer em curto espaço de tempo e envolver toda a APS. Com o consentimento do paciente para mobilizar a família e os amigos, informa-se o necessário e se explica a situação formando a rede pessoal significativa (MORÉ, 2005; BRASIL, 2006; MOURA et al., 2011; ABP, 2014; BOTEGA, 2015; SMS-RJ, 2016; SOALHEIRO, 2017).

Por sua vez, se a avaliação definir o tipo de risco como alto, conforme a bibliografia e consoante com a prática exercida no município, o paciente deve ser considerado como uma emergência psiquiátrica. A possibilidade iminente de ocorrência do suicídio estabelece uma intervenção focal e rápida. É recomendado que o paciente não seja deixado sozinho, uma

aproximação plena e o distanciamento dos meios que possam contribuir com uma tentativa (MOURA et al., 2011; ABP, 2014; BOTEGA, 2015; CABRAL; OLIVEIRA, 2018; STORINO et al., 2018; UFMG, 2019).

A abordagem à pessoa com avaliação de risco de suicídio alto requer preparo e deve ser feita, quando possível, pelo psiquiatra ou profissional específico, pois o objetivo em curto prazo é manter o paciente seguro e reduzir o risco imediato; e em médio prazo a busca para mantê-lo estável. Caso o psiquiatra ou o profissional específico não esteja acessível, um profissional da saúde mental ou o serviço de emergência mais próximo pode ser acionado; o SAMU deve ser contatado mediante a necessidade de transporte e a pessoa encaminhada em ambulância ao pronto-socorro psiquiátrico de preferência (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; MOURA et al., 2011; ABP, 2014; BOTEGA, 2015; UFMG, 2019).

Nesta pesquisa os profissionais participantes relataram que as pessoas em crise suicida com avaliação de risco alto para o suicídio, encontram barreiras em alguns contatos com o SAMU e/ou tentativas de internação psiquiátrica em hospital de referência. Este fato, além de apontar o descompasso entre as demandas regionais e a capacidade dos serviços, concretiza um desafio sobre a garantia de acesso dos usuários, a continuidade da assistência, a articulação entre as ações e os serviços de saúde em rede proposta pelo SUS, direito de todo cidadão brasileiro.

Em que pese à avaliação do risco de suicídio, é importante problematizar quanto ao alinhamento teórico-operacional na formulação do risco de suicídio aplicada à pessoa em sofrimento em cada espaço de cuidado. Isto porque é essencial que a equipe da APS esteja habilitada para identificação e manejo das condições que envolvem o comportamento suicida, sensível para o reconhecimento dos sinais, queixas e apta para o diagnóstico situacional e a definição do tratamento adequado, quer no próprio serviço, com suporte das equipes matriciais, ou na implementação dos encaminhamentos necessários (MOURA et al., 2011). Esta interface desafia o coletivo por meio da efetivação de uma rede e é um desafio para os profissionais, gestores e políticas públicas.

É importante atentar que uma rede atuante e conectada para o cuidado ao comportamento suicida precisa, além de articular os profissionais e serviços, da construção de uma efetiva rede de apoio e amparo composta também pela família, amigos e comunidade; todos contatados para compartilhar a responsabilidade pelos cuidados com o paciente (MOURA et al., 2011; ABP, 2014; BOTEGA, 2015; SOALHEIRO, 2017).

A OMS destaca que os países com ações exitosas no enfrentamento ao suicídio utilizam estratégias que envolvem setores diversos tais como imprensa, educação, saúde, assistência social,

segurança pública, famílias, entre outras. Direciona ainda que, cada setor ou pessoa, desempenha um papel específico nas várias etapas de prevenção e controle ao suicídio; e que as ações conquistam melhores resultados quando feitas de forma combinada por meio de uma rede (OMS, 2007). A atuação de cada um, profissional ou não, é ampliado quando se estabelecem elos para as ações conjuntas, apoio, divisão de tarefas e troca de ideias (MOURA et al., 2011).

No domínio da atuação profissional, dentre as dificuldades quanto à articulação para uma efetiva rede no cuidado ao comportamento suicida no município estudado, foi citada ausência de um protocolo ou documento orientador. Isto significa que além de direcionar e padronizar as ações em saúde no município, poderia indicar estratégias para a atuação da APS frente às dificuldades nos encaminhamentos e conexão com os demais pontos da RAPS, reflexo da incompatibilidade entre a oferta dos serviços e a demanda em saúde mental existente na região investigada.

Nesse cenário, o efetivo cuidado em saúde mental na perspectiva de rede pede, sobretudo, diretrizes terapêuticas pautadas por ações contínuas e coordenadas com sólida articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, elaboradas localmente e colaborada globalmente. Entretanto, tal barreira não é exclusividade do município estudado, a maioria das equipes de APS do país atua com realidades sanitárias locais próximas a encontradas nesta pesquisa. Isto reflete que ainda é insuficiente o adequado atendimento às necessidades da população quanto à integração da saúde mental ao SUS (FIALHO, 2015; DIMENSTEIN et al., 2018).

A OMS alerta que as mudanças demográficas que os países vêm registrando desde as últimas décadas, geram uma demanda crescente por serviços da saúde, e que esta constância alarga gradualmente o distanciamento entre a necessidade e a disponibilidade de cuidados em saúde mental. Este fato indica a urgente necessidade de aumento no financiamento e na expansão dos serviços de saúde e saúde mental no Brasil (OMS, 2007).

Neste sentido, Fialho (2015) salienta que a implantação e o funcionamento de uma rede com serviços articulados e que atenda às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico, principalmente em condição de crise, depende da capacidade dos profissionais e dos serviços dessa rede em inovar a qualidade técnica, a equidade e a continuidade da atenção que deve constantemente se ajustar às demandas emergentes.

Na realidade estudada, constatou-se uma ausência de matriciamento entre as equipes da APS e do CAPS de referência, representando também uma frágil troca de informações entre os serviços, o que, por um lado, pode ser substituído por alguma inovação e, por outro lado, as políticas ministeriais são frágeis em sua execução no município. O matriciamento é um

dispositivo que pode ser contactado nos casos de comportamento suicida, quanto um dispositivo clínico-pedagógico para as equipes de APS.

O matriciamento ou apoio matricial objetiva transformar a lógica dos sistemas de saúde baseada nos encaminhamentos, protocolos e centros de regulação (CHIAVERINI, 2011). É um modo de produzir saúde que favorece a integração entre distintas especialidades e profissões; visa o suporte técnico pedagógico de amparo e colaboração na construção coletiva dos Projetos Terapêuticos Singulares que tem como objetivo a assistência integral, continuada e individualizada (CHIAVERINI, 2011; MOURA et al., 2011; DELFINI; REIS, 2012).

A prática do matriciamento expande as ações aplicadas no processo de cuidado, uma vez que as equipes partilham responsabilidades, além de proporcionar a troca de saberes entre os distintos profissionais, aumenta as possibilidades para uma assistência humanizada por meio do trabalho dialógico, desconstruindo o modelo de cuidado voltado para a doença (MOURA et al., 2011; DELFINI; REIS, 2012).

Como justificativa por não praticarem o apoio matricial no município, frente sua relevância e benefícios, os participantes da pesquisa trouxeram o acúmulo de funções dentre as distintas equipes da APS (ESF, NASF e Saúde Mental), e referiram que um profissional opera dois ou até três cargos diferentes em uma única carga horária. Tal realidade é posta como geradora de sobrecarga de trabalho, bem como de frustração profissional, pois estes não possuem espaço em suas agendas para iniciar ações e estratégias incipientes no município.

Por esse mesmo motivo, os entrevistados explicam, ainda, que experimentam diariamente e dificuldade de encontrar estratégias para lidar com o desacordo entre a necessidade e a ausência das ações de prevenção e dos grupos terapêuticos para seus municípios, mais uma barreira a ser repensada para uma efetiva rede de prevenção ao comportamento suicida na região.

O desenvolvimento de ações de prevenção e educação, além de fundamentais para lidar com o comportamento suicida, também são de responsabilidade da APS. Para tal, incumbe à gestão municipal ponderar e reorganizar os processos de trabalho de acordo com a realidade local e possibilitando seu desenvolvimento (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017b, GARBIN et al., 2019). Logo, reflete-se a necessidade de que a rede de atenção ao comportamento suicida no município seja objeto de elaboração de uma política de Estado tendo em vista uma realidade com potencial a ser transformado.

No atual cenário de cuidado em saúde mental no Brasil, particularmente o das populações que vivem fora dos centros urbanos, como o local desse estudo, possuem uma estrutura assistencial não condizente com o padrão mínimo de cobertura determinado pela RAPS.

Experimentam uma frágil integração entre os serviços e dificuldades de acesso à rede, operando basicamente com os dispositivos da APS na atenção em saúde mental, pelo descompasso entre a oferta de cuidados e as necessidades em saúde mental são denominados por alguns estudiosos como “vazios assistenciais” (BRASIL, 2015; LIMA et al., 2016; DIMENSTEIN et al., 2018; GARBIN et al., 2019).

Nesta ideia, estas brechas assistenciais podem, por um lado serem reforçadas quando se mantém o desalinhamento entre o saber e o fazer profissional e institucional, enquanto por outro lado é possível transformar esta realidade por meio de políticas indutoras que preveja cooperações ensino-serviço, políticas intersetoriais e envolvimento coletivo.

Em colaboração, extrai-se da RAPS em conformidade com a PNAB um direcionamento importante ao se pensar em uma efetiva rede de atenção ao comportamento suicida, trata-se da possibilidade e recomendação da condução de ações de prevenção e intervenção por meio de cooperação intersetorial, planejada por políticas neste âmbito que promovam, de fato, o cuidado e a ampliação da assistência e recursos humanos (BRASIL, 2011; GARBIN et al., 2015; BRASIL, 2017b; DIMENSTEIN et al., 2018; GARBIN et al., 2019; MARCOLAN; SILVA, 2019).

Na lógica das perspectivas e desafios para uma rede de atenção ao comportamento suicida, o MS afirma e reconhece através das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio o valor das intervenções de prevenção no arranjo de redes, incentiva o desenvolvimento e o compartilhamento de informações e recomenda a promoção da educação permanente das equipes de saúde como essencial para o alcance de melhores resultados (BRASIL, 2006a). Todavia, as diretrizes necessitam de estratégias de operacionalização, o que implica à cada realidade local formular sua política baseada nestes documentos indutores. Este “como fazer” é coletivo e se dá pelo engajamento político entre as partes envolvidas.

No cenário das estratégias eficazes para uma Rede forte na atenção ao comportamento suicida, em especial para os casos em que há tentativa de suicídio ou suicídio, deve ser realizada a notificação qualificada e as anotações éticas nos prontuários, estas estratégias são essenciais para o incremento das ações e programas de vigilância e prevenção do suicídio, por meio do levantamento e da disseminação de informação fidedigna quanto à magnitude do problema (MOURA et al., 2011; OMS, 2016).

Considerando que o enfoque das ações desenvolvidas pela APS emerge das demandas específicas de cada localidade, identificadas por meio de informações factuais e epidemiológicas, constatou-se nos dados desta pesquisa, que não foram identificados relatos quanto à notificação

dos casos de suicídio e/ou tentativa de suicídio, tão pouco foi citado o conhecimento por parte dos profissionais quanto a sua relevância.

Melo et al. (2018) afirmam ser de conhecimento dos profissionais de saúde que a realização da notificação é um encargo legal, e que estes utilizam como principal justificativa para o não cumprimento desta responsabilidade a falta de tempo, fruto da sobrecarga de trabalho gerada pelas organizações de saúde. Problematiza a ausência de penalidades, mediante a não efetivação da notificação, como fator contribuinte para o seu descumprimento (MELO et al., 2018).

A Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que determina a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, tornou agravo de notificação compulsória imediata em todo o território nacional o suicídio e as tentativas de suicídio tanto nos serviços públicos quanto nos privados (BRASIL, 2014b). Mesmo assim, somente 80 dos 183 países componentes da OMS, para os quais foram lançadas estimativas em 2016, possuíam dados de boa qualidade (OMS, 2019).

A OMS alerta que uma melhor vigilância originará relatórios mais concisos quanto ao progresso em direção às metas globais, pois são as informações geradas pelas notificações e pelo sistema de vigilância em saúde que formulam o perfil de morbimortalidade da população, subsidiam o planejamento e tomada de decisões quanto à formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde (GARBIN et al., 2019; MARCOLAN; SILVA, 2019; OMS, 2019).

A notificação, além de ser obrigatória a todo profissional, torna possível o monitoramento regular dos dados relativos ao suicídio e das tentativas de suicídio à nível local e nacional, que por sua vez, representa no plano de prevenção ao comportamento suicida o alicerce para estratégias nacionais eficazes e adequadas a cada realidade.

Marcolan; Silva (2019) realizaram estudo que investigou a realidade brasileira quanto ao comportamento suicida, e concluiu que as questões relacionadas à notificação abaixo da realidade são reais no Brasil e representam uma irregularidade que debilita o SUS no que se refere às ações de vigilância em saúde e as políticas de prevenção (MARCOLAN; SILVA, 2019).

Os dados desta pesquisa demonstraram que o cuidado a pessoa com comportamento suicida deve abordar, além de ações pontuais, ações educacionais, de saúde e sociais para um cuidado ético e integral de encontro à promoção da vida humana. Isto significa que aos profissionais e gestores cabe a organização, e o engajamento técnico-político para pensar um projeto que aprecie uma Política Pública Municipal de Saúde Mental e contemple uma Política Municipal de Atenção ao Comportamento Suicida. O projeto Político deve considerar os marcos

legislativos e regulatórios, os serviços necessários, a saúde mental na APS, os recursos humanos, a educação permanente e a relação intersetorial, pesquisas e avaliações permanentes (OMS, 2005).

Outra perspectiva e desafio como possibilidade para fortalecer a Rede de Atenção a Pessoa com Comportamento Suicida é a inclusão de apoiadores de Rede, proposta esta do MS, com vista à transversalidade entre as políticas e as práticas de saúde, por meio de relações cooperativas e solidárias entre os entes federados. Trata-se de uma forma de organização onde se compartilha interesses e objetivos, promove-se a cooperação e troca de recursos por meio da vinculação entre a gestão de políticas de um território e sua população em prol do bem-estar coletivo ampliando acesso, e respeitando os contextos locais e fomenta a regionalização e as redes de atenção (BRASIL, 2015a).

O MS preconiza três eixos que norteariam o trabalho do apoiador: 1) Modelo Operativo, 2) Educação Permanente, 3) Monitoramento e Avaliação da estratégia (BRASIL, 2015a). Esta proposta ministerial pode ser um recurso a mais que o município tenha para incluir em sua realidade local, tendo em vista que o apoiador de rede articula e fortalece os pontos de atenção, amarra as pontas de linhas para conectar as linhas de cuidado necessárias, dentre elas a da pessoa com comportamento suicida.

No que se refere às limitações deste estudo, afirma-se que a pesquisa qualitativa visa aprofundar o conhecimento a partir de um objeto estudado em um dado contexto e tempo, nesse sentido, na presente pesquisa, o aprofundamento foi realizado com profissionais de um município brasileiro com características singulares. Diante disso, esta pesquisa inova ao ser pioneira no contexto e local estudado, mesmo que o referido tema possua produções científicas nacionais e internacionais.

Além do exposto, faz-se necessário esclarecer que esta análise considerou o contexto político vigente no momento do seu planejamento, coleta de dados e análise dos dados, entretanto é de conhecimento público que o Brasil e o SUS vêm passando por diversas e constantes mudanças que devem ser consideradas em estudos futuros. Neste caso, estas mudanças caminham na contramão da consolidação da APS e conformam a precarização do processo de trabalho como um fato. Esta realidade sugere necessidade de militância e participação social para o enfrentamento a esta desconstrução para que as políticas de saúde respondam as necessidades e aos interesses da população (SANTOS; FLORÊNCIO, 2019; MAEYAMA et al., 2020).

O processo da Reforma Psiquiátrica que redefiniu o cuidado em saúde mental com a construção de novos paradigmas e uma política nacional de saúde mental fundamentada na desinstitucionalização, e que reordenou o modelo de atenção e instituiu a RAPS, por um lado, apontou um cenário seguro de cuidado em liberdade, com dignidade e com respeito aos direitos humanos. Por outro lado, o inverso, ações que o atual governo tem tomado, dentre elas, de retrocesso concretizado pela ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, pagamento de procedimento de eletroconvulsoterapia e reformulação na atuação do NASF (DANIELA STEFANO, 2019; LAURITO; ALVES, 2019; MAEYAMA et al., 2020).

Contudo, da mesma forma que as políticas sociais e de saúde foram sendo desmanteladas nesses últimos anos, elas podem passar por reformulações, por um novo governo que tenha como princípios a equidade, a proteção e inclusão social. Portanto, a defesa por um SUS universal e integral; uma APS abrangente; um cuidado em saúde mental em liberdade, com dignidade e, principalmente, com respeito aos direitos humanos é uma luta pela garantia de direitos sociais amplos, que em última análise se resume na luta em defesa da vida (DANIELA STEFANO, 2019; MAEYAMA et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da rede de atenção à pessoa com comportamento suicida na perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde do município foi alcançada na medida em que esta pesquisa descreveu a complexidade do objeto de estudo.

A partir da elaboração do fluxograma da Rede Municipal de Atenção ao Comportamento Suicida pode ser desvelado como se dá a tomada de decisões, manejo clínico e encaminhamentos na RAS, RAPS e PNAB. São os aspectos clínicos envolvidos em cada caso que determinam o manejo mais adequado e direcionam o percurso do paciente na rede por meio da avaliação e formulação do risco de suicídio. É o vínculo e a estreita aproximação entre os profissionais e seus pacientes que constitui a possibilidade para a identificação dos aspectos clínicos mais relevantes para a avaliação de risco do suicídio, tarefa complexa e realizada no município.

Quanto à articulação entre os serviços de saúde, foram identificadas barreiras em alguns fluxos e conexões, encaminhamentos e solicitações de transporte, resultado do descompasso entre a oferta e a demanda em saúde mental e de uma política de regulação de rede na região. Foi observada também a ausência de matriciamento, representando fragilidade na resolução dos casos e uma lacuna na execução de um dispositivo político ministerial no

município. Fato esse que pode ser revisto e discutido tanto pela gestão quanto pelo controle social do município.

Foi identificada uma incipiência quanto às ações de promoção, prevenção e atividades educativas para a comunidade em geral, bem como oferta de grupos terapêuticos à parcela da população foco do estudo. Sugere-se o envolvimento de outros setores como educação e assistência para o desenvolvimento dessas ações, movimento este, que demanda engajamento técnico-político e organização dos profissionais e gestores, além da mobilização e participação social, com vista na criação coletiva de um projeto que contemple uma Política Municipal de Atenção ao Comportamento Suicida.

Na lógica do desafio, indica-se a reflexão quanto a não notificação dos casos de suicídio e tentativa de suicídio, é de conhecimento público que são os dados epidemiológicos que direcionam os investimentos e as inovações segundo áreas temáticas e seus índices, a subnotificação mistifica os dados que poderiam contribuir com inovações no sistema público de saúde redirecionando as políticas.

A temática do suicídio é de tamanha complexidade que necessita da ampliação da discussão e conscientização sobre o tema, para além do estabelecimento de fluxos. Contudo, uma rede estruturada, com capacidade técnica de avaliação e cuidado acolhedor, que invista na Educação Permanente de seus trabalhadores e, inclui a sociedade em seus debates, tende a apresentar melhores resultados frente a situações adversas como a morte intencional.

O investimento em capital simbólico, tecnológico e inovador pode se refletir na organização entre os cidadãos para a formulação de Políticas Públicas Municipais de Saúde Mental que contemplem uma Política Pública Municipal de Atenção ao Comportamento Suicida e possa colaborar para uma vida com mais recursos para se viver.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. BRASÍLIA: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 08 set. 2019.

BOTEGA, Neuri José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia do apoio do Ministério da Saúde a estados e municípios**. Grupo de articulação do apoio do Ministério da Saúde. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, p. 10, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. **Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> e <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 05 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, dez. 2017a.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, jun. 2014b.

BRASIL. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. **Institui diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio**. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 14 ago. 2006a.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Poder Executivo. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, dez. 2017b.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 26 dez. 2011; Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 31 dez. 2010; Seção 1.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 12 dez. 2012a.

BROOK, Rachel et al. Mental health care for adults with suicide ideation. **General Hospital Psychiatry**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.271-277, jul. 2006. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.01.001>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834306000028?via%3Dihub>.

Acesso em: 08 out. 2017.

CABRAL, Milena Garcia; OLIVEIRA, Ilena Rafaela de Britto. A dissimulação é um dever quando a sinceridade é um perigo: o suicídio como busca do alívio. **Rev. Científico**, Fortaleza, v.8, n.37, p.01-21, Jan./Jun., 2018. Disponível em:

<https://revistacientifico.adtalembrasil.com.br/cientifico/article/view/328/353>. Acesso em: 14 nov. 2019.

CHIAVERINI Dulce Helena (org.) et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental.

Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 236, 2011.

Disponível em: <http://redehumanizaus.net/90969-guia-pratico-de-matriciamento-em-saude-mental/>. Acesso em: 13 set. 2019.

DANIELA STEFANO (São Paulo) (org.). **DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2019**: São

Paulo: Outras Expressões, 2019. 287 p. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/12/relatorio_dh_2019.pdf.

Acesso em: 28 mar. 2020.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.357-366, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000200014>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/14.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

DIMENSTEIN, Magda et al. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & Sociedad**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.70-85, 3 mai. 2018. Universidad Católica del Norte - Chile. <http://dx.doi.org/10.22199/s07187475.2018.0001.00004>. Disponível

em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755334>. Acesso em: 14 set. 2019.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 21, n. 2, 2007.

Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/>. Acesso em: 15 abr. 2018.

FIALHO, Marcelo Brandt. **Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental**. In: ZEFERINO, Maria Terezinha. Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental / Maria Terezinha Zeferino,

Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (org.). 4. Ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. A operacionalização do sus na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 2, p. 129-142, 26 ago. 2019.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021776>. Acesso em: 03 nov. 2019.

- GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 6, p.1879-1890, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2019.
- GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia Usp**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.262-269, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.
- LAURITO, Isabel Fuchs; ALVES, Joyce Martins e Luana. O desmonte da rede de atenção à Saúde Mental na era Temer-Bolsonaro: as principais conquistas da reforma psiquiátrica podem estar ruindo diante dos nossos olhos: As principais conquistas da Reforma Psiquiátrica podem estar ruindo diante dos nossos olhos. **Revista Movimento: Crítica, teoria e ação**, São Paulo, p. 01-01, fev. 2019. Disponível em: <https://movimentorevista.com.br/2019/02/o-desmonte-da-rede-de-atencao-a-saude-mental-na-era-temer-bolsonaro/>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- LIMA, Juliana Gagno et al. **Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde**. Novos Caminhos, N.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2016. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/07/NovosCaminho12.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.
- MAEYAMA, Marcos Aurélio et al. Política Nacional de Atenção Básica (2017): um golpe político-ideológico do capital. : um golpe político-ideológico do capital. **Inova Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 236-261, 16 mar. 2020. Fundação Educacional de Criciúma- FUCRI. <http://dx.doi.org/10.18616/inova.v9i2.4386>. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/4386/0>. Acesso em: 01 abr. 2020.
- MAGALHÃES, Claudia Antunes et al. Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.470-476, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022014000400008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/08.pdf>. Acesso em: 13 out. 2018.
- MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Rev. M.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, jan./jun. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9290/7954>. Acesso em: 03 out. 2019.
- MELO, Maria Aparecida de Souza et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 71, p.01-17, 5 jun. 2018. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.71.104>. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104/153>. Acesso em: 18 set. 2019.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORE, Carmen L. Ojeda Ocampo. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia (ribeirão Preto)**, [s.l.], v. 15, n. 31, p.287-297, ago. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-863x2005000200016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n31/16.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2019.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de et al. (org.). **Prevenção no 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: CORAG, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <http://www.crp11.org.br/suicidio.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **AIMS Report on Mental Health System in Brazil, and Ministry of Health. BRASILIA: Brazil, 2007**. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf?ua=1. Acesso em: 11 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Country reports and charts available**. OMS, 2014a. Disponível em: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/. Acesso em: 11 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental organización mundial de la salud**. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf?ua=1. Acesso em: 04 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing suicide: A community engagement toolkit**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/community_engagement_toolkit_pilot/en/. Acesso em: 22 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Suicide in the world: Global Health Estimates**. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 11 set. 2019.

ROCHA, Francielle de Rezende. **Intervenção educacional com enfermeiros e agentes comunitários de saúde sobre o suicídio**. 2019. 271 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem do risco e das tentativas de suicídio**. Sistema Único de Saúde Estado de Santa Catarina, 2015.

SANTOS, Michelly Calixto dos; FLORÊNCIO, Taciana da Silva. A estratégia de saúde da família e sua relação com a reestruturação produtiva do capital. **Interfaces: Revista de**

Extensão da UFMG, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 273-278, jan/jun. 2019. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/441/pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

SCAVACINI, Karen. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio no trabalho**. 2018. 271 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RJ). **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Coleção Guia de Referência Rápida. Superintendência de Atenção Primária. 1. ed. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, Leandro Andrade Da; e SANTOS, Iraci dos (org.). **Cuidar em enfermagem e saúde mental: Volume 4 - Cuidar de pessoas em situações de emergências psiquiátricas, ideações suicidas e problemas relacionados a adições**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2017. 373 p.

SOALHEIRO, Nina (org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 250 p.

STORINO, Bárbara Diniz et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.369-377, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800040191>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n4/1414-462X-cadsc-26-4-369.pdf>. Acesso em: 14 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Cartilha: **Prevenção ao suicídio, setembro amarelo**. Centro de Comunicação Social (CCS). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: CCS/UFMG; 2019. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/setembroamarelo/>. Acesso em: 12 set. 2019.

VABO, Amnéris Silva Ribeiro et al. Comportamento suicida: Um olhar para além do modelo biomédico. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, [s.l.], v. 6, n. 12, p. 66-83, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5767126>. Acesso em: 15 abr. 2018.

5.3 MANUSCRITO 3: COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SENSIBILIDADE MORAL PARA COMPREENSÃO DAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SENSIBILIDADE MORAL PARA COMPREENSÃO DAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

SUICIDE BEHAVIOR IN PRIMARY HEALTH CARE: MORAL SENSITIVITY TO UNDERSTAND VULNERABILITY SITUATIONS

Resumo: Trata-se de analisar a atuação dos profissionais da atenção primária à saúde municipal sobre o comportamento suicida na perspectiva conceitual da vulnerabilidade e da sensibilidade moral. **Método:** Estudo qualitativo por meio de entrevista semiestruturada com 19 profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde de um município catarinense. Os dados foram organizados com auxílio do software ATLAS.ti 7.5.6 e analisados com base na análise de conteúdo. **Resultados:** Das entrevistas emergiram três categorias: Percepção do profissional da Atenção Primária à Saúde sobre o comportamento suicida; Aspectos socioculturais e de infraestrutura para o atendimento às pessoas com comportamento suicida; e Abordagem e cuidado à pessoa com comportamento suicida na Atenção Primária à Saúde. Os entrevistados apresentaram visão ampliada quanto à multicausalidade e manifestações do comportamento suicida, ainda assim apontaram dificuldades para identificá-lo quando não verbalizado. A abordagem profissional somada à resposta das instituições e a coparticipação da família/sociedade no processo de cuidado podem romper, gerar, perpetuar e transformar vulnerabilidades. Foi evidenciada insuficiência na infraestrutura e ofertas de ações em saúde representando oposição ao objetivo de romper com as vulnerabilidades envolvidas à pessoa com comportamento suicida. **Considerações finais:** No desenvolvimento da sensibilidade moral perceber o problema deve estar atrelado ao repensar a prática. A inovação das ações e a busca por recursos que possam transpor barreiras caminham em direção à defesa dos direitos da pessoa em sofrimento, ao rompimento das vulnerabilidades e a amenização do sofrimento profissional. **Descritores:** Suicídio. Atenção Primária à Saúde. Desenvolvimento Moral. Ética Profissional. Populações Vulneráveis.

Abstract: *This paper analyzes the performance of primary health care professionals about suicidal behavior from the conceptual perspective of vulnerability and moral sensitivity. **Method:** Qualitative study through a semi-structured interview with 19 primary health care professionals from a Santa Catarina municipality. Data were organized with the aid of ATLAS.ti 7.5.6 software and analyzed based on content analysis. **Results:** Three categories emerged from the interviews: Perception of the Primary Health Care professional about suicidal behavior; Sociocultural and infrastructure aspects to assist people with suicidal behavior; and Approach and care to the person with suicidal behavior in Primary Health Care. Respondents presented comprehensive view regarding multicausality and manifestations of suicidal behavior, yet pointed out difficulties to identify it when not verbalized. The professional approach coupled with the institutions' response and the co-participation of the family / society in the care process can break, generate, perpetuate and transform vulnerabilities. Insufficient infrastructure and health action offerings were evidenced, representing opposition to the objective of breaking with the vulnerabilities*

surrounding the person with suicidal behavior. Final considerations: In the development of moral sensitivity, the perception of the problem and the action of rethinking the practice are related. The innovation of actions and the search for resources that can overcome barriers are moving towards the defense of the rights of the person in suffering, the breaking of vulnerabilities and the easing of professional suffering.

Keywords: *Suicide. Primary Health Care. Moral Development. Ethics, Professional. Vulnerable Populations.*

INTRODUÇÃO

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVII e suas representações se articulam com o ato de tirar a própria vida, acompanhada de ideias periféricas menos evidentes, relacionadas com a motivação, intencionalidade e letalidade do ato. Seu significado mais abrangente inclui o ato de causar lesão a si mesmo, independente do grau, meio ou motivação (BOTEGA, 2015).

No espectro do suicídio, tem-se o termo comportamento suicida que foi empregado neste estudo e inclui uma série de situações relacionadas ao suicídio. O termo compreende desde pensamentos, ameaças, gestos, tentativas e o suicídio. O comportamento suicida é considerado misterioso e difícil de ser compreendido por uma sociedade que o vê como um tabu; abordado e debatido de forma insuficiente (WERLANG; BOTEGA, 2004; SILVA e SANTOS, 2017).

O comportamento suicida não é considerado uma patologia, mas sim os diversos e diferentes fatores que levam uma pessoa a desenvolvê-lo, em sua maioria vinculados a outras patologias clínicas e/ou transtornos mentais (SILVA e SANTOS, 2017).

O suicídio é o desfecho associado a distintos agravos à saúde que, mediante a falta da compreensão adequada quanto aos seus desencadeadores, bem como seu total entendimento para um manejo mais efetivo, seja para o paciente ou para o profissional, a mortalidade por lesão autoprovocada vem registrando aumento progressivo em todo o mundo (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; SOALHEIRO, 2017).

O comportamento suicida é complexo e com representatividade heterogênea no Brasil e no mundo, sendo influenciado pela interação de fatores biológicos, econômicos, políticos, psicológicos, sociais, ambientais e situacionais (OMS, 2012; BOTEGA, 2015). O profissional que atua nesse contexto multidimensional se depara com a duplicidade vida e morte, com esta ambiguidade da morte alicerçando a vida, representando uma tentativa de acabar com a dor, o sofrimento e as situações agravantes. A vulnerabilidade do ser humano frente ao comportamento suicida instiga reflexões éticas sobre a temeridade da vida e da morte (WUNSCH et al., 2016).

No que diz respeito às situações de vulnerabilidade, que sugerem o risco de suicídio, citam-se os traumas, os abusos físicos e psicológicos, a dor crônica, os transtornos mentais, a história familiar de suicídio, a tentativa prévia, o estigma; e ainda, fatores de risco agregados aos sistemas de saúde, dentre eles, as barreiras no acesso que podem ser retroalimentadas pelo estigma, gerando dificuldades das instituições de saúde, tanto técnicas quanto éticas (OMS, 2014).

O conceito de vulnerabilidade é suscetível a distintas interpretações, possui complexa e particular aplicação teórico-normativa. Neste estudo percebemos a vulnerabilidade humana como condição susceptível a qualquer pessoa, contudo dentre o grupo de pessoas com comportamento suicida, devido às características biológicas, aspectos socioeconômicos e culturais específicos a essa parcela da população, constitui condição de vulnerabilidade acrescida (MACHADO; ALBUQUERQUE, 2019).

A vulnerabilidade acrescida reforça a necessidade de discussão da problemática, aqui proposta. No contexto da pessoa com comportamento suicida, deve-se considerar a adoção de medidas de proteção que minimizem os riscos à que estas estão expostas, a gama de distintas situações e representações, o impacto que poderá gerar e a determinação dos limites empregados sem excluir, por total, a autonomia do indivíduo. Logo, todos estes aspectos exigem prudência e vigilância peculiar considerando tanto a posição pessoal quanto às relações institucionais (MACHADO; ALBUQUERQUE, 2019).

O suicídio é considerado uma questão de Saúde Pública para todos os países, mesmo com a dificuldade de entender e explicar porque algumas pessoas resolvem cometer suicídio, sendo que outras em situação parecida ou até pior não o fazem. Entretanto, é possível afirmar que a maioria dos suicídios pode ser prevenida (OMS, 2000; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013; BOTEGA, 2015).

Quando se fala em prevenção, a Atenção Primária em Saúde (APS) ocupa posição privilegiada em comparação aos demais serviços da Rede de Atenção Saúde (RAS). Isto se deve a íntima inserção territorial, bem como ao acesso facilitado às pessoas e comunidade, ganhando valor estratégico no cuidado ao comportamento suicida, com potencial para contribuir tanto na prevenção quanto na promoção da vida (SOALHEIRO, 2017).

Os processos de intervenção dos profissionais da APS demandam atuação em concepção ampliada, interagindo com os diferentes campos do conhecimento profissional e coordenando linhas de cuidado da RAS (MOTTA; MORÉ; NUNES, 2017). Ainda, com a forma de lidar com a vulnerabilidade humana vem a necessidade de estimular autonomia e autovalor em cada pessoa. E, para que isto possa ter efeito, também, é preciso profissionais conscientes, atentos e cuidadosos

em relação aos direitos humanos, bem como ao respeito dos valores e crenças de cada paciente (ALBUQUERQUE et al., 2019). O acolhimento, também, manifesto pelo processo de escuta e apoio, propicia o desenvolvimento de ações terapêuticas na garantia da segurança e proteção à pessoa. Logo, falar de suicídio é mais que falar de morte, de finitude, é falar das adversidades cotidianas e de formas para lidar com elas (BOTEGA, 2015; SILVA e SANTOS, 2017).

Assim, o pressuposto aqui defendido é que o cuidado ao comportamento suicida necessita de conhecimento técnico-científico, mas também, do desenvolvimento da sensibilidade moral. Nesse contexto, sensibilidade moral compreende a habilidade de perceber e intervir eticamente frente às vulnerabilidades humanas e ao comportamento suicida, com suas distintas formas e manifestações, sendo exercida por meio de uma constante autocrítica e/ou autoavaliação da práxis profissional.

Na articulação entre os conceitos de sensibilidade moral e de vulnerabilidade, empreende-se a tentativa de reconfigurar o reconhecimento da vulnerabilidade como “força”, uma vez que, por um lado torna uma pessoa dependente do amparo de outra, por outro lado permite que o outro responda ao pedido e possa ofertar acolhimento (MACHADO; ALBUQUERQUE, 2019).

Esta “força”, por sua vez, demanda uma pré-condição para ser percebida e articulada. Mais uma vez, vislumbra-se, aqui, a sensibilidade moral como requisito fundamental para reconhecer, compreender e responder de forma apropriada e intuitiva as situações de vulnerabilidade e de enfrentamento aos problemas éticos (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

A sensibilidade moral permite que os profissionais percebam os problemas éticos da sua prática e considerem o desenvolvimento de habilidades na busca de soluções adequadas e gestão de problemas nos distintos espaços de cuidado. A sensibilidade ética refere-se ao conhecimento da teoria e princípios da ética; a sensibilidade moral refere-se à atuação pessoal dentro do relacionamento interpessoal (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; SHALLENBERGER et al., 2019).

Utilizamos o termo sensibilidade moral por acreditar que este constitui um fenômeno complexo e envolve não só a capacidade afetiva e cognitiva, mas também, as relações com a vulnerabilidade do paciente e o conhecimento quanto ao contexto do problema.

A sensibilidade moral não é somente uma questão de confiar nas suas próprias emoções para identificar um conflito moral, mas sim um artefato singular, adquirido com as experiências pessoais de “sentir o significado moral” em cada situação, não se prende ao senso comum, mas motiva e leva o profissional a rever suas práticas e articulá-las com a

teoria constantemente. Engloba a habilidade de identificar problemas e ver os fatos do ponto de vista do outro, a partir dos aspectos legais, ou seja, elucida a tomada de decisão e a atuação no relacionamento interpessoal; propicia a busca por soluções criativas e assertivas na construção da práxis profissional (LUTZEN et al., 2006; KIM; KANG; AHN, 2012).

Mediante o exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a atuação dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o comportamento suicida na perspectiva conceitual da vulnerabilidade e da sensibilidade moral em um município catarinense de pequeno porte.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação com abordagem qualitativa, exploratória e analítica. Esta é usada para responder questões que não podem ser contidas em números, solicita atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa para que assim, possa ser entendido o significado subjetivo que as pessoas atribuem aos seus ambientes e às atividades por elas desempenhadas (MINAYO, 2013).

O estudo foi desenvolvido na APS de um município de pequeno porte localizado no Médio Vale do Itajaí em Santa Catarina, que conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma Equipe de Saúde Mental e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que juntos cobrem 100% da população do município.

Os participantes do estudo foram todos os profissionais da saúde de nível superior da APS do município investigado que aceitaram participar do estudo. No momento da pesquisa, atuavam 19 profissionais de nível superior. Os critérios de inclusão foram: estar alocado de forma fixa em um dos locais do estudo por no mínimo seis meses; prestar assistência direta ou indireta a saúde das pessoas com comportamento suicida.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas ocorreram individualmente em local reservado e com prévio agendamento, foram gravadas e em seguida transcritas pela própria pesquisadora que solicitou validação de conteúdo a cada um dos entrevistados.

Para assessorar no tratamento e análise dos dados, após transcrição, as entrevistas foram importadas para o software ATLAS.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*) no formato *Microsoft Word* como documentos e constituíram os *primary documents* (documentos primários).

Buscando responder o objetivo, realizou-se leitura flutuante dos documentos primários onde se identificou quais trechos estavam relacionadas à questão deste estudo. Concentrados nestes extratos, realizou-se nova leitura, seguida da codificação. Esta codificação foi realizada através da criação de códigos (*codes*), nestes códigos foram agrupados trechos (*quotations*) das entrevistas que amparavam cada um dos códigos e evoluíram para a categorização (*families*) e discussão dos resultados.

A análise dos dados ocorreu através da Análise de Conteúdo que tem como objetivo identificar a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens, por meio da descrição do seu conteúdo. A análise de conteúdo não está presa somente ao senso comum e a subjetividade ao interpretar os dados coletados, mas propicia atentar-se criticamente diante dos achados no transcorrer da pesquisa (MINAYO, 2013).

Este método prevê como critério metodológico a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Requer leituras atentas e exaustivas do conteúdo utilizado com o objetivo de construir uma visão geral e completa dos dados, buscando identificar e sistematizar as singularidades contidas no material explorado e formando os conceitos teóricos que irão basear a análise da pesquisa (MINAYO, 2013).

No que diz respeito aos aspectos éticos, inicialmente foi solicitado autorização para o estudo à instituição envolvida e, após o aceite desta, o projeto de pesquisa passou por avaliação e liberação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, sob parecer nº 2.733.880 de 25/06/2018. Fez-se uso do TCLE em duas vias, uma permanecendo com os sujeitos e outra com a autora do estudo. O anonimato dos participantes foi assegurado, estes foram mencionados com o codinome S (letra) seguido do número 1 ao 19 (S1, S2, S3... S19). A distribuição dos números se deu de forma aleatória. A pesquisa se orientou e obedeceu aos cuidados éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Emergiram três categorias da organização e análise dos dados coletados: Percepção do profissional da APS sobre o comportamento suicida; Aspectos socioculturais e de infraestrutura para o atendimento às pessoas com comportamento suicida; e Abordagem e cuidado à pessoa com comportamento suicida na APS.

Foi constatado que 100% dos participantes desta pesquisa realizaram atendimento e/ou acompanhamento às pessoas com comportamento suicida, sendo a frequência média de ao menos uma situação vivenciada por mês para cada um deles.

No que se refere à caracterização dos 19 participantes da pesquisa, havia: um administrador; uma assistente social; uma dentista; cinco enfermeiras; duas farmacêuticas, seis médicos; uma nutricionista; e dois psicólogos. Dentre estes, 11 atuam na ESF, oito compõem a Equipe do NASF, cinco integram a Equipe de Saúde Mental e dois atuam na gestão da Atenção Básica em Saúde do município. Ainda, quatro destes participantes ocupavam cargos em outras secretarias do município. Para fins quantitativos, sinaliza-se que 11 dos 19 profissionais das Equipes de ESF, NASF e Saúde Mental acumulam funções, ou seja, compõem mais de uma equipe.

Percepção do profissional da APS sobre o comportamento suicida

Quanto à percepção dos profissionais, constata-se que estes entendem o comportamento suicida a um sofrimento severo, na maioria são precedidos ou/e vêm acompanhados por transtornos mentais e sintomas depressivos que podem se manifestar como tristeza, agressividade, rompimentos de vínculo, isolamento social, uso abusivo de medicação e pensamentos de morte conforme os relatos:

Em visita domiciliar a uma paciente com tentativas prévias de suicídio, ouvi um relato de sofrimento severo, ela mostrava falta de vontade de viver e de sentido da vida, era como se tivesse morrido. A situação era tão grave que não tinha forças para chegar ao ato sozinha. Foi o que percebemos! [...] Ela tinha vários laços rompidos, não estava dando conta do trabalho, o vínculo familiar praticamente inexistente. Ela se recolheu e deixou de existir! (S9)

Essa pessoa pode apresentar agressividade, isolamento social, dificuldade de se enturmar [...]. (S14)

Tiveram vários casos, mas um em particular me frustrou porque não detectei, às vezes é muito sutil a maneira como eles expõem a questão de suicídio, como profissional estou tentando melhorar, estudando sobre o assunto. Ao longo dos anos alguns atendimentos marcaram. No geral, pacientes jovens usuários de drogas e com comorbidades psiquiátricas [...]. Como é difícil manejar esses pacientes, ainda existe um déficit grande na saúde mental, temos dificuldade para encaminhar o paciente a um atendimento especializado e conseguir internação hospitalar. (S13)

Quando questionados sobre o que leva uma pessoa a pensar em suicídio, ou seja, a etiologia do comportamento suicida, a totalidade dos participantes apontou sua multicausalidade. Reforçaram a ligação com transtornos mentais e uso de substâncias, bem como as mais distintas motivações para cada pessoa:

São muitas situações, cada paciente tem suas complicações. Sobretudo a associação das doenças psiquiátricas com o abuso de substâncias/medicamentos que nem sempre são substâncias proibidas. Estresse, relacionamento familiar e social conflituoso, o bullying que está em alta, principalmente entre crianças e adolescentes que começam muito cedo a pensar em suicídio. (S1)

O sofrimento é tão grande que a pessoa não vê outra saída, não importa a causa. Existem graus de sofrimento, chega uma hora que ele engole e se torna apatia. Você sofre tanto que, se levantar pela manhã tanto faz, se usar a mesma roupa por uma semana tanto faz [...]. Doe tanto que no desespero a única saída é o “tanto faz”, se eu morrer tanto faz e se eu viver tanto faz! (S3)

O que leva a pessoa ao suicídio é a falta de sentido para a vida. Algo se quebra, não há justificativa para sua existência. Vem uma dor emocional, uma tristeza incontrolável que só a sua não existência pode curar. Muitas vezes, as tentativas são uma forma de se sentir vivo, os cortes na pele também! Enfim, é um buraco sem luz que só quem passa entende. É o que os pacientes me relatam. (S4)

Entendo que a pessoa pensa ou comete suicídio para terminar com o sofrimento, pode estar relacionada a diversas causas, como problemas familiares, financeiros, sensação de isolamento ou solidão. Pessoas com transtornos psiquiátricos ou consumo de drogas podem desencadear algum comportamento suicida. (S5)

A emergência da angústia, aquele momento em que a pessoa está em um sofrimento tão grande que não consegue dar conta, ela não consegue formular uma compreensão. Pode se configurar como algo traumático, um evento, uma perda, algo que mude radicalmente sua vida e não faz sentido, não se encaixa. É como se naquele momento a vida perdesse o sentido deixando a pessoa em um desamparo severo. Como se não restasse possibilidade de continuar; e na tentativa de alcançar a homeostase, por meio da total ausência de sentimentos, a única opção é deixar de existir. (S9)

Muitas coisas, uma somatização da sobrecarga de trabalho, questões financeiras, sociais e culturais. Na região a parte cultural é muito forte, se trabalha muito, não sobra tempo para lazer. O ser humano precisa de lazer e descanso, em dado momento até a morte de um cachorro, pode ser o estopim para o suicídio. (S10)

A pressão social quanto aos padrões e estereótipos, impostos diariamente pela sociedade para a “pessoa perfeita”, tais como o sucesso profissional, o modo de agir e reagir em sociedade, características ideais para o corpo e a beleza podem gerar frustrações e sentimentos de rejeição, fracasso, infelicidade e deslocamento social. Os dados nos permitiram identificar tais situações

também presentes no escopo das causas:

Vivemos em uma sociedade que eles acabam sendo potencializados pelo mercado, pela forma do corpo, pela estrutura familiar, pelos entornos que acabam fazendo essa pessoa ter essa ideia suicida. É diferente para cada pessoa, vai depender da estrutura familiar em que a pessoa está inserida, a escolaridade, o emprego, questões envoltas à sexualidade. Vivemos em um município com muito machismo e preconceituoso. (S15)

Estamos em uma cidade pequena com alto índice de suicídios há anos. A pressão social é grande, a rotina nas pequenas propriedades agrícolas é pesada; o estereótipo da pessoa ideal e bem sucedida é muito rígido; diversas questões sociais e culturais favorecem o aparecimento do comportamento suicida. (S18)

Discorrido acerca das principais causas para o comportamento suicida, os dados indicaram a relevância quanto à identificação precoce das pessoas com comportamento suicida pelos profissionais. Todavia, os participantes da pesquisa apontam que esta tarefa se caracteriza como o primeiro obstáculo a ser transposto, isto se dá pelas distintas formas que o comportamento suicida se manifesta, o que torna mais difícil sua identificação.

Os participantes pontuaram como forma predominante de identificação do comportamento suicida o relato verbal, seja por parte da pessoa acometida ou por alguém do seu círculo familiar/amizades. No entanto, descreveram alguns comportamentos/attitudes que podem ser observadas como indicativos, dentre eles, a automutilação e certas attitudes ou comportamentos, conforme descrito a seguir:

Podemos observar o comportamento suicida de diversas maneiras. Quando o paciente verbaliza, cabe ao profissional ver se essas palavras configuram ou não o ato imediato e intervir. Toda atenção é necessária, porque ali existe um sofrimento importante. Identificamos ainda pelas automutilações ou frases de alerta como: Minha vida não tem sentido. As pessoas ficariam melhores sem mim. Quero dormir e não acordar mais [...]. (S4)

Às vezes eles relatam que não tem mais vontade de viver, que já tiveram algumas ideias ou até planejamento. É muito variável, tem pessoas que a gente consegue captar isso rápido e tem pessoas que não deixam isso tão explícito e depois ficamos sabendo do desfecho trágico. (S13)

Eles se isolam, param de vir às consultas, geralmente já estão em tratamento para algum transtorno depressivo e param de utilizar o medicamento, muitas vezes são os familiares que identificam e trazem as queixas, então, quando o paciente vem para a consulta fica mais simples porque na própria anamnese conversamos e entendemos o que está acontecendo. Comumente o relato vem só quando questionamos,

espontaneamente é raro eles contarem! (S8)

A pessoa se mostra agitada, fala muito, expõe baixa autoestima, pouco vínculo familiar. Mas, tem também o paciente silencioso, esse é mais difícil, notamos pela linguagem corporal que existe algo além e vamos conversando, tentando achar o foco. (S15)

Infelizmente nem todo caso de suicídio chega a nós, quando sabemos já aconteceu, mas na maioria das vezes os casos que chegam são identificados porque eles contam! (S17)

Aspectos socioculturais e de infraestrutura para o atendimento às pessoas com comportamento suicida

Com relação aos aspectos socioculturais, os profissionais enfatizam a questão de a comunidade ser constituída, predominantemente, por colonização alemã e italiana, reservada e tradicionalista, formada majoritariamente por famílias de pequenos agricultores que passam a vida em suas propriedades, onde os estigmas e pré-conceitos permanecem e constituem barreira relevante no enfrentamento ao comportamento suicida.

Trazem, ainda, a pressão social quanto aos estereótipos da pessoa perfeita e bem sucedida em tempos modernos, bem como o déficit de sensibilidade e de envolvimento dos familiares, amigos e comunidade no cuidado a estas pessoas, refletindo uma frágil adesão e efetividade do tratamento proposto.

Por fim, ficou constatado que no cuidado ofertado à pessoa com comportamento suicida pela APS do município, a infraestrutura de atendimento possui como fortalezas: a presença de uma Equipe de Saúde Mental; a possibilidade de realizar atendimentos compartilhados e multiprofissionais; a rede de apoio estabelecida entre os profissionais das distintas equipes da APS municipal atuando sensibilizados, colaborativos e enfrentando às dificuldades; e a disponibilidade e constância quanto ao fornecimento das medicações psicotrópicas que emergiu como potencializador do cuidado ofertado.

Em contrapartida, também citaram: a ausência de busca ativa por parte dos profissionais da APS; e a oferta insuficiente de transporte aos pacientes em tratamento que não tem meios próprios para se locomoverem, seja para as consultas na APS ou no CAPS, como aspectos que prejudicam a adesão e continuidade ao tratamento.

Os participantes apontaram ainda a sobrecarga de trabalho dos profissionais gerada pelo acúmulo de funções entre ESF, NASF e Equipe de Saúde Mental do município como situação que corrobora, expressivamente, com a deficiência de busca ativa pela APS; a falta de matriciamento;

e a ausência de inovações no serviço como a oferta de grupos terapêuticos e ações de prevenção e conscientização para comunidade, compondo fragilidades relevantes neste contexto.

A Equipe de Saúde Mental tem boa intenção, mas é frágil. O fato da equipe não ser exclusiva fragiliza muito nossa atuação. (S15)

Outra ocorrência importante se dá pelo sentimento de despreparo exposto pelos participantes, frente às barreiras enfrentadas para o manejo mais adequado em cada situação, principalmente no que tange as dificuldades e até negativas a alguns encaminhamentos para os demais níveis da RAS detalhada na categoria a seguir.

Abordagem e cuidado à pessoa com comportamento suicida na APS

A constatação de situações de risco para a pessoa com comportamento suicida e a abordagem dos profissionais da APS do município são direcionadas por suas percepções e experiências prévias de cuidado à pessoa com comportamento suicida. Quando se trata de novas situações, os primeiros esforços são em fazer o paciente falar, conversar, escutar e entender as motivações com o objetivo de criar vínculo e identificar necessidades específicas para cada pessoa.

Cabe esclarecer, que diante das ocorrências recorrentes, identificou-se a falta de adesão ou continuidade ao tratamento presente em praticamente 100% dos casos. Logo, o “novo episódio” foi considerado como uma nova oportunidade de intervenção, objetivando a conquista da confiança e o fortalecimento do vínculo com o paciente, afim de que, o mesmo tenha uma resposta mais aderida a esta nova investida, conforme a seguir:

Recebo os encaminhamentos principalmente para os agendamentos da psicologia. Pergunto se já fez acompanhamento. A maioria fala que já fez, mas abandonou. (S2)

No consultório tive pacientes que choraram, desabafaram! Uma vez chamei atenção de uma mãe, estava atendendo seu filho e de repente ela começou a chorar, contou que sofria violência, que já havia tentado suicídio [...] Conversamos e seguimos com atendimentos. Isso me ajudou a ter mais cuidado ao abordar as pessoas, me sensibilizar porque não sabemos o que elas passam fora daqui. Tive pessoas que após concluir o tratamento voltam para conversar porque se sentiram amparados. (S6)

Escuto como ele encara a vida, quais vínculos tem, a relação amorosa, familiar, trabalho, estudos [...] São coisas que motivam a pessoa a seguir adiante, ter projetos, conseguir ver-se no futuro [...] Se ela está com muitos vínculos rompidos e demonstra estar em contato com essa falta de

sentido, se recolher, isso mostra uma proximidade com a representação da morte. Tem vários níveis, tem o pensamento de morte, o de que não deveria existir. (S9)

Desenvolvi depois de formada, com ajuda de colegas de trabalho, formas de questionar sem perguntar se a pessoa quer se matar [...] Tento fazer vínculo para que a pessoa fique à vontade para contar, procuro sempre outro profissional para ajudar. (S17)

A médica chamou a enfermeira e juntas manejamos a situação. Ficamos com ele um longo tempo, conversamos e tentamos entender seus motivos, explicamos os caminhos que poderíamos ofertar naquele momento e dentre eles o CAPS, ligamos para lá e conseguimos marcar uma consulta no mesmo dia. As consultas com médico e enfermeiro seguiram em paralelo às do CAPS. (S11)

Independente de situações novas ou reincidentes, tratadas ou não, quando identificada uma situação de risco, os profissionais optam, sempre que possível, pelo atendimento em conjunto, especialmente entre médico, enfermeiro e psicólogo. De forma geral, cada profissional tem um colega de trabalho como referência para colaborar no manejo destes pacientes, bem como uma rede de apoio no município onde além dos colegas atuantes nas ESFs contam com os profissionais do NASF e Equipe de Saúde Mental.

Nas situações que perpassam a APS, foram citados encaminhamentos ao CAPS, ao SAMU, à unidade de pronto atendimento do município e a referência para internação psiquiátrica em hospital geral. No manejo e manutenção do tratamento foi valorizado a compreensão e o envolvimento da família e amigos no tratamento e acompanhamento de cada paciente.

Tenho que tratar todas as situações, se identificamos sinais acionamos a saúde mental e a equipe da atenção básica. O paciente suicida tem a fase em que se recolhe, dá uma amenizada, e depois agudiza e tenta o ato. Temos que conversar com a família, para que a vigilância seja redobrada, tem que envolver a família senão você não consegue. Não é responsabilidade única e exclusivamente do profissional. Todo paciente é encaminhado, temos a psicologia, o CAPS, o serviço da psiquiatria e o pronto socorro. (S3)

Temos uma criança de 12 anos, a mãe nos procurou porque havia publicado nas redes sociais que tentaria suicídio. Ela passou pelo médico e enfermeira, nós encaminhamos ao psicólogo, mas não gostaram do atendimento, na visão deles não estava sendo resolutivo, depois de um mês optou por seguir acompanhamento aqui na unidade mesmo. A enfermeira assumiu a terapia com consultas periódicas e auriculoterapia. (S10)

Quando é uma questão suicida o atendimento é feito geralmente pelo psicólogo ou encaminhamos direto ao CAPS, a mediação direta com uma tentativa de suicídio o SAMU. (S15)

Pessoa em surto, a família vem procurando internação, não sabem o que fazer, tento conscientizar que é uma situação temporária e que após a internação essa pessoa vai voltar a conviver com ela. Esse primeiro choque de realidade ajuda, eles entendem que se essa pessoa não morrer vão ter que participar do tratamento, auxiliar na medicação, incentivar, levar ao CAPS. O egresso da internação tem cerca de 50% de efetividade. As internações são traumáticas, principalmente nos hospitais e leitos psiquiátricos. (S19)

Nas falas anteriores, é explícita a questão “*se identificamos a situação, acionamos a saúde mental e a equipe de atenção básica*”, isto é, admite-se a possibilidade real dos profissionais não identificarem situações de risco e isso torna a pessoa com comportamento suicida ainda mais vulnerável.

Quando os sujeitos da pesquisa foram questionados acerca do amparo ou apoio para estes atendimentos, ficou clara como a rede está constituída pelos profissionais da APS e sua inter-relação em cada UBS. Assim como foi consensual o relato quanto à importância da Equipe de Saúde Mental no município. Identificou-se ainda a dificuldade em concretizar alguns encaminhamentos aos demais níveis da RAS, principalmente em se tratando de situações agudas.

Tínhamos uma equipe de saúde mental pequena, mas bem estruturada para atender a demanda emergencial, podiam não estar no local, mas diziam o que fazer, para onde mandar, para quem ligar ou eles mesmos ligavam e encaminhavam. Direcionavam e na primeira oportunidade iam até ela e acolhiam. Também tínhamos o acompanhamento das pessoas que não iam ao CAPS, que estavam em sofrimento, independente do profissional ou serviço que ela estivesse frequentando eles estavam lá. Hoje não temos mais, há alguns meses a equipe está muito enfraquecida, não estão realizando visitas domiciliares ou matriciamento! (S3)

Tenho o apoio da equipe de atenção básica, temos a liberdade de conversar e compartilhar atendimentos. (S17)

Minha referência é a enfermeira que tem muita experiência em saúde mental e conhece a população. (S6)

O principal apoio é meu médico, algumas vezes ligo para as outras equipes e colegas da atenção básica, mas só! (S10)

Não temos uma rede de atenção secundária ou terciária eficiente, então muitas vezes manejamos o caso na ESF apenas, com o auxílio dos profissionais do NASF. Cada caso tem suas particularidades, alguns são

mais complicados, especialmente quando a família não está presente ou disposta a se engajar no tratamento [...] Sei que não podemos contar com a nossa referência em internação psiquiátrica, que praticamente nunca aceita os nossos encaminhamentos. (S7)

Nós conseguimos conversar entre os médicos, com a psicóloga também, fica pouco tempo aqui, mas temos! Tem o NASF, podemos ligar para o CAPS e conversar sobre os casos que eles acompanham. Quando precisamos de internação conversamos com a gestão também, eles tentam ajudar, não é sempre que conseguimos devido à falta de estrutura a nível estadual e nacional para os casos mais graves, ou ainda, conseguimos internação e logo voltam, é uma rotatividade grande de leitos, além de não receberem o tratamento adequado para uma internação hospitalar na hora da crise. (S8)

Quando questionados sobre o preparo e a segurança para atender as pessoas com comportamento suicida, os participantes compartilharam o sentimento de não estarem preparados. Reconheceram a relevância da condição, mas admitiram não saber ao certo como manejar e lidar com cada família, ou com a própria rede frente aos encaminhamentos negados, mesmo tratando-se de instituição referência para a situação.

Eu não sei muito como chegar, confesso que não me sinto preparada! (S6)

Foi destacado nas falas dos participantes uma dicotomia profissional/família/sistema de saúde, isto é, como se as situações estivessem sendo manejadas de forma fragmentada, mas também, constatou-se que os participantes reconhecem a corresponsabilização do profissional, do sistema de saúde e da família em cada tratamento ou situação de risco.

Tento administrar da melhor maneira possível, me pergunto: se eu negar ajuda a essa família quem vão procurar? A atenção básica de um município pequeno tem a obrigação de fazer isso sozinha? Eu penso que não! Mas, se nós não fizermos, quem vai auxiliar essas famílias? Muitos dão as costas, mas nós tentamos ajudar. (S19)

Não é responsabilidade única e exclusivamente do profissional. Todo paciente é encaminhado, temos o serviço da psicologia, tem o CAPS, o serviço da psiquiatria e o pronto socorro. (S3)

No que se refere à oferta de serviços na APS municipal a esse público específico, conforme os dados desta pesquisa é constituída, basicamente, por atendimentos clínicos com médicos, enfermeiros e psicólogos, sendo que por vezes não ocorrem na frequência ou tempo adequados. Ficou constatado ser o único município de sua região geopolítica com Equipe de

Saúde Mental, mesmo assim, a oferta ainda é insuficiente e carece de inovação. Foi citado um único grupo ofertado pela Equipe de Saúde Mental.

Contamos com consultas do médico, enfermeira e psicóloga. Temos ainda grupo de caminhada, yoga e auriculoterapia para a comunidade em geral. Tentamos vincular o paciente nessas atividades, não temos grupos específicos de saúde mental. (S7)

O psicólogo está ofertando um grupo de saúde mental na UBS do centro, nenhum dos nossos pacientes está frequentando, mas estamos cuidando para que os nossos pacientes compareçam aos encontros do CAPS oferecendo transporte do município, para o centro não é disponibilizado transporte, prejudica a adesão. (S11)

Estamos melhor, fizemos evoluções importantes nos últimos anos, mas se tivéssemos aquela equipe que fundou a saúde mental, que fazia visitas, e um CAPS mais aberto, seria o ideal. (S17)

Deveria ser prioridade reorganizar e aumentar o acesso, se bem que, o maior problema não é o acesso, é a continuidade. Vejo muita preocupação em não faltar medicação, mas o medicamento não faz milagre. Não pensam que aquele paciente tem que fazer o acompanhamento psicológico, se faltar precisa de busca ativa, se é paciente do CAPS tem que ser levado para depois começar a ir sozinho [...] Esses pacientes vão piorando! A tendência é só aumentar, temos casos chegando direto da escola, e todos muito sérios, os professores estão bem apavorados! (S2)

Pontua-se que dentre todos os participantes, um citou a vigilância epidemiológica como parte destes atendimentos; os demais em momento algum sinalizaram a ciência ou a importância quanto às notificações dos casos de tentativas de suicídio ou suicídios.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados foi possível identificar que a pessoa com comportamento suicida vive situações de vulnerabilidade e, no contexto histórico-social atual, o suicídio segue cercado por estigmas e tabus que dificultam sua abordagem pública e são coadjuvantes no surgimento e na manutenção das vulnerabilidades envolvidas ao comportamento suicida.

Estes preconceitos dificultam seu entendimento como um problema que está presente em cada família e comunidade, além de iniciar um “ciclo vicioso” onde as vulnerabilidades humanas susceptíveis a qualquer pessoa podem levar a comportamentos suicidas, que por sua vez constituirão a condição de vulnerabilidade acrescida, ou seja, uma vez que este ciclo se inicia

pode ser entendido como uma bola de neve, onde o comportamento suicida é gerado em parte pelas vulnerabilidades humanas, que por sua vez agravam o sofrimento e ampliam a gama de vulnerabilidades. Este ciclo se repete consecutivamente e ganha proporções cada vez maiores até que ocorra a interrupção.

Dentre as situações de vulnerabilidade que implicam ou colaboram com o aparecimento de comportamentos suicidas estão os traumas, os abusos emocionais e físicos, as dores crônicas, os transtornos mentais, a história familiar de suicídio, as tentativas prévias, os estigmas e os tabus enfrentados na busca de ajuda. Ainda, fatores de risco associados aos sistemas de saúde, tais como barreiras no acesso que podem ser retroalimentadas pelo estigma (OMS, 2014).

Ao desenvolver essa investigação foi possível identificar cada uma das vulnerabilidades citadas pela OMS, por se tratar de estudo realizado pela percepção dos profissionais da APS, comprovamos a presença da sensibilidade moral em suas práxis para a compreensão das situações de vulnerabilidade que circundam o comportamento suicida em seus municípios.

Para uma efetiva intervenção a essas vulnerabilidades é preciso mudar a forma de olhar para o comportamento suicida. A APS como a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde, e sua inserção territorial, é fundamental neste processo. Deve ser um local de acolhimento para as pessoas em sofrimento psíquico e mostrar-se um espaço rico de possibilidades capazes de oportunizar a mudança da posição subjetiva da pessoa em relação ao seu sofrimento (DARÉ; CAPONI, 2017). A APS está no centro da RAS e orienta-se “pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social” (BRASIL, 2012a, p. 11).

Esta investigação evidenciou que o primeiro passo para o cuidado ao comportamento suicida é identificar as pessoas acometidas, sendo essencial possuir o saber e a sensibilidade necessária para o seu desempenho. Foi revelado, ainda, que na maioria dos casos, a identificação do comportamento suicida se dá mediante relato verbal da pessoa ou de alguém próximo, e que em diversas situações os participantes não conseguem “ler os sinais”, fato este que aflora o sentimento de frustração e despreparo nos profissionais.

Um estudo documental que analisou publicações científicas entre os anos de 2002 e 2017, abordando o comportamento suicida em idosos, concordou que este se expressa por meio de comunicações verbais, mas também por um conjunto de sinais e comportamentos passíveis de serem detectados. E sinaliza que, compete aos profissionais estarem preparados, sensibilizados e atentos para reconhecer e interagir com a pessoa em sofrimento (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS, 2019).

Quando se fala em estar preparado para reconhecer o sofrimento, não deve-se ater somente aos saberes técnicos, neste contexto, a sensibilidade moral pressupõe a capacidade de perceber o que não foi verbalizado, de “ler nas entrelinhas” e de interpretar sinais. Desta forma, seu desenvolvimento amplia a habilidade de identificar o comportamento suicida em suas distintas manifestações (LA TAILLE, 2006).

Foi evidenciado que 100% dos sujeitos desta pesquisa têm uma ampla visão quanto à multicausalidade do comportamento suicida, e apesar de reconhecerem suas distintas formas e manifestação apontaram dificuldades para identificá-lo quando não verbalizado.

Nesta análise, a ideia é explorar a habilidade profissional para a identificação e a interpretação de situações-problema. Nessa mesma perspectiva, estudos sugerem que a sensibilidade moral seja promovida através de programas educacionais que enfatizem o “como lidar” com problemas éticos que podem resultar em sofrimento, por acreditar que, esses constituem uma forma de cultivar seu desenvolvimento e aperfeiçoamento (NORA et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

Entretanto, é importante entender que a sensibilidade não é só uma questão de perceber. E, sim, um componente pessoal adquirido pela experiência cotidiana, para compreender o significado moral em uma determinada situação e levar a uma tomada de decisão ética (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017), cautelosa e responsável no exercício profissional (LUTZEN; JOHANSSON; NORDSTROM, 2000; WEAVER, 2007; ROBOCHAUX, 2012).

Na medida em que os participantes do estudo perceberam sinais de risco, despenderam esforços cuidadosos para que a pessoa em situação de vulnerabilidade se sentisse segura e expusesse suas aflições, permitindo assim a compreensão quanto as suas motivações e necessidades, por consequência estabelecendo vínculo e fortalecendo a relação profissional-paciente-rede.

Essa inter-relação pode ser estremecida ou fortalecida pelos aspectos socioculturais e/ou de infraestrutura peculiares a cada caso, a abordagem adotada pelo profissional somada à resposta das instituições envolvidas e a participação da família e sociedade na coparticipação do processo de cuidado podem romper, gerar, perpetuar e transformar vulnerabilidades.

Os resultados deste estudo mostraram a dificuldade dos profissionais para concretizar alguns encaminhamentos e de comprometer familiares e comunidades quanto à relevância da atuação e participação no processo de cura e amenização da dor. Os participantes afirmaram não saber lidar com um “pedido de rede” negado, que além de perpetuar algumas

vulnerabilidades, promovem sofrimento em ambas as partes, no profissional que sabe da lacuna no percurso terapêutico programado e na pessoa em sofrimento que não receberá o apoio adequado para aquele momento.

Cardoso et al. (2016) sinaliza que algumas das situações geradoras de sofrimento moral para os profissionais da APS são as vulnerabilidades sociais, as condições socioeconômicas precárias e as fragilidades organizacionais do sistema de saúde. Explica que as demandas cotidianas dos serviços de saúde constituem uma prática desafiadora, pois enfrentam diariamente condições opostas aos preceitos éticos, realidade que compromete a eficácia no manejo e torna-se o disparador do sofrimento moral (CARDOSO et al., 2016).

Foi comprovado que há lacunas em alguns aspectos, tais como: incipiência de ações de prevenção e conscientização no enfrentamento das barreiras culturais; falta de adesão e continuidade no tratamento das pessoas com comportamento suicida; ausência de busca ativa por parte dos profissionais da APS; dificuldade de acesso aos serviços; sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais devido ao acúmulo de funções; por fim, na carência de inovação e criatividade às adversidades envolvidas ao tratamento proposto a esse público.

Na APS os obstáculos estruturais e organizacionais foram percebidos, e na maioria das vezes, de complicada resolução. A falta de continuidade do cuidado, articulada a problemas relacionados aos encaminhamentos e a organização de fluxos, além de gerar sofrimento moral nos profissionais, reforça a vulnerabilidade do usuário (BARTH et al., 2019).

Sendo assim, o exercício da sensibilidade moral para qualificar a percepção quanto às necessidades da pessoa vulnerável, e posterior tomada de decisões, também, pode trazer angústia ou sofrimento moral para o sujeito trabalhador, uma vez que são geradas consequências ao cuidado ofertado e ao sujeito que o recebe. Além, da perspectiva de resposta satisfatória como reflexo das escolhas terapêuticas (RAMOS et al., 2016; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

Esta inquietação com a dimensão ética ou moral do trabalho em saúde se dá por novos problemas de interesse multidisciplinar, onde os profissionais que lidam com tais dificuldades sofrem também as consequências deste processo de deliberação e vivenciam conflitos relacionados com os resultados da sua atuação (RAMOS et al., 2016).

Nesse âmbito, por reconhecerem a complexidade da situação e a responsabilidade a eles entregue, sempre que possível, os participantes optaram pelo atendimento compartilhado com outro profissional da rede municipal acreditando que, a soma dos distintos saberes, sustenta uma tomada de decisões mais adequada a cada pessoa em sofrimento. Tal constatação sugere que, perceber o problema deve estar atrelado ao repensar a prática. A

inovação das ações e a busca por recursos que possam transpor barreiras caminhariam em direção à defesa dos direitos da pessoa em sofrimento, ao rompimento das vulnerabilidades e a amenização do sofrimento profissional com o alcance do objetivo terapêutico.

Barth et al. (2019) ilustra que estas barreiras nas práticas de saúde refletem-se na incapacidade de desenvolver uma sensibilidade moral para a implementação de um cuidado resolutivo e de qualidade. E, as demandas relacionadas às vulnerabilidades, principalmente as sociais, também sugere impotência com conseqüente sofrimento moral no momento em que viram barreiras para desenvolver a ação que o profissional acredita ser adequada para a obtenção dos resultados almejados.

O importante é que o profissional possa se tornar um sujeito moral de suas ações vivenciando a experiência moral como produtiva e contínua em termos de subjetividade e identidade, uma vez que, o processo de sofrimento moral se dá pela existência de um problema que pede uma decisão, e esta por sua vez, produzirá ou não os efeitos esperados (RAMOS et al., 2016).

Esta reflexão nos leva a discussão quanto à insuficiência na infraestrutura e nas ofertas de ações em saúde na APS do município local deste estudo, anteriormente citadas e aqui ocupando o papel de oposição direta ou indiretamente ao objetivo de diminuir o sofrimento e romper com as vulnerabilidades envoltas à pessoa com comportamento suicida.

Em se tratando da APS, sua proximidade e territorialidade com o paciente e com a comunidade instituem diariamente o poder e o dever de propiciar uma nova abordagem e uma nova compreensão sobre o tema, com o enfoque de vencer barreiras, preconceitos, pressão social e vulnerabilidades (ABP, 2014).

A capacidade para a detecção precoce e, conseqüentemente na prevenção do suicídio, pede o enfrentamento urgente dos estigmas e do tabu relacionados ao assunto. Por séculos o suicídio foi considerado um pecado, essa ideia constituiu um tabu arraigado em nossa cultura e promotor de estigmas envolto ao processo em que as pessoas são levadas a se sentirem envergonhadas, excluídas e discriminadas. Lutar contra esse tabu é fundamental para que a prevenção seja perpetuada (ABP, 2014; MARCOLAN; SILVA, 2019).

Nesse sentido, o cenário deste estudo mostra-se desafiador, constituído por tabus e estigmas relacionados ao aparecimento ou agudização de comportamentos suicida. E, esta afirmação considera os aspectos sócios culturais predominantes no município, isto é, os moradores da região são remanescentes de uma cultura onde honrar os compromissos e alcançar o

sucesso econômico são valores básicos e passados de geração em geração, valores esses que veem sendo tensionados pelas exigências do capitalismo (MENEGHEL; MOURA, 2018).

Em seu atual arranjo, o capitalismo precariza o trabalho em benefício do lucro. O fato de não honrar compromissos firmados, enfrentar perda de terras, desemprego ou fracasso financeiro podem constituir, para estes pequenos agricultores, determinantes para o suicídio, assim como gatilhos para o ato. A angústia pode levar a pessoa a perder a esperança, cujo desespero tem na morte uma possível saída (CABRAL; OLIVEIRA, 2018; MENEGHEL; MOURA, 2018).

A agricultura familiar implica na dedicação quase que exclusiva às atividades laborais, é comum o trabalho infantil, de mulheres e até idosos. Nesse contexto, a ausência do lazer pode desencadear depressão, apatia, falta de perspectivas, conflitos e condutas autodestrutivas. Ainda, a indiferença frente ao sofrimento psíquico e a tendência em desqualificá-lo, considerando-o como “frescura” para fugir do trabalho, são banalizados. O comportamento suicida é tido como um sinal de fraqueza e inferioridade (CABRAL; OLIVEIRA, 2018; MENEGHEL; MOURA, 2018).

Ainda hoje, pessoas que tentaram o suicídio são tratadas com certo preconceito e até desprezo, esse fato pode ser resultado da insuficiente compreensão quanto aos múltiplos fatores que levam uma pessoa a atentar contra a própria vida, bem como o aspecto negativo da morte que perpassa a história. É latente a necessidade do país em superar o tabu e o preconceito envolto aos comportamentos suicidas para que consiga cumprir as metas globais (CABRAL; OLIVEIRA, 2018).

Nesse âmbito, a abordagem educacional responsável ostenta posição insubstituível em que pese o fator de prevenção e proteção ao suicídio. A população vulnerável não deve ficar à mercê de seus próprios esforços, mas sim, ser priorizada em intervenções preventivas que incluam famílias, amigos e comunidade. A conscientização e estimulação de ações comunitárias preventivas são necessárias para a mudança da realidade atual (OMS, 2014; BRASIL, 2017c). E, a condução de ações de prevenção e de intervenção ao comportamento suicida não é dever exclusivo do setor saúde, mas tem caráter intersetorial com vista à formação de redes que promovam, de fato, o cuidado e compartilhem tarefas (ABP, 2014; GARBIN et al., 2015).

Afirma-se que o exercício do profissional em saúde no contexto do cuidado ao comportamento suicida da APS, aqui exposto apresentou-se permeado por problemas éticos no que se refere as relações com os pacientes. Os problemas éticos, nessa esfera, caracterizaram-se por uma sutileza e pela naturalização da violência nas relações interpessoais, apresentando alta frequência e baixa intensidade, que dificultam sua percepção pelos profissionais (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

Embora os profissionais de saúde objetivassem o bem do paciente, estudos nacionais e internacionais indicam relatos de práticas que degradam e desumanizam os usuários, e que essas se agravam quando se trata da pessoa em risco de suicídio. Esta situação interfere, negativamente, nos cuidados em saúde, aumenta o sofrimento e o risco de nova tentativa de suicídio, o que conduz à percepção de que há um entendimento silencioso e uma autorização implícita para a perpetração desses atos, nas instituições (ALBUQUERQUE et al., 2019).

A subnotificação dos casos de suicídio e tentativa de suicídio, consubstancia-se em uma falha ética, profissional e institucional, a qual tem reflexo direto na carência de recursos, programas e ações de prevenção e perpetuação das vulnerabilidades envolvidas ao comportamento suicida. Esta afirmação se dá pelo fato de que a notificação é definida como “a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública” (BRASIL, 2014b, p. 67). Logo, a notificação gera informações de vigilância em saúde, utilizadas como subsídios no planejamento e tomada de decisões para formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde (GARBIN et al., 2015).

Entretanto, a subnotificação não é uma realidade exclusiva do município estudado, mas de todo território brasileiro. E, as questões envolvidas estabelecem uma irregularidade que fragiliza o sistema de saúde brasileiro, e torna a realidade invisível, uma vez que os dados epidemiológicos não serão gerados para refletirem em políticas públicas (GARBIN et al., 2015).

Estudo apurou que a principal justificativa mencionada por profissionais da saúde para a não notificação é a falta de tempo, produto da sobrecarga de trabalho nas instituições de saúde. Entretanto, enfatizou também que a realização da notificação compulsória é uma responsabilidade legal dos profissionais de saúde, e que a ausência de penalidades quanto à sua não realização parece contribuir para esta realidade (MELO et al., 2018).

Enfatiza-se, que a notificação imediata da tentativa de suicídio tem como objetivo, além de gerar dados epidemiológicos, desencadear as ações de cuidado, assegurando o acolhimento e a prestação de cuidados necessários, além da adoção de medidas terapêuticas adequadas (ABP, 2014; BRASIL, 2017).

O presente estudo apresenta como limitação a própria área de abrangência, ou seja, ainda que, para a efetividade desta pesquisa, tenha sido escolhida uma região cuja demanda de situações vivenciadas com comportamento suicida seja reconhecida como superior a outros locais no próprio estado, o que justificaria a realização deste estudo, ao mesmo tempo, pode se constituir

num viés, na medida em que outros contextos precisariam ser explorados, para justamente obter uma realidade mais ampliada desta problemática. Desta forma, sugerem-se estudos futuros que envolvam outras regiões e níveis de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atendendo ao objetivo de analisar da atuação dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o comportamento suicida na perspectiva conceitual da vulnerabilidade e da sensibilidade moral em um município catarinense foi constatado que os profissionais entrevistados demonstraram ciência quanto à situação de múltiplas vulnerabilidades, estigmas e tabus envoltos à pessoa com comportamento suicida, bem como conhecimento quanto aos principais fatores de risco, etiologia e as distintas manifestações. Ainda assim, a identificação da pessoa em sofrimento sinalizada como *start* para o cuidado ao comportamento suicida está ancorada basicamente na verbalização.

Por sua vez, os participantes evidenciaram o emprego da sensibilidade moral e responsabilidade ética, para a tomada de decisões no manejo e tratamento da pessoa com comportamento suicida. Reconhecem o papel do profissional da APS num cotidiano com problemas éticos e barreiras. Isto despende esforços para compreender as representações do outro e suas motivações e estabelecer vínculo na relação profissional-paciente-rede.

No município, identificou-se uma informal rede de apoio e amparo constituída pelos profissionais das distintas equipes e campo de conhecimento. Desde modo, os colegas são vistos como possibilidade de compartilhamento de angustias, de soma dos saberes para uma tomada de decisões mais adequada, de rompimento de algumas das vulnerabilidades existentes.

No decorrer do cuidado preventivo e manejo terapêutico, diversas dificuldades foram citadas, dentre elas, a dificuldade em sensibilizar familiares e comunidades quanto à relevância da atuação e participação no processo de cura e amenização da dor; a inexistência de ações de prevenção e conscientização no enfrentamento das barreiras culturais; a ausência de busca ativa; a dificuldade de acesso aos serviços; a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais devido ao acúmulo de funções; e a carência de inovação e criatividade frente às adversidades envoltas ao tratamento proposto a esse público.

O desenvolvimento da sensibilidade moral deveria propiciar ultrapassar a lógica de apenas identificar o problema, também, de perceber os aspectos contextuais que impactam em estratégias de intervenção, em novas práticas e na identificação das barreiras/limites. Mas, ainda que foi

comprovada a pertinência do exercício da sensibilidade moral para a percepção das necessidades da pessoa vulnerável e posterior tomada de decisões, analisado que a mesma pode desencadear angústia ou sofrimento moral para o sujeito trabalhador, quando diante de resposta a problemas éticos e de barreiras que fogem à sua governabilidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline; et al. Os direitos humanos de pacientes em risco de suicídio no Brasil. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 8, n. 1, p.1-163, jan./mar., 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/523>. Acesso em: 28 set. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. BRASÍLIA: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 08 set. 2019.

BARTH, Priscila Orlandi et al. Generating situations of Moral Distress in Primary Care Nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 1, p.35-42, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0378>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0035.pdf. Acesso em: 14 out. 2019.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, out., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2017.

BOTEAGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília. v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017c. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso: 13/10/2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde,

p. 110, 2012a.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, jun. 2014b.

BRASIL. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. **Institui diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio.** Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 14 ago. 2006a.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 12 dez. 2012.

CABRAL, Milena Garcia; OLIVEIRA, Ilena Rafaela de Britto. A dissimulação é um dever quando a sinceridade é um perigo: o suicídio como busca do alívio. **Rev. Cientefico**, Fortaleza, v.8, n.37, p.01-21, Jan./Jun., 2018. Disponível em: <https://revistacientefico.adtalembrasil.com.br/cientefico/article/view/328/353>. Acesso em: 14 nov. 2019.

CARDOSO, Cecília Maria Lima et al. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. , p.89-95, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000300013>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0089.pdf. Acesso em: 14 out. 2019.

DARÉ, Patricia Kozuchovski; CAPONI, Sandra Noemi. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 7, n. 1, p. 12-24, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858/1419>. Acesso em: 22 jul. 2019.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 6, p.1879-1890, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2019.

KIM, Yong-soon; KANG, Se-won; AHN, Jeong-ah. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.470-478, 19 nov. 2012. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012455563>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23166142>. Acesso em: 10 dez. 2018.

LATAILLE, Yves de. **Moral e Ética: Dimensões intelectuais e afetiva.** Porto Alegre: Artmed, 2006. 150 p.

LUTZEN, Kim et al. Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.187-196, mar. 2006. SAGE Publications.

<http://dx.doi.org/10.1191/0969733006ne837oa>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16526152>. Acesso em: 03 set. 2019.

LUTZEN, Kim; JOHANSSON, Agneta; NORDSTROM, Gun. Moral Sensitivity: some differences between nurses and physicians. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 7, n. 6, p.520-530, nov. 2000. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/096973300000700607>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11221393>. Acesso em: 21 ago. 2019.

MACHADO, Isis Layne de Oliveira; ALBUQUERQUE, Aline. Papel do estado quanto à vulnerabilidade e proteção de adultos com deficiência intelectual. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília**, v. 8, n. 1, p.1-163, jan./mar., 2019. Disponível em:
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/510>. Acesso em: 02 nov. 2019.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Rev. M.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, jan./jun. 2019. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9290/7954>. Acesso em: 03 out. 2019.

MELO, Maria Aparecida de Souza et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 71, p.01-17, 5 jun. 2018. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS.
<http://dx.doi.org/10.23973/ras.71.104>. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104/153>. Acesso em: 18 set. 2019.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MOURA, Rosylaine. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 67, p.1135-1146, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0269>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-1807-576220170269.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1393-1404, 2 maio 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01422019>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n4/1413-8123-csc-24-04-1393.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; NUNES, Carlos Henrique Sancineto da Silva. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 911-920, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63050018024/>. Acesso em: 18 ago. 2017.

NORA, Carlise Rigon dalla et al. SENSIBILIDADE MORAL E FATORES RELACIONADOS: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.01-08, 21 dez.

2016. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.47410>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47410/pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

NORA, Carlise Rigon dalla; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida M. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 2, p.308-316, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0453>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200308&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <http://www.crp11.org.br/suicidio.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf. Acesso em: 14 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: OMS, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_english.pdf?ua=1. Acesso em: 17 abr. 2017.

RAMOS, Flávia Regina Souza et al. CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR THE STUDY OF MORAL DISTRESS IN NURSES. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.01-10, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf. Acesso em: 02 nov. 2019.

ROBICHAUX, Catherine. Developing Ethical Skills: From Sensitivity to Action. **Critical Care Nurse**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.65-72, 1 abr. 2012. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012929>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22467614>. Acesso em: 18 set. 2019.

SCHALLENBERGER, Cláudia Denise et al. Moral sensitivity components identified among nurses from Intensive Care Units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 1, p.2-8, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0202>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0002.pdf. Acesso em: 05 out. 2019.

SILVA, Leandro Andrade Da; e SANTOS, Iraci dos (org.). **Cuidar em enfermagem e saúde mental: Volume 4 - Cuidar de pessoas em situações de emergências psiquiátricas, ideações suicidas e problemas relacionados a adições**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2017. 373 p.

SOALHEIRO, Nina (org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 250 p.

WEAVER, Kathryn. Ethical Sensitivity: State of Knowledge and Needs for Further Research. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.141-155, mar. 2007. SAGE Publications.

<http://dx.doi.org/10.1177/0969733007073694>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17425144>. Acesso em: 28 ago. 2019.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; e BOTEGA, Neury José (org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WUNSCH, Vera Lúcia et al. Bioética, teologia e saúde mental: diretrizes de cuidado e prevenção do suicídio. **Revista Iberoamericana de Bioética**, [s.l.], n. 2, p.01-15, 11 out. 2016. Universidad Pontificia Comillas. <http://dx.doi.org/10.14422/rib.i02.y2016.010>. Disponível em:
<https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7341/7182>. Acesso em: 18 ago. 2017.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta investigação proporcionou à pesquisadora uma imersão na temática do cuidado à pessoa com comportamento suicida, e suas nuances, instigando ainda mais seu compromisso ético. Neste sentido, este compromisso pode ser traduzido no interesse de contribuir e mudar a atual realidade vivenciada pelo profissional da saúde e pela pessoa em sofrimento, no que cerne ao cuidado à pessoa com comportamento suicida no sistema único de saúde brasileiro.

Com a revisão integrativa da literatura foi possível identificar que o número de pesquisas abordando a temática do cuidado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde vem crescendo, entretanto existem lacunas importantes a serem preenchidas, dentre elas: a necessidade de se pensar em estratégias de detecção e identificação da pessoa com comportamento suicida na amostra comunitária que não procura as instituições de saúde; ampliar e aprofundar estudos para estabelecer fatores que possibilitem a atenção adequada e contínua à pessoa com comportamento suicida na APS; e, a necessidade de capacitação/especialização contínua dos profissionais atuantes da APS preparando-os para enfrentar os desafios relacionados ao tratamento da pessoa com comportamento suicida, bem como identificar grupos de risco e adaptar a atual prestação de serviços à necessidade de cada pessoa em sofrimento.

A análise da rede de atenção à pessoa com comportamento suicida na perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde do município permitiu conhecer a complexidade do objeto de estudo. Evidenciou que são os aspectos clínicos envolvidos em cada caso que determinam o manejo mais adequado; e direcionam o percurso do paciente na rede por meio da avaliação e formulação do risco de suicídio embasando a elaboração do fluxograma da Rede Municipal de Atenção ao Comportamento Suicida.

Os profissionais entrevistados demonstraram ciência quanto à situação de múltiplas vulnerabilidades, estigmas e tabus envoltos à pessoa com comportamento suicida, bem como conhecimento quanto aos principais fatores de risco, etiologia e as distintas manifestações. Ainda assim, a identificação da pessoa em sofrimento sinalizada como *start* para o cuidado ao comportamento suicida está ancorada basicamente na verbalização. O vínculo e a estreita aproximação entre os profissionais e seus pacientes constitui a possibilidade para a identificação dos aspectos clínicos mais relevantes para a avaliação de risco do suicídio, tarefa complexa e realizada no município.

A utilização conceitual da sensibilidade moral e responsabilidade ética, para a tomada de decisões no manejo e tratamento da pessoa com comportamento suicida, propiciou outro olhar para a importante função do profissional da APS, sendo primordial empregar esforços e desenvolver a sensibilidade moral na compreensão das representações do outro e suas motivações para estabelecer vínculo na relação profissional-paciente-rede e êxito no plano terapêutico.

No decorrer do cuidado preventivo e manejo terapêutico, diversas dificuldades foram referidas, dentre elas, a dificuldade em sensibilizar familiares e comunidades quanto à relevância da atuação e participação no processo de cura e amenização da dor; a inexistência de ações de prevenção e conscientização no enfrentamento das barreiras culturais; a ausência de busca ativa; a dificuldade de acesso aos serviços; a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais devido ao acúmulo de funções; e a carência de inovação e criatividade frente às adversidades envoltas ao tratamento proposto a esse público.

O desenvolvimento da sensibilidade moral poderia ultrapassar a lógica de identificar o problema, também, de perceber os aspectos contextuais que impactariam em estratégias de intervenção, em novas práticas e na identificação das barreiras/limites. Ainda, considerou-se a pertinência do exercício da sensibilidade moral para a percepção das necessidades da pessoa vulnerável e posterior tomada de decisões neste processo de atenção à pessoa com comportamento suicida. Por outro lado, foi analisado que a mesma pode desencadear angústia ou sofrimento moral para o sujeito trabalhador, quando diante de resposta a problemas éticos e de barreiras que fogem à sua governabilidade.

Quanto à articulação entre os serviços de saúde, foram identificadas barreiras em alguns fluxos e conexões, encaminhamentos e solicitações de transporte, resultado do descompasso entre a oferta e a demanda em saúde mental e de uma política de regulação de rede na região. Foi observada também a ausência de matriciamento, representando fragilidade na resolução dos casos e uma lacuna na execução de um dispositivo político ministerial no município. Ainda que, a subnotificação dos casos de suicídio e tentativa de suicídio mistifica os dados que poderiam contribuir com inovações no sistema público de saúde redirecionando as políticas.

O município investigado possui uma informal rede de apoio e amparo constituída pelos profissionais das distintas equipes e campos de conhecimento. Desde modo, os colegas constituintes de APS municipal são vistos como possibilidades para o compartilhamento das angústias, da soma dos saberes para uma tomada de decisões mais adequada, do rompimento de algumas das vulnerabilidades e de enfrentamento às barreiras existentes.

Em que pese o lugar do profissional no campo da saúde e saúde mental, na perspectiva coletiva, o dispositivo da supervisão clínico-institucional é uma estratégia para que os profissionais ampliem a competência profissional e dialoguem de forma compartilhada sobre as situações que ocorrem no cotidiano, desde que haja investimento da gestão para isso. Na perspectiva individual, em que medida os profissionais realizam o tripé da formação em saúde mental, estudo teórico, supervisão dos casos e análise ou psicoterapia pessoal. Isto porque lidar com pessoas com comportamento suicida e também evocar sofrimento e angústia no profissional que opera dia a dia com estas situações.

A temática do suicídio necessita de ampliação da discussão e conscientização sobre o tema, para além do estabelecimento de fluxos. Contudo, uma rede estruturada, com capacidade técnica de avaliação e cuidado acolhedor, que invista na Educação Permanente de seus trabalhadores e, inclua a sociedade em seus debates, tende a apresentar melhores resultados frente a situações adversas como a morte intencional.

Neste sentido, recomenda-se como necessário a elaboração de um Projeto Político Municipal cujo investimento em capital simbólico, tecnológico e inovador possa refletir na organização entre os cidadãos para a formulação de Políticas Públicas Municipais de Saúde Mental que contemplem uma Política Pública Municipal de Atenção ao Comportamento Suicida e possa colaborar para uma vida com mais recursos para se viver.

Faz-se necessário esclarecer que a análise contida nesta Tese considerou o contexto político vigente no momento do seu planejamento e coleta de dados, entretanto é de conhecimento público que o Brasil e o SUS vêm passando por diversas e constantes mudanças.

Além do exposto, no que se refere às limitações deste estudo, afirma-se que a pesquisa qualitativa visa aprofundar o conhecimento a partir de um objeto estudado em um dado contexto e tempo, na presente pesquisa, o aprofundamento foi realizado com profissionais de um município brasileiro com características singulares. Logo, apresenta como limitação a própria área de abrangência, ou seja, ainda que, para a efetividade desta pesquisa, tenha sido escolhida uma região cuja demanda de situações vivenciadas com comportamento suicida seja reconhecida como superior a outros locais no próprio estado, o que justificaria a realização deste estudo, ao mesmo tempo pode se constituir num viés, na medida em que outros contextos precisariam ser explorados, para justamente obter uma realidade mais ampliada desta problemática.

Diante disso, esta pesquisa inova ao ser pioneira no contexto e local estudado, mesmo que o referido tema possua produções científicas nacionais e internacionais. Desta forma, sugerem-se o desenvolvimento de estudos futuros que envolvam outras regiões e níveis de

atenção à saúde, e analisadas com base nas novas demandas legais e políticas públicas envolvidas à temática.

Recomenda-se ainda, estudos que articulem a formação, educação permanente, estratégias de intervenção com a formulação de um projeto político que elabore, organize, execute e avalie de forma singular cada Rede Municipal de Atenção a Pessoa com Comportamento Suicida, e que estes contribuam com a comunidade científica no campo da saúde e saúde mental.

Destarte, por meio da compreensão quanto ao cuidado ofertado à pessoa com comportamento suicida pelos profissionais da atenção primária à saúde no município estudado, esperamos ter deixado como contribuição para a comunidade acadêmica subsídios e incentivos para desmistificar a temática do suicídio promovendo a informação e aumentando a interação da comunidade com os serviços e seus profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Aline; et al. Os direitos humanos de pacientes em risco de suicídio no Brasil. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 8, n. 1, p.1-163, jan./mar., 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/523>. Acesso em: 28 set. 2019.
- ANDERSON, H. D. et al. Monitoring Suicidal Patients in Primary Care Using Electronic Health Records. **The Journal Of The American Board Of Family Medicine**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.65-71, 1 jan. 2015. American Board of Family Medicine (ABFM). <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2015.01.140181>. Disponível em: <https://www.jabfm.org/content/28/1/65.short>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- ASHRAFIOUN, Lisham et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental health evaluation. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 189, p.344-350, jan. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.014>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715301269>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. BRASÍLIA: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em: 08 set. 2019.
- AURELIO, Dicionário da língua portuguesa. Versão online. Publicado em: 2016-09-24, revisado em: 2017-02-27. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com>. Acesso em: 26 ago. 2017.
- BARTH, Priscila Orlandi et al. Generating situations of Moral Distress in Primary Care Nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 1, p.35-42, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0378>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0035.pdf. Acesso em: 14 out. 2019.
- BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, out., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2017.
- BOMYEA, Jessica et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. **Psychiatry Research**, [s.l.], v. 209, n. 1, p.60-65, ago. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.017>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178113001480>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia Usp**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2017.

BOTEGA, Neuri José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGA, Raquel. A necessidade do ensino do profissionalismo. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 35, n. 4, p. 258-260, jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v35i4.12638>. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732019000400001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia do apoio do Ministério da Saúde a estados e municípios**. Grupo de articulação do apoio do Ministério da Saúde. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, p. 10, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> e <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 05 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, p. 160, 2014.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, p. 19, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. Secretaria de Atenção a Saúde. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 02 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília. v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso: 13/10/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. **Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – n° 01, de 12 de agosto de 2014.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. BRASÍLIA, 2014a.

BRASIL. **Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica.** BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35749.PDF. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, p. 110, 2012.

BRASIL. Portaria n° 1.271, de 6 de junho de 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, jun. 2014b.

BRASIL. Portaria n° 1.876 de 14 de agosto de 2006. **Institui diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio.** Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 14 ago. 2006a.

BRASIL. Portaria n° 2.436, de 21 de dezembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Poder Executivo. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, dez. 2017b.

BRASIL. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 26 dez. 2011; Seção 1.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, dez. 2017a.

BRASIL. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 31 dez. 2010; Seção 1.

BRASIL. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 12 dez. 2012a.

BROOK, Rachel et al. Mental health care for adults with suicide ideation. **General Hospital**

Psychiatry, [s.l.], v. 28, n. 4, p.271-277, jul. 2006. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.01.001>. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834306000028?via%3Dihub>.
 Acesso em: 08 out. 2017.

BUNEVICIUS, Robertas et al. Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. **Scandinavian Journal Of Primary Health Care**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.24-29, 17 fev. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2013.873604>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2013.873604>. Acesso em: 17 jul. 2017.

CABRAL, Milena Garcia; OLIVEIRA, Ilena Rafaela de Britto. A dissimulação é um dever quando a sinceridade é um perigo: o suicídio como busca do alívio. **Rev. Cientefico**, Fortaleza, v.8, n.37, p.01-21, Jan./Jun., 2018. Disponível em:
<https://revistacientefico.adtalembrasil.com.br/cientefico/article/view/328/353>. Acesso em: 14 nov. 2019.

CARDOSO, Cecília Maria Lima et al. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. , p.89-95, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000300013>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0089.pdf. Acesso em: 14 out. 2019.

CARR, Matthew J. et al. The epidemiology of self-harm in a UK-wide primary care patient cohort, 2001–2013. **Bmc Psychiatry**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.2001-2013, 29 fev. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0753-5>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4770684/>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 8, p.2039-2052, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000800015>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2017.

CHESNEY, Edward; GOODWIN, Guy M.; FAZEL, Seena. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. **World Psychiatry**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.153-160, jun. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20128>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24890068>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CHIAVERINI Dulce Helena (org.) et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 236, 2011. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/90969-guia-pratico-de-matriciamento-em-saude-mental/>. Acesso em: 13 set. 2019.

CHOI, Yoon-Joo; LEE, Weon-Young. The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. **International journal of mental health systems**, v. 11, n. 1, p. 18, 2017. Disponível em:

<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-017-0123-9>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CONTE, Marta et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 8, p.2017-2026, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000800013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/13.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

COSTA, Tarciana Sampaio et al. Intensidade e sintomas depressivos em usuários da estratégia saúde da família. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, Aracajú, v. 5, n. 3, p. 47-56, Jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/3521>. Acesso em: 30 jul. 2017.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.346-354, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2012000200012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/12.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

DA COSTA, Crístopher Batista; SPIES, Pedro Canisio Spies. "Suicídio: a percepção familiar sobre aquele que deu fim à própria vida." **Rev. Psicologia em Foco**, Frederico Wesphalen, v. 6, n. 8, p. 78-95, Dez. 2014. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1573/1771>. Acesso em: 26 jun. 2017.

DA SILVA, Tatiana de Paula Santana; SOUGEY, Everton Botelho; SILVA, Josimário. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 419-426, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3615/361540658021.pdf>. Acesso em: 18 Ago. 2017.

DANIELA STEFANO (São Paulo) (org.). **DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2019**: São Paulo: Outras Expressões, 2019. 287 p. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/12/relatorio_dh_2019.pdf. Acesso em: 28 mar. 2020.

DAOLIO, Edilberto Raimundo. Suicídio: tema de reflexão bioética. **Revista Bioética**, v. 20, n. 3, p. 436-441, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533260008.pdf>. Acesso em: 18 Ago. 2017.

DARÉ, Patricia Kozuchovski; CAPONI, Sandra Noemi. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 7, n. 1, p. 12-24, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858/1419>. Acesso em: 22 jul. 2017.

DE LEO, Diego et al. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention?. **Comprehensive Psychiatry**, [s.l.], v. 54, n. 7, p.1117-1123, out. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.007>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X13001168>. Acesso em: 18 ago. 2017.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.357-366, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000200014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/14.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

DENNESON, Lauren M. et al. Treatment of veterans with mental health symptoms in VA primary care prior to suicide. **General Hospital Psychiatry**, [s.l.], v. 38, p.65-70, jan. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.08.007>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016383431500198X>. Acesso em: 18 ago. 2017.

DIAMOND, Guy S. et al. Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care. **American Journal Of Preventive Medicine**, [s.l.], v. 53, n. 1, p.48-54, jul. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.020>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S074937971730171X?via%3Dihub>. Acesso em: 18 ago. 2017.

DIMENSTEIN, Magda et al. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & Sociedad**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.70-85, 3 mai. 2018. Universidad Catolica del Norte - Chile. <http://dx.doi.org/10.22199/s07187475.2018.0001.00004>. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755334>. Acesso em: 14 set. 2019.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/>. Acesso em: 15 abr. 2018.

FALLUCCO, Elise M. et al. Use of a Standardized Patient Paradigm to Enhance Proficiency in Risk Assessment for Adolescent Depression and Suicide. **Journal Of Adolescent Health**, [s.l.], v. 51, n. 1, p.66-72, jul. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.026>. Disponível em: <http://partnershipforchildhealth.org/wp-content/uploads/2017/04/Fallucco-et-al-2012.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

FERREIRA, Micheli Leal et al. COMPORTAMENTO SUICÍDA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 9, n. 4, p.50-54, 21 dez. 2018. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n4.1803>. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1803/477>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

FERREIRA, Vinicius Renato Thomé; & TRICHÊS, Verônica Joana Salvi. Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in a southern Brazilian city. **Psico**, Porto Alegre, v. 45, n. 2, p. 219-227, Abr.-Jun. 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/13980/11711>. Acesso em: 12 mai. 2017.

FIALHO, Marcelo Brandt. **Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental**. In: ZEFERINO, Maria Terezinha. Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental / Maria Terezinha Zeferino,

Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (org.). 4. Ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Research In Nursing & Health**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.1-11, fev. 1987. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770100103>. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770100103/pdf>. Acesso em: 10 mai. 2017.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. A operacionalização do sus na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 2, p. 129-142, 26 ago. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021776>. Acesso em: 03 nov. 2019.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 6, p.1879-1890, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia Usp**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.262-269, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

HALLGREN, Kevin A. et al. Prediction of Suicide Ideation and Attempt Among Substance-Using Patients in Primary Care. **The Journal Of The American Board Of Family Medicine**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.150-160, mar. 2017. American Board of Family Medicine (ABFM). <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2017.02.160264>. Disponível em: <https://www.jabfm.org/content/30/2/150.short>. Acesso em: 18 ago. 2017.

HOOPER, Lisa M. et al. Predictors of primary care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. **The journal of behavioral health services & research**, v. 39, n. 2, p. 103-115, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11414-011-9268-5>. Acesso em: 18 ago. 2017.

INDU, Pillaveetil Sathyadas et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. **Asian Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 27, p.48-52, jun. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.02.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201816302623>. Acesso em: 18 ago. 2017.

JENKINS, Abigail L. et al. Risk for Suicidal Ideation and Attempt among a Primary Care Sample of Adolescents Engaging in Nonsuicidal Self-Injury. **Suicide And Life-threatening Behavior**, [s.l.], v. 44, n. 6, p.616-628, 11 abr. 2014. Wiley.

<http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12094>. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12094>. Acesso em: 17 ago. 2017.

JORDANS, M. et al. Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low- and middle-income countries: a cross-sectional study. **Epidemiology And Psychiatric Sciences**, [s.l.], v. 27, n. 4, p.393-402, 16 fev. 2017. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s2045796017000038>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/suicidal-ideation-and-behaviour-among-community-and-health-care-seeking-populations-in-five-low-and-middle-income-countries-a-cross-sectional-study/4736E26B46F84E1906F880D203E31D94>. Acesso em: 18 ago. 2017.

KING, Kylie et al. Suicide prevention: Evaluation of a pilot intervention in a primary care context. **Journal Of Mental Health**, [s.l.], v. 22, n. 5, p.439-448, 10 set. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2013.815334>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638237.2013.815334>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

KIM, Yong-soon; KANG, Se-won; AHN, Jeong-ah. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.470-478, 19 nov. 2012. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012455563>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23166142>. Acesso em: 10 dez. 2018.

LATAILLE, Yves de. **Moral e Ética: Dimensões intelectuais e afetiva**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 150 p.

LAURITO, Isabel Fuchs; ALVES, Joyce Martins e Luana. O desmonte da rede de atenção à Saúde Mental na era Temer-Bolsonaro: as principais conquistas da reforma psiquiátrica podem estar ruindo diante dos nossos olhos: As principais conquistas da Reforma Psiquiátrica podem estar ruindo diante dos nossos olhos. **Revista Movimento: Crítica, teoria e ação**, São Paulo, p. 01-01, fev. 2019. Disponível em: <https://movimentorevista.com.br/2019/02/o-desmonte-da-rede-de-atencao-a-saude-mental-na-era-temer-bolsonaro/>. Acesso em: 28 mar. 2020.

LEAVEY, Gerard et al. Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. **BMC psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 120, 2016. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0824-7>. Acesso em: 18 ago. 2017.

LIMA, Dassayeve Távora Lim; LIBERATO, Mariana Tavares Cavalcanti Liberato; DIONÍSIO, Bianca Waylla Ribeiro. A empatia como atitude ética no cuidado em saúde mental. **Rev. Polis e Psique**, v. 9, n. 3, p. 152-170. 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/82791/55481>. Acesso em: 02 abr. 2020.

LIMA, Juliana Gagno et al. **Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde**. Novos Caminhos, N.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2016. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/07/NovosCaminho12.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.

LUTZEN, Kim; JOHANSSON, Agneta; NORDSTROM, Gun. Moral Sensitivity: some differences between nurses and physicians. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 7, n. 6, p.520-530, nov. 2000. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/096973300000700607>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11221393>. Acesso em: 21 ago. 2019.

MACHADO, Isis Laynne de Oliveira; ALBUQUERQUE, Aline. Papel do estado quanto à vulnerabilidade e proteção de adultos com deficiência intelectual. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 8, n. 1, p.1-163, jan./mar., 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/510>. Acesso em: 02 nov. 2019.

MADEIRA, Thais Christina Sousa et al. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da Atenção Primária em Saúde. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 16, n. 4, p. 393-398, Out/Dez. 2013. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1895/762>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MAEYAMA, Marcos Aurélio et al. Política Nacional de Atenção Básica (2017): um golpe político-ideológico do capital. : um golpe político-ideológico do capital. **Inova Saúde**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 236-261, 16 mar. 2020. Fundacao Educacional de Criciuma- FUCRI. <http://dx.doi.org/10.18616/inova.v9i2.4386>. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/4386/0>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MAGALHÃES, Claudia Antunes et al. Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.470-476, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022014000400008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/08.pdf>. Acesso em: 13 out. 2018.

MALAKOUTI, Seyed Kazem et al. Integrating a suicide prevention program into the primary health care network: A field trial study in Iran. **BioMed research international**, v. 2015, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476228/>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MALISKA, Maurício Eugênio; & WALLAUER, Alina. **Suicídio: um desafio para profissionais de saúde**. Florianópolis: Pandion, 2012.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Rev. M.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, jan./jun. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9290/7954>. Acesso em: 03 out. 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARÍN-LEÓN, Leticia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; BOTECA, Neury José. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 32, n. 5, p. 351-359, Nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012001100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mai. 2017.

MARUTANI, Miki; YAMAMOTO-MITANI, Noriko; KODAMA, Shimpei. Public Health Nurses' Activities for Suicide Prevention in Japan. **Public Health Nursing**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.325-334, 26 jan. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12247>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813038>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MATTOS, Luciano Dias et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista Psiquiatria Clínica**. 2012;39(6):194-7 Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Karen_Jansen2/publication/262749865_Prevalence_of_depression_in_users_of_primary_care_settings/links/547f32550cf2d2200edebc2b.pdf. Acesso em: 18 ago. 2017.

MELO, Maria Aparecida de Souza et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 71, p.01-17, 5 jun. 2018. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.71.104>. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104/153>. Acesso em: 18 set. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, p. 549, 2011.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MOURA, Rosylaine. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 67, p.1135-1146, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0269>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-1807-576220170269.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

MEYER, Denny et al. Development of a Suicidal Ideation Detection Tool for Primary Healthcare Settings: Using Open Access Online Psychosocial Data. **Telemedicine And E-health**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.273-281, abr. 2017. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2016.0110>. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/tmj.2016.0110>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MILNER, Allison et al. The effectiveness of suicide prevention delivered by GPs: A systematic review and meta-analysis. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 210, p.294-302, mar. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.035>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032716318067>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.1393-1404, 2 maio 2019.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01422019>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n4/1413-8123-csc-24-04-1393.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

MINAYO, Maria Cecílio de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Suicídio nas Américas. **70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros**, p. 15-30. 2015. Disponível em: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/70-anos-de-suicidio-en-uruguay_0.pdf#page=15. Acesso em: 20 jul. 2017.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta Lopez et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 39, n. 6, p.194-197, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832012000600003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2017.

MORE, Carmen L. Ojeda Ocampo. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, [s.l.], v. 15, n. 31, p.287-297, ago. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-863x2005000200016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n31/16.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2019.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; NUNES, Carlos Henrique Sancineto da Silva. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 911-920, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63050018024/>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de et al. (org.). **Prevenção no 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: CORAG, 2011.

NORA, Carlise Rigon dalla et al. SENSIBILIDADE MORAL E FATORES RELACIONADOS: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.01-08, 21 dez. 2016. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.47410>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47410/pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

NORA, Carlise Rigon dalla; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida M. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 2, p.308-316, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0453>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0308.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2019.

NORONHA JÚNIOR, M.A.G. et al. Depressão em estudantes de medicina. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 562-567, 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1872>. Acesso em: 17 jun. 2017.

NSAMENANG, Sheri A. et al. Depressive symptoms and interpersonal needs as mediators of forgiveness and suicidal behavior among rural primary care patients. **Journal Of Affective**

Disorders, [s.l.], v. 149, n. 1-3, p.282-290, jul. 2013. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.042>. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032713000979>. Acesso em: 18 ago. 2017.

OLIVEIRA, Débora Aparecida Lentini de. **Práticas clínicas baseadas em evidências**. Especialização em Saúde da Família. Módulo Pedagógico. 2014, 53p. Disponível em:
http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_Pr_ticas_cl_nicas_baseadas_em_evid_ncias.pdf. Acesso em: 06 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em:
<http://www.crp11.org.br/suicidio.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **AIMS Report on Mental Health System in Brazil, and Ministry of Health. BRASILIA: Brazil, 2007**. Disponível em:
https://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf?ua=1. Acesso em: 11 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Country reports and charts available**. OMS, 2014b. Disponível em:
https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/. Acesso em: 11 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global Health Observatory data repository: Suicide rate estimates, age-standardized estimates by country**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRV?lang=en>. Acesso em: 16 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental organización mundial de la salud**. Genebra: OMS, 2005. Disponível em:
https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf?ua=1. Acesso em: 04 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plan of action on mental health 2015-2020**. Washington: OMS, 2014a. Disponível em:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30233&lang=en. Acesso em: 18 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf. Acesso em: 14 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing suicide: A community engagement toolkit**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em:
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/community_engagement_toolkit_pilot/en/. Acesso em: 22 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: OMS, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_english.pdf?ua=1. Acesso em: 17 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Suicide in the world: Global Health Estimates**. Geneva: OMS, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 11 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Suicídio causa uma morte a cada 40 segundos no mundo**. 2015. Disponível em: <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2015/09/oms-suicidio-causa-umamorte-a-cada-40-segundos-no-mundo/#.Vzh50I-cHIW>. Acesso em: 24 Ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Mortalidad por suicidio en las Américas**. Informe regional. Washington: OPAS, 2014. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>. Acesso em: 20 Jul. 2017.

ONEIB, Bouchra et al. Suicidal ideations, plans and attempts in primary care in Morocco: cross-sectional study of consultants at primary health care system in Morocco. **Pan African Medical Journal**, [s.l.], v. 24, p.270-274, 2016. Pan African Medical Journal. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2016.24.274.9060>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5267922/>. Acesso em: 18 ago. 2017.

OWENS, C.; ROBERTS, S.; TAYLOR, J.. Utility of local suicide data for informing local and national suicide prevention strategies. **Public Health**, [s.l.], v. 128, n. 5, p.424-429, maio 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2014.03.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350614000547>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PATZER, Simone Santin. **Potencialidade da estratégia saúde da família na prevenção do suicídio: um relato de experiência**. 2014. 42 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Linhas de Cuidado, Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

PELTZER, Karl; LOUW, Julia. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa. **The Indian journal of medical research**, v. 138, n. 2, p. 194, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788204/>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PEREIRA, Daphne R.; CORTEZ, Elaine A.. Sofrimento psíquico na equipe de transplante de medula óssea - uma revisão integrativa. **Medicina (ribeirao Preto. Online)**, [s.l.], v. 47, n. 2, p.104-111, 30 jun. 2014. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i2p104-111>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/84555>. Acesso em: 17 jun. 2017.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. (org.). **Bioética, cuidado e humanização: humanização dos cuidados de saúde e tributos de gratidão**. Vol. III. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITO NOVO (PMBN). Prefeitura Municipal de Benedito Novo/SC. Disponível no site: <http://www.beneditonovo.sc.gov.br/>. Acesso em: 01 set. 2017.

RAMOS, Flávia Regina Souza et al. CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR THE STUDY OF MORAL DISTRESS IN NURSES. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.01-10, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf. Acesso em: 02 nov. 2019.

RIIHIMAKI, K. et al. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.291-302, 10 abr. 2013. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291713000706>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/incidence-and-predictors-of-suicide-attempts-among-primary-care-patients-with-depressive-disorders-a-5-year-prospective-study/D99B001BE1264BD80DA420A6764F50A2>. Acesso em: 18 ago. 2017.

ROBICHAUX, Catherine. Developing Ethical Skills: From Sensitivity to Action. **Critical Care Nurse**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.65-72, 1 abr. 2012. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012929>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22467614>. Acesso em: 18 set. 2019.

ROCHA, Francielle de Rezende. **Intervenção educacional com enfermeiros e agentes comunitários de saúde sobre o suicídio**. 2019. 271 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2019.

RUEDA-JAIMES, Germán Eduardo et al. Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, Bogotá, v. 40, n. 4, p. 637-646, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a04.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem do risco e das tentativas de suicídio**. Sistema Único de Saúde Estado de Santa Catarina, 2015.

SANTOS, Angélica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 170-179, jul. 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23>. Acesso em: 02 abr. 2020.

SANTOS, José Carlos et al. Impact of. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.679-684, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3503.2467>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00679.pdf. Acesso em: 18 ago. 2017.

SANTOS, Michelly Calixto dos; FLORÊNCIO, Taciana da Silva. A estratégia de saúde da família e sua relação com a reestruturação produtiva do capital. **Interfaces: Revista de Extensão da UFMG**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 273-278, jan/jun. 2019. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/441/pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

SCAVACINI, Karen. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio no trabalho**. 2018. 271 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SCHALLENBERGER, Cláudia Denise et al. Moral sensitivity components identified among nurses from Intensive Care Units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 1, p.2-8, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0202>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0002.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2019.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **Discursos profissionais e deliberação moral: Análise a partir de processos éticos de enfermagem**. 2010. 163 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SCHNITMAN, Gabriel et al. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 46, Ago. 2011. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/12>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA (SES-SC). Diretoria de vigilância epidemiológica. **Regiões de saúde e municípios**. Santa Catarina: Florianópolis, 2020. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/regioes-saude/>. Acesso em: 01 abr. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA (SES-SC). Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Suicídio. Perfil epidemiológico das tentativas e de óbitos por suicídio no estado de Santa Catarina e a Rede de Atenção à Saúde (2012-2017)**. Barriga Verde - Informativo epidemiológico. Ano XV. Esp. ed. Santa Catarina: Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BarrigaVerde%20Suicidio.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RJ). **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Coleção Guia de Referência Rápida. Superintendência de Atenção Primária. 1. ed. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética I: Fundamentos e ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2009.

SHEARER, Annie et al. Differences in Mental Health Symptoms Across Lesbian, Gay, Bisexual, and Questioning Youth in Primary Care Settings. **Journal Of Adolescent Health**, [s.l.], v. 59, n. 1, p.38-43, jul. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.02.005>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X16000525>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SILVA, Leandro Andrade Da; e SANTOS, Iraci dos (org.). **Cuidar em enfermagem e saúde mental: Volume 4** - Cuidar de pessoas em situações de emergências psiquiátricas, ideias suicidas e problemas relacionados a adições. 1. ed. Curitiba: Appris, 2017. 373 p.

SMITH, April R. et al. An assessment of suicide-related knowledge and skills among health professionals. **Health Psychology**, [s.l.], v. 33, n. 2, p.110-119, 2014. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0031062>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23379384>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

SOALHEIRO, Nina (org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 250 p.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 20 jul. 2017.

STORINO, Bárbara Diniz et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.369-377, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800040191>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n4/1414-462X-cadsc-26-4-369.pdf>. Acesso em: 14 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Cartilha: **Prevenção ao suicídio, setembro amarelo**. Centro de Comunicação Social (CCS). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: CCS/UFMG; 2019. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/setembroamarelo/>. Acesso em: 12 set. 2019.

VABO, Amnéris Silva Ribeiro et al. Comportamento suicida: Um olhar para além do modelo biomédico. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, [s.l.], v. 6, n. 12, p. 66-83, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5767126>. Acesso em: 15 abr. 2018.

VARNIK, Peeter. Suicide in the World. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.760-771, 2 mar. 2012. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph9030760>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367275/>. Acesso em: 20 mai. 2017.

VENTURA, Teresa. Depressão e comorbidade: um caso clínico. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 36-42, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n1/v27n1a06.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.175-187, jan. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2014: Os jovens do Brasil**. Versão preliminar. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, p. 190, 2014. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf. Acesso em: 20 jul. 2017.

WEAVER, Kathryn. Ethical Sensitivity: State of Knowledge and Needs for Further Research. **Nursing Ethics**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.141-155, mar. 2007. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733007073694>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17425144>. Acesso em: 28 ago. 2019.

WERLANG, Blanca Susana Guevara. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 8, p.1955-1957, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000800003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/03.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; e BOTEAGA, Neury José (org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 52, n. 5, p.546-553, dez. 2005. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 10 mai. 2017.

WIBORG, Jan F.; GIESELER, Dorothee; LOWE, Bernd. Suicidal ideation in German primary care. **General Hospital Psychiatry**, [s.l.], v. 35, n. 4, p.366-369, jul. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.02.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834313000522>. Acesso em: 18 jul. 2017.

WINDFUHR, K. et al. Suicide risk linked with clinical consultation frequency, psychiatric diagnoses and psychotropic medication prescribing in a national study of primary-care patients. **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 46, n. 16, p.3407-3417, 21 set. 2016. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291716001823>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/suicide-risk-linked-with-clinical-consultation-frequency-psychiatric-diagnoses-and-psychotropic-medication-prescribing-in-a-national-study-of-primary-care-patients/FB82F0E8A6E1435078E9FB7F7D2B2651>. Acesso em: 18 ago. 2017.

WUNSCH, Vera Lúcia et al. Bioética, teologia e saúde mental: diretrizes de cuidado e prevenção do suicídio. **Revista Iberoamericana de Bioética**, [s.l.], n. 2, p.01-15, 11 out. 2016. Universidad Pontificia Comillas. <http://dx.doi.org/10.14422/rib.i02.y2016.010>. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7341/7182>. Acesso em: 18 ago. 2017.

YOUNES, Nadia et al. Attempted and completed suicide in primary care: Not what we expected?. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 170, p.150-154, jan. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.037>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714005266?via%3Dihub>.
Acesso em: 18 ago. 2017.

YOUNES, Nadia et al. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. **BMC family practice**, v. 14, n. 1, p. 68, 2013.
Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-68>.
Acesso em: 18 ago. 2017.

APÊNDICE A – Protocolo para revisão integrativa da literatura



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM TURMA 2016

PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA CIENTÍFICA

”Comportamento suicida e atenção primária à saúde:
 Uma revisão integrativa”

I. RECURSOS HUMANOS:

Pesquisadora responsável: **Enfa. Dda. Micheli Leal Ferreira**⁽¹⁾

Pesquisadora orientadora: **Profa. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas**⁽²⁾

Pesquisador co-orientador: **Prof. Dr. Jeferson Rodrigues**⁽³⁾

Pesquisadora voluntária: **Enfa. Dda. Daiane Trentin**⁽⁴⁾

II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES:

- Elaboração protocolo: 1, 2, 3
 - Avaliação do protocolo: 2,3
 - Coleta de dados: 1,4
 - Seleção dos estudos: 1,4
 - Checagem dos dados coletados: 1, 2, 3,4
 - Avaliação crítica dos estudos: 2,3
 - Síntese dos dados: 1, 2, 3, 4
 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1, 2, 3
 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 2, 3
 - Revisão final a partir de sugestões dos orientadores: 1, 2, 3
 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2, 3
- * Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.

III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO:

Dra Monica Motta Lino

IV. PERGUNTA

Como a literatura aponta o cuidado à pessoa com comportamento suicida no âmbito da atenção

primária à saúde?

V. OBJETIVO

Conhecer as produções científicas nacionais e internacionais que abordam o comportamento suicida na atenção primária à saúde.

VI. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. Serão seguidas as seguintes etapas (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; et al, 2008; SOUZA; et al, 2010):

- 1) Seleção da pergunta de pesquisa;
- 2) Definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra;
- 3) Representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum;
- 4) Análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos;
- 5) Discussão e interpretação dos resultados;
- 6) Apresentação de forma clara a evidência encontrada.

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- a) Artigos científicos disponíveis na íntegra;
- b) Estudos publicados em português, inglês e espanhol a partir de 2012;
- c) Conter os termos de busca listados nesse protocolo.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- a) Publicações cujo assunto não corresponda à pergunta de pesquisa;
- b) Trabalho duplicados;
- c) Editoriais;
- d) Estudos cujo método não está bem descrito.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos termos de busca listados abaixo:

Idioma	Português	Inglês	Espanhol
Termos de busca:	Suicídio	Suicide	Suicidio
	Tentativa de Suicídio	Suicide, Attempted	Intento de Suicidio
	Ideação suicida	Suicidal Ideation	Ideación Suicida
	Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care	Atención Primaria de Salud

As buscas serão realizadas nas **Bases Eletrônicas de Dados:**

- 1) **BIREME/BVS:** A Biblioteca Virtual em Saúde é uma base de dados de responsabilidade

da BIREME e compreende a biblioteca Scientific Electronic Library Online (Scielo) e as bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Bases de Dados em Enfermagem (BDEnf) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline).

2) **CINAHL**: Base de dados com cobertura completa de periódicos de enfermagem em inglês e publicações da National League for Nursing e da American Nurses' Association, abrangendo enfermagem, biomedicina, biblioteconomia de ciências da saúde, medicina alternativa/complementar, saúde do consumidor e 17 disciplinas ligadas à saúde.

3) **SCOPUS**: Base de dados que disponibiliza acesso a títulos de periódicos, revistas de livre acesso, anais de conferências, publicações comerciais e séries de livros favorecendo encontrar artigos de periódicos em diversas áreas do conhecimento.

Para a construção das estratégias de busca foi utilizada uma adaptação do vocábulo acrônimo PICO para pesquisa qualitativa, onde P = população (profissionais da atenção primária à saúde), I: fenômeno de interesse (suicídio) e CO = contexto (atenção primária à saúde). A estratégia PICO orienta a elaboração da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica permitindo que o profissional ou pesquisador escolha de maneira acurada os descritores e as combinações mais apropriadas à serem utilizados (PEREIRA; CORTEZ; 2014).

Como estratégia de busca nas três bases de dados pré-selecionadas utilizou-se um o operador booleano OR para a combinação entre os descritores “Suicídio”, “Tentativa de suicídio” e “Ideação suicida” e AND para “Atenção Primária à Saúde”, pois desta forma encontramos documentos que contenham um ou outro, somado ao quarto descritos (OLIVEIRA, 2014).

A busca foi realizada via portal CAPES.

X. SELEÇÃO DOS ESTUDOS:

Os artigos encontrados na busca inicial foram submetidos pré-análise sendo avaliados quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Essa avaliação ocorreu de forma concisa e simples, através de leitura flutuante. Os artigos pré-selecionados foram organizados em formato de tabela construída a partir do programa Microsoft Excel para posterior avaliação crítica. A seleção final foi efetivada através de leitura dos resumos com o objetivo de identificar se os mesmos atendem a questão de pesquisa. Desta segunda seleção surgiram os artigos que foram lidos na íntegra e considerados nesta revisão.

XI. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS:

Para análise dos estudos que fizeram parte da revisão foi realizada a leitura exaustiva dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo do estudo.

XIII. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Título do Estudo
- Base de dados
- Ano de Publicação
- Local/Cenário do Estudo
- População do Estudo
- Questão de Pesquisa/Objetivo
- Resultados
- Conclusões/Recomendações

XII. SÍNTESE E CONCLUSÃO:

Por se tratar de uma revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa, os dados passarão por análise de conteúdo resultando em categorias por similaridade. A síntese e conclusão serão realizadas na forma de narrativas com base na análise dos dados encontrados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

XIII. DIVULGAÇÃO:

Esta pesquisa é parte integrante da Tese de Doutorado da Pesquisadora e será submetida a um periódico, a ser definido, proporcionando a divulgação dos achados, além de constituir parte relevante do projeto de qualificação e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos via Plataforma Brasil.

XIV. CRONOGRAMA

Atividade	Período/Meses								
	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração do protocolo	X	X							
Busca dos estudos	X	X							
Seleção dos estudos	X	X							
Validação do protocolo		X			X				
Organização dos estudos		X	X		X				
Avaliação crítica dos estudos		X	X		X				
Análise dos dados coletados			X	X	X				
Discussão e Conclusões				X	X	X			
Elaboração do manuscrito				X	X	X			
Finalização do manuscrito					X	X	X		
Apresentação do projeto de Tese de Doutorado à banca qualificação							X	X	
Realização dos ajustes sugeridos								X	X
Submissão em periódico científico									X

XV. REFERÊNCIAS:

1. GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Res Nursing Health**. 1987; 10(1): 1-11.
2. MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto-enferm**. 2008; 17(4): 758-764.
3. OLIVEIRA, D. A. L. **Práticas clínicas baseadas em evidências**. Especialização em Saúde da Família. Módulo Pedagógico. 2014, 53p. Disponível em: <http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_Pr_ticas_cl_nicas_baseadas_em_evid_ncias.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2017.
4. PEREIRA, D. R.; CORTEZ, E. A. Sofrimento psíquico na equipe de transplante de medula óssea. **Rev. med. USP**. 2014; 47(2):104-111.
5. SOUZA, M.T.; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Eisntein**. 2010; 8(1): 102-106.
6. WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. 2005; 52(5): 543-553.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL
 Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 Fax: +55 (48) 3721-9043
 E-mail: secretariapen@ccs.ufsc.br - Home page: www.pen.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O projeto de pesquisa intitulado: CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA é desenvolvido pela aluna de Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina Micheli Leal Ferreira (RG nº: 4170024 – SSP/SC – CPF nº: 006.735.789-09). Trata-se de pesquisa sob orientação da Professora Doutora Mara Ambrosina de Oliveira Vargas (pesquisadora responsável) e co-orientação do Professor Doutor Jeferson Rodrigues.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela(e) será submetida(o).

- 1. Natureza da pesquisa:** Esta pesquisa tem como objetivo responder a seguinte questão - *“Quais aspectos éticos e bioéticos estão implicadas no cuidado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde em um município do Médio Vale do Itajaí?”*.
- 2. Participantes da pesquisa:** A população será composta pelos profissionais da saúde de nível superior alocados de forma fixa no município estudado.
- 3. Envolvimento na pesquisa:** Ao ser convidado para ser um dos sujeitos deste estudo você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
- 5. Procedimento de coleta:** A coleta se dará por meio de entrevista semiestruturada a ser realizada individualmente em data e local de sua conveniência, e com prévio agendamento. O registro dos dados colhidos será realizado por meio de gravação de áudio, caso haja seu

consentimento. Os arquivos de áudio serão transcritos pela pesquisadora principal. Esclarecemos que não será realizada gravação em imagem.

4. Riscos e desconforto: A pesquisa oferece riscos de incômodo ao participante à medida que o caráter interacional da coleta de dados pode gerar constrangimento, desse modo, será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza em qualquer momento do percurso metodológico. Caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (entrevista), o participante poderá ser encaminhado para serviço de Apoio Psicológico. E, na eventualidade da possibilidade de risco de perda do emprego, a entrevista não será realizada; caso a entrevista esteja em andamento à mesma será interrompida e, na situação da entrevista ter sido efetuada, os dados oriundos dessa entrevista serão excluídos imediatamente para fins de resultados da presente pesquisa.

5. Confidencialidade: Tratando-se de pesquisa com seres humanos ocorrerá a confidencialidade das informações.

6. Benefícios: Esperamos que este estudo contribua com informações importantes quanto à compreensão do comportamento suicida pelos profissionais da atenção primária à saúde, bem como contribuam para a sensibilização e mobilização destes na oferta do cuidado integral e contínuo à pessoa que enfrenta sofrimento psíquico.

7. Pagamento: Não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação. Porém, caso alguma despesa extraordinária associada e comprovadamente vinculada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos previstos pela lei, desde que seja devidamente comprovado esse custo vinculado diretamente a pesquisa. Igualmente, garantimos o direito à indenização por danos eventuais, comprovadamente vinculados à participação na pesquisa, de acordo com os termos previstos em lei.

8. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades.

9. Indenização: Caso compreenda que houve algum dano eventual decorrente de sua participação nesta pesquisa, os pesquisadores serão responsabilizados.

Este documento está redigido em duas vias, assinado e rubricado em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador principal. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes de todo processo

investigativo, observadas as condições de: consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo; garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional; respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral; liberdade de recusa à participação total; amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo; os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação e serão guardadas pela pesquisadora principal pelo período de (5) cinco anos. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com as pesquisadoras abaixo indicadas. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em eventos científicos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu, _____, RG _____ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Telefone para contato: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora principal: _____

_____, ____ de _____ de 2018.

As pesquisadoras colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Pesquisadora responsável: Profª. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas
Telefone: (48) 991423090; E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br

Pesquisadora principal: Dda. Micheli Leal Ferreira
Endereço: Servidão Diocício Permino Ferreira, nr 74, apto 02
Vargem Grande - Florianópolis/SC. CEP:88052620
Telefone: (48) 98421478; E-mail: micheli_leal@yahoo.com.br

CEPSH – Comitê de ética e pesquisa com seres humanos
Universidade Federal de Santa Catarina
R: Desembargador Vitor Lima, nº222, sala 401.
Trindade - Florianópolis/SC. CEP: 88.040-400
Telefone: (48)3721-6094; E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Nome:

Idade:

Formação:

Cargo de atuação:

Tempo de atuação:

1. Na atenção primária à saúde você presta ou já prestou cuidado a pessoas com comportamento suicida? Com que frequência este fato ocorre em sua prática? Conte-nos sua experiência neste cuidado.
2. Descreva como você identifica o comportamento suicida se manifestando nas pessoas?
3. Você se sente preparado para atender e acompanhar uma pessoa que apresente comportamento suicida? Justifique sua resposta:
4. Como você acredita que os profissionais poderiam ser preparados para prestar o cuidado mais adequado ao comportamento suicida?
5. O que você considera ser mais difícil no cuidado à pessoa com comportamento suicida?
6. Você conta com algum apoio na oferta deste cuidado? Qual?
7. Quais as ofertas de ações e serviços para este público na Atenção Primária à Saúde do município?
8. Qual a sua opinião sobre a oferta de serviços de saúde para este público?
9. Como você avalia a rede de saúde mental para atendimento à demanda neste município?
Justifique:
10. O que você acredita que leva uma pessoa a pensar em tentar ou cometer suicídio?
11. O que você entende por comportamento suicida?

ANEXO A – Ficha de notificação individual violência interpessoal/autoprovocada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº											
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.															
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual										
	2	Agravos/ôncias		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	3	Data de notificação									
	4	UF	5	Município de notificação			Código (BGE)								
	6	Unidade Notificadora				<input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 2 - Unidade de Assistência Social	<input type="checkbox"/> 3 - Estabelecimento de Ensino	<input type="checkbox"/> 4 - Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> 5 - Unidade de Saúde Indígena	<input type="checkbox"/> 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher	<input type="checkbox"/> 7 - Outros			
7	Nome da Unidade Notificadora				8	Código Unidade			9	Data de ocorrência da violência					
8	Unidade de Saúde				9	Código (CNEB)			10	Data de nascimento					
Notificação Individual	10	Nome do paciente					11	Data de nascimento							
	12	(ou) Idade		<input type="checkbox"/> 1 - Hora	<input type="checkbox"/> 2 - Dia	<input type="checkbox"/> 3 - Mês	<input type="checkbox"/> 4 - Ano	13	Sexo		<input type="checkbox"/> M - Masculino	<input type="checkbox"/> F - Feminino	<input type="checkbox"/> Ignorado		
	14	Gestante		<input type="checkbox"/> 1 - 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2 - 2º trimestre	<input type="checkbox"/> 3 - 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Ignorado	15	Raça/Cor						
	16	Escolaridade				<input type="checkbox"/> 1 - Analfabeto	<input type="checkbox"/> 2 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	<input type="checkbox"/> 3 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	<input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasial ou 1º grau)	<input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	<input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	<input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta	<input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica
	17	Número do Cartão SUS				18	Nome da mãe								
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência			Código (BGE)		21	Distrito					
	22	Bairro			23	Logradouro (rua, avenida, ...)				Código					
	24	Número		25	Complemento (apto., casa, ...)			26	Geo campo 1						
	27	Geo campo 2			28	Ponto de Referência			29	CEP					
	30	(DDD) Telefone			31	Zona		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana	<input type="checkbox"/> 2 - Rural	<input type="checkbox"/> 3 - Periferiana	<input type="checkbox"/> Ignorado	32	País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares														
	33	Nome Social				34	Ocupação								
Dados da Pessoa Agravada	35	Situação conjugal / Estado civil				<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro	<input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual	<input type="checkbox"/> 3 - Viúvo	<input type="checkbox"/> 4 - Separado	<input type="checkbox"/> 5 - Não se aplica	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	36	Orientação Sexual		<input type="checkbox"/> 3 - Bissexual	<input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica	37	Identidade de gênero		<input type="checkbox"/> 5 - Homem Transsexual	<input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	38	Possui algum tipo de deficiência/transstorno?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	39	Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Não se aplica	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência			Código (BGE)		42	Distrito					
	43	Bairro			44	Logradouro (rua, avenida, ...)				Código					
	45	Número		46	Complemento (apto., casa, ...)			47	Geo campo 3		48	Geo campo 4			
	49	Ponto de Referência			50	Zona		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana	<input type="checkbox"/> 2 - Rural	<input type="checkbox"/> 3 - Periferiana	<input type="checkbox"/> Ignorado	51	Hora de ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52	Local de ocorrência				<input type="checkbox"/> 01 - Residência	<input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva	<input type="checkbox"/> 03 - Escola	<input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva	<input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar	<input type="checkbox"/> 06 - Via pública	<input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços	<input type="checkbox"/> 08 - Indústria/construção	<input type="checkbox"/> 09 - Outro	<input type="checkbox"/> 99 - Ignorado
	53	Ocorreu outras vezes?				<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	54	A lesão foi autoprovocada?					
	54	A lesão foi autoprovocada?				<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado							

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflicto geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros..... 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/empunçamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Empunçamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros.....		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contraceção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente de lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros..... <input type="checkbox"/> Medante <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(s)	62 Sexo do provável autor de violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor de violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça de Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados Gerais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
	68 Circunstância de lesão CID 10 - Cap XX		
69 Data de encaminhamento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 138	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100	
Município/Unidade de Saúde _____		Cód. de Unid. de Saúde/CNES _____	
Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada _____ Síntese _____ SVS 15.08.2015			

ANEXO B – Declaração da instituição proponente



Declaração

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**, os quais serão cumpridos os Termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e como essa instituição tem condição para o desenvolvimento desse projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 02 de Abril de 2018.

A handwritten signature in black ink, reading 'Eliane R.P. do Nascimento'.

Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Sub-Coordenadora do PEN/UFSC

Prof. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Subcoordenadora do Programa de
Pós-graduação em Enfermagem/UFSC
Portaria nº 887/2017/GR

ANEXO C – Autorização para realização do estudo



PREFEITURA DE BENEDITO NOVO
CNPJ: 83.102.780/0001-08
Rua Celso Ramos, 5.070 – Centro - Benedito Novo - SC
CEP: 89.124-000 – FONE/FAX (47) 3385-0487
Home Page: www.beneditonovo.sc.gov.br

Benedito Novo, 05 de dezembro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que, visando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, a pesquisa intitulada “**Cuidado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde de um município do Médio Vale do Itajaí**” está **autorizada** para ser desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social de Benedito Novo, na forma de entrevistas com os profissionais das unidades básicas de saúde.

A pesquisadora deve se apresentar aos locais de coleta de dados com este ofício, para dar encaminhamento ao início da pesquisa de acordo com a disponibilidade dos serviços.

Ronie Gilberto Loewen
Secretário Municipal de Saúde e Bem Estar Social

Alexandra G. Storti
Coord. Atenção Básica
COREN/SC 286.845

Alexandra Guidarini Storti
Coordenador da Atenção Básica

ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO MÉDIO VALE DO ITAJAÍ NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

Pesquisador: mara ambrosina de oliveira vargas

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 81638917.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.733.880

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma tese de Doutorado de Michell Leal Ferreira sob orientação de Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Estudo com abordagem qualitativa, exploratória e analítica que visa responder a questão: "Quais aspectos éticos e bioéticos estão implicados no cuidado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde em um município do Médio Vale do Itajaí?", envolvendo 20 participantes. A coleta dos dados ocorrerá por meio de entrevista semiestruturada e com o objetivo de conhecer, na perspectiva do profissional de saúde, como se estrutura o cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde e compreender, na perspectiva da ética e da bioética, se o cuidado está adequado à demanda.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde em de um município do Médio Vale do Itajaí na perspectiva dos profissionais de saúde; Analisar o cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida na atenção primária à saúde em um município do Médio Vale do Itajaí na perspectiva da ética e da bioética.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.733.600

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa proposta não representa risco aos participantes da pesquisa ou pesquisadores.

Benefícios:

Esperamos que este estudo contribua com informações importantes quanto à compreensão do comportamento suicida pelos profissionais da atenção primária à saúde, bem como contribuam para a sensibilização e mobilização destes na oferta do cuidado integral e contínuo à pessoa que enfrenta sofrimento psíquico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema e encontra-se adequadamente instrumentalizada do ponto de vista teórico e apresenta relevância científica. Apresenta a documentação para a tramitação junto ao CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO - apresentada e assinada pela coordenadora da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina;

ANUÊNCIA - apresentada e assinada pela instituição participante (Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social de Benedito Novo);

DECLARAÇÕES - Declaração(ões) do(s) responsável(is) legal(is) pela(s) instituição(ões) proponente, autorizando-a nos termos da resolução 466/12;

TCLE - Apresenta TCLE que atende todas as exigências da resolução 466/12;

CRONOGRAMA - Cronograma previsto para iniciar em Junho de 2018;

ORÇAMENTO - apresentado e dentro das condições para a pesquisa;

ROTEIRO DE ENTREVISTA APRESENTADO - de acordo com os objetivos da pesquisa no projeto;

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.733.680

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1053893.pdf	04/05/2018 12:34:07		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTAII.pdf	04/05/2018 12:31:56	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_CEP.pdf	04/05/2018 12:31:07	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/12/2017 14:16:06	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Prefeitura.jpeg	21/12/2017 14:15:24	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Folha de Rosto	Assinaturas.pdf	21/12/2017 13:58:44	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANÓPOLIS, 25 de Junho de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br