



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

MEIRE PERPÉTUA VIEIRA PINTO

**Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na
cidade de Foz do Iguaçu-PR**

**FOZ DO IGUAÇU-PR
2018**

MEIRE PERPÉTUA VIEIRA PINTO

**Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na
cidade de Foz do Iguaçu-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira – Mestrado, do Centro de Educação, Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Sebastião Caldeira

**FOZ DO IGUAÇU-PR
2018**

PINTO, M. P. V. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na cidade de Foz do Iguaçu-PR. 82 f. Dissertação Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Prof. Dr. Sebastião Caldeira. Foz do Iguaçu, 2018. Meire Perpétua Vieira Pinto.

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador Prof. Dr. Sebastião Caldeira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - PR

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - PR

Prof^a. Dr^a. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina-PR

Ao meu querido pai, pelos cuidados amorosos no início dessa vida, me inspirando sempre a ser uma pessoa melhor. Saudades eternas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, suporte no início dessa vida e ainda hoje se faz presente, mesmo distante. Ao meu querido irmão, com quem aprendo sempre a superar as adversidades. Meu agradecimento por compartilharmos essa vida.

Ao Prof. Dr. Sebastião Caldeira, por investir, acreditar, confiar, direcionar, ensinar e ser sempre presença amiga e cuidadora em todos os momentos, especialmente nos momentos críticos, soube com maestria me conduzir nesse percurso. Muito obrigado por tudo o que aprendi, especialmente com o jeito amoroso e seguro de orientar.

Aos Profs. Drs. Adriana Zilly, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari e Oscar Kenji Nihei pela parceria nesta construção com suas valiosas contribuições.

Aos coordenadores, chefes e colegas de profissão que além de me darem apoio profissional, compreenderam a relevância dessa pesquisa em minha trajetória não apenas profissional, mas fundamentalmente pessoal. Minha gratidão por serem parceiros nessa etapa.

Aos profissionais de saúde que prontamente se dispuseram a colaborar compartilhando suas vivências, reflexões e angústias diante de um tema muitas vezes difícil de ser abordado.

Aos colegas do Mestrado em Saúde Pública, pelo apoio mútuo e por tornarem essa caminhada mais prazerosa e divertida.

Aos amigos raríssimos que estão presente em minha vida, me inspirando, me dando apoio, suporte e especialmente me desafiando a seguir sempre em frente nessa caminhada evolutiva.

Especial agradecimento a Meire Rodrigues, Lúcia Helena Machado Makhoul, José Carlos Trintinália e Luís Henrique Baroni pela parceria de vidas e por acreditarem em mim quando nem mesmo eu acreditava e pelo apoio incondicional quando resolvi tentar algo novo.

Aos pacientes e alunos, com quem aprendo todos os dias e sou infinitamente grata por confiarem em mim e compartilharem suas vidas.

“Quer retribuir a fartura de oportunidades que recebeu em sua existência? Escreva sem esmorecimento, colocando o seu ego a serviço da interassistência mentalsomática”.

Waldo Vieira, 2014.

PINTO, M. P. V. **Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na cidade de Foz do Iguaçu-PR.** 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Prof. Dr. Sebastião Caldeira. Foz do Iguaçu, 2018.

RESUMO

Introdução. O suicídio é considerado por pesquisadores um fenômeno multideterminado, complexo, existente desde a antiguidade. Suicidólogos destacam a importância de se desenvolver estudos que viabilizem a implantação de programas que aproximem profissionais da saúde e pessoas que apresentem comportamentos com risco de suicídio. **Objetivo:** Compreender como médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários da Atenção Básica, em região de tríplice fronteira, identificam e desenvolvem ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida. **Metodologia:** Estudo fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz desenvolvido na cidade de Foz do Iguaçu-PR, Brasil em Unidades de Saúde da Atenção Básica. Os relatos dos participantes foram obtidos no período de junho de 2017 a dezembro de 2017 por meio de entrevista semiestruturada, com as seguintes questões norteadoras: Fale-me o que você sabe sobre o suicídio e sobre a prevenção do suicídio. Você conhece as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio? Você atendeu ou atende pessoas com comportamento suicida? Comente, a partir da sua vivência o que você compreende sobre o Cuidado e sobre Ações de Cuidado? Você desenvolve ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida? Se sim, quais? Se não, por que? Em sua opinião, que ações poderiam ser realizadas junto a essa população? Quais são as suas expectativas no que diz respeito às Redes de Cuidado junto a essa população? **Resultados:** destacam-se três categorias desdobradas em nove subcategorias relacionadas aos “motivos por que”, o vivenciado pelos profissionais e uma categoria que se desdobra em cinco subcategorias relacionadas aos “motivos para”, ou seja, as suas expectativas. **Considerações finais:** A construção coletiva fomentada pelas ações de educação permanente pode contribuir para a ampliação do entendimento do suicídio, não apenas como uma questão individual, mas enquanto um problema social que requer soluções de enfrentamento coletivas e comunitárias, contemplando outros atores sociais. O estudo evidenciou a reflexão sobre o difícil cotidiano vivenciado pelos profissionais de saúde ao se depararem com suas próprias angústias relacionadas à impotência frente a um fenômeno tão complexo e desafiador para toda a sociedade. **Descritores:** Suicídio; Comportamento autodestrutivo; Prevenção Primária; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Introduction. Suicide is considered by researchers a multidetermined, complex phenomenon, existing since antiquity. Suicidologists emphasize the importance of developing studies making feasible the implementation of programs that bring closer health professionals and people who present behaviors at risk of suicide. **Objective:** To understand how physicians, psychologists, nurses, nursing technicians and community agents of Basic Care in a triple border region identify and develop care actions for people with suicidal behavior. **Methodology:** Study based on Alfred Schütz's Social Phenomenology developed in the city of Foz do Iguaçu-PR, Brazil in Basic Health Care Units. The participants' reports were collected from June 2017 to December 2017 through a semi-structured interview, with the following guiding questions: Tell me what you know about suicide and about suicide prevention. Do you know the National Guidelines for the Prevention of Suicide? Do you assist or have assisted people with suicidal behavior? Comment, from your experience, what do you understand about Care and about Care Actions? Do you develop caregiving actions for people with suicidal behavior? If so, which ones? If not, why? In your opinion, what actions could be taken with this population? What are your expectations regarding the Networks of Care with this population? **Results:** There are three categories unfolded in nine subcategories related to "because motive", the past/present experiences of the professionals and another category that unfolds in five subcategories related to "in-order-to motive", that is, their expectations towards the future. **Final Thoughts:** The collective construction fostered by the actions of permanent education can contribute to the expansion of the understanding of suicide, not only as an individual issue, but as a social problem that requires collective and community coping solutions, extensive to other social actors. The study evidenced the reflections on the difficult daily life experienced by health professionals, when faced with their own anguish related to impotence facing such a complex and challenging phenomenon for the whole society.

Keywords: Suicide; Self-destructive behavior; Primary Prevention; Primary Health Care; Qualitative research.

RESUMEN

Introducción: El suicidio es considerado por los investigadores un fenómeno multideterminado, complejo, existente desde la antigüedad. Suicidólogos destacan la importancia de desenvolver estudios que viabilicen la implantación de programas que aproximen profesionales de la salud y personas que presentan comportamientos con riesgo de suicidio. **Objetivo:** Comprender como médicos, psicólogos, enfermería, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de atención básica, en región de triple frontera, identifican y desarrollan acciones de cuidado a las personas con comportamiento suicida. **Metodología:** Estudio fundamentado en la Fenomenología Social de Alfred Schütz desarrollado en la ciudad de Foz de Iguazu-PR, Brasil en unidades de salud de atención básica. Los informes de los participantes fueron obtenidos en el período de junio de 2017 a diciembre de 2017 por medio de entrevista semiestructurada, con las siguientes cuestiones orientadoras: Dígame lo que usted sabe sobre el suicidio y sobre la prevención del suicidio. ¿Usted conoce las Directrices Nacionales para la Prevención del Suicidio? ¿Usted atendió o atiende a personas con comportamiento suicida? ¿Puedes comentar a partir de su vivencia lo que usted comprende sobre el Cuidado y sobre acciones de Cuidado? ¿Usted desarrolla acciones de cuidado a las personas con comportamiento suicida? Si es así, ¿cuáles? Si no, ¿por qué?, en su opinión, ¿Qué acciones podrían realizarse junto a esa población? ¿Cuáles son tus expectativas en lo que se refiere a las redes de cuidado junto a esa población? **Resultados:** Se destacan tres categorías desplegadas en nueve subcategorías relacionadas con los "motivos por los que", el vivido por los profesionales y una categoría que se desdobra en cinco subcategorías relacionadas con los "motivos para", es decir, sus expectativas. **Consideraciones finales:** La construcción colectiva promovido por las acciones de educación permanente puede contribuir para la ampliación del entendimiento del suicidio, no solo como una cuestión individual, sino como un problema social que requiere soluciones de enfrentamiento colectivas y comunitarias, contemplando otros actores sociales. El estudio evidenció la reflexión sobre el difícil cotidiano vivido por los profesionales de la salud al encontrarse con sus propias angustias relacionadas a la impotencia frente a un fenómeno tan complejo y desafiante para toda la sociedad.

Descriptores: Suicidio; Comportamiento autodestructivo; prevención primaria; Atención primaria; Investigación cualitativa.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores
CVV	Centro de Valorização da Vida
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EMATER	Empresa e Assistência Técnica de Extensão Rural do Paraná
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Atenção em Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa Saúde da Família
PPV	Programa de Prevenção à Vida
RAPs	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SCNSA	Sociedade Civil Nossa Senhora Aparecida
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA	10
1.2	O OBJETO, AS INQUIETAÇÕES E OS OBJETIVOS DO ESTUDO.....	13
1.3	REVISÃO DA LITERATURA	14
1.3.1	Suicídio	14
1.3.2	Comportamento Suicida ou Autodestrutivo	16
1.3.3	Diretrizes Nacionais para a Prevenção ao Suicídio	17
1.3.4	O Cuidado na Prevenção do Suicídio.....	19
1.3.5	Sobre as Redes de Atenção à Saúde - RAS.....	22
1.3.6	Atenção Básica.....	23
2.	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	24
2.1	Sobre a Fenomenologia Social.....	24
2.2	O Diálogo entre alguns pressupostos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e o Cuidado na Prevenção do Suicídio	25
2.3	CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA	27
2.3.1	Local da pesquisa.....	27
2.3.2	Os participantes da pesquisa	28
2.3.3	O número de participantes	28
2.3.4	Local para as entrevistas	29
2.3.5	Técnica para a obtenção dos relatos.....	29
2.3.6	Período das entrevistas.....	30
2.3.7	A análise e discussão dos dados	30
2.3.8	Aspectos éticos	30
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
3.1	MANUSCRITO 1.....	32
3.2	MANUSCRITO 2.....	51
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
5.	REFERÊNCIAS.....	70
6.	APÊNDICES E ANEXOS.....	75
	APÊNDICE 1.....	76

APÊNDICE 2.....	77
APÊNDICE 3.....	78
APÊNDICE 4.....	79
ANEXO 1:.....	80
ANEXO 2:.....	82

1. INTRODUÇÃO

1.1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

O interesse em desenvolver um estudo sobre o Suicídio começou a tomar forma durante a especialização em psicoterapia concluída em 2011 na Universidade Federal de São Carlos – UFScar, nessa época o objetivo era compreender as razões que levam uma pessoa cometer o suicídio. No desenvolvimento desse estudo a lembrança da primeira vez que o tema suicídio se apresentou para a pesquisadora oportunizou o resgate de motivações anteriores ao estudo por hora realizado.

Na época da adolescência, mais especificamente durante o primeiro colegial, uma amiga de sala surpreendeu a todos com seu suicídio. Esse fato abrupto motivou a busca por tentar entender o que leva uma pessoa a tirar a própria vida. Após essa vivência, durante três anos a pesquisadora voluntariou em uma instituição que atuava na prevenção do suicídio, o Centro de Valorização da Vida (CVV), instituição mantida por voluntários que realizam plantão durante 24 horas por dia, sete dias por semana, presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, mantendo-se o sigilo. O CVV foi fundado em São Paulo em 1962, é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal em 1973.

A escolha profissional pela Psicologia foi influenciada pelo voluntariado no CVV, onde o aprendizado do valor e da importância da escuta e cuidado com pessoas que podem atravessar momentos de fragilidade e que ao encontrarem possibilidades de serem escutadas, podem melhor enfrentar as dificuldades presentes em suas vidas, esteve sempre presente.

Atualmente como professora, supervisora de estágio clínico da Faculdade UNIAMÉRICA e enquanto psicóloga no Poliambulatório Sociedade Civil Nossa Senhora Aparecida – SCNSA, na cidade de Foz do Iguaçu, foi possível reencontrar o desejo de estudar possibilidades de intervenções que atuem na Prevenção do Suicídio.

De modo geral, os estudos na área da Prevenção do Suicídio destacam atuações que envolvem práticas que aproximam a população dos agentes promotores de saúde que atuam com o cuidado integral às pessoas que apresentam riscos suicidas. Assim objetiva-se

pesquisar a prevenção do suicídio junto a profissionais de saúde – médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam na Atenção Básica de Saúde.

A temática do suicídio vem sendo pesquisada em diversas áreas do conhecimento, entre elas a Sociologia, Antropologia, Psicologia e Psiquiatria e Saúde Pública. É considerado por muitos pesquisadores um fenômeno multideterminado, complexo, tipicamente humano registrado desde a antiguidade e que acompanha a própria história da humanidade (MINAYO, 2010).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que as mortes por suicídio estão entre as três principais causas de óbito entre pessoas de 15 a 44 anos de idade no mundo. De acordo com a OMS, ocorrem 2.200 casos de suicídio consumados por dia, um a cada 40 segundos, com uma taxa média de 11,4 mortes por 100 mil habitantes. O Brasil aparece abaixo da média mundial de suicídio, com um índice de 5,8 mortes por 100 mil habitantes, no entanto, o Ministério da Saúde considera que a situação em nosso país necessita de cuidados, mantendo o suicídio como caso de Saúde Pública. Em números absolutos, em 2012 no Brasil foram identificados 11.821 mortes por suicídio. É importante considerar também que o suicídio é subnotificado, dado que torna mais grave a situação (OMS, 2014).

Ao se comparar os dados de 2012, última totalização do Ministério da Saúde com os dados de 2006, o índice de suicídio aumentou de 4,5 para 5,8 mortes por suicídio para cada 100 mil habitantes, o que corrobora tratar o suicídio como problema de saúde pública, possibilitando dar visibilidade e procurar enfrentar esse grave problema em seu caráter multifacetado.

No estado do Paraná, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes na população total é de 5,7 mortes, já na população jovem, apresenta uma taxa de 16,6 mortes. As cidades do Paraná que figuram entre 100 cidades com maiores taxas de suicídio no Brasil, são: Francisco Beltrão, com 23,5 mortes por suicídio na população total, Marechal Rondon com 23,1 mortes por suicídio na população total, Apucarana com 16, 6 mortes por suicídio na população jovem (entre 15 e 29 anos) e União da Vitória, com 8,4 mortes por suicídio na população total. (BRASIL, 2012)

A cidade de Foz do Iguaçu apresenta taxa de suicídio próxima à média nacional com 5,1 mortes por suicídio por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2012).

O contexto de cidade localizada em região de tríplice fronteira – Brasil, Paraguai e Argentina – confere ao estudo da prevenção do suicídio a diversidade social, cultural e econômica, além de fomentar o interesse em conhecer como se faz a assistência às pessoas que tentam o suicídio e procuram ajuda na saúde pública dessa cidade.

Os fatores multiculturais específicos da região de fronteira tornam relevante a pesquisa e a busca de novas alternativas para enfrentar a realidade dos altos índices de suicídios reportados, em uma perspectiva da atenção e cuidado integral presentes nas diretrizes da Saúde Pública em nosso país.

Importante revisão sistemática de artigos publicados sobre a prevenção do suicídio no mundo revelou que 90% dos casos podem ser prevenidos, pois estão associados a psicopatologias passíveis de serem diagnosticadas e tratadas (BERTOLOTE *et al.* 2010). Esse dado instiga uma revisão urgente dos protocolos de atendimento, tratamento e acompanhamento de pessoas em situação de risco, bem como de suas famílias e da comunidade em que está inserida.

Diante da complexidade que envolve o comportamento suicida, importa refletir sobre quais ações concretas podem ser desenvolvidas de modo a colocar em prática as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Uma das ações possíveis é atuar junto a Atenção Básica, mais especificamente junto a Estratégia de Saúde da Família, que surge como uma forma de organização da atenção primária, na tentativa de criar centros de saúde onde uma equipe de Saúde da Família desenvolva ações focalizadas na saúde, em território de abrangência definido (MENDES, 1996).

Segundo Silva (2006), é na perspectiva de processo de construção da Estratégia de Saúde da Família e das ações e fazeres em saúde, que necessitam ser criados espaços para diálogos e discussões sobre intersubjetividades, cidadania, cuidado, formação de vínculos, entre outras peculiaridades de cada região, envolvendo seus agentes, com ênfase para a multiplicidade, e alteridade.

Os pesquisadores da área da suicidologia destacam a importância de se desenvolver estudos que viabilizem a implantação de programas que possam aproximar profissionais da

área da saúde e pessoas em sofrimento psíquico que possam apresentar comportamentos com risco de suicídio.

Os desafios de se colocar em prática os princípios e diretrizes que norteiam as ações na Atenção Básica, também denominada Atenção Primária à Saúde envolvem reflexões que contemplem o cuidado integral realizado por profissionais de saúde.

Diante da estruturação da Saúde Pública no Brasil, em termos de princípios e diretrizes, em consonância com o desafio da prevenção do suicídio, é fundamental identificar pessoas em vulnerabilidade e estruturar intervenções de cuidado que sejam eficazes com a pessoa em sofrimento psíquico. A reflexão que permanece é de que forma conciliar as ações da atenção básica com as ações de prevenção ao suicídio?

Compreender as formas como os profissionais de saúde enfrentam as demandas relacionadas ao cuidado integral e mais especificamente como se posicionam frente ao suicídio é relevante para que se possa pensar em ações concretas de prevenção a esse fenômeno complexo, que é o suicídio e que ao se efetivar, produz profundo sofrimento, não só ao suicida, mas também em seu grupo familiar e de amigos, além das equipes de saúde.

O presente estudo tem como questão de pesquisa conhecer a partir da experiência dos médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS da Atenção Básica, como estes compreendem a prevenção do suicídio e de que forma identificam o comportamento suicida na população que atendem, como enfrentam essa realidade e quais as ações são desenvolvidas junto a essa população.

Frente ao aumento dos índices de suicídio este estudo se justifica devido à relevância do tema, escassez de pesquisas com essa temática na região de tríplice fronteira, ausência de um programa específico nessa região direcionado às ações de prevenção a pessoa com comportamento suicida.

1.2 O OBJETO, AS INQUIETAÇÕES E OS OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como objeto a Prevenção do Suicídio na Atenção Básica à Saúde e está pautado pelas seguintes indagações:

- Os profissionais da Atenção Básica conhecem as Diretrizes Nacionais Para a Prevenção do suicídio?
- Esses profissionais consideram que estão preparados a identificar o comportamento suicida junto à população que atendem?
- De que forma esses profissionais desenvolvem ações de cuidado às pessoas com comportamento suicida?
- O que esses profissionais esperam de suas ações de cuidado a estas pessoas?
- O que eles esperam das redes de atenção a esta população?

Assim, o objetivo desse estudo é compreender como médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários da Atenção Básica, em região de tríplice fronteira, identificam e desenvolvem ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida.

1.3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste estudo serão abordadas as ações de cuidado dirigidas a pessoas com comportamento suicida realizadas por médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários da Atenção Básica à Saúde (ABS) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Para tanto serão estudados os seguintes temas: suicídio; comportamento autodestrutivo; Diretrizes Nacionais para a Prevenção ao Suicídio; o Cuidado na Prevenção do Suicídio; Redes de Atenção à Saúde – RAS; Atenção Básica à Saúde - ABS.

1.3.1 Suicídio

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVII. Etimologicamente, a palavra suicídio vem substituindo progressivamente outras denominações de morte voluntária. Do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) o suicídio é o ato que consiste em por fim a

própria vida, é uma morte intencional sempre presente na história da humanidade, como um fenômeno complexo e multideterminado (MINAYO, 2010).

O *Center for Disease Control and Prevention* (EUA) definem o suicídio como “morte por ferimento, envenenamento ou sufocação onde houver evidência explícita ou implícita de que o dano foi infligido a própria pessoa de forma intencional”(JAMISON, 2010).

A OMS define o suicídio como um ato suicida com desenlace fatal. O ato suicida é definido como autoagressão com graus variados de intenção letal (OMS, 2012).

Cassorla (1991) expande o espectro de compreensão do suicídio, incluindo em seus estudos aspectos pulsionais relacionados à morte. Este autor refere que a pulsão e morte está presente em todos os seres humanos, o que ajuda a compreender a ambivalência relatada em diversos estudos sobre o suicídio, indicando que um aspecto importante é considerar no comportamento suicida a tentativa e fugir de uma situação de sofrimento insuportável.

O conceito de pulsão é definido a partir do referencial psicanalítico, de acordo com Laplanche e Pontalis (2001), diz respeito ao:

“Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional. É no objetivo ou graças a ele que a pulsão pode atingir sua meta. (...) É um conceito-limite entre o psiquismo e o somático” (LAPLANCHE E PONTALIS 2001, p. 394-395).

No referencial psicanalítico a pulsão é sempre dual, sendo que a última concepção freudiana divide a pulsão entre: pulsão de vida e pulsão de morte. Esse conceito é importante para esse estudo por ajudar a compreender a dualidade relacionada aos atos de suicídio em que se verifica que o paciente quer ao mesmo tempo viver e morrer.

Ainda com o referencial de Cassorla (1991), a pessoa frente à desesperança, tristeza e melancolia pode se encontrar em um estado mental em que a vida não vale a pena e a morte é vista como a solução, não porque se deseje a morte, mas porque a vida se tornou

insuportável. Esse autor considera que a maioria das pessoas resiste a essas torturas, com a preponderância da força de vida sobre a pulsão de morte.

1.3.2 Comportamento Suicida ou Autodestrutivo

A OMS conceitua o comportamento suicida como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (BERTOLOTE, 2012).

O comportamento suicida pode ser compreendido como um processo complexo que pode variar desde a ideação suicida até o planejamento do suicídio, tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito, constituindo um *continuum* a partir da intencionalidade e letalidade do ato (WERLANG e BOTEGA, 2004).

Em suicidologia, a intencionalidade é considerada a intensidade do desejo do indivíduo em acabar com sua vida. Já a letalidade é a consequência do ato em termos de gravidade médica. Assim, falar em suicídio é considerado o primeiro grau de intencionalidade; a ideia ou pensamento suicida é o segundo grau; a ameaça suicida o terceiro grau; o gesto suicida o quarto grau; a tentativa de suicídio ambivalente o quinto grau; a tentativa de suicídio deliberado o sexto grau e o suicídio propriamente dito o sétimo grau de intencionalidade (WERLANG e BOTEGA, 2004).

Nos estudos de Werlang e Botega (2004) há a consideração do componente autodestrutivo presente em diversas condições como tabagismo, o alcoolismo, a toxicomania, a inobservância de tratamentos médicos e determinados estilos de vida, que podem resultar em morte decorrente da exposição a condutas de risco, das intoxicações acidentais e overdoses, dos acidentes e outros fatos similares.

Cassorla (1991) discute os suicídios inconscientes, em que o indivíduo coloca-se numa situação que pode levá-lo à morte sem ter consciência disso. Nessa abordagem, doenças, estilos de vida, acidentes e até mesmo a alienação podem ser pesquisados na perspectiva do suicídio da condição humana, em que as pessoas se sujeitam a uma morte em vida, sem consciência e sem condições de lutar por sua dignidade.

Essa perspectiva amplia a compreensão do suicídio, incluindo os componentes autodestrutivos na esfera do cuidado com o psiquismo humano no sentido de incitar o uso das potencialidades presentes em cada um.

1.3.3 Diretrizes Nacionais para a Prevenção ao Suicídio

De acordo com Koch e Oliveira (2015) a OMS é a principal articuladora internacional de diretrizes na área de saúde mental incentivando ações preventivas de suicídios em todo o mundo. Programas e políticas públicas para prevenção de suicídio existem há cerca de cem anos. No entanto, os números crescentes de mortes por suicídio no Brasil e no mundo fomentaram a preocupação com a criação de programas para a Prevenção do Suicídio.

Assim sendo, em 1999 a OMS lançou o *Suicid Prevent* (SUPRE) com o objetivo de mobilizar a população mundial para a Prevenção do Suicídio. Para a elaboração do SUPRE a OMS contou com uma comissão internacional de peritos em prevenção do suicídio. Do Brasil, o pesquisador que integrou essa comissão foi José Manoel Bertolote. O SUPRE apresentou três áreas prioritárias para o desenvolvimento de ações preventivas: o tratamento de pessoas com transtorno mental; a restrição do acesso a métodos empregados em comportamentos suicidas; e a abordagem adequada pelos meios de comunicação de notícias e informações relativas a comportamentos suicidas (BERTOLOTE, 2012, p. 100; ROMARO, *et. al.*, 2005 in: SIMON, MELLO-SILVA, SANTOS *et al.*, 2005).

Com a ausência de informações sobre o comportamento suicida em países em desenvolvimento, a OMS realizou um estudo multicêntrico sobre o comportamento suicida, o SUPRE-MISS. Esse projeto foi realizado em cidades de oito países – Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã. O SUPRE-MISS foi idealizado para investigar o comportamento suicida, criando um protocolo internacional para essa investigação (BOTEGA *et. al.* 2009).

Ainda como fruto do trabalho realizado no SUPRE, a OMS lançou no ano 2000 uma série de publicações sobre as diretrizes para a prevenção do suicídio, dirigidas a diversos segmentos da sociedade. Esse material é disponível no site da OMS: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf e encontra-se traduzido em diversos idiomas. Para o Brasil, tem-se:

1. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais.
2. Prevenção do suicídio: um manual para profissional da mídia.
3. Prevenção do suicídio: um manual para professores e educadores.
4. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde.

Em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-SP propôs uma ação em conjunto com outros dispositivos de saúde mental para a implantação do Plano de Prevenção ao Suicídio junto às clínicas-escola, com a proposição de estratégias como: implantação de um sistema de vigilância ao suicídio; implantação de um programa de busca ativa dos indivíduos que tentaram suicídio; incentivo a ações que previnam ou melhorem os tratamentos das condições associadas ao suicídio junto a Atenção Básica, aos Centros de Apoio Psicossocial - CAPS, Centros de Convivências e Cooperativas; busca de dispositivos que promovam a filiação dos indivíduos a grupos sociais geradores de perspectivas de futuro (RAMARO, et. al. In: SIMON *et al*, MELLO-SILVA, SANTOS e cols., 2005, p. 326-328).

De acordo com Romaro *et al.*, (2005) nessa proposta de trabalho integrado entre os diversos dispositivos de saúde na prevenção do suicídio, a multiplicidade de relacionamentos que desenvolveram a partir da participação em conjunto reiteram a importância da construção de uma rede de proteção às situações identificáveis como potencialmente suicidas pelas diferentes instituições envolvidas.

O Ministério da Saúde do Brasil, em 2005 formou um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio com as metas de reduzir as taxas de tentativas e de efetivação do suicídio, além de procurar reduzir os danos causados pelo suicídio entre familiares e amigos daqueles que se suicidaram. O Brasil foi o primeiro país da América Latina que elaborou Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, com a portaria 1.876 (BRASIL, 2006).

Dentre as ações dessas diretrizes, destacam-se propostas de organizar linhas de cuidados integrais, uma rede eficaz de intervenções e aspectos como a promoção da qualidade de vida, a criação de estratégias de comunicação e sensibilização em relação ao suicídio, promoção de cuidados à população que contemplam acesso a modalidades terapêuticas, estímulo à pesquisa e a disseminação de informações sobre as tentativas e

suicídios propriamente ditos, assim como a educação permanente de profissionais da saúde pública (BOTEGA, *et al*, 2006 p. 219).

No entanto, até o momento, ano base 2018, as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio não foram transformadas em leis, inviabilizando a inserção em termos de dotação orçamentária, planos de estratégia específicos para cada região do país.

Um ponto relevante apontado por Conte *et al* (2015) é que a prevenção do suicídio não está inclusa na agenda política da gestão pública e ainda não é uma reivindicação do controle social.

Diante dos estudos já realizados na Prevenção do Suicídio no Brasil, observou-se que passados 12 anos da implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, houve um aumento nos índices de mortes por suicídio (OMS, 2014).

1.3.4 O Cuidado na Prevenção do Suicídio

Na prevenção do suicídio, as ações de cuidado integral são referenciadas como parte essencial do trabalho das equipes de saúde.

De acordo com Botega (2006), a prevenção do comportamento suicida deve contemplar o conhecimento dos fatores de prevenção e de risco do comportamento suicida. Enquanto fatores de proteção do comportamento suicida, a presença de bons vínculos afetivos, a sensação de pertencimento a algum grupo ou comunidade, estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos. Os fatores de risco do comportamento suicida são mais estudados e estão associados ao tratamento de transtornos mentais, como por exemplo, a depressão, o alcoolismo, o transtorno bipolar, entre outros.

Outros fatores de risco relatados são perdas recentes, conflitos familiares, personalidades com traços de impulsividade e agressividade, presença de doenças crônicas incapacitantes, dolorosas ou desfigurantes e fácil acesso a meios letais. Outro risco considerado importante para a avaliação do risco suicida é a presença de tentativas de suicídio anteriores (BOTEGA *et al.*, 2006).

Assim, como enfatiza Werlang, qualquer tentativa de compreender o fenômeno do suicídio deve cotejar contribuições de vários campos do conhecimento (WERLANG, 2004, p. 18).

Abreu *et al* (2010) discutiram os fatores de risco e proteção para o comportamento suicida correlacionando com possíveis intervenções na APS. Apresentaram dados evidenciando a importância da implantação de programas de prevenção do suicídio na APS. Segundo os autores, os usuários com comportamento suicida tendem a procurar auxílio nos serviços da APS antes de morrer, dessa forma, as ações de cuidado devem ser direcionadas àqueles que possam ser incluídos em situações de agravos que predisponham às tentativas de suicídio, visto que, mulheres e idosos são os que mais requerem tais serviços de saúde.

Dessa forma, os profissionais da AB precisam se apropriar de estratégias que os tornem próximos dos usuários, para que estes tenham uma relação de confiança e vínculo que permita expressar seu desejo de suicídio, bem como manifestar de que forma pensam em colocar isso em prática.

Segundo Abreu *et al* (2010), as equipes estão pouco sensibilizadas para as tecnologias relacionais, como o acolhimento e vínculo que proporcionem maior aproximação e responsabilização pela população atendida.

Assim sendo, as tecnologias leves de cuidado podem auxiliar os profissionais a desenvolverem habilidades e competências que auxiliem nessa função. Entende-se por tecnologia leve as ações de cuidado direcionadas aos relacionamentos, as tecnologias leve e duras são relacionadas aos saberes estruturados, as teorias e as tecnologias duras, as dos recursos materiais (MERHY, 2005).

Outra pesquisa realizada por Heck *et al* (2012) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no interior do Rio Grande do Sul, teve o objetivo de conhecer a visão e atuação dos profissionais do CAPS no acolhimento de pessoas com tentativas de suicídio. Nessa pesquisa os participantes expuseram a importância do trabalho em equipe (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, oficinairos e recepcionistas) como suporte para enfrentar as situações de risco de morte presentes na comunidade. A pesquisa ainda revelou a presença de agentes de saúde da Estratégia de Saúde da Família - ESF como

apoio à equipe de Saúde Mental, ao mobilizar os recursos da comunidade, com o auxílio do trabalho do ACS, como dimensão cuidadora e complexa dos serviços, em especial, nas situações que envolvem risco de morte.

Essa pesquisa contribui com a discussão do papel da rede de atenção integral à saúde mental, na lógica dos serviços territoriais, necessita utilizar os dispositivos estratégicos, sanitários e socioculturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo, potencializando as múltiplas facetas do cuidado em saúde mental (HECK, *et al*, 2012).

Outra pesquisa realizada no município de Candelária (RS) discute a relevância de um programa que procure integrar vários atores das RAS efetivando a Prevenção do Suicídio. Na pesquisa referenciada foi realizado um programa interdisciplinar intitulado Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPV) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) com a colaboração de vários parceiros institucionais com a finalidade de enfrentar os altos coeficientes de mortalidade por suicídio, obtendo uma redução significativa do coeficiente ao longo de três anos (CONTE *et al*, 2012).

Aguiar, Ceretta e Soratto (2015) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de identificar os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio em um hospital na região sul de Santa Catarina. Os resultados desse estudo denotam a necessidade de uma reorganização da rede de atenção em saúde mental com ações que visem à prevenção dos casos de tentativas de suicídio e o acompanhamento dos pacientes pelo serviço de saúde mental e atenção básica, para evitar recidivas e a consumação do ato. Considera-se ainda imprescindível a busca constante da humanização da assistência com o acolhimento assertivo dos casos.

Seminotti (2011) realizou um estudo com o objetivo de refletir sobre os cuidados médicos no suicídio infantil. Esse estudo faz referência às práticas de cuidado enquanto ferramentas fundamentais nas ações de prevenção do suicídio.

Evidenciou como elemento essencial a consciência do médico de que é importante saber falar com seus pacientes, oferecendo apoio integral a pessoas em risco suicida, demonstrando que em determinadas situações é importante também saber calar para poder

escutar, de acordo com a autora, um homem que sabe escutar pode ouvir inclusive coisas que não foram ditas (SEMINOTTI, 2011, p. 9).

Esse estudo, além de chamar a atenção para o suicídio em crianças, coloca em relevo o papel das tecnologias leves de cuidado, onde a escuta, a fala, a relação terapêutica e a compreensão são elementos essenciais do cuidado, que em situações de risco extremo podem fazer a diferença entre uma nova oportunidade de viver ou a morte prematura que causa impacto não apenas na vida da pessoa que comete o suicídio, como também em sua estrutura familiar, social e econômica.

1.3.5 Sobre as Redes de Atenção à Saúde - RAS

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS têm por objetivo prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, com predominância das condições crônicas (BRASIL, 2015).

A proposta de construção de RAS ocorreu em 2004 a partir de experiências internacionais, adequando-se ao contexto brasileiro, um país de dimensões continentais, com desigualdades regionais e características específicas de cada região. Somente em 2010 foi publicada a portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

A partir da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPs), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

Correlacionando com a temática do suicídio, a prevenção está contemplada nas políticas de saúde mental, conforme especifica as Diretrizes Nacionais para a Prevenção de Suicídio (Brasil, 2006).

De acordo com Koch e Oliveira (2015), poucos fenômenos são tão multidisciplinares como o fenômeno do suicídio, em razão de sua complexidade, o que suscita na área da saúde pública um trabalho articulado entre as diversas áreas profissionais que estão envolvidas no cuidado integral ao paciente com comportamento suicida.

Costa e Silva (2010), enfatizam que todos os atores da rede social (a família, a comunidade, o cotidiano de atividade, os serviços de saúde e os serviços inter setoriais) são corresponsáveis pelo cuidado e podem encontrar recursos e criar alianças eficazes na prevenção do suicídio.

1.3.6 Atenção Básica

Na perspectiva da construção de formas mais integradas de assistência à população, foi proposta a estruturação da Saúde nos eixos: Atenção Primária à Saúde – APS, também denominada Atenção Básica. A Conferência de Alma-Ata em 1979 foi o marco em que na Assembleia Mundial da Saúde, da OMS, em que todos os países-membros foram convidados a definir e colocar em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000” (BRASIL, 2015).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano (OMS/UNICEF, 1979, p. 14).

No Brasil, a interpretação da Atenção Básica como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema por meio da ESF.

Um dos principais obstáculos encontrados diz respeito à comunicação. A Atenção Básica não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Além disso, a atenção é fundamentalmente reativa e episódica e focada na doença (BRASIL, 2015).

Para a prevenção do suicídio, a proposta de acompanhamento territorial das pessoas com comportamento suicida, a identificação de fatores de risco no território, as ações de estímulo às redes de serviço e as ações voltadas ao empoderamento comunitário territorial são consideradas ações estratégicas prioritárias (SILVA e COSTA, 2010).

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, a Atenção Básica deverá cumprir seus três papéis essenciais: a resolutividade, a coordenação e a responsabilização (BRASIL, 2015). Na prática, são identificados alguns obstáculos que impedem que esse modelo de fato consiga ocupar seu papel, considerado central para que os princípios do SUS sejam efetivados.

Um estudo realizado na região Sul do Brasil identifica a integralização da Atenção Básica enquanto unidade que acolhe o usuário com risco ou tentativa de suicídio no espaço-território vivido com os cuidados ao usuário do CAPS em situação de tentativa ou risco para o suicídio. De acordo com esse estudo é a formação da rede interdisciplinar envolvendo os dois níveis de atenção: primário e secundário que proporciona cuidado, atenção e solidariedade nesse momento de grave sofrimento psíquico (HECK *et al*, 2012).

2. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Sobre a Fenomenologia Social

O presente estudo se constitui em uma pesquisa qualitativa, com o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012). Pretende-se apreender como os

profissionais da Atenção Básica se posicionam frente à Prevenção ou identificação do comportamento suicida junto à população atendida na região da tríplice fronteira.

Segundo Turato (2003) a pesquisa qualitativa surgiu no século XIX em um contexto de ideias que procuravam compreender o ser humano a partir da interpretação de sentidos e significados construídos nas relações interpessoais.

Dentre os referenciais da pesquisa qualitativa, a Fenomenologia Social de Alfred Schütz mostra-se coerente com o presente estudo por permitir a compreensão dos fenômenos humanos no cotidiano a partir de experiências concretas do vivido (SCHÜTZ, 2012).

Neste estudo será levada em consideração a vivência dos médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS da Atenção Básica no seu cotidiano de trabalho no que diz respeito às ações de cuidado na prevenção ou identificação do comportamento suicida.

2.2 O Diálogo entre alguns pressupostos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e o Cuidado na Prevenção do Suicídio

Neste estudo serão considerados alguns pressupostos ou conceitos propostos por Alfred Schütz: Ação social; Mundo social; Intersubjetividade; Atitude natural; Relação social; Motivação (Motivos existenciais – “Motivos por que” e os “Motivos para”; Relação face a face; Bagagem de conhecimentos; Reciprocidade de intenções e Tipificação.

A experiência da ação social de cuidado vivenciada por médicos, psicólogos, enfermeiros e ACS da Atenção Básica à Saúde se dá no cotidiano vivido por esses sujeitos no mundo social, que, para Schütz, é um mundo cultural e intersubjetivo (SCHÜTZ, 2012).

O cuidado é uma experiência vivenciada de modo natural e constitui-se na primeira relação social do ser humano. É um processo interativo que, ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nessa ação social. Assim, os profissionais da saúde e o usuário com comportamento suicida, possuem interesses que lhes são próprios e que os motivam e direcionam para as ações de cuidado. São os motivos existenciais – motivação (SCHÜTZ, 2012).

Dessa forma, o cuidado requer competência técnica, atitudes, empatia, respeito, comprometimento, consideração e expectativas acerca das ações de cuidado que só se tornam possíveis a partir da bagagem de conhecimento disponível pelas pessoas envolvidas – profissionais e usuários com comportamento suicida.

Segundo Schütz, bagagem de conhecimento é algo herdado dos nossos predecessores, que podemos acrescentar à nossa própria experiência vivida. Essa experiência vivida só pode ser compreendida por meio de ações exteriorizadas que constituem a base da comunicação e da relação social. Essas ações são impulsionadas pelos “motivos por que” e pelos “motivos para”. Assim, os “motivos por que” são razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos já concretizados. Constituem-se na bagagem de conhecimentos que herdamos dos nossos predecessores. Já a orientação para o comportamento futuro constitui-se no “motivo para”, que é uma categoria essencialmente subjetiva, são as expectativas, pois ainda não aconteceram.

Na relação de cuidado de saúde é preciso reconhecer as necessidades de saúde dos usuários que apresentam riscos ou comportamento suicida e identificar quais ações de saúde estes requerem. Assim, faz-se necessário que os profissionais e usuários com comportamento suicida possam ser capazes de resgatar suas vivências e seu percurso existencial, sendo esse resgate sobre o que Schütz denomina situação biográfica. Esta permite aos sujeitos interpretar o mundo a partir do acervo de experiências e de conhecimentos prévios, tornando-os capazes de refletir e de compreender as suas ações e a sua relação com o mundo (SCHÜTZ, LUCKMANN, 2003).

O usuário que apresenta comportamento suicida e os profissionais da saúde, no momento do cuidado vivenciam uma relação social que se dá no mesmo espaço e tempo cronológico. Essa relação ocorre na interação da relação face a face. Dessa forma, a relação social face a face é permeada de interesses comuns para o desenvolvimento das ações de cuidado. É o que Schütz denomina reciprocidade de intenções (SCHÜTZ, 2012).

Nesse sentido, durante a vivência de cuidado de saúde, os profissionais e os usuários com comportamento suicida adquirem experiências que constituem a tipificação – aquilo que é típico no grupo social composto por profissionais da APS e o grupo social composto pelos usuários que apresentam riscos ou comportamentos suicidas. Assim, o ator

social tipifica o mundo para compreendê-lo e comunicar-se com seus semelhantes (SCHÜTZ, 2012).

No presente estudo, ao indagar aos profissionais de saúde da Atenção Básica, psicólogos, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, e agentes comunitários de saúde sobre a prevenção do suicídio, espera-se que eles possam ser capazes de resgatar suas vivências e seu percurso existencial relacionados com essa temática, sendo esse resgate sobre o que Schütz denomina situação biográfica, o que permite aos sujeitos interpretar o mundo a partir do acervo de experiências e de conhecimentos prévios, tornando-os capazes de refletir e de compreender as suas ações e a sua relação com o mundo (SCHÜTZ, LUCKMANN, 2003).

Nesse sentido, a Fenomenologia Social é o referencial que permite a compreensão dos fenômenos humanos no cotidiano a partir de experiências concretas (SCHÜTZ, 2012), como a vivência de profissionais de saúde da Atenção Básica, psicólogos, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, e agentes comunitários de saúde vivenciam a prevenção ao suicídio.

2.3 CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA

2.3.1 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no contexto da Atenção Básica em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF), no município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil, Região da Tríplice Fronteira, pertencente a Nona Regional de Saúde (9ª RS) do Estado do Paraná.

Foi solicitada autorização com parecer favorável da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu-PR para desenvolver o estudo nos respectivos serviços de saúde (Apêndice 1 e Anexo 1).

A escolha pelo município de Foz do Iguaçu para o desenvolvimento do estudo se justifica pelo fato da pesquisadora desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área da psicologia e atendimento clínico no Poliambulatório, desenvolvendo ações de cuidado a pessoas com comportamentos suicidas. Também por estar cursando mestrado stricto sensu

em Saúde Pública em Região de Fronteira na Universidade Estadual do Oeste do Paraná em Foz do Iguaçu-PR.

2.3.2 Os participantes da pesquisa

Foram participantes do estudo, os profissionais de saúde – dois médicos, três psicólogos, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS).

A maioria dos profissionais de saúde é do sexo feminino, com idade entre 29 e 56 anos, trabalham em UBS, dos quais oito tiveram a formação em Instituição Pública. O tempo de formação profissional variou de 05 a 30 anos e o tempo de atuação na UBS variou de 01 mês a 15 anos. Sete possuem especialização, sendo dois em Saúde da Família, um em Gestão em Saúde Pública e Terapia Familiar, um em Educação Inclusiva, um em Fitoterapia, um em Terapia Cognitivo Comportamental com criança e adolescente e um em Dermatologia.

Dos participantes com formação técnica, um possui formação em técnico em Agricultura, e Plantas Medicinais, outro técnico em Vigilância em Saúde e Técnico em Enfermagem.

Os critérios adotados para a inclusão na pesquisa profissionais da área da saúde que atuam em UBS, sem distinção de sexo, idade ou tempo de serviço. Foram excluídos aqueles que não se adequarem aos critérios anteriores mencionados. Todos os profissionais estudados foram identificados no Sistema de Informação de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu. Após esta identificação, foi realizado contato prévio por telefone para agendar o dia e horário convenientes aos participantes para os esclarecimentos sobre a pesquisa e agendamento posterior das entrevistas.

Importante ressaltar que nenhum profissional se recusou a participar da entrevista.

2.3.3 O número de participantes

O número de participantes não foi determinado ao início da pesquisa, sendo que as entrevistas foram encerradas quando os relatos mostrarem-se convergentes, com vistas à

compreensão da vivência dos profissionais pesquisados sobre a identificação e as ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida.

2.3.4 Local para as entrevistas

Para que a coleta dos relatos pudesse ocorrer sem constrangimentos e desconfortos, o pesquisador e o participante combinaram a realização das entrevistas, nas dependências dos respectivos serviços ou em outro local escolhido pelo participante. Todas as entrevistas foram realizadas no espaço dos serviços em que cada profissional atua. Conforme preconiza o referencial teórico e metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado para que não houvessem interferências de outros e conseqüentemente prejuízo na obtenção dos relatos.

2.3.5 Técnica para a obtenção dos relatos

A técnica utilizada para a obtenção dos relatos foi a entrevista gravada com dispositivo digital. Optou-se por formular aos entrevistados questões abertas, por possibilitar ao pesquisador a obtenção de informações mais representativas sobre o tema.

Para tanto as entrevistas foram conduzidas a partir das seguintes questões orientadoras (Apêndice 2):

1. Fale-me o que você sabe sobre o suicídio. (e sobre prevenção do suicídio).
2. Você conhece as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio?
3. Você atendeu ou atende pessoas que apresentam comportamento suicida?
4. Comente, a partir das suas vivências, o que você compreende sobre o Cuidado e sobre Ações de Cuidado.
5. Você desenvolve ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida? Se sim, quais? Se não, por quê?
6. Em sua opinião, que ações poderiam ser realizadas junto a essa população?
7. Quais são as suas expectativas no que diz respeito às Redes de Cuidado junto a essa população?

2.3.6 Período das entrevistas

As entrevistas foram realizadas no período de junho a dezembro de 2017, considerando-se a disponibilidade dos participantes para esclarecimento sobre a pesquisa, bem como para a obtenção dos relatos por meio da entrevista.

2.3.7 A análise e discussão dos dados

A análise dos relatos obtidos foi realizada seguindo-se os passos adotados pelos pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (CALDEIRA *et al* 2012; BUGS *et al*, 2016).

- Transcrição das entrevistas gravadas;
- Leitura cuidadosa de cada relato para captar o sentido global da experiência vivida pelos participantes;
- Agrupamento de aspectos significativos presentes nas falas para compor as categorias;
- Análise das categorias, buscando compreender os motivos porque” e os “motivos para” da ação dos participantes;

Por sua vez a discussão dos resultados ocorreu por meio de um diálogo entre o relato dos participantes, a análise do pesquisador apoiados no referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, e em evidências científicas sobre a temática em questão.

2.3.8 Aspectos éticos

Os participantes do estudo receberam todas as informações sobre a pesquisa. Dessa forma foram cumpridos todos os princípios da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre as diretrizes e normas regulamentadoras com pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (Apêndice 3).

É importante ressaltar que os participantes tiveram seu anonimato preservado, sendo identificados no estudo como: Médico (M), Psicólogo (P), Enfermeiro (E), Técnico

de Enfermagem (TE), Agente Comunitário de Saúde (A), seguido do número de suas respectivas entrevistas, 1, 2, 3 e assim sucessivamente.

Este projeto de pesquisa foi tramitado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – CEP/UNIOESTE e obteve parecer favorável de Número 2.087.225/2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos, assim como a discussão dos achados desse estudo com sua análise e reflexão são apresentados na forma de dois manuscritos apresentados a seguir:

1º manuscrito - Conhecimento e ações de cuidado de saúde na prevenção ao suicídio, respondendo às seguintes inquietações da pesquisa:

- Identificar a forma como médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da Atenção Básica em região de fronteira entendem o fenômeno do suicídio;
- Conhecer a concepção desses profissionais de saúde sobre a Prevenção do suicídio;
- Compreender como esses profissionais identificam pessoas com comportamento suicida no âmbito da Atenção Básica.

2º manuscrito - Atuando com suicídio: o olhar dos profissionais de saúde, respondendo às seguintes inquietações da pesquisa:

- Compreender como se dá a atuação dos profissionais de saúde da Atenção Básica junto a pessoas com comportamento suicida;
- Identificar de que forma esses profissionais desenvolvem ações de cuidado a essa população em região de tríplice fronteira.

3.1 MANUSCRITO 1

CONHECIMENTO E AÇÕES DE CUIDADO DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

RESUMO

Objetivo: compreender como médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da Atenção Básica, em região de fronteira, identificam e desenvolvem ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida. **Metodologia:** Estudo qualitativo na perspectiva da Fenomenologia social de Alfred Schütz, realizado com 12 profissionais. **Resultados:** destacam-se duas categorias desdobradas em sete subcategorias relacionadas aos “motivos por que” o vivenciado pelos profissionais: conhecimento sobre o suicídio; fatores associados ao suicídio; prevenção do suicídio; conhecimento sobre as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio; conhecimento a partir de sua formação profissional; identificação da pessoa com comportamento suicida e atendimento a pessoa com comportamento suicida. Destacam-se ainda duas subcategorias relacionadas aos “motivos para”, ou seja, as suas expectativas: possibilidades de atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS); o que espera para as pessoas com comportamento suicida. **Considerações finais:** as estratégias de prevenção ao suicídio precisam contemplar outras áreas da vida envolvendo outros atores sociais a exemplo da escola. O estudo evidenciou a reflexão sobre o difícil cotidiano vivenciado pelos profissionais de saúde ao se depararem com suas próprias angústias relacionadas à impotência frente a um fenômeno tão complexo e desafiador para toda a sociedade.

Descritores: Suicídio; Comportamento autodestrutivo; Prevenção Primária; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal, multideterminado, presente ao longo de toda história da humanidade (MINAYO 2006, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o suicídio como ato deliberado que é realizado por uma pessoa que causa autoagressão a si mesma, no entanto, ao se considerar o comportamento suicida, é necessário levar em consideração desde a motivação, a ideação suicida, o planejamento do ato, a tentativa de suicídio e o óbito em si mesmo (ABREU *et al*, 2010).

A literatura sobre a prevenção do suicídio apresenta relatos de esforços sistemáticos nessa direção desde o início do século XX, mais especificamente em 1906 em Londres com o programa iniciado pelo Exército da Salvação e em Nova York com a Liga Nacional Salve uma Vida. Tratava-se de programas com bases filantrópicas. Só a partir de 1994, com a formação de uma comissão internacional da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) houve a publicação de um documento intitulado: *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies* [Prevenção do Suicídio: diretrizes para a formulação e a implementação de estratégias nacionais] (BERTOLOTE, 2012).

Considerado um grave problema de saúde pública, a prevenção do suicídio vem sendo discutida no Brasil desde 2005, quando o Ministério da Saúde formou um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio com as metas de reduzir as taxas de tentativas e de efetivação do suicídio, além de procurar reduzir os danos causados pelo suicídio entre familiares e amigos daqueles que se suicidaram. O Brasil foi o primeiro país da América Latina que elaborou Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio com a portaria 1.876 (BERTOLOTE, 2012).

Dentre as ações dessas diretrizes, destacam-se propostas de organizar linhas de cuidados integrais, uma rede eficaz de intervenções e aspectos como a promoção da qualidade de vida, a criação de estratégias de comunicação e sensibilização em relação ao suicídio, promoção de cuidados à população que contemplam acesso a modalidades terapêuticas, estímulo à pesquisa e a disseminação de informações sobre as tentativas e suicídios propriamente ditos, assim como a educação permanente de profissionais da saúde pública (BRASIL, 2006).

No entanto, até o momento, ano base 2018, percebe-se que as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio não foram transformadas em leis, inviabilizando a inserção em termos de dotação orçamentária, planos de estratégia específicos para cada região do país.

Um ponto relevante apontado por Conte *et al* (2012) é que a prevenção do suicídio não está inclusa na agenda política da gestão pública e ainda não é uma reivindicação do controle social. Diante dos estudos já realizados na Prevenção do Suicídio no Brasil, observou-se que passados mais de uma década da implantação do Plano Nacional de

Prevenção do Suicídio, houve um aumento nos índices de mortes por suicídio (BOTEGA, 2006; CONTE *et al*, 2012).

A prevenção do comportamento suicida deve contemplar o conhecimento dos fatores de risco do comportamento suicida. Enquanto fatores de proteção do comportamento suicida, a presença de bons vínculos afetivos, a sensação de pertencimento a algum grupo ou comunidade, estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos (TEIXEIRA, 2016).

Os fatores de risco do comportamento suicida são mais estudados e estão associados ao tratamento de transtornos mentais, como por exemplo, a depressão, o alcoolismo, o transtorno bipolar, entre outros. Assim a prevenção do suicídio deve considerar a melhoria de aspectos econômicos, sociais e culturais, além da possibilidade de acesso à população de condições mais adequadas para o atendimento e tratamento efetivo dos sofrimentos psíquicos. São considerados elementos essenciais para a prevenção do suicídio: o aumento da sensibilidade para a percepção do risco e a divulgação de informações apropriadas sobre o suicídio (BRASIL, 2006; TEIXEIRA, 2016).

Como porta de entrada e contato preferencial do usuário no sistema de saúde, a Atenção Básica (AB) tem papel importante para as ações de prevenção ao suicídio. É objetivo da AB realizar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a realização de cuidados para a população de forma regionalizada, integrando e coordenando a atenção às pessoas de determinado território. Esse potencial de estabelecimento de vínculos e proximidade das equipes de saúde com a população pode facilitar as ações de prevenção do suicídio, devido seu caráter social e multideterminado (TEIXEIRA, 2016).

Estudos que correlacionaram as intervenções na AB evidenciam a importância de se implantar programas de prevenção ao suicídio nesse nível da assistência, de forma a qualificar o cuidado para a população que é atendida nesse contexto. Assim, os profissionais da AB precisam se apropriar de estratégias que os aproximem dos usuários, de modo a estreitar os vínculos de confiança permitindo a expressão dos pensamentos e ideação suicidas (TEIXEIRA, 2016).

Considerando o papel fundamental da AB à Saúde na Prevenção ao suicídio, o presente estudo teve como objetivo compreender qual o conhecimento que os

profissionais: médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) têm sobre o suicídio, sua prevenção e como desenvolvem ações de cuidado nesse âmbito da assistência junto à população atendida na região da tríplice fronteira.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (2012) realizada junto a Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Nona Regional de Saúde (9ª RS) do município de Foz do Iguaçu- PR, região da tríplice fronteira - Brasil, Argentina e Paraguai.

Neste estudo levou-se em consideração a vivência e as expectativas dos médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS da AB no seu cotidiano de trabalho no que diz respeito às ações de cuidado na prevenção do suicídio.

Foram participantes do estudo, os seguintes profissionais de saúde: dois médicos, três psicólogos, dois enfermeiros, dois técnicos em enfermagem e três ACS.

A maioria dos participantes é do sexo feminino, com idade entre 29 e 56 anos, trabalham em UBS, dos quais oito tiveram a formação em Instituição Pública. O tempo de formação profissional variou de 05 a 30 anos e o tempo de atuação na UBS variou de 01 mês a 15 anos. Sete possuem especialização, sendo dois em Saúde da Família, um em Gestão em Saúde Pública e Terapia Familiar, um em Educação Inclusiva, um em Fitoterapia, um em Terapia Cognitivo Comportamental com criança e adolescente e um em Dermatologia.

Dos participantes com formação técnica, um possui formação em técnico em Agricultura, e Plantas Medicinais, outro técnico em Vigilância em Saúde e Técnico em Enfermagem.

Os critérios para a inclusão foram: ser profissionais da área da saúde que atuam em UBS, sem distinção de sexo, idade ou tempo de serviço. Foram excluídos aqueles que não se adequem aos critérios anteriores mencionados. Todos os profissionais estudados foram identificados no Sistema de Informação de Recursos Humanos da Secretaria de

Saúde de Foz do Iguaçu. Após esta identificação, foi realizado contato prévio por telefone para agendar o dia e horário convenientes aos participantes para os esclarecimentos sobre a pesquisa e agendamento posterior das entrevistas.

Importante ressaltar que nenhum profissional se recusou a participar da entrevista. Outro aspecto a ser evidenciado é que o número de entrevistas não foi estipulado antecipadamente e foram encerradas no momento em que os relatos mostraram-se convergentes com o objetivo da pesquisa, sendo realizadas 12 entrevistas.

Os participantes do estudo receberam todas as informações sobre a pesquisa. Dessa forma foram cumpridos todos os princípios da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre as diretrizes e normas regulamentadoras com pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE e tiveram seu anonimato preservado, sendo identificados no estudo como: Médico (M), Psicólogo (P), Enfermeiro (E), Técnico de Enfermagem (TE), Agente Comunitário de Saúde (A), seguido do número de suas respectivas entrevistas, 1, 2, 3 e assim sucessivamente.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a dezembro de 2017 nas dependências das UBS em que os profissionais atuam, buscando um local reservado para que cada participante pudesse relatar sua vivência sem constrangimentos, de forma otimizada priorizando a interação face a face, tal qual preconiza Alfred Schütz.

Para a obtenção dos relatos a técnica utilizada foi a entrevista gravada com dispositivo digital à partir de questões abertas, com o intuito de possibilitar ao pesquisador a obtenção de informações mais representativas sobre o tema. Para tanto as entrevistas foram conduzidas a partir das seguintes questões orientadoras: 1. Fale-me qual o seu conhecimento sobre o suicídio; 2. Você conhece as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio? 3. Você atendeu ou atende pessoas que apresentam comportamento suicida? 4. Comente, a partir da sua vivência o que você compreende sobre o Cuidado e sobre Ações de Cuidado? 5. Você desenvolve ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida? Se sim, quais? Se não, por que? 6. Em sua opinião, que ações poderiam ser realizadas junto a essa população? 7. Quais são as suas expectativas no que diz respeito às Redes de Cuidado junto a essa população?

A análise dos relatos obtidos foi realizada seguindo-se os passos adotados pelos pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz: transcrição das entrevistas gravadas; leitura cuidadosa de cada relato para captar o sentido global da experiência vivida pelos participantes; agrupamento de aspectos significativos presentes nas falas para compor as categorias; análise das categorias, buscando compreender os motivos porque” e os “motivos para” da ação dos participantes (CALDEIRA *et al* 2012; BUGS *et al*, 2016).

Por sua vez a discussão dos resultados ocorreu por meio de um diálogo entre o relato dos participantes e a análise do pesquisador apoiados no referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e em evidências científicas sobre a temática em questão.

Este projeto de pesquisa foi tramitado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – CEP/UNIOESTE e obteve parecer favorável de Número 2.087/2017.

RESULTADOS

A partir dos relatos dos participantes identificou-se duas categorias: motivos por que e motivos para e seis subcategorias que abrangem os “motivos porque”, o vivenciado pelos profissionais, sendo elas:

1. Conhecimento sobre a temática, com as subcategorias:
 - 1.1 Conhecimento sobre o suicídio;
 - 1.2 Fatores associados ao suicídio;
 - 1.3 Conhecimento a partir de sua formação profissional
 - 1.4 Prevenção do suicídio;
 - 1.5 Conhecimento sobre as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio.
2. Categoria Atuação profissional envolve as seguintes subcategorias:
 - 2.1 Identificação da pessoa com comportamento suicida;
 - 2.2 Atendimento a pessoa com comportamento suicida.

Em relação aos ”motivos para” que abarca as expectativas, obtém-se as seguintes subcategorias:

3. Categoria Atuação profissional com as subcategorias:

- 3.1 Possibilidades de atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- 3.2 O que espera para as pessoas com comportamento suicida.

Essas categorias traduzem a vivência, as experiências e as expectativas dos profissionais participantes – Psicólogos, Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

Dessa forma, a primeira categoria - conhecimento sobre a temática traz cinco subcategorias que englobam:

1. A bagagem geral de conhecimento por parte dos profissionais sobre o suicídio;
2. Os fatores associados ao suicídio;
3. O conhecimento a partir de sua formação profissional;
4. O conhecimento sobre a prevenção;
5. O Conhecimento sobre as diretrizes nacionais relacionadas à temática em foco.

Referente ao **conhecimento sobre o suicídio** obteve-se os seguintes relatos:

Eu conheço poucas coisas. Na verdade, eu não tenho interesse pelo tema. A minha dificuldade está justamente em saber que o meu limite não consegue ultrapassar o outro. O desejo do outro é o desejo do outro e ele é soberano, pois às vezes é tão intenso o desejo do suicídio. Não é preconceito, é impotência mesmo. (P1)

O suicídio é algo que tem acontecido muito nos dias de hoje, [...] mexe muito comigo quando acontece. Já aconteceu bem próximo com pessoa que fazia parte do meu convívio, a minha família. Não sei se é um vazão do ser humano hoje ou algo assim. Não sei mais o que mais fazer além do que estou fazendo aqui. Eu acho muito preocupante. (M2)

No âmbito geral eu já vi vários casos, inclusive na casa onde eu morava o menino da frente se suicidou enforcado, mas era usuário, daí estava com problemas. O que eu tenho de conhecimento, a gente só sabe depois que acontece, na verdade. Eu acho que quem tem isso na cabeça, planeja, fica muito quietinho, é difícil ver as pessoas falando muito, igual esse menino que se suicidou, a mãe dele já sabia, inclusive estava no postinho tentando um psicólogo pra ele e quando voltou ele já tinha se suicidado, mas era por causa de drogas. Mas de colegas igual às enfermeiras que a gente ouviu falar, a gente só sabe depois que morre. (A3)

Essa categoria apresenta a bagagem de conhecimento que os participantes construíram sobre o suicídio. Nessa construção, os profissionais revelaram suas vivências pessoais com a temática que extrapolam apenas o âmbito profissional, ficando evidente o impacto que o suicídio causa em todos os envolvidos, impacto que pode tanto despertar o

interesse pela temática e também contribuir para um desinteresse motivado pelo sentimento de impotência frente ao suicídio.

Quanto aos **Fatores associados ao suicídio**, os participantes relataram:

O suicídio é multifatorial. Geralmente está associado a pacientes com histórico ou algum sintoma e sinal de depressão. É um problema social: falta de dinheiro, problemas familiares causados por dificuldades no trabalho, o que repercute bastante e ultrapassa a ação das equipes de saúde. Fica difícil para as pessoas terem motivação, o que agrava as situações de depressão. Outro aspecto é a dinâmica familiar sistêmica que se repete. Se alguém tem algum suicida na família pode despertar iniciativas, então são diversos âmbitos que a gente tem que abordar não só na parte medicamentosa e terapêutica. (M1)

Acho que é a somatória de toda uma vida, de toda uma história que não foi resolvida, que foi deixando e depois isso pesou, somou e a pessoa não consegue sair disso, até pela questão do preconceito de pedir ajuda. Em muitos relatos que temos em acolhimento é de tentativa de suicídio, e de pensamento suicida em adolescentes. Então eu penso que é uma somatória de muitos acontecimentos. Hoje pai e mãe estão muito preocupados em dar bem material, ficam muito tempo longe, são outras pessoas influenciando o pensamento de nossas crianças e nem sabemos ao certo quem. (TE2)

Na compreensão dos fatores associados ao suicídio, foi evidenciado o aspecto multifatorial relacionado ao suicídio, extrapolando o conceito do binômio saúde/doença e considerando a situação biográfica, os contextos sociais econômicos e culturais relacionados ao suicídio.

Sobre a **Prevenção do suicídio**, os participantes responderam:

Somos voltadas para a prevenção da parte física, e quando chega essa parte psicológica, ficamos sem saber o que fazer. Fazemos acolhimento e conseguimos na conversa ver se há algum problema. Às vezes a pessoa fala que está querendo se matar, como aconteceu com uma médica dias atrás. (E1)

Eu penso que uma forma de lidar com a prevenção é poder trabalhar em rede. Pensar que a prevenção não é só quando chega na Atenção Básica. É uma coisa maior, de rede, de a pessoa ter acesso a vários serviços, várias coisas, a um bem estar que possa permitir a ela não ter essa necessidade ou essa perda do desejo pela vida. Mas poder manter esse desejo. Começa bem antes. (P3)

Não tem quase nada, porque a prevenção deve ser abrangente eu vejo as escolas como uma porta de entrada para fazer esse trabalho, até porque na Unidade de Saúde não chega, quando chega é velado, vem por outro motivo. Claro que vai depender do acesso da escola também. Acho que seria o

trabalho mesmo de palestras, oficinas, cursos, a prevenção mesmo. Até porque a juventude está preocupando. (P2)

Na concepção de prevenção ao suicídio foi enfatizada a natureza mais ampliada da prevenção, envolvendo não apenas fatores relacionados aos transtornos mentais associados ao suicídio, mas essencialmente o aspecto sócio cultural e a necessidade de começar a prevenção em outros âmbitos, para além da saúde, envolvendo a escola e a comunidade.

No que concerne as **Diretrizes Nacionais para a Prevenção do suicídio**, houveram os seguintes relatos:

Eu não me lembro. Eu sei algumas coisas, já li coisas, mas se você me perguntar eu não vou me lembrar. Mas tem muita coisa que eu tenho vontade de estudar e não tenho tempo. (P3)

Não, especificamente não, nem sabia que existia. Conheço o básico, até porque na demanda clínica do consultório não veio nenhum caso, aquele negócio, quando chega a gente vai atrás e agora é que estou trabalhando na Unidade de Saúde. (P2)

Não, eu sei que tem, mas nunca tive acesso, nunca li. (A2)

Não, não conheço, já ouvi falar. (TE1)

No conhecimento sobre as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio fica evidente a falta do conhecimento total ou parcial de um documento que se propõe a orientar as linhas gerais de atuação frente à prevenção do suicídio. Esse desconhecimento se observou em todas as categorias profissionais entrevistadas.

A segunda categoria, também traduz as experiências concretas do vivido dos profissionais estudados no que concerne aos “motivos porque”, e está relacionada à Atuação Profissional, com as seguintes subcategorias:

1. Identificação da pessoa com comportamento suicida;
2. Atendimento a pessoa com comportamento suicida.

Sobre a **Identificação da pessoa com comportamento suicida**, os depoentes responderam:

Quando a pessoa começa a entrar em depressão, começa a ter pensamentos diferentes acho que tem que dar atenção. A gente orienta a vir para o posto, consultar primeiramente com o médico de família, depois pedir encaminhamento para o CAPS para a psicóloga. A pessoa não vai falar para alguém que quer se matar, resolve de uma hora pra outra, vai em cima da

ponte, vai em um prédio alto e se joga. Eu não sei como fazer para descobrir que a pessoa tem esse pensamento. (A1)

Na verdade dentro da atenção básica e em outros lugares, eu sempre busquei dar uma atenção para tentar perceber os sinais. Eu sempre trabalhei com a questão do suicídio para perceber os sinais de risco para pensar estratégias de acordo com o caso, com a situação. Cada caso precisa de uma estratégia de acordo com a idade, demanda, com a questão da pessoa, com a história de cada um e a gente vai pensando como lidar com isso. Então eu acho que em especial é sempre necessário a escuta. Você poder ouvir o que a pessoa está te dizendo, o que está faltando ali, qual é a falta. Qual é a falta de desejo, o que ela está trazendo para você buscar os recursos de suporte para ela. (P3)

A mudança da maneira como a pessoa se comporta no dia-a-dia pode ser um aviso de que está acontecendo alguma coisa, o isolamento social. O contrário também, às vezes a pessoa começa a exagerar em tudo, e de repente tem alguma coisa fora do padrão dela. É um pedido de ajuda que não é direto. Algumas vezes o paciente acha que não é nada mas não vê sentido as coisas, no trabalho. Mesmo estando tudo bem, já não se importa, tanto faz. Então eu vejo que muitas vezes o paciente percebe que precisa de ajuda só que na maioria das vezes ele não aceita que possa ser algo grave. Mas ao mesmo tempo ele está em conflito com ele, então ele chega pra mim e pergunta se é grave, eu converso e encaminho para psicoterapia ou psiquiatria, quando é o caso. (M2)

É preciso estar atento aos traços, ao que a pessoa vem mostrando, na maneira de conversar, se comportar, é uma pessoa alegre, depois fica triste, de repente desabafa que a vida não tem sentido. (A2)

Nessa categoria, os participantes apontaram a necessidade de identificação dos sinais relacionados ao comportamento suicida, que muitas vezes podem passar despercebidos se o profissional não estiver atento e fundamentalmente se importar verdadeiramente com o sofrimento do outro.

Quando questionados sobre o **Atendimento à pessoa com comportamento suicida**, os participantes explicitaram:

Então eu já atendi e fugi. Eu sempre encaminhei para colegas. Nesse último ano apareceram alguns casos e alguns fugiram de mim, provavelmente porque eu não dei conta. Atendo uma paciente que fez algumas tentativas, ela já está na 25ª sessão num processo muito legal. Diante desse tema eu acho que ela é meu melhor sucesso, ou sucesso dela, eu não sei. (P1)

Eu já atendi aqui uma moça que tinha tido uma perda de bebê e ela apresentava relatos de ideação, uma das coisas que a gente pode trabalhar foi de poder falar com o marido junto, de poder trazê-lo pra poder ouvi-los juntos de poder orientá-lo porque as vezes as pessoas não conseguem entender do que se trata. E como lidar com aquilo. Eu sempre tento

trabalhar com o que é possível, buscando os recursos que a pessoa possui, como buscar uma rede de apoio. Trabalhar com essa rede de apoio que a pessoa têm, fazer encaminhamentos, fazer essa rede de apoio pra ela. Depende do que a pessoa trouxer. Eu penso que em especial a primeira coisa é a escuta. (P3)

Várias vezes. Eu também trabalho no Pronto Atendimento. Mas aqui na Atenção Básica, o que observo é que as pessoas têm mais ideias, falam em morrer, que a vida não tem mais sentido. (E2)

Na minha área teve uma pessoa que tentou o suicídio. Eu não me encontrava com ela todos os dias, ela trabalhava então só via a filha mais velha dela que ficava em casa. E a filha comentava que ela andava triste e coisa e tal. Um dia a mãe dela me viu de longe e gritou pra mim dizendo que a filha tinha tentado o suicídio naquela noite, ela tomou água sanitária, uns produtos químicos lá. Daí eu cheguei, tentei conversar com ela, vi que ela não estava nem respondendo nem nada eu entrei em contato com o SAMU, por sorte eles atenderam vieram, fizeram um monte de perguntas fui explicando e eles acharam por bem mandar a equipe, por sorte foi uma enfermeira que veio junto que trabalhou com a gente, daí ela entendeu tudo certinho, dali foi encaminhada para o atendimento. (A2)

Nessa categoria os participantes revelam como realizam o atendimento à pessoa que apresenta comportamento suicida. Nesse atendimento é enfatizada a relevância do atendimento em conjunto com outros profissionais, a necessidade de englobar outras áreas da vida da pessoa, encaminhando para outros especialistas, quando necessário e encontrando apoio de outras pessoas do contexto do assistido.

A terceira categoria, relacionada aos “motivos para”, traduz as Expectativas e abarca as subcategorias:

1. Possibilidades de atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS);
2. O que espera para as pessoas com comportamento suicida e
3. Capacitações para atuar com suicídio:

Referente às possibilidades de **Atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, encontrou-se as seguintes respostas:

Até pouco tempo não tinha psiquiatra na rede e não sabíamos o que fazer com essas pessoas. A gente precisa do suporte do especialista e a não consegue. Às vezes o paciente está lá piorando e por falta desses cuidados, pode vir a querer se matar, porque ele não está tendo acompanhamento que precisa. Se tivesse uma rede de profissionais funcionando com encaminhamentos rápidos, quando é urgente, isso seria o ideal, poderíamos prevenir mais. (E1)

Expectativa a gente tem, eu acho que teria que começar na Atenção Primária, porta de entrada do sistema. Aqui a gente tem acesso a outros

profissionais: psicólogos, assistente social, que as vezes ajuda a gente a fazer o manejo multiprofissional. Mas na rede só em alguns distritos tem o NASF, que é o Núcleo de apoio à Saúde da Família, tem psicólogo, educador físico, nutricionista eu acho que essa rede de cuidado tem que partir das equipes de saúde da família, fortalecer, equipar, instrumentalizar e fazer fomentar esse trabalho em equipe para ter outros profissionais atuando porque a gente vê até no matriciamento o quanto abre uma visão mais ampla quando tem outros profissionais, desde do ACS que vê o paciente lá na casa dele, sempre está acompanhando, até o profissional da enfermagem que faz o acolhimento, e o profissional médico, daí desmembrando para auxiliar tem os outros profissionais. Essa abordagem é a ideal. (M1)

Sim, a gente espera que tenha mais ações, que melhore a saúde, nunca espera que vá piorar. Até bem pouco tempo nem o CAPS funcionava certo. Não tinha médico psiquiatra lá, não tinha atendimento certo lá, agora está tendo de novo. Se o CAPS funcionar, o CAPS I, o CAPS II, e o infantil, funcionar já ajudar bastante. O médico da família também tem que ter algumas noções, porque é a ponta está na base. Mas assim como fazer isso dar certo, não sei bem. Tem que ser tudo escrito, fazer projeto ter apoio de pessoas que são psicólogos, psiquiatras. (A1)

A expectativa revelada em relação às RAS é de que de fato funcione com a equipe de profissionais especializados. Os participantes consideram esse trabalho em rede como o que de fato ajudaria no atendimento às pessoas com comportamento suicida devido a complexidade envolvida.

Na subcategoria das **Expectativas para as pessoas com comportamento suicida**, obteve-se:

Talvez o que daria pra fazer são essas rodas, grupos para conversar um pouco mais, esclarecer assim, trazer as pessoas que talvez não tenha risco nenhum no momento, mas que tenha na família alguém, para chamar a atenção do comportamento, chamar a atenção da importância de cada um, a religião, independente de qual for é importante para a gente se fortalecer, só em busca de algo que as pessoas nem sabe o que é. (M2)

Esse pessoal deveria ter mais acesso, mas acessibilidade. Seria importante ter um centro de referência de psiquiatria em um lugar só, porque aqui em Foz é muito fragmentado e muitas vezes o paciente fica andando de lá pra cá, e nesses casos de suicídio, muitas vezes não há tempo. É necessário ter trabalho mais presencial, ter equipe que faça atendimento domiciliar. Esses pacientes precisam de psicoterapia, só medicação não vai resolver a vida deles. (E2)

Conscientização, palestras com as pessoas, tentar convencer a pessoa que ela está deprimida, que não é frescura, de repente ela mesma acha que é frescura, que não tem nada, porque está bem, empregada, com tanta pessoa passando fome. Ela até se culpa a respeito disso, mas é uma doença, não o suicídio em si, mas a depressão que eu creio que seja o principal motivador. Conscientizar para que ela procure um tratamento, porque ela pode

melhorar, sair daquilo, mas por conta é muito difícil. Ela precisa de um apoio, de um acompanhamento de especialista. (A2)

Nessa categoria é evidenciada a importância do tratamento com recursos terapêuticos que vão além da medicação do sintoma, mas que possam propiciar melhoria nas condições globais da vida da pessoa que apresenta comportamento suicida.

DISCUSSÃO

Os estudos sobre a prevenção do suicídio destacam o papel estratégico da Atenção Básica, devido a sua proximidade com a comunidade, o que pode possibilitar a identificação precoce de pessoas em risco suicida.

A relação face a face estabelecida no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) é destacada como um facilitador das ações de cuidado. Esse tipo de relação social é considerada a mais autêntica, pois viabiliza o acesso ao atos intencionais do outro e a compreensão das situações que vivenciam no cotidiano (SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA, 2012).

Diante da complexidade que envolve o suicídio, a contribuição de diversas ciências e profissionais é essencial para que se possa desenvolver um modelo de integralidade, que pressupõe olhar o paciente como indivíduo histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, à sociedade que pertence, necessitando de um tratamento local (KOCH e OLIVEIRA, 2015).

Essa concepção parece compor a bagagem de conhecimento que os participantes apresentam frente ao suicídio, corroborando suas atuações na Saúde Pública. A bagagem de conhecimento é denominada por Schütz como a formação de conhecimento tanto de ordem pessoal, aquele que é adquirido com as experiências de vida quanto o decorrente da formação técnico-científica, adquirido na vivência profissional. Neste estudo pode-se constatar que foi a partir da bagagem de conhecimento que os profissionais que participaram desse estudo se posicionaram frente a compreensão do suicídio e de sua prevenção (SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA, 2012).

A dificuldade de realizar essa prevenção devido aos múltiplos fatores envolvidos e aos diversos caminhos que podem conduzir o indivíduo ao comportamento suicida (BERTOLOTE, 2012). Esse aspecto também foi encontrado nesse estudo com a referência

do trabalho em rede, como sendo uma estratégia muito importante para a prevenção ao suicídio, que requer uma abordagem multidisciplinar direcionada a população e aos seus grupos de risco, além dos contextos sociais envolvidos. Trabalhar em rede requer intenções recíprocas no cuidado às pessoas, conforme propõe Alfred Schütz (KOCH e OLIVEIRA, 2015; WHO, 2014).

A associação do suicídio com transtornos mentais, mais especificamente a depressão é evidenciada neste estudo, sem desconsiderar a situação biográfica das pessoas que apresentam comportamento suicida.

A situação biográfica compreende a cadeia de vivências experimentadas pela pessoa anteriormente, onde o conteúdo e a sequência dessas vivências são exclusivas da pessoa. Assim, cada pessoa chega à experiência atual a partir do que experimentou no passado, de sua história pessoal de vida, orientando seus propósitos e ações no presente. Situação biográfica para Schütz, diz respeito a um indivíduo que atravessou uma longa cadeia de experiências vividas anterior ente, onde tanto o conteúdo como a sequência dessas experiências são exclusivos dele. Assim, subjetivamente, dois indivíduos jamais poderiam vivenciar a mesma situação da mesma forma. Acima de tudo, cada um chegou a essa atitude atual tendo em mente seus próprios propósitos e objetivos e avalia de acordo com isso; e esses propósitos e avaliação correspondentes estão enraizados no seu passado, na história singular de sua vida (SCHÜTZ, 2012). Muitos suicídios podem ser evitados quando se lança mão de estratégias adequadas de identificação do comportamento de risco, acompanhamento efetivo das pessoas com comportamento suicida, restrição do acesso aos meios letais e tratamento das pessoas com transtornos mentais (KOCH, OLIVEIRA, 2015; FELIX *et al*, 2016).

O acesso da população aos serviços de saúde e articulação desses serviços em uma rede eficaz é apontada nesse estudo como um dos principais entraves para a prevenção do suicídio. Esse dado também é discutido em outros estudos (CONTE *et al*, 2012; BERTOLOTE, 2012; KOCH e OLIVEIRA, 2015; FELIX *et al*, 2016), que evidenciam a associação entre suicídio, transtornos mentais, como a depressão, bipolaridade e alcoolismo. Transtornos que são passíveis de serem tratados quando identificados e acompanhados de forma adequada.

A análise compreensiva dos resultados relacionados aos “motivos por que” mostra o contexto de vivências relacionadas ao cuidado diante da prevenção ao suicídio no momento presente e no passado, evidenciando a forma como os profissionais de saúde interagem com as pessoas que apresentam comportamento suicida (CALDEIRA, 2012).

A partir da experiência no cuidado de pessoas com comportamento suicida, os profissionais de saúde vislumbram ações continuamente construídas a partir de situações vivenciadas que servirão de base para outras motivações frente às ações de cuidado a essa população, essas motivações são consideradas os “motivos para” que remetem os profissionais o que imaginam e desejam como ações ideais de cuidado na prevenção do suicídio. Essas ações sócias de cuidado tem o ponto de partida na bagagem de conhecimento e situação biográfica de cada participante (SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA, 2012).

Nesse sentido, revelou-se como típico dos profissionais de saúde da Atenção Primária a necessidade de escuta qualificada das pessoas que apresentam comportamento suicida, como uma forma de direcionar as ações que na compreensão desses profissionais precisam ser individualizadas, levando em consideração a subjetividade, o contexto de vida, o contexto sócio cultural da pessoa em sofrimento psíquico.

Por sua vez a realização dos cuidados direcionados a essa população requerem dos profissionais de saúde uma constante qualificação e cuidado com sua própria saúde, de modo a poderem acolher o sofrimento do outro, que muitas vezes pode encontrar-se em profundo desamparo, chegando ao limite de atentar contra sua própria vida.

Essa qualificação aliada à compreensão de que o atendimento da pessoa em sofrimento psíquico pode ser, na compreensão dos participantes desse estudo, melhor desenvolvidos quando realizados em rede, evidenciando o papel de apoio, suporte e funcionalidade dos trabalhos em equipe com rapidez e assertividade e abrangência, o que pode fazer a diferença entre a vida e a morte no caso do atendimento da pessoa com comportamento suicida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender como a partir do concreto do vivido da experiência e das expectativas dos médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da Atenção Básica, em região de tríplice fronteira, identificam e desenvolvem ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida.

O comportamento suicida vem sendo objeto de reflexões nos diversos aparatos de saúde em que circula. Especificamente na Atenção Básica os desafios a serem enfrentados envolvem na visão dos profissionais de saúde, desde a capacitação das equipes para o atendimento até o esforço no estabelecimento e bom funcionamento das RAS.

O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta sua compreensão mais ampla, envolvendo o campo social e coletivo, esferas fundamentais para o desenvolvimento de ações de prevenção.

Frequentemente o suicídio está associado a transtornos psíquicos, no entanto ao dar voz às equipes de saúde que atuam na Atenção Básica, fica evidente que na experiência desses profissionais ações de prevenção ao suicídio precisam contemplar outras áreas da vida da pessoa que apresenta comportamento suicida, sendo fundamental a realização de ações que envolva os familiares e tenham início em outros campos, como por exemplo, na escola. Essa ampliação relacionada a compreensão do suicídio é fundamental para expandir as ações de prevenção, no entanto ao realizar essa ampliação aumenta a necessidade da inserção de outros atores sociais.

Os resultados obtidos nesse estudo possibilitam a reflexão sobre o difícil cotidiano vivenciado pelos profissionais de saúde ao se depararem com suas próprias angústias relacionadas à impotência frente a um fenômeno tão complexo e desafiador para toda a sociedade, o que os desafia constantemente a buscar apoio no sentido de superar as adversidades e especialmente o desamparo que muitas vezes se faz presente.

Assim, pode-se refletir que o envolvimento dos serviços de saúde com a temática do suicídio e sua prevenção é relevante para que se possa efetivar o acompanhamento de um trabalho em rede, o que pode fortalecer todos os atores sociais envolvidos no

atendimento à pessoa com comportamento suicida a fim de oferecer ações de cuidado eficazes no manejo e intervenção frente a essas situações.

Além dos serviços de saúde, é fundamental um apoio intersetorial, envolvendo a Assistência Social, Educação, centros de apoio, entre outras, de modo a articular uma rede ampliada não só da Saúde, mas abrangendo os demais setores da vida da pessoa em sofrimento psíquico.

Faz-se necessário ressaltar que este estudo abarca um grupo social composto por alguns profissionais, dentre eles, enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos em enfermagem e agente comunitário de saúde numa região de tríplice fronteira. Sugere-se que outros olhares possam ser lançados em outros contextos e profissionais para que os resultados possam somar-se a esses, possibilitando novas reflexões no que tange as formas de cuidar de pessoas com comportamento suicida. Espera-se que este estudo possa contribuir para a pesquisa e para o ensino. No que tange ao desenvolvimento de estratégias de atenção a pessoa com comportamento suicida, na atenção básica, especializada ou hospitalar, que possa suscitar a reflexão geradora de outros estudos e formas de cuidar, com ênfase na prevenção.

REFERÊNCIAS

ABREU, K.P. *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. 2010. 12(1): 195-200. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf. Acesso em maio/2016.

BERTOLETE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo. Ed. UNESP, 2012.

BOTEGA, N.J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**. Porto Alegre, PUCRS, [online] 2006.37(3): 213-220. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio**. Portaria nº 1876 de 14 de agosto de 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em 10 de janeiro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso: 13 de junho de 2016.

BUGS, T.V. *et al.* Percepção, Conhecimento e Atuação dos Médicos no Programa Rede Mãe Paranaense. Santa Maria, **Rev Saúde [online]** 2016. 42(2): 185-194, Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19576/pdf>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.

CALDEIRA, S. *et al.* O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2012. 20(5): 08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf. Acesso em: 13 jun. 2016.

CANTÃO, L.; BOTTI, N.C.L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Rev Bras Enferm** [online] 2016; 69(2): 366-72. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079>. Acesso em: 16 de janeiro de 2018.

CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: um estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** [online] 2012. 17(8):2017-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800013. Acesso em: 22 de maio de 2016.

FELIX, T.A. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. [online] 2016. **Rev. Contexto & Saúde**. 16(31): 173 – 185. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079>. Acesso em: 10 de janeiro de 2018.

KOCH, D.B.; OLIVEIRA, P.R.M. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Rev. Bras de Tecnologias Sociais**. 2015 [online] 2(2):161-172. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9226>. Acesso em 12 de fevereiro de 2017.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE F.G.; SOUZA, E.R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad Saude Publica**. 2006; 22(8) 1587-96

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010 44(4): 750 – 757, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020. Acesso em 10 de janeiro de 2018.

OLIVEIRA, M.A. de C, PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev Bras Enferm** [online] 2013. 66(esp):158-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 16 de janeiro de 2018.

SCHÜTZ, A. **Sobre Fenomenologia e Relações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

TEIXEIRA, D.S. *et al.* Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção. **Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro**. PUCRJ. [online] 2016. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em 08 de janeiro de 2018.

WHO. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: **Who Press**, 2014. Disponível em: www.who.int. acesso em 10 de janeiro de 2018.

3.2 MANUSCRITO 2

ATUANDO COM SUICÍDIO: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Resumo: **Objetivo:** compreender como se dá a atuação dos profissionais: médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde e como desenvolvem ações de cuidado frente ao suicídio junto à população atendida na região da tríplice fronteira **Metodologia:** Estudo qualitativo, realizado a partir de entrevistas com 12 profissionais da área da Saúde: médicos, psicólogos, enfermeiros, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. **Resultados:** destaca-se a categoria Atuação Profissional que se desdobra em três subcategorias relacionadas aos “motivos por que”: ações individuais desenvolvidas junto a pessoas com comportamento suicida; ações conjuntas desenvolvidas junto a pessoas com comportamento suicida e formação para atuar com o suicídio. A categoria expectativas dos profissionais se desdobra em três subcategorias relacionadas aos “motivos para”: possibilidades de atuação em RAS; o que se espera para as pessoas com comportamento suicida e o cuidado com o cuidador. Essas categorias e subcategorias foram analisadas com o referencial teórico e metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. **Considerações finais:** A construção coletiva fomentada pelas ações de educação permanente pode contribuir para a ampliação do entendimento do suicídio, não apenas como uma questão individual, mas enquanto um problema social que requer soluções de enfrentamento coletivas e comunitárias.

Descritores: Suicídio; Comportamento autodestrutivo; Prevenção Primária; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

A palavra suicídio é conhecida desde o século XVII com definições diversificadas, mas que mantém um ponto em comum relacionado ao ato de terminar com a própria vida (BOTEGA, 2015).

Considerado uma tragédia humana que acompanha toda a história da humanidade, o suicídio pode representar o ápice de um sofrimento insuportável para a pessoa, assim como uma dor e um questionamento torturante para os que ficam, familiares, amigos e muitas vezes profissionais de saúde (BERTOLOTE, 2012).

Os estudos que procuram compreender o fenômeno do suicídio evidenciam que nenhum fator explica de forma isolada as mortes, sendo considerado um fenômeno humano complexo, universal e multideterminado (BOTEGA, 2012; MINAYO, 2010; CASSORLA, 2006).

No tratamento de pessoas que sobreviveram a uma tentativa de suicídio, é importante se considerar o comportamento suicida em suas múltiplas manifestações, ou seja a motivação, a ideação suicida, o planejamento do ato, a tentativa de suicídio e o óbito em si mesmo. É frequente a constatação de que muitas vezes o suicida se defronta com ideias frequentes entre querer morrer e viver ao mesmo tempo, o que é considerado a ambivalência da pessoa diante do momento crítico em que se encontra, sendo o resultado desse dilema (morte ou vida) definido pela força do desejo aliada a outras situações, como por exemplo: como a intencionalidade do ato, o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições de saúde prévias (MINAYO, 2010; ABRE *et al* 2010; WERLANG E BOTEGA, 2006).

Para os profissionais de saúde, muitas vezes a percepção de que a pessoa que está sendo avaliada poderá se matar é altamente perturbadora, especialmente para profissionais que lutam pela vida, muitas vezes colocando o paciente suicida como ameaçador. Ao trazer a morte para mais perto, esse paciente desafia subterfúgios existenciais de quem atende. Fenômeno que pode atuar de forma a distanciar o profissional de saúde do atendimento desses casos, ou até mesmo de dificultar a identificação desses pacientes em risco suicida (BOTEGA, 2015).

Estudos que discutem o impacto que o suicídio provoca nas equipes de saúde alertam para a importância do trabalho em redes, como uma forma de possibilitar o melhor manejo com o paciente, além de propiciar um suporte para que as equipes possam se apoiar mutuamente com as trocas. Ampliando a compreensão ao reconhecer os dilemas e o impacto que o ato suicida exerce, com seus impulsos amorosos e destrutivos, podendo reverberar nos cuidados realizados com essa população (BOTEGA, 2015; CONTE *et al* 2012).

Estudos que correlacionaram as intervenções na Atenção Básica à Saúde evidenciam a importância de se implantar programas que possam qualificar o cuidado para a população que é atendida nesse contexto. Assim, os profissionais da Atenção Básica precisam se apropriar de estratégias que os aproximem dos usuários, de modo a estreitar os vínculos de confiança permitindo a expressão dos pensamentos e ideação suicidas (TEIXEIRA *et al*, 2016).

Considerando o papel fundamental da Atenção Básica à Saúde na identificação de pessoas com comportamento suicida, o presente estudo teve como objetivo compreender como se dá a atuação dos profissionais: médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde e como desenvolvem ações de cuidado nesse âmbito da assistência junto à população atendida na região da tríplice fronteira.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (2012) realizada junto a Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Nona Regional de Saúde (9ª RS) do município de Foz do Iguaçu- PR, região da tríplice fronteira - Brasil, Argentina e Paraguai.

Neste estudo levou-se em consideração a vivência e as expectativas dos médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS da AB no seu cotidiano de trabalho no que diz respeito às ações de cuidado na prevenção do suicídio.

Foram participantes do estudo, os seguintes profissionais de saúde: dois médicos, três psicólogos, dois enfermeiros, dois técnicos em enfermagem e três ACS.

A maioria dos participantes é do sexo feminino, com idade entre 29 e 56 anos, trabalham em UBS, dos quais oito tiveram a formação em Instituição Pública. O tempo de formação profissional variou de 05 a 30 anos e o tempo de atuação na UBS variou de 01 mês a 15 anos. Sete possuem especialização, sendo dois em Saúde da Família, um em Gestão em Saúde Pública e Terapia Familiar, um em Educação Inclusiva, um em Fitoterapia, um em Terapia Cognitivo Comportamental com criança e adolescente e um em Dermatologia.

Dos participantes com formação técnica, um possui formação em técnico em Agricultura, e Plantas Medicinais, outro técnico em Vigilância em Saúde e Técnico em Enfermagem.

Os critérios para a inclusão foram: ser profissionais da área da saúde que atuam em UBS, sem distinção de sexo, idade ou tempo de serviço. Foram excluídos aqueles que não se adequarem aos critérios anteriores mencionados. Todos os profissionais estudados foram identificados no Sistema de Informação de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu. Após esta identificação, foi realizado contato prévio por telefone

para agendar o dia e horário convenientes aos participantes para os esclarecimentos sobre a pesquisa e agendamento posterior das entrevistas.

Importante ressaltar que nenhum profissional se recusou a participar da entrevista. Outro aspecto a ser evidenciado é que o número de entrevistas não foi estipulado antecipadamente e foram encerradas no momento em que os relatos mostraram-se convergentes com o objetivo da pesquisa, sendo realizadas 12 entrevistas.

Os participantes do estudo receberam todas as informações sobre a pesquisa. Dessa forma foram cumpridos todos os princípios da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre as diretrizes e normas regulamentadoras com pesquisa com seres humanos. Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE e tiveram seu anonimato preservado, sendo identificados no estudo como: Médico (M), Psicólogo (P), Enfermeiro (E), Técnico de Enfermagem (TE), Agente Comunitário de Saúde (A), seguido do número de suas respectivas entrevistas, 1, 2, 3 e assim sucessivamente.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a dezembro de 2017 nas dependências das UBS em que os profissionais atuam, buscando um local reservado para que cada participante pudesse relatar sua vivência sem constrangimentos, de forma otimizada priorizando a interação face a face, tal qual preconiza Alfred Schütz.

Para a obtenção dos relatos a técnica utilizada foi a entrevista gravada com dispositivo digital à partir de questões abertas, com o intuito de possibilitar ao pesquisador a obtenção de informações mais representativas sobre o tema. Para tanto as entrevistas foram conduzidas a partir das seguintes questões orientadoras: 1. Fale-me qual o seu conhecimento sobre o suicídio; 2. Você conhece as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio? 3. Você atendeu ou atende pessoas que apresentam comportamento suicida? 4. Comente, a partir da sua vivência o que você compreende sobre o Cuidado e sobre Ações de Cuidado? 5. Você desenvolve ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida? Se sim, quais? Se não, por que? 6. Em sua opinião, que ações poderiam ser realizadas junto a essa população? 7. Quais são as suas expectativas no que diz respeito às Redes de Cuidado junto a essa população?

A análise dos relatos obtidos foi realizada seguindo-se os passos adotados pelos pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz: transcrição das entrevistas gravadas; leitura cuidadosa de cada relato para captar o sentido global da experiência vivida pelos participantes; agrupamento de aspectos significativos presentes nas falas para compor as categorias; análise das categorias, buscando compreender os motivos porque” e os “motivos para” da ação dos participantes (CALDEIRA *et al* 2012; BUGS *et al*, 2016).

Por sua vez a discussão dos resultados ocorreu por meio de um diálogo entre o relato dos participantes e a análise do pesquisador apoiados no referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e em evidências científicas sobre a temática em questão.

Este projeto de pesquisa foi tramitado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – CEP/UNIOESTE e obteve parecer favorável de Número 2.087/2017.

RESULTADOS

A partir dos relatos dos participantes identificou-se a categoria **atuação profissional** dividida nas subcategorias:

1. Ações individuais desenvolvidas junto a pessoas com comportamento suicida;
2. Ações conjuntas desenvolvidas junto a pessoas com comportamento suicida;
3. Formação para atuar com o suicídio.

Esta categoria e subcategorias relacionam-se aos “motivos por que” e revelam a vivência, as experiências dos profissionais de saúde.

Outra categoria, relacionada aos “motivos para”, traduz **as expectativas dos profissionais** no que tange às expectativas e abarca as subcategorias:

1. Possibilidades de atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS);
2. O que espera para as pessoas com comportamento suicida e
3. O cuidado com o cuidador.

Essas categorias traduzem a vivência, as experiências e as expectativas dos profissionais participantes – Psicólogos, Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

No tocante as **Ações individuais** desenvolvidas, os pesquisados responderam:

Geralmente na consulta, pesquiso sinais e sintomas, mesmo que a pessoa não se queixe de depressão, tristeza, de nada. Se a pessoa tem um humor mais deprimido e percebo que ela não está bem, se o desempenho dela não está legal, procuro abordar isso. Pergunto como ela está. E como médico de família eu procuro saber como está a vida social, a dinâmica familiar. Pesquisamos causas orgânicas, tratamos, tentamos identificar sinais de gravidade na depressão, se for o caso, tratamos. Também encaminhamos para o psicólogo, psiquiatra quando necessário. (M1)

Eu sempre procuro na verdade quando o paciente chega e faz o relato que traz essa história que está com essa questão, eu procuro ver se está com acompanhamento médico, se não está, faço o encaminhamento com urgência pra ter o suporte medicamentoso que possa dar uma controlada nessa questão e ao mesmo tempo ver como está essa rede inicial da pessoa. Tento fazer um contorno inicial, para fazer uma contenção e daí poder trabalhar com as questões dela. (P3)

Muita conversa, principalmente procurar um especialista, uma pessoa que tenha o conhecimento de como realmente ajudar. O leigo pra mim, qualquer pessoa pode até tentar, conversar “não, deixa disso, não vale a pena”, mas só o especialista ele sabe todo o passo a passo, ele sabe onde a pessoa pode chegar se não tiver o devido cuidado e o tratamento, a forma de tratar, saber fazer o diagnóstico da situação dela e por onde atuar. Só chegar lá e conversar “ah não pode, a vida é boa, você tem filho...” tem que ter uma abordagem mais profunda nisso aí, então precisa do especialista, e medicação se for o caso, de acordo com o caso. (A2)

Nessa categoria, os profissionais revelaram em suas ações a preocupação em identificar a pessoa em risco suicida, consideram o acolhimento essencial a fim de estabelecer uma zona de proteção, além de encaminhar o paciente para receber cuidados especializados.

Sobre as **Ações conjuntas**, os participantes relataram:

As ações precisam ser em conjunto, a Unidade, a psicologia o psiquiatra. A gente sabe o que precisa, só que às vezes não consegue e fica de mãos atadas nessa parte. Aqui a gente tem a facilidade porque tem a Uniamérica, a gente consegue ter esse apoio, mas essa não é a realidade, é só aqui que a gente consegue ter esse privilégio, como por exemplo, no matriciamento. Essa é uma ação que está nos ajudando. (E1)

Aqui está acontecendo o matriciamento, o que está facilitando até os encaminhamentos dos casos mais graves, quando o paciente tem ideação suicida e planejamento. Na população geral, é necessário sensibilizar as pessoas pra perceber esses casos, que muitas vezes estão próximos e as pessoas não percebem. Eu acho que poderiam ter ações coletivas né que não envolvesse só pessoas deprimidas. (M1)

Eu acho que é importante você não trabalhar sozinha, acho que isso é que é a questão, de buscar recursos e poder fazer uma borda. De uma certa forma, inseri-

las numa rede social, tanto de trabalho, quanto social, e poder inseri-las em algum lugar, e daí vai depender de cada caso, seja trabalho, atividade esportiva, algo que ela possa fazer alguma atividade, em alguma coisa que possa justamente fazer essa borda, possa permitir que ela tenha esse lugar, e daí não sei se tem algo específico, não consigo pensar em algo. (P3)

A equipe multidisciplinar que poderia entrar seria o psicólogo psiquiatra, mas há um distanciamento muito grande, uma falta de acesso, que não sei pra onde que vai ser encaminhado, mas ele está sendo assistido nesse sentido, e essa família vai acabar sendo inserida, não só o paciente. Assim vamos trabalhando essa parte da conscientização do que poderia ser feito. É um pouco limitado essas ações não sei o que te dizer como fazer uma coisa mais. (P2)

Nessa categoria, fica evidente a conscientização de que o trabalho com o suicídio precisa acontecer em equipe, mesmo diante das dificuldades encontradas em realizar esse trabalho. Os profissionais referem a preocupação de que em equipe conseguem melhor atender ao paciente ao mesmo tempo em que reconhecem a falta que essa atuação em equipe produz.

Ao serem questionados sobre a necessidade de **Formação para atuar com suicídio**, os participantes relataram:

A gente tem pouco treinamento pra ver se pessoa tem algum risco de cometer o suicídio. Falta qualificação para identificar a pessoa em risco e para poder atuar sem medo. Não existe nenhum programa por parte da Secretaria da Saúde. Tem capacitação para vacina, mas essa parte da saúde mental é deixada de lado. Muitas vezes a gente não quer ver e manda para o psiquiatra, para o psicólogo, terceiriza. (E1)

A gente precisaria ter uma qualificação, como por exemplo o que a gente está tendo no matriciamento. A gente não tem por parte da secretaria de saúde um programa. Tem capacitação para vacina, mas essa parte da saúde mental, é deixada de lado. Tem, mas é raro. Falta qualificação pra poder atuar sem medo, o mais fácil é encaminhar. (E1)

Mas eu gostaria que tivesse um treinamento, um preparo para gente poder ter o jeito certo de abordar, de conversar, o que pode, o que não pode, para acabar não piorando a situação. Na verdade faz 11 anos que estou aqui e a gente nunca teve um preparo voltado pra isso, nunca, nunca, nunca, nunca, nunca. Tem o setembro amarelo, o negócio que tem que ter, mas nunca teve campanha voltada pra isso, nunca teve nada, nem a gente como ACS nunca teve nenhum treinamento, um curso preparatório para a gente abordar ter aquela abordagem sensata sem ofender, sem se intrometer, porque tem que ter tem que ter um tato. (A3)

Fazer ações pontuais não vai resolver. Ou a gente prepara e organiza algo contínuo, que possa se manter, que possa construir algo, ou vai ser sempre ações isoladas, soltas, só para aplacar nossa angústia daquele momento, para não se sentir culpada porque não fez nada, como isso aconteceu. A nível do serviço público, do social, da

sociedade mesmo. A gente precisa entender um pouco mais porque está aumentando, porque a sensação é que aumenta. (P3)

Nessa categoria, os profissionais trazem a reflexão sobre a necessidade de capacitação para atuarem na prevenção do suicídio. Destacam a importância dessas ações serem desenvolvidas de forma contínua, não sendo efetiva apenas a realização de ações pontuais.

A segunda categoria está relacionada aos “motivos para”, traduz as expectativas dos profissionais no que tange às Expectativas e abarca as subcategorias: Possibilidades de atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS); O que espera para as pessoas com comportamento suicida e Capacitações para atuar com suicídio:

Referente às **Possibilidades de atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, houveram as seguintes respostas:

Eu gosto muito de trabalhar em rede, acho bem importante. Gosto do trabalho clínico, mas tenho muita expectativa do trabalho em rede, se a gente não tem essa rede de apoio o nosso trabalho fica capengando, sempre fica muito falho, porque a gente não pode preencher. Isso aqui é um momento, se ele não puder encontrar um suporte para as outras questões de vida dele, sociais, afetivas, é aí que a gente não consegue trabalhar porque fica patinando. (P3)

Tenho expectativa que ainda seja criada. Tem os psicólogos que atendem, só que eu não sei a maneira que eles trabalham, se eles trabalham em sentido a isso só, ou em sentido a outros problemas, mas eu acho que deveria ter, devido a situação que a gente vive, a correria toda, o estresse, né muita gente tem depressão e não sabe então eu acho que deveria ser feito alguma coisa, palestras, alguma coisa nesse sentido, visando esse lado do suicídio, trabalhar em cima disso aí, porque todo mundo pensa que não acontece, só fica sabendo, no meu caso quando eu vejo que aconteceu ou quando um amigo se suicida, igual tive um amigo de infância que se suicidou há muito tempo, só fica sabendo assim. Na imprensa não divulga porque dizem que um incentiva o outro, então acarreta que a imprensa não divulga, então ninguém fica sabendo, só quem está mais próximo. (A2)

Eu acho que se não se juntar todos os órgãos a gente não consegue. Porque o que adianta fazermos uma palestra aqui, se não temos acesso na Saúde Mental? Então o que adianta darmos palestra aqui, orientarmos se não tem uma contra referência. Tinha que formar uma rede com todos os elos não só nós. (TE1)

Nessa categoria, os profissionais revelam suas expectativas relacionadas ao trabalho com as Redes, realizam uma análise crítica apontando as dificuldades de realização desse trabalho frente ao sistema em que estão inseridos, mas apontam como uma forte esperança

de que o trabalho com as RAS oferece as condições necessárias para que a assistência à pessoa que apresenta comportamento suicida possa ser atendida com mais eficácia.

Sobre O que espera para as pessoas com comportamento suicida, obteve-se:

A pessoa não é uma coisa só. Ela circula por vários lugares, ela precisa de várias coisas. Isso faz toda a diferença quando a gente trabalha com situação limite como o suicídio. É buscar uma rede pra ele que não estava na saúde, era da assistência, por exemplo, mas de perceber que nesse momento da vida dele, em que não trabalha mais, já passou da idade de trabalho está aposentado, não tem uma rede familiar muito forte de apoio, então ele precisa de uma outra coisa que possa dar esse suporte, possa dar um lugar a ele, que ele possa novamente ter o desejo de manter a vida, porque se não por que ele vai acordar, por que ele vai levantar o que ele vai fazer, se não tem ninguém ali, e aí ele vai encontrando outras coisas que o motivem. (P3)

E as ações vão muito das escolas, que é um lugar bacana para fazer prevenção até porque é a juventude que está preocupando. (P2)

Mas eu acho muito importante também, tem que falar nas escolas, tem que meio que abranger todos os lugares, não adianta ser só na Unidade, até porque nem todo mundo vem pra unidade. Os meios de comunicação deveriam falar, falar na escola, não tem propaganda sobre álcool e droga. Deveriam..., se bem que já passou alguma coisa na televisão sobre o suicídio. (TE2)

Nessa categoria, evidencia-se que dentre as expectativas dos profissionais de saúde para o cuidado com a pessoa que apresenta comportamento suicida a expansão do espectro do cuidado abarca outras áreas da vida, revelando a compreensão dos profissionais quanto a abrangência do suicídio, que engloba os aspectos sociais envolvendo todas as áreas da vida da pessoa.

Sobre o Cuidado com o cuidador, os participantes relataram:

A gente vê um aumento importante nos casos de suicídio com funcionários, os próprios funcionários, eu atendo funcionários aqui que apresentam comportamentos suicidas, que passaram por essa situação. A gente vê o quanto é grave. Se o próprio cuidador está com esse risco, como vai cuidar do outro? Acho que estamos num momento que realmente a gente precisa se preocupar e pensar um pouco mais e tentar organizar alguma coisa. (P3)

Inclusive tem alguns profissionais que chegaram ao suicídio, então isso é de suma importância, é pra ontem. Uma coisa que começamos a fazer aqui no posto é uma ginástica laboral, isso parece bobinho, mas já dá diferença pra cabeça você parar tudo o que está fazendo, relaxar com o pessoal, dar uma risada, ver que existem outras coisas, saber lidar com o dia a dia. Eu acho que os profissionais estão bem doentes. E essa questão da rede vai ser bem interessante para estarmos bem e assim poder ajudar melhor o paciente. a gente fica um pouco angustiado e talvez muitos de nós, inclusive eu deixo de fazer o que poderia, sobrecarrega. É o cuidado com quem cuida, no momento no posto estamos com 2 funcionários afastados, é muito

grave isso. A gente vê também muitos revoltados, tem alguma coisa que não está certo. (M2)

Acho também que precisa fazer trabalho mais intenso com os funcionários, que estão adoecendo. Só aqui nessa unidade temos 2 casos que estão afastados. É muita sobrecarga, muita pressão de todos os lados, também não tem reconhecimento, valorização.... não é fácil. Eu mesma... muitas vezes preciso de ajuda. (E2)

Primeiro acho que deveria ter algo para os funcionários, que tem muito caso de funcionário, daí o funcionário estando, daí já tem um outro olhar para poder receber melhor a população, primeiro tratar todo mundo que está dentro para depois poder ajudar a população. Então o pessoal da saúde, nossa é muito perturbado. Fica numa pressão cotidiana, as meninas tem 2 a 3 serviços, daí imagina, vai acumulando, por isso que eu falo tem que ter uma reciclagem um trabalho com os funcionários. Outro dia tinha uma pesquisa no portal do servidor, acho que era voltada para os funcionários para saber como está. Vamos ver se vai ser usada. A gente perde muito colega, só esse ano foram 3 ou 4 enfermeiras, é muito né. (A3)

Muitas vezes, a gente também está doente, eu não sei se foi comentado com você, mas temos 2 funcionários se encostando em nossa unidade com problemas psiquiátricos e é muito triste falar isso, mas agora que eu ouvi falar, não sei se por tem uma quantidade muito grande de funcionários, aconteceu de uma funcionaria se suicidar. Queira ou não queira foi suicídio, talvez na hora ela não associou. É muito frequente o funcionário adoecer. (TE2)

Sempre acho que é possível esse cuidado mais intensificado. É importante pensar naquele programa cuidando do cuidador, porque quando você está atuando com o adoecimento, este pode ser naturalizado e a gente precisa fazer esse resgate. (P1)

Nessa categoria, os profissionais abordam a preocupação com o adoecimento dos profissionais de saúde, evidenciando a necessidade de que as ações de cuidado incluam os cuidadores, iniciando por estes, como forma de qualificar a atuação profissional.

DISCUSSÃO

As mortes por suicídio representam um grave problema de saúde pública que desafiam as políticas públicas a desenvolverem estratégias eficazes para a prevenção e tratamento das pessoas que apresentam risco de comportamento suicida. A constatação dessa necessidade está expressa em diversos estudos, no entanto ainda se verifica ao escutar os profissionais que atuam na Atenção Básica a necessidade de se empreender ações na direção desse treinamento com o objetivo de se elaborar cursos de capacitação

continuada para os profissionais de saúde (BERTOLOTE, 2012; KOCH E OLIVEIRA, 2015; VIDA, GONTIJO E LIMA, 2013).

O atendimento de um paciente com intenções suicidas é uma tarefa considerada pelas equipes de saúde como estressantes e desafiadoras. Percebe-se que muitas vezes o profissional se identifica com a pessoa que está atendendo. Faz-se necessário suportar a angústia ao se aproximar do paciente que apresenta comportamento suicida estando atento para os sentimentos que são despertados no próprio profissional, que podem ser sentimentos hostis, uma vez que não se pode ignorar o nível de agressividade envolvida no suicídio. Esses sentimentos intensos podem favorecer um distanciamento do profissional de saúde do paciente suicida. Nesse sentido, o estudo de Conte *et al* (2012) apresenta um dado relevante no que diz respeito a dificuldade dos profissionais de saúde em relacionar sinais e sintomas com o comportamento suicida (BOTEGA, 2015; CONTE *et al* 2012).

As discussões sobre essa temática enfatizam a necessidade do profissional tolerar seus próprios sentimentos, também difíceis e confusos. Uma forma de ampliar essa autopercepção é através da troca de experiências entre profissionais que propiciem a elaboração desses sentimentos confusos, até que possam se organizar em pensamentos. Atividades contínuas como, por exemplo, o matriciamento citado nos depoimentos pode ser de fundamental importância para o desenvolvimento da equipe com maior capacidade cuidadora (BOTEGA, 2015).

O cuidado é uma experiência vivenciada de modo natural e constitui-se na primeira relação social do ser humano. É um processo interativo que, ao ser vivenciado por duas ou mais pessoas, possui significado para os envolvidos nessa ação social. Assim, os profissionais da saúde e o usuário com comportamento suicida, possuem interesses que lhes são próprios e que os motivam e direcionam para as ações de cuidado. São os motivos existenciais – motivação (SCHÜTZ, 2012).

O usuário que apresenta comportamento suicida e os profissionais da saúde, no momento do cuidado vivenciam uma relação social que se dá no mesmo espaço e tempo cronológico. Essa relação ocorre na interação da relação face a face. Dessa forma, a relação social face a face é permeada de interesses comuns para o desenvolvimento das ações de cuidado. É o que Schütz denomina reciprocidade de intenções (SCHÜTZ, 2012).

Nesse sentido, durante a vivência de cuidado de saúde, os profissionais e os usuários com comportamento suicida adquirem experiências que constituem a tipificação – aquilo que é típico no grupo social composto por profissionais da APS e o grupo social composto pelos usuários que apresentam riscos ou comportamentos suicidas. Assim, o ator social tipifica o mundo para compreendê-lo e comunicar-se com seus semelhantes (SCHÜTZ, 2012).

Profissionais da Atenção Básica (AB) devido à proximidade com os pacientes podem exercer um papel fundamental na prevenção do suicídio. No entanto estudos evidenciam que falta treinamento suficiente em saúde mental e especialmente em relação a abordagem com o paciente suicida. Com frequência o temor de que o paciente possa se matar bloqueia a capacidade de lidar com o paciente em risco suicida. Uma reação possível é o afastamento, a fim de se proteger (BOTEGA, 2015; CONTE *et al*, 2012).

De acordo com Conte *et al* (2012) 60% dos pacientes que haviam se suicidado compareceram a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sem que a situação de risco suicida tivesse sido identificada. Somando-se esse dado da literatura com os achados deste estudo acerca da necessidade de capacitação profissional para o atendimento da pessoa com comportamento suicida, pode-se refletir quanto a necessidade emergencial de programas de capacitação que possam qualificar as equipes para esse atendimento, que favorecerá o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para o enfrentamento do aumento constante nos índices de suicídio no Brasil.

As necessidades das equipes de saúde evidenciadas neste estudo são representadas pela intersubjetividade, compreendida como pré-condição da vida social uma vez que o mundo é intersubjetivo, que se constitui em um universo de significações que são interpretadas e o orienta para realizar ações. A intersubjetividade se dá na relação social do tipo face a face em um mesmo espaço e tempo cronológico. Essa relação acontece permeada de interesses comuns e recíprocos (CALDEIRA *et al*, 2012).

É na relação intersubjetiva que se estabelece as ações de cuidado. Há algo que se opera na relação estabelecida entre profissional e paciente. Trata-se de um campo relacional que envolve e condiciona os encontros humanos, de trocas emocionais que se estabelecem entre os dois. É a qualidade desse espaço que permite uma boa avaliação de

risco e posteriormente ao estabelecimento de uma aliança terapêutica, que, em si é um importante fator de proteção contra o suicídio (BOTEGA, 2015).

Sobre as RAS, entende-se no presente estudo que o fortalecimento da rede permitirá a identificação precoce, o acolhimento, o encaminhamento e o acompanhamento das pessoas com comportamento suicida de forma a contribuir com a prevenção do suicídio (CONTE *et al*, 2012).

Nos discursos dos profissionais a compreensão de que a atuação em rede é o funcionamento ideal coexiste com a percepção de que essa articulação ainda é frágil, sendo a expectativa de organização das redes um ponto típico apresentado pelos profissionais.

É ressaltado nos relatos obtidos por esse estudo o fato de que em paralelo ao trabalho interdisciplinar e a capacitação contínua das equipes, há que se dar atenção para o cuidado com a própria equipe. O cuidado com o cuidador é largamente discutido na literatura sobre cuidadologia, sendo os cuidados com própria saúde mental desenvolvido por meio de ações tão simples quanto essenciais, como por exemplo: preservar o tempo para si e para a família, manter ou desenvolver hábitos que trazem alegria, autorrealização, fazer pausas para reflexão, buscar apoio em psicoterapia pessoal, organizar com os pares grupos de estudo com encontros rotineiros onde se possa compartilhar e discutir as situações mais mobilizadoras e angustiantes (BOTEGA, 2015).

Nesse sentido, a educação permanente é considerada uma das ferramentas de gestão e acompanhamento do processo de trabalho das equipes, uma vez que é pensada como um processo educativo sobre o trabalho em saúde, criando o espaço coletivo necessário para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CONTE *et al*, 2012).

Outro aspecto levantado na literatura sobre a cuidadologia diz respeito à necessidade de reparação, conceito discutido na literatura psicanalítica, e que ao ser aplicado a cuidadologia traz a reflexão de que cuidar do outro tem relação com cuidar de si mesmo. Nessa perspectiva, a reparação pode ser considerada um aspecto específico das profissões de saúde, enfatizando a necessidade de que este profissional venha adquirir maturidade e capacidade para se confrontar com a realidade, muitas vezes frustrante, despertada pelo fracasso diante da morte (BOTEGA, 2015; FIGUEIREDO, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender como a partir do concreto do vivido da experiência dos médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da AB, em região de tríplice fronteira, identificam e desenvolvem ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida.

O comportamento suicida vem sendo objeto de reflexões nos diversos aparatos de saúde em que circula. Especificamente na AB os desafios a serem enfrentados envolvem na visão dos profissionais de saúde, desde a capacitação das equipes para o atendimento até o esforço no estabelecimento e bom funcionamento das RAS.

O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta sua compreensão mais ampla, envolvendo o campo social e coletivo, esferas fundamentais para o desenvolvimento de ações de prevenção.

A construção coletiva fomentada pelas ações de educação permanente pode contribuir para a ampliação do entendimento do suicídio, não apenas como uma questão individual, mas enquanto um problema social que requer soluções de enfrentamento coletivas e comunitárias.

Os resultados obtidos nesse estudo possibilita a reflexão sobre o difícil cotidiano vivenciado pelos profissionais de saúde ao se depararem com suas próprias angústias relacionadas à impotência frente a um fenômeno tão complexo e desafiador para toda a sociedade, o que os desafia constantemente a buscar apoio no sentido de superar as adversidades e especialmente o desamparo que muitas vezes se faz presente.

Assim, pode-se refletir que o envolvimento dos serviços de saúde com a temática do suicídio e sua prevenção é relevante para que se possa efetivar o acompanhamento de um trabalho em rede, o que pode fortalecer todos os atores sociais envolvidos no atendimento à pessoa com comportamento suicida a fim de oferecer ações de cuidado eficazes no manejo e intervenção frente a essas situações.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento de estratégias de atenção a pessoa com comportamento suicida, suscitando a reflexão geradora de outros estudos no âmbito do ensino e da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K.P. *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. 2010. 12(1): 195-200. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf. Acesso em maio/2016.
- BERTOLETE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo. Ed. UNESP, 2012.
- BOTEGA, N.J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso: 13 de junho de 2016.
- CALDEIRA, S. *et al.* O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2012. 20(5): 08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf. Acesso em: 13 jun. 2016.
- CASSORLA, R.M.S Suicídio e autodestruição humana. In: **Comportamento suicida**. WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. e cols. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21 – 33.
- CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: um estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** [online] 2012. 17(8):2017-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800013. Acesso em: 22 de maio de 2016.
- FIGUEIREDO, L. C. **As diversas formas do cuidar: nos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2009. p. 131-152.
- KOCH, D.B.; OLIVEIRA, P.R.M. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Rev. Bras de Tecnologias Sociais**. 2015 [online] 2(2):161-172. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9226>. Acesso em 12 de fevereiro de 2017.
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010 44(4): 750 – 757, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020. Acesso em 10 de janeiro de 2018.
- SCHÜTZ, A. **Sobre Fenomenologia e Relações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

TEIXEIRA, D.S. *et al.* Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção. **Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro**. PUCRJ. [online] 2016. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em 08 de janeiro de 2018.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa de excesso de mortalidade. *Rev. Cad Saúde Pública*. 29(1): 175-187. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2018.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender de que forma a partir do concreto do vivido da experiência dos médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde da AB, em região de tríplice fronteira, identificam e desenvolvem ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida.

Para isso, o estudo foi conduzido de modo a apreender a vivência dos profissionais de saúde com a tentativa de estabelecer o típico vivido por esses profissionais no que tange às suas concepções sobre o suicídio e sua prevenção e também compreender como se processa o cuidado junto à população que apresenta comportamento suicida.

O comportamento suicida vem sendo objeto de reflexões nos diversos aparatos de saúde em que circula. Especificamente na Atenção Básica os desafios a serem enfrentados envolvem na visão dos profissionais de saúde, desde a capacitação das equipes para o atendimento até o esforço no estabelecimento e bom funcionamento das RAS.

O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta sua compreensão mais ampla, envolvendo o campo social e coletivo, esferas fundamentais para o desenvolvimento de ações de prevenção.

Frequentemente o suicídio está associado a transtornos psíquicos, no entanto ao dar voz às equipes de saúde que atuam na Atenção Básica, fica evidente que na experiência desses profissionais ações de prevenção ao suicídio precisam contemplar outras áreas da vida da pessoa que apresenta comportamento suicida, sendo fundamental a realização de ações que envolvam os familiares e tenham início em outros campos, como por exemplo, na escola. Essa ampliação relacionada à compreensão do suicídio é fundamental para expandir as ações de prevenção, no entanto ao realizar essa ampliação aumenta a necessidade da inserção de outros atores sociais.

Os resultados obtidos nesse estudo possibilita a reflexão sobre o difícil cotidiano vivenciado pelos profissionais de saúde ao se depararem com suas próprias angústias relacionadas à impotência frente a um fenômeno tão complexo e desafiador para toda a sociedade, o que os desafia constantemente a buscar apoio no sentido de superar as adversidades e especialmente o desamparo que muitas vezes se faz presente.

Assim, pode-se refletir que o envolvimento dos serviços de saúde com a temática do suicídio e sua prevenção é relevante para que se possa efetivar o acompanhamento de um trabalho em rede, o que pode fortalecer todos os atores sociais envolvidos no atendimento à pessoa com comportamento suicida a fim de oferecer ações de cuidado eficazes no manejo e intervenção frente a essas situações.

Pode-se pensar que há uma urgência na revisão de criação dos protocolos de atendimento, tratamento e acompanhamento das pessoas que apresentam comportamento suicida, dado que corrobora a literatura sobre o tema, e que na análise dessa pesquisadora precisa ser realizado a partir da vivência dos profissionais de saúde, uma vez que esses profissionais dispõem de um saber construído na vivência do cotidiano de trabalho, somado à bagagem de conhecimento que trazem.

A construção coletiva fomentada pelas ações de educação permanente pode contribuir para a ampliação do entendimento do suicídio, não apenas como uma questão individual, mas enquanto um problema social que requer soluções de enfrentamento coletivas e comunitárias.

Além dos serviços de saúde, é fundamental um apoio intersetorial, envolvendo a Assistência Social, Educação, centros de apoio, entre outras, de modo a articular uma rede ampliada não só da Saúde, mas abrangendo os demais setores da vida da pessoa em sofrimento psíquico.

Faz-se necessário ressaltar que este estudo abarca um grupo social composto por alguns profissionais, dentre eles, enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde numa região de tríplice fronteira. Sugere-se que outros olhares possam ser lançados em outros contextos e profissionais para que os resultados possam somar-se a esses, possibilitando novas reflexões e ideias relacionadas às formas de cuidar de pessoas com comportamento suicida, considerado pela literatura como fenômeno multidisciplinar.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a pesquisa e para o ensino. No desenvolvimento de estratégias de atenção a pessoa com comportamento suicida, na atenção básica, especializada ou hospitalar, que possa suscitar a reflexão geradora de

outros estudos e formas de cuidar, com ênfase na prevenção com a construção de estratégias mais eficazes de prevenção.

5. REFERÊNCIAS

ABREU, K.P. *et al.* Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. 2010. 12(1): 195-200. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf. Acesso em maio/2016.

AGUIAR, E. B. P. de Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio. **RIES**, v.4, n.1, p. 68-82, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/342>. Acesso em maio/ 2016.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo. Ed. UNESP, 2012.

_____, *et al.* Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatria**. vol. 32 suppl. 2, p. S87 – S95, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005. Acesso em jan/2016

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília , v. 30, n. 3, set. 2010 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 jan/2016.

BOTEGA, N.J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**. Porto Alegre, PUCRS, [online] 2006.37(3): 213-220. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

_____, Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25 v. 12, 2009, p. 2632-2638. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001200010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em jan/2016.

_____, **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio**. Portaria nº 1876 de 14 de agosto de 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em janeiro/2016.

- _____, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso: junho/2016.
- _____, Ministério da Saúde. **Atenção básica e saúde da família – Guia prático do Programa de Saúde da família**, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf. Acesso em junho/2016.
- _____, Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde**. 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em junho/2016.
- _____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde - Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> Acesso em: fevereiro/2017.
- BUGS, T.V. *et al.* Percepção, Conhecimento e Atuação dos Médicos no Programa Rede Mãe Paranaense. Santa Maria, **Rev Saúde [online]** 2016. 42(2): 185-194, Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19576/pdf>. Acesso em: fevereiro/2017.
- CALDEIRA, S. *et al.* O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2012. 20(5): 08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf. Acesso em: 13 jun. 2016.
- CANTÃO, L.; BOTTI, N.C.L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Rev Bras Enferm** [online] 2016; 69(2): 366-72. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079>. Acesso em: 16 de janeiro de 2018.
- CAPALBO C. **Fenomenologia e ciências humanas**. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2008.
- CASSORLA, R. M. S. (org.) **Do Suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991.
- _____, Suicídio e autodestruição humana. In: **Comportamento suicida**. WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. e cols. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21 – 33.
- CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: um estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** [online] 2012. 17(8):2017-26.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800013. Acesso em: maio/2016.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. 21(spec): jan.–fev. 2013. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/52935/56928>. Acessado em: abril/2017.

FELIX, T.A. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. [online] 2016. **Rev. Contexto & Saúde**. 16(31): 173 – 185. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079>. Acesso em: 10 de janeiro de 2018.

FIGUEIREDO, L. C. **As diversas formas do cuidar: nos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2009. p. 131-152.

HECK, M. R. *et al.* Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 21, n. 1, 2011, p. 26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>. Acesso jan/2016

JAMISON, K. R. **Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio**. Trad. Gilson B. Soares. 2ª ed. Rio de Janeiro: Gryphus, 2010.

KOCH, D.B.; OLIVEIRA, P.R.M. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Rev. Bras de Tecnologias Sociais**. 2015 [online] 2(2):161-172. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9226>. Acesso em 12 de fevereiro de 2017.

LAPLANCE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. Trad. Daniel Lagache e Pedro Tamen. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 394-395.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In **Saúde em Debate: uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 233-297.

MERHY, E.E ; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. Texto de apoio. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Acessado em: abril/2016.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE F.G.; SOUZA, E.R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad Saude Publica**. 2006; 22(8) 1587-96

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010 44(4): 750 – 757, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020.

Acesso em 10 de janeiro de 2018.

OLIVEIRA, M.A. de C, PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev Bras Enferm** [online] 2013. 66(esp):158-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 16 de janeiro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html. Acesso em: janeiro/2017.

ROMARO, R. A. *et al* Reflexões e decorrências da participação das clínicas-escolano projeto de prevenção ao suicídio da Prefeitura Municipal de São Paulo. In: SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L. L.; SANTOS, M. A. dos e col. **Formação em Psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática**. São Paulo: Vetor, 2005 p. 323 – 340.

SCHÜTZ, A. **Sobre Fenomenologia e Relações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

SCHÜTZ A, LUCKMANN T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

SEMINOTTI, E. P. Suicídio infantil: reflexões sobre o cuidado médico. **Psicologia. PT**: p 1 – 14, 2011. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0571.pdf>. Acesso em maio/2016.

SILVA, N. H. L. P. Saúde da Família: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitários de saúde acerca do HIV/Aids. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, N. H. L. P.; CARDOSO, C. L. A construção de uma pesquisa fenomenológica baseada em Edith Stein na interface saúde mental e saúde da família. In: **Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa**. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2013, p. 381 – 411.

SILVA, M. N. R. M. de O.; COSTA, I. I. da. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 1, 2010. p. 19-29. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/11358>. Acesso em: janeiro/2016.

TEIXEIRA, D.S. *et al.* Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção. **Secretaria Municipal de Saúde Rio de Janeiro**. PUCRJ. [online] 2016. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em 08 de janeiro de 2018.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2^a ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2003.

VIDAL, C. E. L; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa de excesso de mortalidade. *Rev. Cad Saúde Pública*. 29(1): 175-187. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2018.

WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. e cols. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHO. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: **Who Press**, 2014. Disponível em: www.who.int. acesso em 10 de janeiro de 2018.

6. APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Foz do Iguaçu-PR, 06 de março de 2017.

À SECRETARIA DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU-PR.

Vimos solicitar a vossa autorização para a realização da coleta de dados por meio de entrevistas para a pesquisa intitulada: Ações de cuidado de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na cidade de Foz do Iguaçu-PR. Trata-se de pesquisa como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu PR-Brasil.

O objetivo do estudo é compreender como Médicos, Psicólogos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida. Os dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas com questões orientadoras. A coleta dos relatos será de junho a julho de 2017, após obter a autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, o consentimento dos participantes da pesquisa e parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – CEP/Unioeste. O número de sujeitos não será determinado nesse momento, sendo as entrevistas encerradas quando os depoimentos se mostrarem convergentes ou repetidos, com vistas à compreensão da vivência dos profissionais.

Espera-se que este estudo suscite reflexões e ações de cuidado que venham ao encontro das necessidades dos profissionais da saúde no que concerne a prevenção do suicídio. No ensino e na pesquisa espera-se suscitar outros estudos para somar aos resultados aqui encontrados, contribuindo para a construção de estratégias de prevenção eficazes.

Atenciosamente,

Meire Perpétua Vieira Pinto
Pesquisadora

Sebastião Caldeira
Orientador

M.D. Secretário de Saúde
Foz do Iguaçu PR-Brasil .

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA

INSTRUMENTO PARA COLETA DOS RELATOS

Caracterização dos participantes:

Idade: _____

Sexo:

Masculino Feminino

Religião: _____

Profissão:

Médico Psicólogo Enfermeiro ACS

Tempo de formação:

<5 anos 5-10 anos 10-15 anos 15-20 anos > 20 anos

Formado em:

Instituição Pública Privada outra: _____

Estado civil:

Solteiro Casado Viúvo Divorciado Outro _____

Tempo de serviço:

<5 anos 5-10 anos 10-15 anos > 15 anos

Tempo de serviço nesta instituição:

<5 anos 5-10 ano 10-15 ano 15-20 anos > 20 anos

Qualificação:

Especialização Mestrado Doutorado. Em quê: _____

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

1. Fale-me o que você sabe sobre o suicídio. (E sobre a prevenção do suicídio?)
2. Você conhece as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio?
3. Você atendeu ou atende pessoas com comportamento suicida?
4. Comente, a partir da sua vivência o que você compreende sobre o Cuidado e sobre Ações de Cuidado?
5. Você desenvolve ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida? Se sim, quais? Se não, por que?
6. Em sua opinião, que ações poderiam ser realizadas junto a essa população?
7. Quais são as suas expectativas no que diz respeito às Redes de Cuidado junto a essa população?

APÊNDICE 3



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO(A) PARTICIPANTE: _____

NOME DOS PESQUISADORES: Meire Perpétua Vieira Pinto e Sebastião Caldeira

Nós Meire Perpétua Vieira Pinto, psicóloga, mestranda no Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira na Universidade Estadual do Oeste do Paraná e Sebastião Caldeira, Enfermeiro, Docente em Enfermagem na Universidade Estadual do Oeste do Paraná convidamos você a participar do estudo intitulado: **Ações de cuidado de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na cidade de Foz do Iguaçu- PR.** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e tem como objetivo compreender, como você identifica e desenvolve ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida. Para tanto, você responderá a algumas questões norteadoras que serão gravadas. Em momento algum o seu nome será divulgado na pesquisa, nos artigos científicos ou em eventos, você poderá recusar-se a participar do estudo a qualquer momento e também não terá gastos e nem será pago qualquer valor para participar do estudo. Caso venha a ocorrer algum constrangimento, desconforto ou não se sinta bem de saúde, será providenciado atendimento na Unidade de Saúde ou acionado o SAMU, caso necessário. Espera-se que este estudo suscite reflexões e ações de cuidado que venham ao encontro das necessidades dos profissionais da saúde no que concerne a prevenção do suicídio. No ensino e na pesquisa espera-se suscitar outros estudos para somar aos resultados aqui encontrados, contribuindo para a construção de estratégias de prevenção eficazes. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra ficará arquivada com os pesquisadores. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato comigo pelo telefone (45) 99153-5010 e (45) 999443404 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE – CEP UNIOESTE pelo telefone (45) 3220-3272.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura do participante

Como pesquisadora, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Meire Perpétua Vieira Pinto
Pesquisadora

Sebastião Caldeira
Orientador

Foz do Iguaçu PR, de de 2017.

APÊNDICE 4



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA

DECLARAÇÃO PARA INÍCIO DA COLETA DOS DADOS

Título do projeto: Ações de cuidado de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na cidade de Foz do Iguaçu- PR.

Pesquisadores: Meire Perpétua Vieira Pinto e Sebastião Caldeira

Tipo de Pesquisa: Qualitativa

Iniciação Científica Dissertação/Mestrado TCC/Graduação

Tese/Doutorado TCC/Especialização Projeto Institucional

Os pesquisadores do projeto acima identificado declaram que a coleta dos dados não foi iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Foz do Iguaçu PR, 06 de março de 2017.

Meire Perpétua Vieira Pinto
Pesquisadora

Sebastião Caldeira
Orientador

ANEXO 1:



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO

A responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu – Luz Marlida Cardona, **AUTORIZA** a mestrande da Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE), **MEIRE PERPÉTUA VIEIRA PINTO**, a proceder a coleta de dados, junto à Diretoria de Atenção Básica, no âmbito da Secretaria da Saúde deste Município, para o projeto de pesquisa com o título "Ações de Cuidado de Profissionais de Saúde na Prevenção do Suicídio".

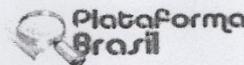
Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela pesquisadora e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta de dados não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição que frequenta.

Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas para outros fins que não os do projeto de pesquisa acadêmica.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 20 de março de 2017

Luz Marlida Cardona
Responsável pela Secretaria Municipal da Saúde

ANEXO 2:**UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Ações de cuidado de profissionais de saúde na prevenção do suicídio na cidade de Foz do Iguaçu-PR.

Pesquisador: Meire Perpétua Vieira Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68693917.3.0000.0107

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.087.225

Apresentação do Projeto:

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, com o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Ele será desenvolvido no contexto da Atenção Primária à Saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF), bem como na Atenção Secundária no município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil, Região da Tríplice Fronteira, pertencente a Nona Regional de Saúde (9ª RS) do Estado do Paraná. A população alvo será composta por profissionais de saúde - Médicos, Psicólogos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde. Em um primeiro momento serão identificados no Sistema de Informação de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu. Após será feito contato telefônico para agendamento das entrevistas. O número de participantes não será determinado, sendo as entrevistas encerradas quando os relatos mostrarem-se convergentes, com vistas à compreensão da vivência dos profissionais pesquisados sobre a identificação e as ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse estudo é compreender como médicos, psicólogos, enfermeiros e agentes comunitários da Atenção Primária e Secundária à Saúde identificam e desenvolvem ações de cuidado a pessoas com comportamento suicida.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

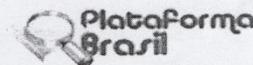
Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.087.225

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos, assim como os benefícios estão adequadamente descritos:

Riscos: Por tratar-se de entrevista, os riscos aos participantes serão mínimos. Caso venha a ocorrer algum constrangimento, desconforto ou não se sinta bem de saúde, será providenciado atendimento na Unidade de Saúde ou acionado o SAMU, caso necessário.

Benefícios: Espera-se que este estudo suscite reflexões e ações de cuidado que venham ao encontro das necessidades dos profissionais da saúde no que concerne a prevenção do suicídio. No ensino e na pesquisa espera-se suscitar outros estudos para somar aos resultados aqui encontrados, contribuindo para a construção de estratégias de prevenção eficazes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para a área de Ciências da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão anexados e devidamente preenchidos.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado adequado do ponto de vista ético envolvendo seres humanos de acordo com as exigências deste Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_868603.pdf	23/05/2017 09:22:59		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	23/05/2017 09:22:18	Meire Perpétua Vieira Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	11/04/2017 00:55:14	Meire Perpétua Vieira Pinto	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SMS.pdf	11/04/2017 00:41:31	Meire Perpétua Vieira Pinto	Aceito
Outros	SOLICITACAO_SMS.pdf	11/04/2017 00:40:22	Meire Perpétua Vieira Pinto	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

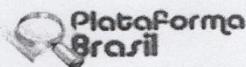
Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.087.225

Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.pdf	11/04/2017 00:39:33	Meire Perpétua Vieira Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/04/2017 00:24:18	Meire Perpétua Vieira Pinto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COLETA_DADOS.pdf	11/04/2017 00:23:38	Meire Perpétua Vieira Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 29 de Maio de 2017

Assinado por:

Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3272

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br