

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**LUCIMARA LEITE SILVA**

**SUICÍDIO:** limites e possibilidades a partir de intervenções na atenção primária.

São Luís  
2018

**LUCIMARA LEITE SILVA**

**SUICÍDIO:** limites e possibilidades a partir de intervenções na atenção primária de saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Marilha da Silva Cariolano

São Luís  
2018

Silva, Lucimara Leite

Suicídio: limites e possibilidades a partir de intervenções na atenção primária /  
Lucimara Leite Silva -. São Luís, 2018.

Impresso por computador (fotocópia)

21 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial) Faculdade LABORO. -. 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Marilha da Silva Cariolano

1. Suicídio. 2. Atenção Primária de Saúde. 3. Intervenção. I. Título.

CDU: 616.89

**LUCIMARA LEITE SILVA**

**SUICÍDIO:** limites e possibilidades a partir de intervenções na atenção primária de saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Me. Marilha da Silva Cariolano**  
Mestre em Biologia Parasitária  
Faculdade Laboro

---

**Examinador 1**

---

**Examinador 2**

**SUICÍDIO:** limites e possibilidades a partir de intervenções na atenção primária de saúde.

**LUCIMARA LEITE SILVA<sup>1</sup>**

## **RESUMO**

O presente trabalho traz uma perspectiva de como ocorrem as abordagens dos casos de suicídio na Atenção Primária de Saúde, bem como as adversidades na atuação. Sabe-se que o suicídio é um tema complexo para a sociedade e até mesmo pela equipe de saúde, isso decorre pelas peculiaridades dos serviços de saúde, que é muito condicionado a lidar com casos biológicos e urgentes ou até mesmo pela falta de qualificação dos profissionais da saúde. Os dados são alarmantes, estima-se que o suicídio esteja entre a segunda maior causa de morte no mundo, e que 90% dos casos, esteja atrelado a alguma psicopatologia. Nessa perspectiva o objetivo desse trabalho é analisar as principais dificuldades dos profissionais da atenção básica na abordagem dos pacientes suicidas; elucidar como as equipes trabalham dentro de uma perspectiva multidisciplinar; demonstrar as principais estratégias de manejos. A pesquisa é narrativa e não sistemática. Para a realização da pesquisa foram realizadas buscas de artigos científicos e livros, em Português e Inglês de 2010 a 2018 utilizando os seguintes descritores isolados ou combinados: Suicídio, Atenção básica e Intervenção. Verificou-se que a atenção básica atua por meio do acolhimento dos pacientes com comportamentos suicidas, onde são realizadas intervenções por meio de atendimentos e o caso é discutido no apoio matricial. As principais dificuldades encontradas pelos profissionais se dão em decorrência da falta de conhecimento para o manejo dos pacientes nessa situação, assim como delegação de responsabilidade para o especialista.

**Palavras-chave:** Suicídio. Atenção Primária de Saúde. Intervenção.

**SUICIDE:** limits and possibilities from interventions in primary health care

## **ABSTRACT**

The present work presents a perspective of how the approaches of the cases of suicide occur in the Primary Attention of Health, as well as the adversities in the action. It is known

---

<sup>1</sup>Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade Laboro, 2018.

that suicide is a complex issue for society and even the health team, this is due to the peculiarities of health services, which is very conditioned to deal with biological and urgent cases or even the lack of qualification of professionals of health. The data are alarming, it is estimated that suicide is among the second largest cause of death in the world, and that 90% of the cases are linked to some psychopathology. From this perspective the objective of this work is to analyze the main difficulties of the primary care professionals in the approach of suicidal patients; elucidate how teams work within a multidisciplinary perspective; demonstrate the main management strategies. The research is narrative and not systematic. To carry out the research were carried out search of scientific articles and books in Portuguese and English from 2010 to 2018 using the following descriptors isolated or combined: Suicide, Basic Attention and Intervention. It was verified that basic care works through the reception of patients with suicidal behaviors, where interventions are performed through consultations and the case is discussed in the matrix support. The main difficulties encountered by professionals are due to lack of knowledge for the management of patients in this situation, as well as delegation of responsibility to the specialist.

**Keywords:** Suicide. Primary Health Care. Intervention.

## 1 INTRODUÇÃO

A abordagem sobre o suicídio vem sendo cada vez mais recorrente, dentre inúmeros fatores, as mudanças sociais contribuíram significativamente para o aumento de suicídio ao redor do mundo. O tema é complexo e requer um olhar multidisciplinar para tratamento.

Na sociedade contemporânea, a abordagem sobre a sobre morte ainda é um tabu, e se torna mais resistente quando se trata do suicídio, há uma certa restrição ao falar desse tema, ocasionando nas pessoas que estão sendo acometidas por pensamentos e ideações suicidas não falem sobre isso ou quando falam são tolhidas e por vezes taxadas de “fracas” ou que isso esteja atrelado a falta de alguma divindade. Abordar sobre suicídio e abrir espaços para diálogos não aumenta o risco, mas sim dá subsídio para que este tema seja desmistificado.

A atenção Primária de Saúde (APS), é uma porta de entrada desses casos de suicídio. É muito expressivo o número de pacientes que passaram por esse serviço antes de efetivar o suicídio, conforme um estudo internacional de Luoma et al., (2002), que apontou que em média 45% dos casos de suicídio, dentro de um mês, no ano anterior ao suicídio buscaram a atenção primária. Os dados a nível nacional demonstram que no

Brasil, chegam a 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, refletindo a terceira causa de óbitos, como aponta Machado & Santos (2015). A OMS (2006), estima que cerca de 90% das pessoas que cometeram o suicídio apresentava alguma psicopatologia e 60% estavam com depressão, os transtornos do humor estão relacionados ao suicídio.

As dificuldades de sono, de alimentação, a falta de interesse por atividades que despertava prazer, tristeza, apatia, letargia, ansiedade, são sinais que os profissionais da saúde devem atentar como risco de suicídio.

A atenção primária por meio da articulação com os outros níveis de atenção, é fundamental para trabalhar com esses pacientes, tanto no manejo do caso quanto ao encaminhamento, orientações e ações de prevenções. Diante disso o trabalho é tangenciado pela seguinte problemática: como acontece a abordagem de pacientes por suicídio por meio da Atenção Primária?

Assim, o presente artigo tem como objetivo analisar as principais dificuldades dos profissionais da atenção básica na abordagem dos pacientes suicidas; elucidar como as equipes trabalham dentro de uma perspectiva multidisciplinar; demonstrar as principais estratégias de manejos. A pesquisa é narrativa e não sistemática. Para a realização do presente estudo foram feitas pesquisas na internet de artigos, livros, em Português e Inglês de 2010 a 2018. Foram utilizados os descritores isolados ou combinados: Suicídio, Atenção básica e Intervenção.

Os principais autores que norteiam os trabalhos são Meliska, Durkheim, Luoma, e as instituições como Organização Mundial da Saúde (OMS), Sistema Único de Saúde (SUS) e as Leis e Diretrizes sobre a prevenção de Suicídio e Ministério da Saúde. No primeiro momento do trabalho aborda-se sobre o suicídio e aspectos históricos, assim como as percepções da sociedade acerca da temática, e os dados estatísticos sobre o cenário mundial e nacional do suicídio. Posteriormente, faz-se um apanhado dos aspectos conceituais da Atenção Primária e a sua articulação com outros serviços e por fim explicita-se a abordagem nesses casos e os procedimentos que devem ser tomados.

## **2 SUICÍDIO**

O tema suicídio tem ganhado mais relevância a cada dia, isso deve-se a vários fatores como o social, econômico, a nova configuração familiar, pressões advindas de trabalho, estresse e transtornos psicológicos. De fato, o tema ainda é tabu na sociedade, estigmatizado e passível de muitos olhares equivocados. Entretanto é um tema estudado desde da filosofia à área da saúde.

Durkheim (1897) já abordava sobre o suicídio como um fato social, ou seja, não é somente um fenômeno individual - apesar do ato significar matar a si próprio – mas também coletivo.

Para melhor explicitar esse lugar do suicídio enquanto uma prática individual e coletiva, o autor supracitado fez uma abordagem com base em estatística para explicitar esse tema, e afirma que é uma crise moral da sociedade, e que existem três tipos de suicídios: o suicídio egoísta, que significa o enfraquecimento dos laços entre o indivíduo e o social, a percepção individual sobressai ao coletivo, seu sofrimento é maior que o do outro. O suicídio altruísta ao contrário do egoísta, está intimamente relacionado ao meio social, à coletividade, ou seja, o indivíduo morre em *prol* da coletividade, com a ideia que está fazendo o bem para a sociedade. E por fim, trata o suicídio também como Anomia que é a adaptação inócua à normas e regras da sociedade, ocasionado pela perda de padrão social, que é decorrente de uma revolução, reforma econômica, reforma política.

De acordo com Barbosa, Macedo & Silveira (2011) a palavra suicídio origina-se do latim que significa (*sui*, “próprio e *caedere*, “matar”), que é um ato voltado para matar a si próprio, é voluntário e intencional. Refletir acerca do suicídio implica em levantar diversos questionamentos para buscar compreender quais motivações levaram a pessoa a cometer o suicídio, quais sofrimentos estavam por trás do ato.

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, estatísticas apontam que cerca de um milhão de mortes ocorrem por ano e há perspectiva de aumento para as próximas décadas. Então, é importante salientar que é um problema de saúde pública. A média mundial de suicídio é de 16 óbitos por 100 mil habitantes, e com um relevante aumento de 60% nos últimos 45 anos (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014).

Um estudo que foi realizado com população brasileira entre os anos de 1980 e 2000, identificou um aumento de 32% na taxa masculina de suicídio e houve aumento em todas as faixas etárias. Já em outra pesquisa feita em Campinas-SP, por Marín-León

e Barros (2003), indicou um aumento de suicídio em ambos sexos na fase adulta de 35-54 anos, no período de 1997-2001, predominando óbitos por suicídio na fase adulta, com taxa de 6,6/100 mil. Na população feminina as taxas são altas quando se refere ao planejamento e na tentativa do suicídio, enquanto que no sexo masculino as taxas maiores são de suicídio consumado. (BAGGIO et al., 2009).

Já no Brasil, os dados chegam a 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, refletindo a terceira causa de óbitos (MACHADO; SANTOS, 2015). Compreender as motivações e prevalência são importantes para expor estratégias de controle, de prevenção e tratamento para os pacientes e família que está envolvida nessa problemática.

De acordo com Almeida et al. (2009) os principais fatores de risco para os comportamentos suicidas estão relacionados aos consumo e/ou uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas; conflitos com a família; transtornos mentais graves e principalmente a depressão, doenças terminais, impulsividade, não possuir vínculos e rede de apoio como amigos e parentes, a perda de relações interpessoais importantes para o indivíduo (perdas afetivas), histórico familiar de suicídio, exposição à violência tanto física como emocional, tentativas de suicídio bem como ideação, isolamento social, problemas financeiros, histórico familiar de suicídio, bem como variáveis demográficas e socioeconômicas.

Em face deste assunto, faz-se necessário a exposição do tema no sentido de desmistificar o assunto, considerando todas as repercussões que o suicídio traz ao meio social enquanto um fenômeno que desperta angústias, medos, fantasias e que muitas vezes o paciente e a própria família não sabem lidar com isso. Assim, faz-se relevante demonstrar à sociedade a importância de um olhar mais acolhedor. (MACEDO & SILVEIRA, 2011).

### **3 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

A produção do cuidado e da assistência por muito tempo permaneceu sob a hegemonia do modelo biomédico, na qual condicionava a saúde ao corpo, ou seja, um modelo assistencial mais voltado para a cura. Com a institucionalização do SUS, preconiza-se as políticas que vão de encontro ao modelo hegemônico, e recomenda a

articulação dos profissionais da área, da gestão das instituições de saúde, da comunidade e dos prestadores de serviços.

A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes. (CONASS, 2011, p.10)

Considerando que a saúde tem condicionantes que influenciam diretamente no adoecimento ou não, como: educação, transporte, moradia e saneamento básico, a atenção primária é fundamental para trabalhar a promoção da saúde nesse aspecto, se fortalecendo com caráter educativo conforme relatado abaixo:

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. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p. 14)

Então, o modelo de atenção vai para além da medicalização e busca a compreensão do sujeito na sua integralidade e caráter preventivo, balizadas pelas políticas públicas. Apesar de muitas intempéries encontradas, no ponto de vista pragmático que os profissionais encontram. O usuário também sofre com as adversidades para o cuidado da saúde, como enormes filas de espera, demora no atendimento, e a demanda de pacientes também dificulta os trabalhos da equipe de forma integralizada.

De acordo com a política nacional de atenção básica, a Atenção Primária de Saúde tem como fundamento subsidiar a possibilidade do acesso a todos, garantindo a universalidade à todos aos serviços de saúde, bem como a integralidade nas suas ações

e o desenvolvimento de vínculos da equipe com a comunidade, garantido a longitudinalidade do cuidado, por meio de constante qualificação e capacitação e manter o acompanhamento do planejamento juntamente com os resultados e incentivar a participação da sociedade nas decisões e melhorias dos processos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Para que a atenção primária da saúde se consolide é fundamental que tenha como base estruturante a Saúde da Família. Assim, a Equipe da Saúde da Família (ESF) atua de forma a buscar a construção de um espaço que vise a atenção integral e em sua atuação, faz-se necessário que as peculiaridades encontradas na área técnica se cruzem com a área clínica.

O trabalho da ESF é dinâmico, os atendimentos podem ser feitos nas salas de espera, ou na realidade do paciente, onde busca-se nos atendimentos o olhar sobre a subjetividade e na qualidade de vida para que este seja autônomo nas capacidades resolutivas de seu dia-a-dia. Por isso, Pinto (2012) afirma que as intervenções multidisciplinares enriquecem os trabalhos em saúde mental que promovida pela articulação entre ESF e CAPS's, trazem o conceito de cuidado de forma plural. Essa forma de ação propicia um caminho diretivo a integralidade subsidiada por uma ampla variedade de saberes e práticas que propõem um modelo assistencial capaz de ver o sujeito em sua subjetividade e a sua composição social onde está inserida, como fatores de análise e intervenção.

Sabe-se que por muito tempo a doença mental era estigmatizada e o apoio matricial é uma ferramenta de trabalho importante para descentralização em saúde mental e garantir uma atuação com um olhar mais inclusivo, no sentido de garantir possibilidades para o usuário de ser mais independente. A Assistência Primária de Saúde (APS) e o vínculo com a Equipe de Saúde da Família (ESF) formalizam esse cuidado mais ampliado. Essa interação de saúde mental e a APS favorece uma possibilidade mais ampliada do cuidado. Nessa perspectiva o suicídio, dentro de saúde mental vem ganhando relevância, em decorrência do aumento do índice o que reflete em um olhar na atenção básica. (HIRDES, 2015)

Conforme pode-se verificar a APS se estabelece como um elemento fundamental na consolidação dos sistemas de saúde, como uma porta de entrada e capacidade de

impactar diretamente nos indicadores de saúde e regular a utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, assegurando que a população tenha acesso aos serviços de saúde.

#### **4 ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

O ministério da Saúde instituiu a lei nº 1.876/06 na qual prevê Diretrizes para a prevenção do suicídio e no inciso VIII é estabelecido a promoção permanente da qualificação dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência (BRASIL, 1996).

Em uma pesquisa internacional que analisou 40 artigos científicos nos países Reino Unido, Suécia, Canadá, Finlândia, Noruega e Estados Unidos, sobre o contato com os profissionais na atenção primária para com os pacientes suicidas, apontou que dois terços dos pacientes que cometeram o suicídio e tiveram contato com a equipe de Atenção Primária apontou a sua intenção em até uma semana antes da formalização do ato. Numa perspectiva mensal, uma dentre cinco vítimas de suicídio tiveram contato com profissionais. Em média 45% dos casos de suicídio, dentro de um mês, no ano anterior ao suicídio, 77% dos pacientes que atendidos na Atenção Primária, enquanto 32% delas foram atendidas em serviços de saúde mental. (LUOMA et al., 2002).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde OMS - (2000), também corrobora que muitos pacientes que tentaram suicídio também buscaram apoio na Atenção Básica de Saúde antes da concretização do ato.

Esses dados citados são importantes e servem para reflexão sobre a importância das intervenções na Atenção Primária, percebe-se que há uma parcela significativa de pessoas que cometem suicídio e tiveram um contato prévio com a APS, assim a constante melhora na detecção de sinais e sintomas e o encaminhamento e a forma de lidar com os transtornos psiquiátricos são processos importantes na prevenção de suicídio.

A OMS lançou um manual sobre a prevenção do suicídio para os profissionais da saúde em atenção primária e preconiza que é na atenção básica que a aproximação

com a comunidade acontece, a equipe tem um elo fundamental que favorece o acolhimento do paciente suicida.

O conhecimento que a equipe tem sobre a família e sobre a realidade local permite que os profissionais saibam articular melhor a rede de apoio e está em posição de oferecer cuidado continuado. E sugere também que a abordagem ao paciente seja feita, no caso de pacientes suicidas, com avaliação do estado mental sobre os pensamentos, se ele tem algum plano suicida e quanto ele está disposto a fazer isso, verificar se a pessoa tem alguma rede de apoio. Falar sobre suicídio com o paciente é fundamental para compreendê-lo, desmistificando a crença que deve-se evitar falar sobre o suicídio. O profissional da saúde deve fazer o encaminhamento, marcar consultas e acompanhar o caso, articular sempre com os recursos que dispõem na comunidade, como família, amigos e igrejas, de forma a agregar no tratamento (BRASIL, 2006).

Meliska (2016) também corrobora sobre a importância do falar abertamente com o paciente sobre o suicídio, em um ambiente adequado e com tempo para o diálogo, com privacidade e a escuta qualificada. O profissional deve utilizar uma abordagem calma, de acolhimento e não julgamento. Preferir usar perguntas abertas, e a partir da fala do paciente, pois o paciente terá uma resposta mais espontânea, ou seja, o profissional deve deixar o paciente a vontade ou criar possibilidades de fala com esse paciente.

O profissional deve investigar as motivações que paciente tem para viver, pois isso será um balizador da gravidade da desesperança e da falta de perspectiva de futuro. Não pode dar falsas expectativas do paciente que tudo ficará bem. É fundamental identificar se há pessoas, crenças, coisas ou projetos que são motivadores para o paciente. Pois esses trabalhos darão base para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da crise (MALISKA, 2016).

O Programa de Saúde da Família (PSF), é uma estratégia fundamental para o fortalecimento e articulação das redes de serviços, atua no acompanhamento em território delimitado, a compreensão do território e os fatores que levam ao risco de suicídio, bem como as ações fortalecem as estratégias para lidar com o suicídio.

O papel da família é muito importante e deve ser orientada acerca do encaminhamento do paciente para o CAPS e CREAS, a depender do caso, por mais que

o encaminhamento é realizado, recomenda-se que seja feito o acompanhamento pela APS.

Conforme afirma Machado (2011, p. 35):

Deve-se encaminhar o usuário para o acompanhamento psiquiátrico ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com referência para transtorno mental. Em casos graves, encaminhar para Emergência nos Hospitais locais e encaminhar ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS.

Trabalhar nos aspectos preventivos do suicídio envolve uma série de questões, e isso implica em reconhecer o quanto as crianças e adolescentes devem ter aparatos e condições melhores de vida, dispondo de tratamentos para as perturbações mentais. As ações referentes ao cuidado de programas de conscientização e disseminação das informações, são fundamentais na prevenção do suicídio. (WHO, 2000).

O acolhimento e identificação de sinais pode ser identificado pela Unidade de Atenção Básica e/ou no Consultório na Rua, nesse momento a equipe avalia se há risco de suicídio, questionando se tem planos claros, se tem estrutura para isso, bem como buscar identificar se o paciente tem algum histórico de uso de álcool e drogas e avaliar as perspectivas de vida do usuário. Nessa avaliação é importante acompanhar a família e incluí-la no cuidado do paciente. Nos casos de pacientes que tem ideação suicida, é necessário articular juntamente com o CAPs, para a deliberação sobre o caso de encaminhamento para o CAPS III, ou também verificar a possibilidade de internação hospitalar, que tem como função subsidiar um espaço na qual o paciente não cometa o suicídio, seria uma forma de contenção. Deve-se eleger alguém da família para o acompanhamento diário desse usuário (SUS, 2006).

Em situações na qual não fica constatado planos para cometer o suicídio, o cuidado deve ser constante, pois é necessário que assegure que o paciente não evolua para uma tentativa de suicídio. Indica-se que a Equipe de Saúde da Família estude os casos, juntamente com o CAPS de referência e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). (SUS, 2006)

Conte et al., (2018, p.37):

Para organizar as linhas de cuidado é preciso desenvolver a capacidade de interlocução e negociação, com implicação de todos os atores em um acordo assistencial que garanta a disponibilidade de recursos e a oferta de atenção primária e secundária; os fluxos centrados no indivíduo, facilitando o seu caminhar na rede; os instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade e a responsabilidade da equipe da UBS em desenvolver o projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado.

Em síntese, para o fortalecimento do cuidado na atenção primária é fundamental que todos envolvidos estejam preparados para a abordagem do paciente, nesse sentido a Atenção Básica exerce um papel de abarcar esses pacientes em sofrimento, e que exerce um papel relevante, uma vez que, como apontam os estudos mencionados, muitos desses pacientes passaram pelo serviço, anteriormente ao ato de suicídio. Isso reforça o quanto as ações no sentido preventivo nesse nível de serviço devem permanecer enquanto estratégias, assim como deve passar por reformulações de melhorias. Muitas são as formas de acolhimento, bem como ações, entretanto a complexidade da problemática requer sempre mais esforços, estrutura, e mais profissionais preparados para a sociedade ter respostas mais qualitativas no tangente a saúde mental.

#### **4.1 Adversidades**

A saúde mental, com a reforma psiquiátrica, na década de 50 e 60 passou por tranformações fundamentais para o início de uma reflexão sobre o fazer saúde, nos aspectos teóricos e pragmáticos, surgindo então a necessidade de abordar sobre temas como “[...] uso de substâncias psicoativas, suicídio, violência e transtornos comportamentais.” O conceito de psiquiatria comunitária, inicialmente não teve uma proposta bem definida, até para os profissionais que era da área de saúde mental. “Havia uma dificuldade relacionada inclusive sobre o conceito de saúde mental comunitária, em oposição à psiquiatria hospitalar, e ao entendimento do que seria comunidade, em relação aos seus limites” (REINALDO, 2008, p. 01-02).

Verifica-se, portanto as primeiras lutas acerca da saúde mental, enquando um movimento histórico no sentido de trazer temáticas que até então eram “negligenciadas”, na qual referem-se ao campo da psicopatologia, e inclusive o suicídio, assim é marcado o

primeiro despertar numa tentativa um olhar mais sistematizado.

Nos parâmetros atuais, infelizmente a questão do suicídio ainda é estigmatizada pela equipe de saúde, isso decorre pelas peculiaridades dos serviços de saúde, que é muito condicionado a lidar com casos biológicos e urgentes ou até mesmo pela falta de qualificação dos profissionais da saúde. Em síntese, o suicida é visto como paciente que tem como características o exibicionismo de comportamentos estereotipados, hostilidade e rejeição. Tais comportamentos levam os profissionais de saúde a experimentarem sensações de estarem “perdendo tempo”, quando poderiam estar atendendo “casos mais graves”. Essas percepções que os profissionais da saúde experimentam, tem como consequência repercussões negativas do cuidado (VIDAL; GONTIJO, 2013).

No contexto atual, apesar dos profissionais de saúde da atenção básica terem proximidade com os sujeitos, no seu meio, na sua realidade compreendendo o seu estado de saúde, ainda assim os casos relacionados ao suicídio, é evidente que existem muitas dificuldades de atuação, por mais que a equipe de saúde compreenda a forma estrutural, organizacional de planejamento, estratégias e ações, respeitando a territorialidade e adscrição, a equipe, por vezes sente-se despreparada para lidar com o comportamento suicida, muito provavelmente por acharem que é uma demanda para os especialistas (ABREU et al.,2010).

Para corroborar com tal pensamento, em estudos realizados por Tschidel (2009), foi verificado que a falta de preparo dos profissionais que atuam na área de saúde tende a ser um entrave para o alcance dos objetivos traçados na prevenção do suicídio. A exemplo, ele fala acerca dos conhecimentos das Enfermeiras sobre a evidenciação dos comportamentos dos pacientes com risco de suicídio, e que a grande maioria não se considera preparada para a prevenção do suicídio, apesar de reconhecerem as ações que são realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Machado (2011, p.31) aborda sobre a atuação do profissional da saúde na APS:

Os profissionais de saúde, nesse nível de atenção, podem tornar-se aptos para realizar intervenções seguras, tecnicamente fundamentadas, que estimulem a proteção à vida, embora o fenômeno suicídio requeira cuidados da Saúde Mental. O que implica proximidade com os indivíduos e suas famílias, atenção voltada para a prevenção e habilidade para exercer suas funções profissionais, pelo fato de estarem na mesma área em que convivem as pessoas que são atendidas.

Neste aspecto, a constituição interdisciplinar da equipe é primordial para que, em situações da equipe não ter especialistas, o atendimento e intervenção é assegurado, por meios da multiplicidade dos saberes se intercalam. O olhar que cada especialidade tem, colabora para a integralidade do atendimento como é preconizado nas diretrizes do SUS (ABREU et al., 2010).

Do ponto de vista estrutural, na conjuntura da formação dos espaços de atenção (rede de atenção) Abreu et al., (2010, p. 199) aponta que “os Residenciais Terapêuticos, as Oficinas de Geração de Renda, dentro outros equipamentos, que poderiam dar suporte para as equipes da atenção básica, ainda é muito tênue”, o autor complementa que a existencia de espaços, em detrimento de da intersecção do cuidado é um complicador em relação ao acompanhamento do caso.

As estratégias relacionadas ao matriciamento na atenção primária está em um processo de implantação constante, e as equipes ainda estão tendo que se adaptar para esse novo momento, e podem apresentar um comportamento de resistência, com os vínculos e acolhimentos que são gerados nesse processo, que geram mais responsabilidade para com a comunidade atendida. O papel Atenção básica vai para além de psicodiagnóstico, ainda falta também incentivos por partes dos órgãos governamentais.

O objetivo de prevenção do comportamento suicida é complexo, por vezes desaponta a equipe de saúde, e acaba experimentando sentimentos de despreparo, pois nem sempre o profissional numa intervenção tem para onde recorrer diante das situações.

Apesar dos percalços é necessário que a equipe de atenção básica sempre trabalhe no sentido de propiciar respostas comportamentais alternativas ao suicídio e assim considerar a qualidade de vida, explorar os potenciais de casa usuários para que o mesmo expresse-se de forma mais adequada no mundo.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O suicídio, sem dúvida desperta muitos olhares reflexivos, é uma temática de saúde pública e que é expressa por números que são cada vez mais alarmantes e

acredita-se que isso se deve à vários fatores como comportamentais, sociais, psicopatológicos, e que necessitam de ações preventivas.

Ao decorrer do presente trabalho, verificou-se que muitos pacientes que já cometeram o suicídio, tiveram algum contato prévio com a equipe de Atenção Primária, destacando assim a relevância do papel dessa equipe no manejo de casos desses pacientes, com foco na prevenção. Para além das atividades operacionais como marcação de consulta, visitas, acampamento de caso, papel do profissional da saúde da APS é de ser um articulador entre comunidade, família e usuário, visando a sua reintegração social.

Assim o preparo desses profissionais que trabalham na APS é fundamental, apesar da falta de preparo de alguns profissionais que atuam na área de saúde ser um entrave para o alcance dos objetivos traçados na prevenção do suicídio e também a questão do suicídio ainda ser considerado um tabu pela equipe de saúde, isso decorre por conta das peculiaridades dos serviços de saúde, que é muito condicionada a lidar com casos biológicos e urgentes ou até mesmo pela falta de qualificação dos profissionais da saúde.

Além disso, verificou-se que o profissional da saúde tem dificuldades em assimilar que o usuário suicida, é um paciente que merece e deve ser tratado em sua saúde mental. Muitas vezes a equipe avalia o paciente suicida como alguém que quer “chamar atenção” ou que é hostil. Além disso, a equipe pode ainda achar que a responsabilidade é do especialista, delegando a sua também responsabilidade. Outro fator verificado é que apesar da existência dos espaços terapêuticos a falta de comunicação quando ocorrer o encaminhamento pode interferir qualitativamente no trabalho.

Apesar de que muito já se tenha trabalhado discutido e realizado, é inegável que as variabilidades dos fatores de risco suicida estão para além do controle da Saúde Pública, tendo em vista que é necessário levar em consideração os aspectos sociais, econômicos, financeiros o que confere uma dimensão complexa.

## REFERÊNCIAS

- ABREU et al., Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas Rev. Eletr. Enf. 2010;12(1):195-200. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>> Acesso em 05 de jul. de 2018.
- ALMEIDA, S. A. de, Guedes, P. M. M., NOGUEIRA, J. de A., FRANÇA, U. de L., & Silva, A. C. de O. (2009). Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. **Revista Eletrônica e Enfermagem**, 11(2), 383-389.
- BAGGIO, L., PALAZZO, L. S., AERTS, D. R. G. de C. (2009). **Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados**. Caderno de Saúde Pública, 25(1), 142-150.
- BARBOSA, Oliveira Barbosa; MACEDO, Paula. Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho de. **Depressão e o suicídio**. Universidade nove de julho: UNIFESP, 2011
- BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2018
- CONTE, Marta et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, Aug. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800013&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 May 2018
- DURKHEIM, E. **O Suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Editora Martins Fontes, (1897) 1999.
- LUOMA JB, Martin CE, PEARSON JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **Am J Psychiatry** 2002; 159(6):909-916.
- MACHADO, Álida de Castro. **A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na Atenção Primária à situação de risco para o suicídio**. Universidade federal de minas gerais curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Formiga – MG 2011
- MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, Mar. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000100045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000100045&lng=en&nrm=iso)>. acesso 16 June 2017.
- MARÍN-LEÓN, L., & Barros, B. A. (2003). Mortes por suicídio: Diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, 37(3), 357- 363.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília – DF, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979

\_\_\_\_\_. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Transtornos mentais e comportamentais departamento de saúde mental organização mundial da saúde Genebra 2000. Disponível: <  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_por.pdf?sequence=8](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf?sequence=8)> Acesso em 10 de Maio de 2018.

SCHLOSSER, Adriano; ROSA, Camargo; MORE, Campo. Revisão: **comportamento suicida ao longo do ciclo vital. Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 133-145, abr. 2014 Disponível em  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2014000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 nov. 2017.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Abordagem das pessoas em risco de suicídio na atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:  
[https://saudementalcap10.files.wordpress.com/2016/11/folder\\_prevencao\\_suicidio\\_final.pdf](https://saudementalcap10.files.wordpress.com/2016/11/folder_prevencao_suicidio_final.pdf). Acesso em 15 de Maio de 2018.

TSCHIDEL, Ederson. **O conhecimento dos enfermeiros de unidades básicas de saúde pertencentes aos municípios da sobre 29ª Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina sobre o suicídio e sua prevenção**. Palmito- SC, 2009. (TCC) Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Catarina, Palmito (SC), 2009.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, June 2013 . Available from <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200002&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 May 2018.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2):371-382, 2015.

PINTO, Antonio Germane Alves et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):653-660, 2012.