

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
MESTRADO PROFISSIONAL**

ADRIELI DA SILVEIRA ELIAS

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL VOLTADA A INDIVÍDUOS COM
COMPORTAMENTO SUICÍDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CRICIÚMA

2019

ADRIELI DA SILVEIRA ELIAS

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL VOLTADA A INDIVÍDUOS COM
COMPORTAMENTO SUÍCIDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

CRICIÚMA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

E42a Elias,Adrieli da Silveira.

Análise das ações de saúde mental voltada a indivíduos com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família / Adrieli da SilveiraElias. - 2019.

63 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2019.

Orientação: Jacks Soratto.

1. Suicídio. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Estresse psicológico. 4. Depressão. 5. Pessoal de saúde. Título.

CDD 23. ed. 362.28

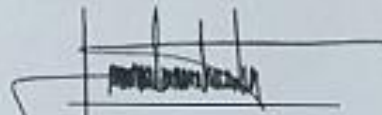
ADRIELI DA SILVEIRA ELIAS

**ANÁLISE DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL VOLTADA AOS INDIVÍDUOS COM
COMPORTAMENTO SUÍCIDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**


Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestra em Saúde Coletiva na área de concentração Gestão do cuidado e educação em saúde no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 07 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jacks Soratto
PPGSCol UNESC [orientador]



Profa. Dra Fabiane Ferraz
PPGSCol UNESC [membro interno]



Profa. Dra Daiane Biff
Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá/SC [membro externo].

Dedico aos meus pais, meu orientador e as pessoas que mais se esforçaram para que meus sonhos se tornassem realidade.

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família possuem como característica do trabalho a proximidade da população, e por consequência realizam assistência a usuários com comportamento suicida. Neste sentido, o objetivo deste estudo é analisar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família na atenção a população com comportamento suicida. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com uma abordagem qualitativa, realizada em 4 equipes de Saúde da Família do interior de um município de SC, escolhidas de maneira intencional pela gestão do serviço. Os participantes do estudo foram 20 trabalhadores, a saber: 5 agentes comunitários de saúde, 5 técnicos em enfermagem, 5 enfermeiros, 1 dentista e 4 médicos. A coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada e o processo analítico ocorreu pela análise temática de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o parecer número 2.563.861. **Resultados:** Os resultados foram estruturados em duas categorias e sete subcategorias. A primeira categoria, Significado do comportamento suicida para profissionais da estratégia saúde da família, contempla aspectos sociais, aspectos emocionais e aspecto espiritual. A segunda categoria Trabalho na Estratégia Saúde da Família e a atenção ao comportamento suicida, dificuldades para compreender o comportamento suicida, identificação do comportamento suicida, déficit de preparo profissional para lidar com paciente suicida e necessidade de ações de educação permanente em saúde. Os profissionais de saúde compreendem a complexidade de atuar na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da prevenção ao suicídio e esforçam-se para identificar fatores de risco e comportamentos suicidas, porém, ressaltam que a falta de recursos, infraestrutura deficitária e preparação insuficiente dos profissionais são fatores que influenciam negativamente a atuação profissional. **Conclusões:** As ações de saúde mental voltada aos indivíduos com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família são ainda tímidas, com necessidade de potencializar a capacidade dos profissionais de saúde compreender com mais nitidez significado do suicídio e as formas de preveni-lo. **Palavras-chave:** Suicídio. Profissionais da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Sofrimento Psíquico. Depressão.

ABSTRACT

Introduction: The health professionals of the Family Health Strategy have as characteristic of their work the proximity to the population, and consequently they give assistance to users with suicidal behavior. Therefore, the aim of this sense, study is to analyze the work in the Family Health Strategy in the care of the population with suicidal behavior. **Method:** This is a descriptive exploratory research with a qualitative approach, carried out in 4 Family Health teams in the countryside of Santa Catarina state, intentionally chosen by the management of the service. Among the participants, there were 20 workers, namely: 5 community health agents, 5 nursing technicians, 5 nurses, 1 dentist and 4 physicians. Data collection was performed by semi-structured interviews and the analytical process occurred by thematic content analysis. The research was approved by the ethics committee under opinion number 2,563,861. **Results:** The results were structured into two categories and seven subcategories. The first category was defined as the meaning of suicidal behavior for family health strategy professionals, contemplating: Social aspects, emotional aspects, and spiritual aspect; The second category was entitled work in the Family Health Strategy and the attention to suicidal behavior, had the difficulties to understand suicidal behavior, identification of suicidal behavior, need to acquire knowledge and performance of training, deficit of professional preparation to deal with suicidal patients, and therapeutic groups as a strategy for suicide prevention. Health professionals understand the complexity of working in the Family Health Strategy from the perspective of suicide prevention strive to identify risk factors and suicidal behaviors, however, they point out that the lack of resources, deficient infrastructure and insufficient preparation of professionals are factors that negatively influence professional performance. **Conclusions:** The mental health actions aimed at individuals with suicidal behavior in the Family Health Strategy are still timid, in need of boosting the capacity of health professionals to understand more clearly the meaning of suicide and ways to prevent it .

Keywords: Suicide. Health Professionals. Family Health Strategy. Psychic Suffering. Depression.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
ADQ	Ambulatório de Dependência Química
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTH	Câmara Técnica de Humanização
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.2 OBJETIVOS	12
1.2.1 Objetivo geral	12
1.2.2 Objetivos específicos	13
1.3 PRESSUPOSTOS	13
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA A SAÚDE COLETIVA	14
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	17
2.2.1 Estratégia Saúde da Família como serviço promotor de saúde mental ...	18
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E POLITICA NACIONAL E SAÚDE MENTAL	19
2.3.1 A clínica ampliada para prevenção ao suicídio	23
2.4 OLHAR TEÓRICO SOBRE O SUICÍDIO	23
2.5 CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DE UM SUICIDA	28
3 MÉTODO	31
3.1 TIPO DE ESTUDO	31
3.2 LOCAL DE ESTUDO	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	32
3.3.1 Critérios de inclusão	32
3.3.2 Critérios de exclusão	33
3.4 COLETA DE DADOS	33
3.5 ANÁLISE DE DADOS	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 SIGNIFICADO DO COMPORTAMENTO SUICIDA PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	36
4.1.1 Aspectos sociais	37
4.1.2 Aspecto emocional	38
4.1.3 Aspecto espiritual	39
4.2 TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA	40
4.2.1 Dificuldades para compreender o comportamento suicida	40
4.2.2 Identificação do comportamento suicida	41

4.2.3 Déficit de preparo profissional para lidar com paciente suicida e necessidade de ações de educação permanente em saúde.....	42
4.2.4 Grupos terapêuticos como estratégia para prevenção ao suicídio.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	55
ANEXOS.....	61

1 INTRODUÇÃO

A motivação para a realização desta dissertação emerge da necessidade de procurar entender as diversas facetas que perpassam os aspectos temáticos, ganhando repercussões por revelar a fragilidade dos profissionais de saúde por conviver com os suicidas, além do valor de sua atuação no sentido de identificar comportamentos indicativos de ideação suicida e disposição para tal.

O suicídio é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo. Estima-se que anualmente mais de 800 mil pessoas cometem suicídio, e a cada adulto que se suicida pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida (WHO, 2014).

O suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, 15^a causa de mortalidade na população geral; entre jovens de 15 a 29 anos é a segunda causa de morte. Diferenças notáveis de gênero são documentadas pela literatura que demonstra que a tentativa de suicídio é menor entre homens do que entre mulheres, porém a letalidade do comportamento suicida é claramente maior no sexo masculino, resultando em taxas mais altas de suicídios, mesmo com menor número de tentativas (BRASIL, 2017).

A taxa de suicídio ajustada por idade entre homens e mulheres é especialmente alta na Europa e países de alta renda [cerca de 4 homens para 1 mulher], mas é menor em países de baixa e média renda (1,6 homem para 1 mulher]. O Brasil tem a taxa de mortalidade por suicídio de 6,5 mortes por 100.000 habitantes com uma média regional de 9,8 e na média global de 10,6 (WHO, 2018).

O suicídio pode ser considerado um problema de saúde pública e o profissional da área da saúde, em especial Estratégia de Saúde da Família (ESF), mesmo convivendo com a realidade dessa temática na prática dos serviços ainda encontram inúmeras dificuldades, para contemplar com mais efetividade sua atuação profissional (BRASIL, 2017).

A palavra suicídio vem do latim *suicaederes*, [sui = si mesmo; caederes = ação de matar] termo criado por Desfontaines, de modo que matar-se é um ato que consiste em pôr fim intencionalmente à própria vida. Etimologicamente significa uma morte intencional auto-inflingida (SHIKIDA; GAZZI; ARAUJO, 2006).

O suicídio é um ato voluntário em que um indivíduo inicia com comportamentos atípicos, em alguns casos provocando, por fim, a própria morte.

Fato que pode ser causado entre outros fatores, por um elevado grau de sofrimento ou ter sua origem em algum transtorno mental (SHIKIDA; GAZZI; ARAUJO, 2006).

Os homens concretizaram o ato mais do que as mulheres, correspondendo a 79% do total de óbitos registrados. Os solteiros, viúvos e divorciados, foram os que mais morreram por suicídio (60,4%). Na comparação sobre o ato suicida entre raça/cor a maior incidência é na população indígena, taxa de mortalidade entre os índios é quase três vezes maior, sendo em média entre os brancos (5,9) e negros (4,7). Constata que entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é maior entre os homens, cuja taxa é de 9 mortes por 100 mil habitantes. Entre as mulheres, o índice é quase quatro vezes menor (2,4 por 100 mil). Na população indígena a faixa etária de 10 a 19 anos concentra 44,8% dos óbitos (BRASIL, 2017).

O documento apresenta que, entre os anos de 2011 e 2016, ocorreram 48.204 tentativas de suicídio. Ao contrário da mortalidade, foram as mulheres que atentaram mais contra própria vida, 69% do total registrado. Entre elas um terço fez isso mais de uma vez. Por raça/cor, a população branca (53,2%) registrou maior taxa. Do total de tentativas no sexo masculino 31,1% tinham entre 20 e 29 anos (BRASIL, 2017).

Na área da saúde o problema suicídio é preocupante perante diversas situações, pois o suicídio é um ato voluntário em que um indivíduo começa com ideação de querer sumir, comportamentos suicidas e a intenção de provocar a própria morte podendo ser causada entre outros fatores por um elevado grau de sofrimento que tanto pode ser verdadeiro ou ter sua origem em algum transtorno psiquiátrico, como a psicose aguda, ou a depressão delirante, ou outro transtorno afetivo, como conflitos familiares, problemas na escola, bullying e impulsividade (MOREIRA e BASTOS, 2015).

No entanto, tais aspectos não podem ser considerados de forma isolada e cada caso deve ser tratado no Sistema Único de Saúde (SUS) conforme um projeto terapêutico individual (BRASIL, 2011).

Foram encontradas inúmeras pesquisas, o assunto indica um aumento significativo nos últimos 45 anos. As taxas de morte por suicídio tiveram aumento de 60% no mundo como mostra, ficando entre as três causas de morte mais frequentes em populações de 15 a 44 anos, em alguns países é a segunda maior causa em grupos de 10 a 24 anos. Nas populações brasileiras houve um crescimento de

suicídio entre os jovens, idosos, além de uma interiorização dos casos (VENANCIO, 2017).

Com relação à forma de cometer o ato de suicídio, ainda se encontra com mais destaque o uso de arma de fogo, utilização de drogas e enforcamento (WHO, 2016).

Em meio a este cenário surge como alternativa para suporte a esta situação as Estratégia Saúde da Família (ESF), como um dos principais representantes da Atenção Primária à Saúde (APS) sendo, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, juntamente com a Política Nacional Humanização que foi estabelecida em 2003 e tem como objetivo melhorar os atendimentos oferecidos em serviços de saúde (BRASIL, 2013).

As ESF são equipes de atendimento que exerce um papel importante para pacientes com ideação suicida, quando os mesmos chegam às unidades eles são acolhidos, perante o acolhimento consegue se perceber como eles se encontra.

A escuta é uma das ferramentas preconizadas pela Política Nacional de Humanização (PNH), neste processo busca-se estabelecer um vínculo e à medida que este for sendo fortalecido, melhor será a abertura do paciente para dar sinais sobre o que pode estar afetando sua saúde. A escuta ampara-se não apenas na habitual queixa de conduta, mas ir além e se possível observar os determinantes sociais que a pessoa possui para uma melhor intervenção das necessidades de saúde da população em geral (BRASIL, 2017).

Diante do exposto o presente estudo possui a seguinte questão norteadora da pesquisa: Como acontece a atuação da equipe de Saúde da Família na atenção a pessoa com comportamento suicida?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família para atenção a população com comportamento suicida.

1.2.2Objetivos específicos

Identificar o significado do comportamento suicida para os trabalhadores que integram as ESF.

Compreender como os trabalhadores da ESF atuam diante da situação de comportamento suicida.

Descrever as fragilidades e potencialidades das ESF para atenção a população adstrita com comportamento suicida.

1.3PRESSUPOSTOS

a) A ESF é um ponto de atenção de significativa importância para a realização de ações de saúde mental voltada aos indivíduos com comportamentos suicidas.

b) Os trabalhadores que atuam na ESF potencializam seu processo de trabalho para ações vinculadas a saúde mental com vista a colaborar para redução de comportamento suicida no território adstrito.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA A SAÚDE COLETIVA

A Saúde passou a ser percebida como “questão social” no Brasil a partir do século XX, devido à emergência do trabalho assalariado durante a economia cafeeira que se caracterizava como Capitalismo Agrário. No mesmo século em meados da década de 20 foram criadas a Reforma Carlos Chagas na tentativa de ampliar o atendimento à saúde pública e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), conhecidas também como Lei Elói Chaves que por sua vez eram financiadas pela União, porém, esses benefícios eram proporcionais às contribuições (BRAVO, 1996).

Apenas as pessoas que trabalhavam com carteira assinada, tinham acesso ao atendimento à saúde, era um tipo de previdência que se preocupava mais com a acumulação de reservas financeiras do que com ampla prestação de serviços.

Devido a processo no setor urbano, industrial e às reivindicações dos trabalhadores ocorridos nessa época, possibilitou-se a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem quem não podia contribuir através do trabalho, surgiam assim às políticas sociais nacionais voltadas para a higiene, habitação e saúde (BRAVO, 1996).

A Era Vargas foi o período que Getúlio Vargas governou o país por 15 anos (1930 á 1945). A conjuntura política social presente na década de 1980 favoreceu a criação de mecanismos de promoção de pressão social e política no setor de saúde. Visto que, as ações promovidas pelo Estado ainda se constituíam como incipientes, pois, anterior à década de 1980 prevalecia o Modelo de Atenção à Saúde baseado na medicina curativa, individualista e assistencial em detrimento às ações preventivas de interesse coletivo, com esse contexto o modelo de atenção a saúde, abarcando uma parte da população e excluindo outra em razão da condição sócio financeira. Sendo atendidos pelo sistema previdenciário somente os trabalhadores formais, restando aos demais com labor informal o atendimento caritativo (PAIM, 2009).

Outros trabalhadores informais ficavam a mercê da oferta inadequada de serviços, compostos por serviços públicos filantrópicos ou serviços de saúde privados. Fato que segrega a população usuária destes serviços, deixando explícitas

as características da população atendida pelos serviços públicos e os privados. Aspecto que fortalece os estigmas, a discriminação, e a desvalorização da classe trabalhadora enquanto sujeito de direito. Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares (PAIM, 2009).

A política de saúde foi dívida em dois campos de ação, o de saúde pública e o de medicina previdenciária, a primeira tinha como objetivo criar condições sanitárias mínimas para a população e a segunda surgiu a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), como estratégia do poder público para antecipar as reivindicações, lutas e greves dos trabalhadores, na metade da década de 1960 até meados de 80, vivia no Brasil um período de Ditadura Militar o declínio da saúde pública e o crescimento da previdenciária, principalmente depois da unificação dos IAPS em um único órgão o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (SILVA, 2005).

Devido a problemas em 1970 o sistema (INPS) vira o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a finalidade de uma maior efetividade no enfrentamento da questão social, durante as décadas de 1970 e 1980, houve uma crise no setor saúde, as ações de saúde pública como vacinação, campanhas, saneamento e controle de epidemias eram ditas de forma universais, já a assistência era só para trabalhadores que possuíam carteira assinada, e o resto da população foi excluída (SILVA, 2005).

O movimento da reforma sanitária se dá devido a crise que gerou mais desigualdades no atendimento em saúde à população, alguns estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde, instituições acadêmicas e sociedades científicas, se juntaram e passaram a questionar o Sistema de Proteção Social garantido pelo Estado, o qual beneficiava uma pequena parcela da população e reivindicar por uma reestruturação do sistema de serviços públicos de saúde no Brasil, que fosse de forma democrática e universal (CATUNDA, 2008).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, quando a população participou democraticamente nas decisões voltadas para a política de saúde no Brasil, foi um encontro realizado entre os dias 17 a 21 de março do ano de 1986, em Brasília, Distrito Federal e que contou com a participação efetiva do povo. Essa conferência ficou conhecida também como Pré-Constituinte da Saúde, com proposta de criação

do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi a primeira vez que houve a participação popular em conferências (GUIRLANDA, 2003).

O SUS foi lançado através a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e tem como princípios fundamentais universalidade, equidade Integralidade.

Os princípios e diretrizes do SUS são:

a) Universalidade: o direito a saúde para todos, sem qualquer barreira de acessibilidade;

b) Integralidade: significa que todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis de saúde;

c) Igualdade (princípio da equidade): significa tratar todas as pessoas sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, ou tratar as pessoas conforme as suas necessidades;

d) Regionalização e Hierarquização: significa a distribuição dos estabelecimentos de saúde em um dado território, onde os serviços sejam organizados em níveis de complexidade. O Acesso da população à rede deve se dar, preferencialmente através dos serviços de nível primário de atenção, se não for resolvido referenciar para um nível de maior complexidade;

e) Participação e Controle Social: é a participação da comunidade para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde, buscando assegurar o controle social sobre o SUS;

f) Descentralização: significam a diversidade regional onde as decisões do SUS seriam tomadas, não sendo apenas em Brasília, e sim em cada município, estado e Distrito Federal (PAIM, 2009).

Na materialização desses princípios, com o SUS, temos a APS que tem na Saúde da Família, uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A APS é equivalente ao termo Atenção Básica, a qual se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2017).

Compreende-se ainda que a Atenção Primária à saúde no Brasil garante cobertura com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a mais de 100 milhões de brasileiros e está acessível à demanda por atendimento à praticamente toda a população. São aproximadamente 42,8 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2018).

Na APS existem vários espaços de atuação, porém gostaríamos de ressaltar dois que têm uma significativa importância para a temática proposta de estudo, a saber, a Estratégia de Saúde da Família e Centro de Atenção Psicossocial. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS) como um programa e posteriormente em 1997, alçada à condição de estratégia de reorganização assistencial.

A equipe dos ESF é composta por no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

A ESF deve atuar no tocante a ações que fortaleçam a saúde mental, em especial em ações que garantam a escuta o vínculo e que potencializarem as singularidades, as biografias, raízes culturais, as redes de pertencimento, incluindo desenvolvimento das ações de saúde mental em foco nas unidades de saúde, nos domicílios e nos aparelhos sociais comunitários.

Um dos recursos que integram a APS como o suporte a ESF para ações saúde mental são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (CECÍLIO, REIS, 2018).

Os CAPS integram a rede do SUS, se dividem em CAPS I, CAPSII, CAPS III, CAPSi, CAPS AD. A portaria n 2.436, de 21 de setembro 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), e descreve os princípios e diretrizes da Atenção Básica, a saber, regionalização, hierarquização, territorialização, do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

O Ministério da Saúde propõe a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sob a proposta de garantir suporte às Estratégias de Saúde da Família (ESF), buscando qualificar a assistência e a gestão no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2008).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é entendido como uma estratégia para ampliar a abrangência das múltiplas ações das ESF (Equipes Saúde da Família), promove a criação de espaços para a produção de novos saberes, compartilhando as práticas em saúde nos territórios de responsabilidade das ESF no qual está cadastrado. Desta maneira, o NASF tem como eixos, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se almeja, através da equipe da saúde da família (STARFIELD, 2004)

2.2.1 Estratégia Saúde da Família como serviço promotor de saúde mental

A atenção básica caracteriza-se como porta de entrada do sistema de saúde, em estudo multicêntrico realizado em 14 países, coordenado pela OMS, mostrou que, em média, 24% das pessoas atendidas na APS apresentavam pelo menos um transtorno mental atual e 9% condições subsindrômicas clinicamente significativas. Estima-se que um em cada três pacientes atendidos na Atenção Primária em Saúde (APS) tem transtorno mental (BARBAN; OLIVEIRA, 2007).

As ESF tem um papel de suprema importância na atuação da equipe de saúde da família na identificação precoce de alterações de comportamentos e outros sinais crônicos do quadro de transtorno psiquiátrico, bem como o acompanhamento, inclusive medicamentoso, das pessoas com sofrimento mental, e promover a discussão com a família e comunidade sobre a inserção deste usuário, rompendo ou minimizando o estigma existente em relação a tais transtornos (BRASIL, 2000).

A questão da saúde mental na Atenção Básica passa, necessariamente, pelo redimensionamento da relação saúde-doença, pela relevância dos vínculos entre profissionais de saúde e comunidade, pelo desenvolvimento de ações em perspectiva multidisciplinar e pela promoção de saúde visando à melhoria na qualidade de vida da população (PAULON; NEVES, 2013, p. 13).

Nas ESF, a família também é muito importante como ponto de ajuda para pessoas com transtornos mentais, visto que devem ter a família como aliada, no tratamento do usuário com transtorno psíquico, porém, para sua integração é preciso que o serviço ofereça apoio constante (técnico e humanizado). Os trabalhadores de serviços de saúde deveriam ter consciência da importância de um envolvimento da família dos pacientes nos projetos de inserção social do indivíduo na comunidade (REINALDO; WETZEL, 2001).

Trabalhar a saúde mental na ESF não significa que serão tratados somente aqueles pacientes com os distúrbios percebíveis, mas também com os demais usuários na forma preventiva. A equipe de referência contribui para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (BRASIL, 2004).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E POLITICA NACIONAL E SAÚDE MENTAL

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma proposta da PNH ele é um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe

valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge em 2003 para pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, seus princípios se dividem em transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e suas diretrizes (BRASIL, 2017).

Os princípios da PNH são:

a) Transversalidade: É reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

b) Indissociabilidade entre atenção e gestão: Os trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócios familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde a daqueles que lhes são estimados.

c) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos: Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades.

Por seguintes diretrizes da PNH são:

a) Acolhimento, Gestão Participativa e cogestão: Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Na inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão, que se transformam também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de parceria e acordo de tarefas e de aprendizado coletivo.

A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que permitam acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde. Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

b) Ambiência: Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propicie mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

c) Clínica ampliada e compartilhada: É uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos.

Utiliza recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

d) Valorização do trabalhador: É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

e) Defesa dos direitos dos Usuários: Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social (BRASIL, 2017).

A humanização deve se operacionalizar com alguns dispositivos fundamentais para a educação em serviços de saúde e para o atendimento humanizado, como é direito dos usuários do SUS, estando dentre eles: “a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde” (BRASIL, 2004).

Conforme vemos a Política Nacional de Saúde Mental é um complemento da PNH, onde compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país, com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental se estendem a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack e outras drogas) (BRASIL, 2019).

A Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial, RAPS, CAPS entre outros para uma melhor compreensão do transtorno (BRASIL, 2019).

2.3.1A clínica ampliada para prevenção ao suicídio

A Clínica Ampliada é uma proposta fundamental para ajudar na prevenção do suicídio, é um compromisso com o sujeito e não só com a doença; reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos trabalhador de saúde e usuário que se produzem na relação que estabelecem, em busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde, uma aposta nas equipes multiprofissionais em defesa dos direitos dos usuários com ideação suicidas que se sentem amparados, ouvidos e atendidos por uma grande equipe multidisciplinar (CURVO 2017; BRASIL, 2009).

É importante esclarecer que em torno de 80% dos casos de ideação suicida recebem uma avaliação inadequada. Esses pacientes, ao não receberem tratamento e apoio adequados, acabam colocando em prática a ideia do suicídio, alguns com resultam em óbito, outros com sequelas físicas e emocionais que perduram por toda a vida. Mais do que atender e ouvir os pacientes, é preciso buscar uma identificação de qual é, de fato, o risco das ideias suicidas se concretizarem em ações para encerrar a vida (GALASINSKI; ZIOLKOWSKA, 2017).

Com a clínica ampliada não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso considerar que ao receber cuidados em saúde, devem ser incluídas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Se uma criança ou adolescente apresenta algum grau de sofrimento não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional relacional significativo (BRASIL, 2013).

2.4 OLHAR TEÓRICO SOBRE O SUICÍDIO

O alicerce teórico que pretendemos pautar nesse em especial na análise do objeto de investigação está alicerçado nos preceitos de Émile Durkheim, que fortalece o suicídio como um aspecto social.

Durkheim (2014), diz que qualquer ruptura de equilíbrio, ainda mesmo que dela resulte um bem-estar maior e uma vitalidade geral, incita à morte voluntária. Todas as vezes que se produzem no corpo social graves modificações, sejam elas

devidas a um súbito movimento de crescimento ou a um cataclismo inesperado, o homem mata-se facilmente (DURKHEIM, 2014).

O suicídio se torna um indício de uma sociedade adoecida, carente por transformações radicais, pontua a sociedade moderna onde cada indivíduo está isolado dos demais, em que há uma solidão coletiva, e por consequência há certo tipo de hostilidade mútua entre as pessoas, onde reina a competição, luta e guerra de todos contra todos, onde o indivíduo só possui a escolha de ser ou vítima ou carrasco, justificando assim o desespero e o suicídio (LÖWY, 2006).

Toda lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida, a tentativa possui as mesmas características do suicídio, diferenciando-se apenas em seu desfecho. Classifica-se em três categorias distintas, ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado, a ideação suicida fica em um dos extremos, o suicídio consumado no outro e a tentativa de suicídio entre eles (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

Como melhor compreensão apresenta-se o quadro, exemplificando os termos utilizados para definir as ações que tempo, finalidade a tentativa de tirar a própria vida.

Quadro 1 – Definição sobre termos relacionados ao suicídio

Termo	Definições
Suicídio	Morte causada por comportamento danoso auto-inflingida com qualquer intenção de morrer como resultado desse comportamento
Tentativa de suicídio	Comportamento não fatal, auto-inflingida, potencialmente danoso, com qualquer intenção de morrer como seu resultado. Uma tentativa de suicídio pode resultar ou não em um ferimento
Ato suicida	Comportamento auto-inflingida, potencialmente danoso, com qualquer intenção de morrer como seu resultado. Um ato suicida pode resultar ou não em morte (suicídio)
Ideação suicida	Quaisquer pensamentos, imagens, crenças, vozes ou outras cognições relatadas pelo indivíduo sobre terminar intencionalmente com sua própria vida

Fonte: Wenzel, Brown e Beck (2010)

No quadro 1, são evidenciadas definições sobre suicídio, sendo importante frisar que a ideação suicida faz parte do comportamento suicida, ela é um pensamento contra si que abrange de diversas formas, desde o simples pensar até um delírio de uma voz mandando se matar. O suicídio vem, quase sempre, associado a doenças mentais, depressão e abuso/dependência de álcool e drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes, características sociais e demográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional. Pode se dizer que o suicídio implica necessariamente há um desejo consciente de morrer e a noção clara do que o ato executado pode resultar (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

O suicídio é o limite do desespero de um indivíduo que já não vê motivos para seguir vivendo. Não significa que não sinta amor ou que não se preocupe com os familiares, porém, o fato é que a angústia que sente torna-se maior do que os demais sentimentos. Ainda que a família seja o primeiro grupo capaz de identificar os sinais e sintomas de risco, muitas vezes isso não ocorre e, assim, os serviços de saúde precisam estar preparados para acolher, ouvir, identificar e desenvolver estratégias de apoio (MACHADO; SANTOS, 2015).

A ideia do suicídio como um aparente desfecho para uma história de muito sofrimento, de um quadro depressivo, um ato de desespero ou insanidade, reacende uma discussão sobre a dificuldade que é a compreensão e a abordagem destas pessoas no desenrolar de suas tramas pessoais, além das dificuldades de detecção de sinais de desesperança, dos pedidos de ajuda, verbais e não verbais comuns frente ao surgimento do desejo de morte e da própria ideação suicida. Lidar com a morte nos remete a nossa própria finitude, que atormenta e ameaça. A morte voluntária (suicídio) assusta ainda mais, pois contraria inquieta e deixa um incômodo no ambiente onde é revelada, suscitando ideias, sentimentos e fantasias (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011, p. 235).

O ato do suicídio pode se distinguir conforme a sociedade. Podemos destacar que o suicídio se dá pela natureza dos indivíduos que compõem a sociedade, bem como a construção biopsicossocial do mesmo. O autor mostra que o indivíduo ultrapassa situações da vida, onde o mesmo, cada dia, ano ou mês, se desafia. Conflitos e crises de forma geral conduzem a exaustão, desta forma o indivíduo não sabendo lidar com a situação, percebe na morte a possibilidade de resolução, que o fim é a melhor alternativa para a situação, que morrendo tudo se resolve (DURKHEIM, 2014).

Como Durkheim relata no parágrafo acima o suicida ele não vê solução para sua vida, sua mente encontra-se doente e o mesmo pensa que a morte é solução. No próximo parágrafo vamos ver a mente do suicida.

Três características em particular são próprias do estado das mentes suicidas:

1. Ambivalência: A maioria das pessoas já teve sentimentos confusos de cometer suicídio. O desejo de viver e o desejo de morrer batalham numa gangorra nos indivíduos suicidas. Há uma urgência de sair da dor de viver, e um desejo de viver. Muitas pessoas suicidas não querem realmente morrer é somente porque elas estão infelizes com a vida. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminui.

2. Impulsividade: Suicídio é também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso para cometer suicídio é transitória e dura alguns minutos ou horas. É usualmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o desejo suicida.

3. Rigidez: Quando pessoas são suicidas, seus pensamentos, sentimentos e ações estão constrictos, quer dizer: elas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Elas pensam rígida e drasticamente (OMS, 2000, p.12).

Cada região do país apresenta dados específicos quanto aos suicídios e tentativas, além de haver diferenças entre os números de um ano para outro. Isso se dá em função de que não se pode atribuir a um único fator a responsabilidade por essas ocorrências. Estão diretamente envolvidos fatores pessoais, laborais, sociais, econômicos, familiares, de saúde, entre tantos outros, e o fato é que fatores que abalam mais algumas pessoas podem não gerar grandes impactos sobre outras. Nos últimos 45 anos, as mortes por suicídio aumentaram em aproximadamente 60%, o que transforma a questão em uma preocupação social e de saúde pública que demanda de atenção imediata e medidas efetivas para reduzir esses números. Caso não sejam desenvolvidas estratégias efetivas, é possível que nos próximos anos o suicídio se torne uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre indivíduos de todas as faixas etárias (VIEIRA; SARAIVA; COUTINHO, 2010).

Diferentes países, em função das especificidades culturais presentes, contam com taxas diversas de suicídios. Em países muçulmanos e latino-americanos as taxas tendem a ser mais baixas (menos de 6,5 por 100.000), enquanto em países como Bielorrússia, Lituânia e Rússia os números ultrapassam 30 suicídios por 100.000 habitantes. Em muitos países, as questões religiosas fazem

com que esses índices sejam mais baixos, em outros encontra-se a família e a preservação do seu nome, em algumas regiões as demandas por sucesso e competitividade levam a um número maior. Dados indicam que 73% de todos os suicídios no mundo são registrados em países em desenvolvimento (PALHARES-ALVES, 2015).

Pensando-se apenas no cenário brasileiro, ressaltam que o índice de suicídios no país apresentou um crescimento de 29,5% de 1980 a 2006, com uma taxa média de 4,9 por 100.000 habitantes. Apesar de serem números consideráveis, quando comparados com outros países são destacados como baixos, já que existem nações que apresentam cinco ou seis vezes esses valores. Sendo o estado com maior número de óbitos por suicídio em 2010 foi São Paulo, enquanto o estado com menor número foi o Amapá (PALHARES-ALVES, 2015)

O suicida geralmente possui um padrão de pensamento pessimista, é muito fixo ao passado, e não conseguem viver o presente, pois acham que são um peso para todos e não consegue ver solução para sua vida e muito menos se projetar para um futuro.

É essencial esclarecer que o suicídio trata-se de um acentuado problema de saúde pública. Não basta apenas atender o suicida visando evitar o óbito, é preciso oferecer acompanhamento para que possa alcançar um equilíbrio emocional sólido e, assim, não venha a reincidir. Além disso, familiares também precisam ser atendidos para compreender as condições do suicida, aprender a identificar sinais de risco e para lidar com os próprios sentimentos e conflitos diante do acontecimento. Quando se aborda o suicídio, não basta apenas olhar para os óbitos, é preciso compreender que os impactos são ainda maiores (PANDEY, 2013).

Neste ponto, é indispensável abordar a questão da família dos indivíduos suicidas, tanto dos que completam o ato quanto daqueles que não resultam em óbito. A literatura aborda amplamente comportamentos suicidas, ideação, métodos mais comuns, custos à saúde pública decorrentes desses óbitos, entre tantos outros fatores, no entanto, um olhar sobre a família é extremamente incomum e ignorado. Tentativas de suicídio que levam ao óbito são devastadores, geram questionamentos e sentimento de culpa entre os familiares, que não conseguem compreender como não perceberam os sinais ou como não puderam ajudar as pessoas que amavam e tiraram a própria vida (SPILLANE, 2019).

No entanto, deve-se ressaltar que nos casos em que o óbito não se concretiza, cria-se no seio familiar e no círculo social do suicida uma sensação constante de insegurança e medo, uma necessidade não apenas de se aproximar, mas de observar para que novas tentativas sejam brevemente percebidas e evitadas. No sentimento de responsabilidade sobre os suicidas, instala-se o medo e a insegurança, o receio de que a qualquer momento o indivíduo venha a repetir os atos e, assim, o convívio familiar é totalmente abalado, cria-se uma relação na qual nenhuma das partes comporta-se como de hábito, todos estão envolvidos em observar e identificar riscos e, assim, a própria família acaba por adoecer, por sentir a carga dos esforços de evitar uma nova tentativa contra a própria vida do suicida.

Enquanto os familiares sofrem com medo de perder a pessoa que amam, o suicida sofre diante da perspectiva de ter que continuar a viver apenas para não infligir dor ao seu grupo de convívio, ainda que ele tenha que aceitar e aprender como lidar com a própria dor. Não se trata de pesar quem sofre mais ou menos, são diferentes formas de sofrimento decorrentes de uma mesma realidade, uma pessoa querida sente dor e não vê outra solução que não seja tirar a própria vida. Muitos grupos familiares jamais se recuperam totalmente após conviverem com um suicídio ou com uma tentativa (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

Nesse sentido, todas as abordagens centradas no suicídio e nos comportamentos suicidas precisam levar em consideração também a família. Não basta avaliar os impactos sobre os suicidas ou sistemas de saúde, é preciso alcançar uma visão mais ampla que permita desenvolver estratégias realmente efetivas e capazes de oferecer algum modo de suporte a todo o grupo (PANDEY, 2013).

2.5 CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DE UM SUICIDA

Podemos dizer que o suicida tem três características principais que o definem. A ambivalência, impulsividade e rigidez do pensamento. A ambivalência se refere ao desejo de morrer e, ao mesmo tempo, de se manter vivo. Há uma coexistência de atitudes e ideias antagônicas, sendo que muitas vezes a pessoa deseja morrer, mas também, ser resgatado e salvo. Já o ato impulsivo geralmente é desencadeado por acontecimentos negativos recentes, dessa forma, acalmando a crise o risco de suicídio pode diminuir. A rigidez do pensamento refere-se a um

estado cognitivo constricto, em que a pessoa pensa em forma dicotômica, e frequentemente acredita que o suicídio é a única saída para seus problemas (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Os pacientes com comportamento suicida apresentam alguns comportamentos específicos que podem indicar a ideação suicida, de modo que indivíduos próximos poderão observar mudanças indicativas da situação.

Ressalta que, com muita frequência, indivíduos com ideação suicida assumem comportamentos específicos e que indicam suas intenções, como verbalizar seu sofrimento, descontentamento, desejo de acabar com tudo aquilo que causa infelicidade, incapacidade de ver uma perspectiva de futuro ou de solução dos problemas e, de forma muito direta, o desejo de morrer para que não tenham mais que lidar com o sofrimento (PANDEY, 2013).

Muitos desses indivíduos iniciam processos de despedida, aproximam-se dos familiares, se desculpam por sua conduta, como se estivessem encerrando ciclos e pendências para que sua morte não causasse uma dor tão intensa nas pessoas em seu entorno. Eles compreendem que causarão sofrimento, mas já não conseguem lidar com os próprios sentimentos (KORCZAK, 2015).

É preciso recordar, ainda, que o número de suicídios entre crianças e adolescentes vem crescendo de forma considerável em todo o mundo. Enquanto no passado essa ocorrência era mais comum entre adultos e idosos, principalmente pessoas com doenças mentais ou doenças físicas incuráveis e capazes de gerar dores elevadas, no presente crianças e adolescentes vêm demonstrando uma elevada fragilidade e incapacidade de lidar com as demandas e acontecimentos familiares e sociais. As alterações vivenciadas por esses indivíduos na infância e adolescência, estudiosos afirmam que se trata de um momento de grande vulnerabilidade para o cometimento de suicídio e, assim, acompanhamento familiar e de profissionais de saúde se faz necessário para evitar que esses números continuem crescendo (BRAGA; DELLAGLIO, 2013).

O que ocorre, porém, é que na maioria das sociedades atuais existe uma dificuldade em lidar com o suicídio, em debater o tema, em demonstrar para as pessoas que pode ocorrer que está mais perto do que se imagina e, assim, torna-se um tabu, uma questão que ao invés de ser abertamente discutida visando encontrar soluções, acaba sendo ignorada e por vezes negligenciada.

Refletir sobre Suicídio é também analisar por que este fenômeno tem sido silenciado ao longo dos anos pela sociedade, autoridades responsáveis, profissionais de saúde e familiares, camuflando assim um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O fato é que este silêncio não ajuda, é preciso abordar o suicídio de forma responsável e realística, para ajudar na prevenção (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011, p. 235).

Nesse sentido, fica evidente o fato que é preciso ampliar a abordagem do tema de forma educativa, é preciso conscientizar os indivíduos sobre os riscos existentes, meios de oferecer ajuda e locais nos quais podem buscar ajuda, caso não consigam, por si próprios, encontrar uma solução para os problemas que parecem insuperáveis.

Diante de tantas evoluções e do desenvolvimento sócio econômico, um tema tão relevante não pode ser ignorado ou tratado como uma ocorrência de menor importância. Suicídios são evitáveis, desde que existam programas, medidas e ações na área de saúde voltadas à identificação dos suicidas e oferta de apoio para que possam sentir-se fortalecidos, além de abranger a família, identificando a raiz do problema e o papel de cada membro do grupo no esforço para apoiar o indivíduo potencialmente suicida (BRAGA; DELLAGLIO, 2013).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo consistiu em uma pesquisa exploratória descritiva com uma abordagem qualitativa e terá como olhar teórico para subsidiar a compreensão do objeto investigado e contribuições conceituais sobre o suicídio de Emile Durkheim e a PNH.

A pesquisa qualitativa trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis (MINAYO, 2011).

A natureza exploratória busca-se familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. Ao final de uma pesquisa exploratória, você conhecerá mais sobre aquele assunto, e estará apto a construir hipóteses. Como qualquer exploração, a pesquisa exploratória depende da intuição do explorador. Por ser um tipo de pesquisa muito específica, quase sempre ela assume a forma de um estudo de caso (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva possui como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência (GIL, 2008).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em 4 ESFs que possuíam a equipe mínima completa, escolhidas de maneira intencional pela gestão do serviço do município.

O município é composto por vários dispositivos da rede de atenção à saúde, desde Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Ambulatório de Dependência Química (ADQ), Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), Clínica de Fisioterapia, Saúde da Mulher, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Vigilância Sanitária e epidemiológica, Hospital Regional, Farmácia Básica, 16 Unidades de Saúde e 15 ESFs.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 20 trabalhadores das ESF, a saber: 5 ACS, 5 técnicos em enfermagem, 5 enfermeiros, 1 dentistas e 4 médicos.

Quanto aos participantes predominaram mulheres, entre 30 anos, a maioria já tinha uma formação acadêmica 5 em enfermagem, 4 em medicina, 1 dentista, e os outros eram cursos técnicos, a média do tempo de experiência profissional foi 3 anos.

A pesquisa qualitativa não levou em conta o número ou o tamanho da amostra, mas a qualidade das informações obtidas. O número de participantes foi definido pelos critérios de saturação dos dados que é ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde.

É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FALQUETO, 2016).

O ponto de saturação foi obtido quando informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentaram, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. Conceitua-se a saturação teórica como sendo a constatação do momento de interromper a captação de informações, obtidas junto a uma pessoa ou grupo, pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.3.1 Critérios de inclusão

Profissionais de saúde com experiência assistencial na ESF de pelo menos 1 ano.

3.3.2 Critérios de exclusão

Profissionais de saúde que vivenciaram na família situações de tentativas de suicídio ou próprio suicídio.

Profissionais das ESF que dividem a mesma estrutura física com equipes que atuam na lógica do modelo tradicional.

3.4 COLETA DE DADOS

Foram utilizados para a coleta de dados entrevistas semiestruturadas. A entrevista é um tipo de instrumento mais espontânea do que a entrevista estruturada, onde pesquisador tem um conjunto de questões predefinidas, mas mantêm liberdade para colocar outras cujo interesse surja no decorrer da entrevista (MINAYO, 2011).

As questões pré-definidas são uma diretriz, mas não ditam a forma como a entrevista irá decorrer, na medida em que as questões não têm de ser colocada numa determinada ordem nem exatamente da mesma forma com que foram inicialmente definidas. A entrevista é uma técnica que se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Através desse procedimento, podemos obter dados objetivos e subjetivos (MINAYO, 2011).

Na pesquisa foi realizado seguido um roteiro de entrevista semiestruturadas (APÊNDICE A), composto por 15 questões, sendo 7 perguntas fechadas e 8 perguntas abertas. As entrevistas foram gravadas e realizadas individualmente em uma sala da ESF livre de interrupções, entre os dias 01 de abril a 04 de junho de 2018, de segunda a sexta feira, comum tempo entre 15 a 45 minutos cada entrevista.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

O método de análise de dados foi realizado pela análise de conteúdo temática, que é um conjunto de técnicas de análises das comunicações e textos, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos e se subdivide em três fases: A pré-análise, a exploração do

material, e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (MINAIO, 2011).

A **pré-análise**, primeira fase desta organização objetiva a sistematização para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise. Assim, em plano inicial, a missão desta primeira fase é, além da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, também a formulação de hipóteses para a elaboração de indicadores para a interpretação final, depois se faz a exploração do material, onde é analisado, para dar-se então o resultado.

A **exploração do material** constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias sistemas de codificação e a identificação das unidades de registro unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem de frequência e das unidades de contexto nos documentos unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro.

A **exploração do material** consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito aos corpos submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

A organização dos dados foi realizada pelo software Atlas ti (FRIESE, 2014) desde a seleção e introdução dos documentos [documents], seleção de trechos de falas [Quotation] criação de códigos [codes], agrupamentos de códigos [codesgroup], e apresentação de redes de visualização [networks] (FRIESE, SORATTO, PIRES, 2018).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos nesta pesquisa foram respeitados, pautados na resolução do Conselho Nacional de Saúde a resolução de 510/2016, que trata das especificidades das Ciências Humanas e Sociais, representa um avanço ao considerar a perspectiva pluralista de ciência e a diversidade teórico-metodológica desse campo, tendo como parecer número 2.563.861.

Essa pesquisa não teve riscos físicos, porém, pela natureza interacional das entrevistas, o processo de coleta de dados pode ocasionar riscos mínimos relacionados ao surgimento de emotividade este minimizado pela concessão de aporte psicológico por parte do autor dessa pesquisa.

A pesquisa poderá trazer benefícios no tocante ao entendimento do que a ESF pode contribuir para a prevenção de suicídio, e quais as ações mais emergentes para atuação. E entender quando o paciente já passou por uma tentativa de suicídio e como os mesmos podem agir.

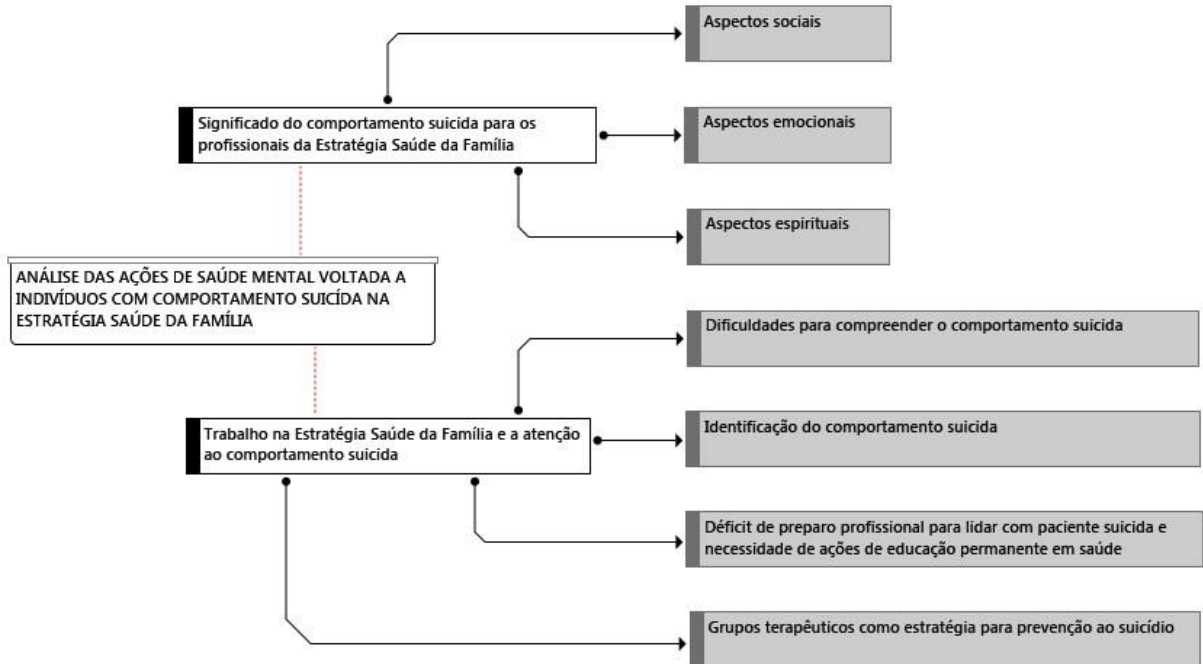
No momento da realização da pesquisa foi realizada a leitura e a entrega do Termo de Consentimento de Livre e Esclarecimento (APÊNDICE B) o qual destaca os possíveis riscos e benefícios da pesquisa composta por duas vias, sendo que cada um permanecera com uma via do documento.

O anonimato foi garantido pela utilização nas entrevistas de um código alfanumérico composto pela letra inicial de sua profissão seguidas de um numero cardinal.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados indicaram 160 trechos de narrativas, 140 códigos, estes contemplados em sete subgrupos, por sua vez agrupados em duas macros categorias. A rede de visualização a seguir ilustra esse resultado.

Figura 1 – Rede de visualização dos resultados da pesquisa



Fonte: da pesquisa (2019).

4.1 SIGNIFICADO DO COMPORTAMENTO SUICIDA PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta categoria sustentam-se as narrativas que remontam ao significado do comportamento suicida. O intuito é compreender de que forma os profissionais entrevistados percebem o comportamento suicida entre seus pacientes, quais são os indícios que mais chama sua atenção, palavras, comportamentos, pedidos, enfim, de que modo o paciente se expressa levando o profissional a identificar um possível comportamento suicida.

4.1.1 Aspectos sociais

Essa categoria contemplou o contexto social, que se refere ao que cerca o paciente, o que faz parte de seu cotidiano e, assim, exerce influência direta sobre suas emoções, sentimentos e equilíbrio para lidar com as dificuldades de seu cotidiano.

As narrativas a seguir ilustram esta subcategoria:

A gente tem que analisar o contexto porque para a pessoa mostrar este comportamento algum distúrbio tem ou neurológico, porque baseado em bibliografias a gente sabe que o comportamento suicida vem de um contexto depressivo algumas pessoas sabem resolver seus problemas outras já não tem tenta capacidade sempre por traz de um agente depressivo tem um motivo, eu acredito que é um conjunto de fatores que faz a pessoa ter estes pensamentos (P18).

A própria doença tira um pouco das faculdades cognitivas e os fatores externos e ambientais questões de baixa renda usam de drogas, família desestruturada e todos estes fatores fazem com que a pessoa pense coisas erradas (P11).

A análise permite constatar que os profissionais de saúde compreendem que cada indivíduo reage de modo específico aos estímulos e acontecimentos em seu entorno e, assim, enquanto muitos não conseguem superar uma dificuldade, outros não se sentem abalados por um mesmo acontecimento. Os entrevistados relatam que fatores sociais como renda, problemas familiares ou outros atuam sobre os sentimentos e comportamentos dos pacientes e, assim, podem incidir sobre a possibilidade de cometimento de suicídio.

A capacidade dos indivíduos de se integrarem ao grupo social em que vivem tem interferência sobre a forma com vê em a si mesma, como se sentem e como classificam suas vidas (TSAI, LUCAS, KAWASHI, 2015).

O âmbito social pode não ser o único fator decisivo em muitas tentativas de suicídio e nos casos em que se concretiza o óbito, mas exerce influência direta e, não raramente, é um dos fatores que mais levam jovens a se sentirem inadequados, infelizes e sem outra solução. Mulheres também são mais influenciadas por fatores sociais do que homens quando se refere à ideação, tentativa ou cometimento de suicídio.

As dificuldades de relacionamento em família, na escola, com amigos, comportamentos abusivos sofridos durante a infância, medo, sentimento de inadequação, são fatores que decorrem do ambiente no qual os indivíduos vivem e,

assim, integram o aspecto social de suas vidas. Nesse ínterim, quando se vê em frente de um grupo que não os aceita, ou que acreditam que não se enquadram a essas pessoas, os sentimentos vão tomando proporções elevadas e podem conduzir ao intento de encerramento da vida como forma de eliminar o sofrimento vivido (KORCZAK, 2015).

O suicídio “é um fato social, de repercussões subjetivas e se caracteriza como um importante problema de saúde pública. (CONTE, 2012, p38)”. Nesse sentido, compreende-se que fatores sociais incidem sobre o possível cometimento de suicídio.

4.1.2 Aspecto emocional

O aspecto emocional envolve fatores intrínsecos, ou seja, atrelados ao modo como a pessoa se sente ou como percebe sua vida. Quando se aborda o âmbito emocional, é preciso evidenciar que as emoções diferem entre indivíduos, bem como sua forma de expressá-las, de demonstrar aos demais seus sentimentos. Nas respostas abaixo podemos ver que os participantes acreditam que o aspecto emocional é um dos principais sintomas para levar ao suicídio.

Eu penso que é uma pessoa que precisa de ajuda que precisa conversar, as vezes é um problema simples, mas ela sozinha não consegue ter discernimento para resolve-lo e se tenta ajudar de todas as formas (P16).

Eu acredito que para pessoa pensar em suicídio a pessoa tem que estar com emocional muito abalado e que precisa muito de ajuda, porque só de pensar em tirar sua própria vida ela precisa muito de ajuda, ninguém tenta se matar por ignorância, porque quando a pessoa pensa em se matar e não se dá maior importância a pessoa vai lá e se mata, a gente tinha um vizinho da minha mãe lá no interior que dizia que ia se matar e ninguém deu importância ele foi lá e se enforcou então acredito que temos que observar mais (P12).

Quando se aborda o aspecto emocional, é extremamente importante destacar que as emoções exercem grande influência sobre a vida de todas as pessoas, resguardada as proporções, já que algumas sentem mais ou menos os seus resultados diante de situações específicas. Aquilo que é capaz de abalar as emoções de um indivíduo poderá não gerar efeitos negativos sobre outro e, assim, não é possível determinar de forma específica quais são os fatores emocionais que mais conduzem ao pensamento ou ao intento suicida.

O comportamento suicida remete a uma reflexão acerca do sentido da vida, o modo como é entendido e pensado o suicídio irá definir os limites e possibilidades de intervir (CRUZ, 2014).

O indivíduo não quer se matar, mas sim, acabar com seu sofrimento, a qual se pode criar ações em favor da vida, se o mesmo já está com projetos de sua morte pode se mostrar ações que potencializem a vida.

As emoções, muitas vezes, não podem ser controladas, elas representam a pessoa e a forma como reage diante de acontecimentos e, assim, se manifestam sem que haja controle ou desejo de que isso ocorra. Ignorar as emoções de uma pessoa com ideação suicida impede que se compreenda, de fato, qual é a raiz do problema.

Ainda que sejam pessoas com doenças mentais ou físicas incapacitantes, causadoras de dor, dependência e sofrimento, existem fatores emocionais atrelados à decisão de que a morte é melhor do que a vida da forma como se apresenta (HERGEL, 2016).

4.1.3 Aspecto espiritual

O aspecto espiritual está diretamente relacionado às crenças, à fé, ao modo como a pessoa se relaciona com aquilo que acredita e, assim, não há ligação direta com uma religião, mas ao equilíbrio interior que desperta esperança na capacidade de vencer as dificuldades e vivenciar momentos melhores. Para um participante o lado espiritual na tentativa do suicídio é importante ser considerado, conforme narrativa a seguir:

É eu acho assim é que ela tem que estar muito desesperada, dizem que houve uma voz que mandam se matar, que é a solução do problema se eu me matar, e como eu sou evangélica com as minhas convicções são um problema espiritual também. A pessoa precisa em minha opinião de acordo com as minhas convicções trabalhar o lado espiritual dela, para ter uma força para superar os problemas do dia a dia, porque problema sempre se tem, a questão é como se lida com eles (P23).

O bem-estar espiritual envolve mais do que apenas uma crença religiosa, refere-se ao sentir-se bem, em equilíbrio, vivendo de forma adequada em um ambiente propício ao desenvolvimento de habilidades e sentimentos.

Pode ser útil aplicar um senso de bem-estar espiritual, baseado em princípios comuns e uma experiência comum compartilhada de espiritualidade, aos

esforços de prevenção do suicídio. Embora exista um debate considerável sobre até que ponto a espiritualidade e a religião representam construtos semelhantes em oposição a construções distintas, um consenso foi alcançado quanto aos domínios religiosos e espirituais comuns aplicáveis à pesquisa de resultados de saúde. De acordo com a multidimensionalidade única do funcionamento espiritual, esses domínios incluem, entre outros, experiências espirituais diárias, perdão, práticas religiosas privadas, enfrentamento religioso e religiosidade organizacional (KOPACZ, 2016).

Quando existe um apego a alguma forma de fé e esperança, cria-se no indivíduo a sensação de proteção, de que as coisas que acontecem em seu entorno são necessárias para a sua evolução e, assim, a ideação suicida pode se tornar menos incidente entre esses grupos (LAWRENCE, 2016).

Não se trata de seguir uma religião que aponte pecados ou falhas, mas a ideia de haver rum poder pautado sobre amor e perdão que envolve todos aqueles que desejam inseri-lo em suas vidas. A espiritualidade é a capacidade de apegar-se à ideia de que tudo que ocorre tem uma razão e, da mesma forma, as soluções serão encontradas em seu devido tempo.

4.2 TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICÍDA

4.2.1 Dificuldades para compreender o comportamento suicida

O comportamento suicida pode ser bastante difícil para profissionais que não apresentam conhecimentos específicos quanto aos sinais, riscos e demonstrações que esses indivíduos tendem possuir. Quando se fala de comportamento suicida, vêm várias perguntas de como analisar esse sujeito, nas respostas a seguir podemos ver a dificuldade que se tem de compreensão sobre o comportamento suicida.

Eu acho bem difícil, bem complicado eu não consigo olhar para pessoa e ver, e sim se tiver uma conversa na hora do acolhimento onde você consegue conversar a pessoa começa a se abrir, mas só observar aí não. [...] Eu acredito que os que vem aqui, que tem pensamentos, chegam e falam. Tem um senhor que veio aqui que disse que foi até a beira do rio e não conseguiu, e disse para mim que ele foi fraco, e quando o paciente vem e se sente acolhido eles falam (P13).

Geralmente dos que eu atendi eles vêm mais coagidos, não quer falar, vem marcar consulta com frequência, o remédio não está fazendo efeito, ou ele está mais coagido no canto e não quer conversar com ninguém. Este dia eu atendi uma que estava tampando o rosto ela não queria olhar para ninguém, aí eu percebi que tinha alguma coisa, chamei ela na minha sala, ai ela relatou que estava com pensamentos, planejamentos e já tinha tentado se matar. Geralmente o paciente, ele está mais coagido, a gente vê que ele tem vergonha do que ele fez, ou tem vergonha do que ele pensa em fazer, ele está mais quietinho na dele e é este que a gente tem que se preocupar (P05).

O fato é que não existe um comportamento suicida padronizado, cada pessoa demonstra de formas peculiares seus intentos e pensamentos, o que pode tornar mais difícil a percepção, mesmo de um profissional, de que existe um comportamento suicida.

Existem escalas, instrumentos cuja aplicação permite que se defina um escore de risco para um paciente, porém, existem fatores como a falta de sinceridade do respondente, alterações do comportamento, hábitos que diferem daqueles relacionados ao comportamento suicida, entre outros. Ouvir o paciente, olhar para ele com atenção e desejo de ajudar são medidas que podem trazer melhores resultados do que uma escala pré-desenvolvida. Cada pessoa é única e, assim, é preciso ouvir, valorizar as especificidades e a partir de um contato direto e atencioso verificar quais dos sinais estão presentes (O'ROURKE; DULEBHON, 2018).

4.2.2 Identificação do comportamento suicida

Nunca é fácil analisar um comportamento suicida, porém, muitos profissionais são preparados para isso, não apenas na formação, mas durante seu trabalho tiveram contato com outros pacientes nas mesmas condições e, assim, quando um pequeno sinal de risco é emitido pelos pacientes, os profissionais conseguem fazer uma leitura efetiva da questão. As respostas abaixo sustentam que alguns participantes têm facilidades em identificar o paciente suicida:

“[...] pelo jeito, pelo olhar, pelo comportamento a fala agente já consegue ver e também, pois já faz muito tempo que trabalho com a população” (P16).“

Eu acredito que faço o acolhimento muito bem e o passar confiança é bem importante” (P03).

Depressivo, ele é mais reservado, mais calado a gente vê que tem uma tristeza no olho dele, a gente sente que está com problema. [...] O pessoal vinha te pedindo ajuda uns até não relatavam que queriam ajuda mas a gente via assim que eles não tinham animo para nada, ai víamos e abordávamos o paciente e perguntávamos mais algumas coisas pois as vezes o paciente não se sentia à vontade de falar com a família, mas com outro profissional era melhor o desenvolvimento da conversa (P07)

O suicídio é um fenômeno que é a culminância de uma série de fatores de ordem ambiental, cultural, biológica, psicológica, política, tudo isto acumulado na biografia de um sujeito, levando ao ato do suicídio (DAOLIO E SILVA, 2009).

4.2.3 Déficit de preparo profissional para lidar com paciente suicida e necessidade de ações de educação permanente em saúde

Atualmente existe uma ampla literatura a respeito do suicídio, desde motivos mais comuns, métodos preferidos por homens e mulheres, prevalência, custos associados, entre tantos outros, porém, nem sempre os profissionais têm acesso a esses materiais e, ainda, há que se destacar que muitos não receberam o preparo adequado para realizar a leitura dos sinais ou para o planejamento de estratégias de ação junto a esses pacientes. Nas respostas abaixo iremos ver a falta de educação permanente sobre saúde mental.

Agora a gente encontra se bem defasado antigamente a gente ia nas casas via quem precisava e vinha até a enfermeira e a enfermeira acionava uma equipe para ir até a casa, agora até ocorre de acionar, mas é mais difícil (P16).

Faz exatamente um ano que estou aqui e até agora a gente não fez nada relacionada a saúde mental, fomos numa capacitação onde o Bom Pastor e o pessoal do CAPS fez, foi o único momento onde ouvimos sobre este assunto (P17).

Agente já realizou alguns grupos, mas eles não vêm. Agente realizou alguns semestres dias de vir só um paciente, a gente tenta fazer uma busca ativa destes pacientes para eles fazerem parte destes grupos, mas é bem difícil, porque na maioria é depressão eles querem ficar em casa não tem outra explicação ou querem ficar com as medicações que servem como bengalas, não resolve o problema mas mascara o sintoma (P08).

Os relatos enfatizados deixam evidente que os profissionais entrevistados vêm recebendo, dentro dos próprios locais de trabalho, informações a respeito do suicídio e de todos os fatores envolvidos, de modo que não apenas compreendem quais são os sinais mais comuns, mas são instruídos sobre como agir quando surgir

a desconfiança de que um paciente encontra-se em risco de cometimento de suicídio.

A preparação dos profissionais de saúde vem sendo vista como uma atividade prioritária na saúde pública de muitos países, enquanto outros ainda falham gravemente nesse esforço. Essa preparação deve ultrapassar os processos de graduação e se tornar contínua, mesmo após a formação os profissionais precisam, de forma constante, ser atualizados, informados sobre novos modelos de avaliação, programas que vêm sendo implantadas com sucesso, abordagens para acolhimento e diálogo que podem trazer bons resultados, entre outros (BACHMANN, 2018).

Dentro dos próprios sistemas de saúde existem, em muitos locais, dificuldades em falar sobre o suicídio. Muitos profissionais não conseguem fazer os pacientes falarem sobre seus sentimentos, enquanto outros ouvem, mas não sabem como agir, o que fazer para que o paciente se sinta valorizado, ouvido e saiba que há alguém envolvido com ele para que a solução seja encontrada. Em muitos casos é mais fácil receitar um medicamento do que se envolver, demonstrar empatia e preocupação com essas pessoas, fatores que poderiam significar a diferença entre o equilíbrio e o intento suicida (SPILLANE, 2019).

Quanto ao manejo desses pacientes, o modo como os profissionais atuam no sentido de auxiliar e encaminhar para os serviços e programas adequados, os seguintes relatos expressam que se acolhe e logo encaminha.

“Sim, a gente só acolhe, traz o paciente para uma sala reservada e conversa com ele, ai agente conversa com o médico e depois entra em contato com CAPS para passar por uma consulta” (P07).

Para pacientes com transtornos mentais, a gente faz o atendimento de receitas que é toda semana na segunda feira a tarde. (...) É visto o paciente feito uma triagem, visto se a medicação está fazendo efeito que deveria realmente na vida deste paciente. Os acolhimentos que vem com queixas de alguns transtornos mentais, depressão, ideação, ou pensamentos suicidas, tudo isto e feito por qualquer funcionário da equipe. Porque as vezes o paciente chega para um técnico ou a serviço gerais e é com aquele profissional que ele está se sentindo à vontade, a gente fez uma reunião entre a equipe e qualquer funcionário está preparado para acolher bem este paciente e ir adiante, pois ele só conseguiu se abrir com aquela pessoa (P05).

Quando as vezes vem um vizinho ou um familiar falar sobre o paciente, ai geralmente se faz a busca ativa do paciente ai se marca a consulta traz ele para cá faz esta abordagem mais intensificada em cima deste paciente, porque se a gente vê que é um paciente mais grave que não tem como acompanharmos no posto agente encaminha para o CAPS, mas o atendimento inicial os ESF ajuda bastante a população no começo, quando a gente vê o risco agente vai atrás (P11).

A equipe da ESF tem um grande papel perante epidemiologia do suicídio exige medidas urgentes e indicam a necessidade de rastreamento e de desenvolvimento de ações de saúde mental das ESF eficazes para dar conta desse fenômeno multidimensional (FERREIRA PÉRICO E DIAS, 2018).

Os membros das equipes da ESF atuantes na linha de frente do cuidado, quando capacitados para identificar o problema e comprometidos para intervir junto a pessoas com comportamento suicida, podem fazer a diferença nesse campo de atuação, auxiliando no acolhimento, ver a real necessidade do indivíduo passar confiança ao mesmo para ele falar o que realmente está ocorrendo e se necessário encaminhar ao CAPS.

Hoje as ESF tem um grande papel perante o comportamento suicida, muitos chegam nas unidades relatando que estão tristes e confusos, outros já vem apoiados de outras pessoas da família, alguns vem para marcar a consulta e não aparecem mais, a equipe da ESF faz o papel de ir nas casas apoiar, ajudar, estar presente, ouvi-los.

A equipe de saúde é muito importante para estes pacientes pois eles veem as unidades como um ponto de segurança, onde eles podem achar uma solução para seus problemas, a equipe estando bem preparada pode ajudar muito estes pacientes, e impedir de eles fazerem algo contra sua própria vida.

A forma de lidar com pacientes suicidas são diferenciadas do atendimento a pacientes comuns, sem sinais de risco. Como se trata de um grupo composto por pessoas fragilizadas, insatisfeitas e que na maioria das vezes não sentem alegria em suas atividades cotidianas, é preciso que todo o processo seja conduzido de forma muito cuidadosa, com atenção ao que é dito, à postura dos profissionais e ao modo como reagem esses pacientes. Assim, abordar a falta de preparo da equipe trata-se de um conhecimento necessário para a melhoria do atendimento e alcance de melhores resultados para todos os envolvidos.

“É a falta de profissional capacitado nas unidades de saúde e não tem, tinha que ter um psiquiatra um psicólogo e o manejo rápido do paciente porque se tivesse todos os profissionais ficaria bem mais fácil” (P01).

Eu acredito que ninguém teve um preparo assim para estas situações, como trabalhar com paciente assim, porque eu em graduação não fiz nada onde ensinasse como trabalhar com paciente assim, e acho que a equipe também não, quando temos dúvidas ligamos, mas acho que ninguém da equipe sabe (P12).

Tá faltando mais profissionais preparados para isso,mas assim, não vou dizer médico, não porque nós temos excelentes médicos pra isso porque quando chega alguém aqui não somente em relação às suicidas mas depressivos de modo geral assim todo esse pessoal em fragilidade seu como técnica que recebo aqui na minha sala alguém chorando alguém assim que vejo que ainda precisa de ajuda (...) eu recorro a sala do médico que se propõe a ajudar mas eu vejo assim que precisa uma equipe maior o enfermeiro, mais técnico presente aqui na unidade, não precisa ligar lá atrás para ver quem está disponível para vim ver, até mesmo para marcar grupos, as vezes o paciente chega senta na minha cadeira chora ele conversa e devagarzinho fechando a porta e deixa ele falar eu vejo que ele vai dando uma aliviada, então às vezes a gente vê uma boa conversa alivia. Precisaria de uma pessoa assim que tem esta lógica preparado para receber essas pessoas (P22).

Em muitos países os serviços de saúde procedem de reciclagens de profissionais da área no sentido de mantê-los atualizados e capazes de ouvir, compreender e buscar meios de apoiar pacientes e familiares, expandindo assim o atendimento, ou seja, não apenas os pacientes suicidas são acolhidos e atendidos nas instituições de saúde, mas seus familiares também são instruídos para que saibam como lidar com esses membros da família e de que modo pode identificar possíveis sinais de risco (TURECKI, BRENT, 2016).

Compreende-se, assim, que o preparo para lidar com pacientes suicidas é um dos pontos mais importantes nos sistemas de saúde quando se busca alterar o cenário da elevada prevalência de suicídios entre indivíduos de diversas idades.

4.2.4 Grupos terapêuticos como estratégia para prevenção ao suicídio

A ESF é uma estratégia organizativa da APS na promoção e valorização da vida, no Sistema Único de Saúde, que pretende a reversão do modelo assistencial biomédico, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde.

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária Conforme a PNAB (BRASIL, 2017).

Na citação a seguir vemos que a ESF é uma das grandes possibilidades para prevenção: “O desafio da prevenção consiste em identificar pessoas em situação de vulnerabilidade, entender as circunstâncias que influenciam seu comportamento suicida e estruturar intervenções eficazes” (CONTE 2012, p. 2018).

A ESF propõe organizações de grupos de apoio voltados aos pacientes que já tentaram suicídio e aqueles que apresentam forte ideação suicida. São espaços sem julgamentos, permeados pela ideia de oferecer apoio, atenção, respeito e carinho para que essas pessoas compreendam que, com esforços conjuntos, são capazes de ultrapassar as dificuldades (FERREIRA, PÉRICO, DIAS, 2018).

Para a melhor compreensão da visão desses grupos pelos profissionais entrevistados, alguns trechos das narrativas são apresentados:

“Eu acredito que o ideal é trabalhar sempre na prevenção, acho que os grupos de apoio é bem importantes nestas horas, pois seria uma troca de informação e todos *se dariam bem*” (P20).

Eu acredito se conseguimos fazer o grupo terapêutico seria bom pois ai conseguiríamos trabalhar o paciente desde o início de sua doença, pois se trabalhar a depressão desde o início seria bom pois evitaria que o paciente tenta se algo mais tarde, porque se o paciente vir para o grupo ele será ouvido, será aconselhado, desde quando ele chegasse já teria o apoio. [...] tem muita procura de pacientes com tentativas de suicídio (P13).

As equipes de saúde precisam conhecer os programas disponibilizados para o atendimento desses pacientes, como funcionam e de que forma os profissionais devem atuar para encaminhá-los, sempre esclarecendo a importância de o paciente aderir visando alcançar o equilíbrio e, assim, tornar-se capaz de lidar com a ideação suicida sem que essa se torne uma tentativa real de encerrar a vida (HERGEL, 2016).

Conte, (2012, p. 2018) ressalta que:

Programas de prevenção comunitários que acolhem usuários atendidos por equipes interdisciplinares têm obtido resultados satisfatórios. No Brasil, a proposta de atenção integral e o atendimento de usuários em linhas de cuidado constituem um dos cenários para a organização de políticas de atenção ao suicídio, tendo em vista a integralidade e a ação intersetorial.

Pode se analisar que as ESF ainda estão com algumas falhas, faltas de profissionais, falta de recurso entre outras, mas mesmo assim quem está ali trabalhando tenta dar o seu melhor para ajudar quem está precisando.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de saúde mental voltada aos indivíduos com comportamento suicida na ESF são ainda tímidas, com necessidade de potencializar a capacidade dos profissionais de saúde compreenderem com mais nitidez significado do suicídio e como lidar com os pacientes que demonstram eventuais sinais para intencionalização do ato.

No trabalho dos profissionais de saúde na ESF ainda foram identificados inúmeras dificuldades para compreender usuários com comportamento suicida, e as prováveis formas de identificação são limitadas, sendo fortalecida a necessidade de uma maior preparação profissional tanto por parte da instituição profissional, por meio de ações da ESF, quanto no âmbito da formação. As lacunas na formação dos profissionais de saúde manifestam-se na dificuldade de oferta de auxílio aos pacientes e familiares para conduzir e intervir da melhor forma medidas de apoio.

Os profissionais sustentam a necessidade de maior capacitação para compreender melhor situações que podem refletir em suicídio, ressaltam-se os mesmo que se sentem inseguros perante alguns casos, pois por mais que tenham domínio das suas competências profissionais, o paciente com comportamento suicida necessita de outra forma de abordagem.

As limitações presentes da pesquisa restringiram-se a algumas entrevistas que foram pouco potencializadas pela pesquisadora, isso pode ter refletido em uma resposta do participante objetiva e conseqüentemente uma narrativa que possa não expressar com intensidade o objeto de investigação proposto.

Como recomendações a gestão sugere-se fortalecimento da educação permanente voltada a preparação profissional para atuação em situações no campo da saúde mental, em especial aspectos relacionados ao suicídio.

As recomendações para os profissionais de saúde sugerem-se integração para que juntos possam buscar uma maior compreensão coletiva sobre como lidar com indivíduos que se manifestam sinais para intentar contra própria vida. Repensar as pratica em uma perspectiva da educação Inter profissional talvez seja uma alternativa

Por fim, as recomendações as instituições de ensino, sustentam-se na necessidade de compreender o suicídio como um grande problema de saúde

pública, de modo a dedicarem mais momentos de reflexão sobre o mesmo no ambiente acadêmico, em especial como agir frente a essas situações.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. C., VIEIRA, K. F. L., COUTINHO, M. P. L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 47-57, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4010/401036078006.pdf>. Acesso em 06 fev. 2019.
- BACHMANN, S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s.l.], v. 15, n. 7, p. 1425-1447, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6068947/>. Acesso em: 05 fev. 2019.
- BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto. **Arq. ciênc.saúde**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 52-63, 2007. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_441_Equipe_matricial.pdf. Acesso em: 06 fev. 2019.
- BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 fev. 2019.
- BERTOLETE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.32, n.(supl.), p. 87-95, out. 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/12503/S1516-44462010000600005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 fev. 2019.
- BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 2-14, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/3592>. Acesso em: 03 fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da atenção básica: programa saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Unicamp, 2006, p 7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Suicídio. Saber, agir, e prevenir. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2017, v. 48, n. 30, p, 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **A experiência da diretriz de ambiência da Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Encontro estadual para fortalecimento da Atenção Básica**. Goiânia, GO: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Nota Técnica nº 11/2019*. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

CATUNDA, R.A.S. **O significado do acompanhante para pacientes internos e profissionais de saúde: construindo o atendimento humanizado**. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/CE, 2008.

CONTE, M. *et al.* Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**,[s.l.], v. 18, n. 8, p. 2017-2016, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/13.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

CRUZ, C.W. **As múltiplas mortes de si: suicídios de idosos no sul do Brasil.**2014. Tese de Doutorado Não-Publicada (Pós-Graduação em Ciências Sociais) -Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo/RS, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/3936/CRUZClaudiaWeyne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 fev. 2019.

DAOLIO, E. R.; SILVA, J. V. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 68-76, 2009.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo sociológico.** São Paulo: Edipro, 2014.

FALQUETO, J. M. Z. **Investigação qualitativa em ciências sociais.**2016. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A.D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**,[s.l.], v. 71, supl. 1, p. 784-789, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti.** London: Sage, 2014.

FRIESE, S.; SORATTO, J.; PIRES, D. Carrying out a computer-aided thematic content analysis with ATLAS.ti. **MMGWorkingPaper**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 1-30, 2018. Disponível em: https://pure.mpg.de/rest/items/item_2582914_2/component/file_2582912/content. Acesso em: 09 fev. 2019.

GALASINSKI, D.; ZIOLKOWSKA, J. Construction of Suicidal Ideation in Medical Records. **DeathStudies**,[s.l.], v. 41, n. 8, p. 1-25, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2017.1332910?journalCode=udst20>. Acesso em: 06 fev. 2019.

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

GUIRLANDA, M. T. **Conferências de Saúde: a consciência de nossa importância dentro do SUS.** 21. ed. Belo Horizonte: Saúde Digital, 2003. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/setembro2003/conferenciassaude.html>. Acesso em: 05 fev. 2019.

HEGERL, U. Prevention of suicidal behavior. **Dialogues in Clinical Neuroscience**. [s.l.], v. 8, n. 2, p. 183-90, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969705/>. Acesso em: 06 fev. 2019.

CURVO; R.D; VITAL;A.C.M. **Integralidade e Clínica Ampliada na promoção do direito á saúde das pessoa sem situação de rua** Integrality and clinic expanded in the promotion of the right to the right to health of people in street situation. Aceitoem11dez.2017.

KOPACZ, M. S. *et al.* Suicidal behavior and spiritual functioning in a sample of 11 Veterans diagnosed with PTSD. **Journal of Injury & Violence Research**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 6-14, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729329/>. Acesso em: 07 fev. 2019.

KORCZAK, D. J. Suicidal ideation and behaviour. **Paediatrics & child health**, [s.l.], v. 20, n. 5, p. 257-260, jun. 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/pch/article/20/5/257/2648915>. Acesso em: 05 fev. 2019.

LAWRENCE, R. E. *et al.* Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. **Journal of Nervous and Mental Disease**, [s.l.], v. 204, n. 11, p. 845-850, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990512/>. Acesso em: 08 fev. 2019.

LEENAARS, A. A. Effective Public health strategies in suicides prevention are possible: a selective review recent studies. **Clin. Neuropsychiatry**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 21-31, 2005. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2005-11020-004>. Acesso em: 09 fev. 2019.

LÖWY, M. Um Marx Insólito. In: MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boi tempo, 2006.

VENÂNCIO, Z., BONAFÉ, M., **Suicídio: já parou para pensar?** / Sei (Organizadoras). Londrina: UEL, 2017.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J Bras Psiquiatr.**, [s.l.], v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

MARTIN, D. A. The Clarke Institute experience with completed suicide: 1966 to 1997. **The Canadian Journal of Psychiatry**, [s.l.], v. 45, n. 7, p. 630-638, 2000. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370004500705>. Acesso em: 07 fev. 2019.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petropolis: Vozes, 2011.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência:

revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, Maringá, v. 19, n. 3, p.445-453, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>.

O'ROURKE, M. C.; DULEBHON, S. S. Suicide screening and prevention. **StatPearls Publishing**, [s.l.], 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531453/>. Acesso em: 08 fev. jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000.

PAIM, J. S. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Fio cruz, 2009.

PALHARES-ALVES, H. N. *et al.* Suicide among physicians in the state of São Paulo, Brazil, across one decade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 37, n. 2, p. 146-149, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000200146&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2019.

PANDEY, G. N. Biological basis of suicide and suicidal behavior. **Bipolar Disorders**, [s.l.], v. 15, n. 5, p. 524-41, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bdi.12089>. Acesso em: 05 fev. 2019.

PAULON, S.; NEVES, R. (Org.). **Saúde Mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2013.

PIOLA, S. F. (Org.). **Tendências do sistema de saúde brasileiro: Estudo Delphi**. Brasília: IPEA, 2001.

REINALDO, A. M. S.; WETZEL, C. A inserção da família no processo de trabalho em saúde mental. **Saúde em Debate**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 69, p. 5-16, 2001. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345217002.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, Unesco. Ministério da Saúde, 2004.

SHIKIDA, C. D.; ARAUJO JR, A. F.; GAZZI, R. A. V. Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 25, n. 48, p. 123-147, 2006. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/10897/6477>. Acesso em: 07 fev. 2019.

SILVA, P.M.C. **Educação Permanente como estratégia para humanização na saúde de Guará/SP**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito, Serviço Social e Relações Internacionais, Universidade Estadual Paulista, Franca, SP, 2005.

SPILLANE, A. *et al.* How do people experience a family member's high-risk self-harm? An interpretative phenomenological analysis. **Archives of Suicide Research**, [s.l.], p. 1-39, 2019. No prelo.

TSAI, A. C.; LUCAS, M.; KAWACHI, I. Association between social integration and suicide among women in the United States. **JAMA Psychiatry**, [s.l.], v. 72, n. 10, p. 987-993, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4598291/>. Acesso em: 06 fev. 2019.

TURECKI, G.; BRENT, D. A. Suicide and suicidal behaviour. **The Lancet**, [s.l.], v. 387, n. 10024, p. 1227-1239, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615002342>. Acesso em: 08 fev. 2019.

VIEIRA, K. F. L.; SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. **Psico**, [s.l.], v. 41, n. 2, p. 176-183, abr./jun2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161636>. Acesso em: 05 fev. 2019.

WENZEL, A.; BROWN, G.K.; BECK, Aaron T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista interamericana de Psicologia**, [s.l.], v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005. Disponível em: <http://psicorip.presser.net.br/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO.**Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 01 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Mental Health: Suicide data**. [Genebra]: [s.n.], 2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. Acesso em: 02 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO.**World health statistics data visualizations dashboard**. [Genebra]: [s.n.], 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>. Acesso em: 05 fev. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNASAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –PPGSCol

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

I – Perfil do participante

Identificação do sujeito [codinome]: _____ Data: ___/___/_____ Hora: __h__

1. Sexo: () masculino () feminino
2. Idade: () 18 a 20 anos () 21 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () 51 a 60 () mais de 60 anos.
3. Escolaridade: () técnico () graduação () pós-graduação
4. Religião: () Católica () Evangélica () espírita () outra
5. Qual sua formação profissional () Terapeuta Ocupacional () Fisioterapeuta () Assistente Social () Psicólogo () Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () outros _____
6. Tempo de experiência na ESF: () 1 a 4 anos () 5 a 9 anos () 10 a 14 anos () 15 a 19 anos () mais de 20 anos
7. Tempo de experiência profissional: () 1 a 4 anos () 5 a 9 anos () 10 a 14 anos () 15 a 19 anos () mais de 20 anos

II – Entrevistas

- 1 A equipe de saúde realiza alguma ação relacionada a saúde mental dos usuários desta ESF?
- 2 O que você pensa sobre as pessoas que tem comportamento suicida?
- 3 Para você, o que leva uma pessoa agir para retirar sua própria vida?
- 4 Você sabe identificar características de usuários com comportamento suicida?
- 5 Como é a sua atuação profissional e da equipe diante de comportamentos suicidas no território desta ESF?

- 6 Na sua opinião quais são as fragilidades da ESF relacionada a saúde mental em especial a assistência de usuários com comportamento suicida?
- 7 Como você acredita que o trabalho na ESF pode contribuir para atenção a usuários com comportamentos suicida?
- 8 Você gostaria de expressar mais alguma coisa que possa contribuir para a pesquisa?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: ANALISE DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VOLTADA A INDIVÍDUOS COM COMPORTAMENTOS SUICIDA.

Objetivo: Analisar o trabalho na Estratégia de Saúde da Família para atenção a população adstrita com comportamento suicida.

Período da coleta de dados: 01/04/2018a30/06/2018

Tempo estimado para cada coleta: 1hora/30dias

Local da coleta: Estratégias Saúde da Família do município de Araranguá/SC

Pesquisador/Orientador: JacksSoratto **Telefone:** (48) 999347881

Pesquisador/Acadêmico: Adrieli da Silveira Elias **Telefone:** (48) 988294950

Mestrado em Saúde Coletiva UNESC

O(a) Sr. (a) está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor(a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa,

inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

As entrevistas serão compostas de duas partes. A primeira contém perguntas predominantemente fechadas referentes ao perfil do participante. A segunda parte será composta por perguntas abertas que centralizam na temática a ser investigada. A terceira parte será a observação dos entrevistados. Cada entrevista durará em média 30 minutos e será realizada pessoalmente em local adequado que garanta o sigilo das informações. A observação será feita perante o dia a dia dos indivíduos.

A pesquisa será de suprema importância para o conhecimento sobre suicídio, para um melhor entender sobre como lidar com estes indivíduos.

RISCOS

Essa pesquisa não terá riscos físicos, porém, pela natureza interacional das entrevistas, o processo de coleta de dados pode ocasionar riscos mínimos relacionados ao surgimento de emotividade. Entretanto, caso o participante sinta-se desconfortável perante a entrevista e as situações que gerem emergências emocionais, constrangimento, ou qualquer outro tipo de desconforto, será prestado acolhimento situações bem como ofertado a possibilidade de o participante desistir da entrevista.

BENEFÍCIOS

A pesquisa poderá trazer benefícios no tocante ao entendimento do que a ESF pode contribuir para a prevenção de suicídio, e quais as ações mais emergentes para atuação. E entender quando o paciente já passou por uma tentativa de suicídio e como os mesmos podem agir.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

ASSINATURAS	
Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
Assinatura	_____
Nome: _____	Assinatura
CPF: _____._____._____ - ____	Nome: JacksSoratto CPF: 00767472985

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2018.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aceite**MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ
ESTADO DE SANTA CATARINA**

Araranguá, 14 de fevereiro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos - CEP, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulada "ANALISE DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VOLTADA A INDIVÍDUOS COM COMPORTAMENTO SUICIDA", da pesquisadora responsável *Aérieli da Silva Elias*. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº. 466, de 12 de Dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP; ao respeito aos princípios éticos e à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelyn Elias
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Araranguá