

Recebido: 06.09.2022
Aceito: 12.04.2023

Como citar
este artigo

Ferreira ML, Vargas MAO, Rodrigues J, Zilli F, Trentin D, Antunes L. Perspectivas da rede de Atenção Primária à Saúde ao Comportamento Suicida. Rev Paul Enferm. 2023;34:a01. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2023v34a01>

Autor
Correspondente



Jeferson Rodrigues
E-mail:
jeferson.rodrigues@ufsc.br

Perspectivas da rede de Atenção Primária à Saúde ao Comportamento Suicida

Perspectives of the Primary Health Care network on suicidal behavior

Perspectivas de la red de Atención Primaria de Salud sobre la conducta suicida

Micheli Leal Ferreira¹ ORCID: 0000-0002-3064-1875

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹ ORCID: 0000-0003-4721-4260

Jeferson Rodrigues¹ ORCID: 0000-0002-8612-9088

Francielly Zilli¹ ORCID: 0000-0001-9697-2709

Daiane Trentin¹ ORCID: 0000-0003-3074-3617

Lucas Antunes¹ ORCID: 0000-0002-5359-4039

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar a atuação dos profissionais da atenção primária à saúde à pessoa com comportamento suicida na perspectiva de redes de atenção. **Métodos:** pesquisa qualitativa desenvolvida com 19 profissionais da saúde de nível superior e com profissionais da gestão dos serviços da atenção primária à saúde de um município catarinense, realizada durante o período de agosto a setembro de 2018. **Resultados:** O comportamento suicida não é facilmente identificado, pois sua avaliação engloba o caminho percorrido na rede de atenção primária à saúde, e as dificuldades encontradas estão associadas à ausência de um protocolo ou diretriz que define e padroniza as ações. **Conclusão:** O estabelecimento de vínculo e aproximação entre profissionais e sujeitos acolhidos é apontado como importante na atuação profissional, e as unidades básicas de saúde foram apontadas como a principal porta de entrada e gestora dos cuidados, embora a articulação entre os serviços enfrente limitações.

Descritores: Suicídio; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Mental; Políticas Públicas de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the performance of primary health care professionals towards people with suicidal behavior from the perspective of care networks. **Methods:** qualitative research carried out with 19 higher-level health professionals and professionals in the management of primary health care services in a municipality in Santa Catarina state, carried out from August to September 2018. **Results:** suicidal behavior is not easily identified, since its assessment encompasses the path taken in the primary health care network, and the difficulties found are associated with the absence of a protocol or a guideline that defines and standardizes the actions. **Conclusion:** the establishment of bonds and approximation

between professionals and sheltered individuals are identified as important in the professional practice, and basic health units were identified as the main gateway and care manager, although the articulation between these services faces restrictions.

Descriptors: Suicide; Primary Health Care; Mental Health Services; Public Health Policy; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la actuación de los profesionales de atención primaria a la salud con personas con comportamiento suicida desde la perspectiva de las redes de atención. **Métodos:** investigación cualitativa desarrollada con 19 profesionales de salud de nivel superior y con profesionales de la gestión de los servicios de atención primaria de salud de un municipio de Santa Catarina, realizada en el período de agosto a septiembre de 2018. **Resultados:** La conducta suicida no es fácilmente identificable, ya que su evaluación abarca el recorrido realizado en la red de atención primaria de salud, y las dificultades encontradas están asociadas a la ausencia de un protocolo o pauta que defina y estandarice las actuaciones. **Conclusión:** Conclusiones: El establecimiento de vínculos y la aproximación entre profesionales y pacientes heridos se consideran importantes en la formación profesional, y las unidades básicas de salud se consideran la principal puerta de entrada y gestora de los cuidados, aunque la articulación entre los servicios se enfrenta a limitaciones.

Descriptores: Suicidio; Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud Mental; Políticas Públicas de Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde - OMS⁽¹⁾ aponta o suicídio como um problema de saúde pública global, sendo responsável por 800 mil mortes por ano. A cada 40 segundos, uma pessoa se suicida no mundo. Em 2019, registrou-se 97.339 óbitos por suicídio nas Américas⁽²⁾. No *ranking* mundial, o Brasil está entre os dez países com maior número absoluto de óbito por suicídio⁽¹⁾.

A taxa nacional em 2019 foi de 6,6 por 100 mil habitantes, e as Regiões Sul e Centro-Oeste estão em destaque com as maiores taxas de suicídio. Ainda, dentre todos os estados brasileiros, observou-se que os estados da Região Sul apresentaram taxas de suicídio superiores à média nacional. O Estado de Santa Catarina tem a segunda maior taxa de suicídio do país, perde apenas para o Rio Grande do Sul, os números são respectivamente 11,0 e 11,8 por 100 mil habitantes⁽³⁾.

Neste estudo, adotamos o termo Comportamento Suicida (CS), por compreender que além da intenção e do ato consumado, contempla os pensamentos, as ameaças, os gestos e as tentativas. O uso do termo torna-se apropriado porque é difícil prever quem, como ou quando irá acontecer uma tentativa de suicídio, mas considerando a possibilidade de intervenção e manejo a pessoa com CS, mortes podem ser evitadas por meio de ações de promoção, prevenção e cuidado⁽¹⁻⁷⁾.

O manejo a pessoa com CS se inicia com o acolhimento, a identificação para a formulação do risco de suicídio por meio de uma avaliação criteriosa que considere a combinação de parâmetros ligados à personalidade, estado mental, dinâmica familiar e rede de apoio, estabelecendo um julgamento clínico e eticamente cuidadoso. Uma série de atividades nada fácil, mas reconhecida e direcionada pelo manual para profissionais da saúde em Atenção Primária à Saúde (APS), lançado pela OMS, parte de uma série de livretos destinado a grupos profissionais e sociais particularmente relevantes na prevenção do suicídio⁽⁷⁾. Neste estudo, optou-se pela proposta de Botega (2015)⁽⁴⁾, que considerou também, o Manual dirigido a profissionais da equipe de saúde mental, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, e que sugere a avaliação do risco em três dimensões: baixo, moderado e alto⁽⁴⁾.

Neste contexto, a pessoa com CS é classificada como risco baixo quando as ideias de suicídio são passageiras; o transtorno mental, se presente, apresenta sintomas bem controlados; possui boa adesão ao tratamento, apoio e vida social; e não existe tentativa prévia ou plano suicida. O risco moderado é quando existe tentativa prévia; as ideias de suicídio são persistentes; tem transtorno bipolar ou depressão; não tem plano suicida ou abuso/dependência química; não é uma pessoa impulsiva; e conta com apoio social. O risco alto é quando há tentativa prévia; tem plano definido, acesso aos meios e já tomou providências para o ato; apresenta desespero e tormento psíquico sem perspectiva de saída; depressão grave e abuso/dependência de álcool^(4,7).

Esta proposta de avaliação reúne e pondera várias informações compondo tarefa clínico-avaliativa, embasada cientificamente, entretanto, não possui fórmula simples ou escalas que possam fazer a estimativa com precisão, sua principal vantagem é de direcionar o manejo clínico e colocar ações terapêuticas em ordem de prioridade⁽⁴⁾.

No Brasil, a pessoa com CS encontra atendimento público no Sistema Único de Saúde (SUS), que se articula no formato de rede. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um arranjo organizativo dos serviços de saúde com distintas densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, focando na integralidade do cuidado⁽⁸⁾. A RAS apresenta uma proposta de portas de entrada no sistema sanitário, dentre elas a Atenção Psicossocial. Nesta lógica, em 23, de dezembro de 2011 surgiu a Portaria nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o cuidado uma população específica, dentre estas, as pessoas com CS. Em 2017, foi alterada pela Portaria Nº 3.588 de 21, de dezembro de 2017⁽⁹⁾.

No contexto da Atenção Psicossocial, a APS se articula como um dos principais componentes para a prevenção ao CS por ser porta de entrada e centro de comunicação com a RAPS. A APS tem valor estratégico devido à inserção territorial, proximidade e vínculo com os usuários que propiciam a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e/ou CS na população sob sua responsabilidade e possíveis projetos de cuidado^(3,7,8,10-12).

A APS deve oferecer um olhar ampliado e cuidadoso, além da escuta para a detecção e o manejo mais adequado às pessoas com CS; conhecer os fluxos estabelecidos na rede e garantir sua articulação para a integralidade e continuidade do cuidado^(3,10). Desta forma, torna-se vital e necessita de profissionais sensibilizados, engajados e preparados para realizar ações efetivas frente às pessoas com CS^(3,5,10-11).

Assim sendo, conhecer as atitudes dos profissionais com relação ao CS é fundamental, pois além da compreensão sobre o suicídio, a condição para a disposição da equipe em acolher essas pessoas pode influenciar de forma significativa a prevenção, a procura e a continuidade do cuidado⁽¹²⁻¹³⁾. Na lógica do atendimento em rede preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão do cuidado à pessoa com CS caracteriza-se como um desafio para os profissionais da APS. Nesta direção, consubstanciou-se como objetivo desta pesquisa analisar a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde à pessoa com comportamento suicida na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde.

OBJETIVO

Analisar a atuação dos profissionais da atenção primária à saúde à pessoa com comportamento suicida na perspectiva de redes de atenção.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa desenvolvida na APS de um município catarinense que possui quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco equipes de Estratégia de Saúde

da Família (ESF), uma Equipe de Saúde Mental e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que juntos cobrem 100% da população municipal. Cabe informar que o município não conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), este é descentralizado com sede em município vizinho e atende outros quatro municípios. Ou seja, possuem uma estrutura assistencial não condizente com o padrão mínimo de cobertura determinado pela RAPS, ainda, municipalidades que possuem CAPS são capazes de reduzir em até 14% o CS.

Os sujeitos do estudo foram todos os profissionais de nível superior atuantes na APS, incluindo gestão municipal de saúde sendo esta composta por secretário de saúde e coordenação de APS. Cabe informar que não houve recusa por parte dos participantes. Frente ao objetivo deste estudo, considerou-se os profissionais de nível superior, pois são estes que realizam a comunicação com a RAS. Sendo ainda, o critério de inclusão foi atuar na APS municipal por no mínimo seis meses. Logo, foram excluídos os que não atenderam estes critérios.

O convite para a participação da pesquisa foi realizado individualmente pela própria pesquisadora que coletou, neste momento, a assinatura do TCLE entregando uma cópia para cada um dos sujeitos. A coleta dos dados aconteceu de agosto a setembro de 2018, no próprio serviço, em ambiente privativo e previamente reservado. As entrevistas semiestruturadas foram aplicadas individualmente, mediante agendamento prévio, com duração média de 30 minutos, foram gravadas na íntegra e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora, que solicitou validação de conteúdo a cada um dos entrevistados via correio eletrônico.

O conteúdo validado foi importado para o *software* ATLAS Ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*), utilizado no processo de organização dos dados para a estruturação do fluxograma do cuidado à pessoa com CS e posterior discussão.

Na análise dos dados adotou-se o método de Análise de Conteúdo, sob o olhar perspectiva conceitual do cuidado prestado à pessoa com comportamento suicida na APS considerando o formato de Redes de Atenção. O referido método se inicia com leitura atenta e exaustiva objetivando a construção de uma visão geral e completa dos dados, busca identificar e sistematizar as singularidades no material explorado e agrupar elementos, ideias ou expressões formando conceitos teóricos, que podem ser apresentados por meio de categorias, e embasarão a análise⁽¹⁴⁾.

Respeitou-se os cuidados éticos segundo Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁾. O projeto foi aprovado sob parecer nº 2.733.880 em 25/06/2018. O anonimato dos participantes foi assegurado, sendo mencionados com o codinome S (primeira letra da palavra sujeito) seguido do número 1 ao 19 (S1, S2... S19) e distribuição aleatória.

RESULTADOS

No Quadro 1, apresenta-se a caracterização dos 19 participantes da pesquisa.

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

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

Quadro 1 – Descrição dos profissionais participantes do estudo. Santa Catarina, Brasil, 2018.

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

Fonte: Elaborada pelos autores da pesquisa (2018).

Categoria 1: Identificação do comportamento suicida

O fluxo de atendimento à pessoa com CS se inicia na respectiva UBS. A pessoa em sofrimento procura o acolhimento em livre demanda, ou tem sua vinda a UBS programada. É no primeiro contato que o profissional identifica a queixa principal e, respeitando a gravidade de cada quadro, o acompanhamento se inicia, este percurso é similar nas UBSs envolvidas e suas respectivas ESFs.

Entretanto, os profissionais reconhecem que a pessoa com CS não é facilmente identificada, nem sempre expõe seu sofrimento abertamente, dependem, por vezes, do relato trazido por terceiros e da habilidade do profissional para fazer a pessoa se abrir e falar.

[...] Denominar o sofrimento é difícil! A angústia é tão grande que a pessoa não consegue pedir ajuda, falar sobre, nomear o que sente, temos que perceber isso. (S9)

Após o acolhimento comumente realizado pela enfermeira, se identificado algum CS, esta contata outro profissional. O acompanhamento se inicia com os profissionais médico e enfermeiro da ESF, e ainda o psicólogo do NASF quando presente, podendo ser compartilhados conforme disponibilidade/necessidade dos profissionais.

[...] o paciente é identificado pelas enfermeiras e encaminhado para o serviço de saúde mental que faz a triagem inicial [...]. (S15)

Ressalta-se que, nos casos de tentativa de suicídio, este atendimento deve incluir o preenchimento da ficha individual de notificação conforme Portaria nº1271 de junho de 2014, que define a tentativa de suicídio e o suicídio como agravos de notificação compulsória imediata (até 24h)⁽¹⁵⁾. No entanto, em oposição ao que é determinado, apenas um participante relatou aspecto relacionado à referida notificação.

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

Categoria 2: Avaliação de risco e o manejo ao comportamento suicida

O manejo da pessoa com CS na APS se inicia com avaliação e formulação do risco de suicídio. Nos casos avaliados como risco baixo, é realizado o encaminhamento para psicologia e concomitante agendamento na ESF para acompanhamento partilhado com NASF e Saúde Mental do município, e a construção do Projeto Terapêutico Singular.

[...] Quando chega para consulta já passou pela enfermeira, ela entra junto. Sempre que necessário contactamos a equipe do NASF e Saúde Mental, acordamos manejo e acompanhamento. (S12)

Seguindo o fluxo, quando a avaliação classifica o tipo de risco como moderado, adiciona-se às medidas para risco baixo, o encaminhamento ao CAPS, para que receba atendimento com psiquiatra e participe das atividades e grupos terapêuticos ofertados.

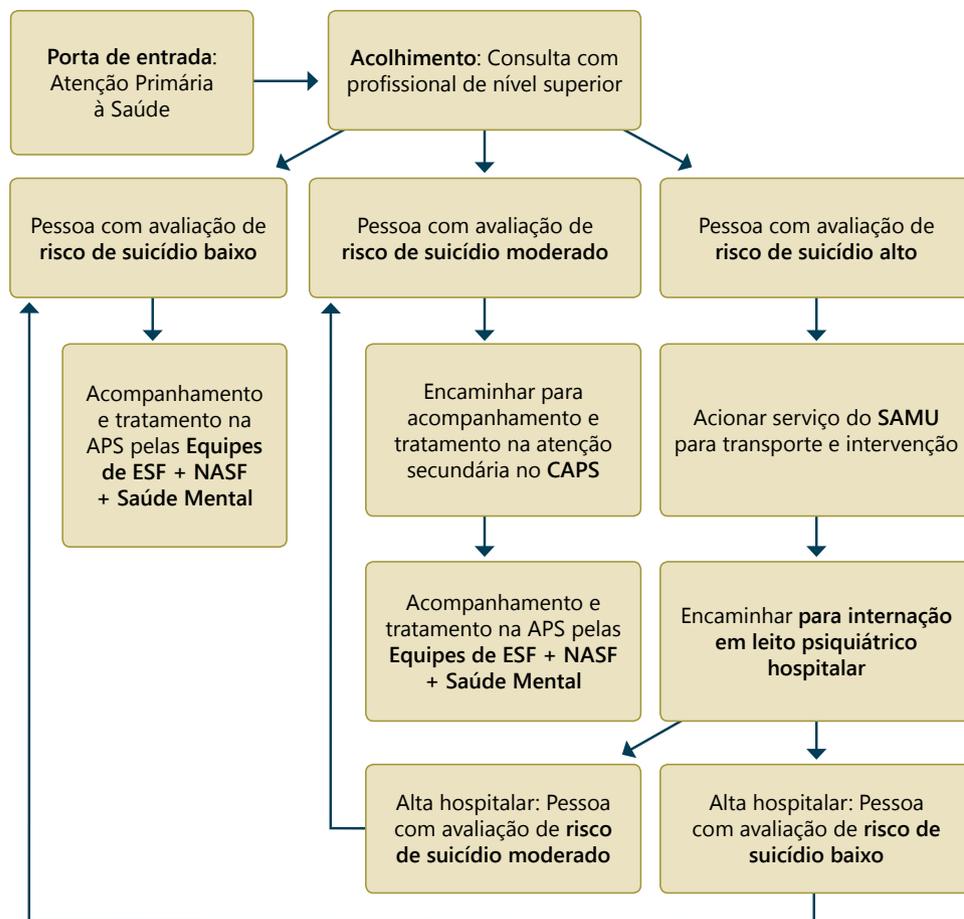
Ele ainda não sabia como, mas tinha o desejo. A médica chamou a enfermeira, manejamos em conjunto. Conversamos e tentamos entender suas motivações, explicamos os caminhos que podíamos ofertar, dentre eles o CAPS, ligamos e conseguimos uma consulta no mesmo dia [...]. Seguimos em paralelo com CAPS. (S11)

Se a pessoa apresentar risco de suicídio avaliado como alto recebe atendimento compartilhado entre os profissionais disponíveis, mediante a gravidade da situação, buscam o cuidado adequado. Realizam contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para levar a pessoa até hospital de referência para internação em leito psiquiátrico.

[...] Se a pessoa está em uma fase que necessita de cuidados maiores, com avaliação de risco alto, o atendimento é feito sempre que possível pelo psicólogo em conjunto com demais profissionais disponíveis. Encaminhamos com o SAMU para internação. (S15)

Ao retornar da internação, uma nova avaliação do risco de suicídio é prontamente realizada por profissional de nível superior (médico, enfermeira ou psicólogo), e o cuidado é determinado conforme a situação clínica e psicossocial daquele momento. Sendo assim, afirma-se que o fluxo na rede é determinado pela avaliação do risco de suicídio.

Em síntese aos resultados desta investigação, elaborou-se fluxograma que representa o caminho percorrido na Rede de Atenção à pessoa com CS construído a partir do entendimento dos profissionais da APS do município estudado, apresentado na Figura 1.



Fonte: os autores

Figura 1 - Fluxograma do cuidado à pessoa com comportamento suicida. SC, Brasil, 2018.

Categoria 3: Barreiras e dificuldades de articulação da rede

A totalidade dos participantes relatou dificuldades em atuar frente à pessoa com CS, citou-se categoricamente a ausência de um protocolo ou diretriz que defina e padronize as ações no município. Sinalizou-se a oferta incompatível com a demanda entre UBS e CAPS, que além ser regionalizado e possuir demanda além da sua capacidade, tem sede no município vizinho dificultando o acesso. Os participantes relataram a incompatibilidade de agenda da equipe de Saúde Mental para concretizar atendimentos no domicílio e busca ativa.

[...] Falta o desenho da rede no município! Ter determinado em caso de crise o que fazer. Tem um paciente que preciso atender agora, qual profissional posso chamar, o que fazer com os atendimentos que tenho agendado? [...] Não temos isso definido, estamos desfalcados de psicólogo, não temos psiquiatra para encaminhar, só o CAPS que tem definido os dias do acolhimento, a gente quer fazer matriciamento e não conseguimos, os dias que a equipe de saúde mental atua o CAPS não recebe matriciamento! (S2)

Os profissionais citaram ainda negativas recebidas do SAMU e/ou na solicitação de leito para internação psiquiátrica, bem como a sobrecarga da APS que precisa atuar em situações com risco iminente de suicídio, mas, todavia, tem horário de funcionamento limitado.

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

[...] Não temos rede de atenção secundária ou terciária eficiente, por vezes manejamos crises na ESF com o auxílio do NASF. Cada caso tem sua particularidade, alguns são mais complicados, especialmente quando não tem família colaborativa. O mais difícil é a sensação de desamparo, quando o paciente tem risco de suicídio e o hospital diz que não tem leito vago; ou o CAPS não atende. É angustiante saber que o paciente precisa de tratamento a nível secundário ou terciário e não conseguimos [...]. (S7)

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

[...] Concretizar os encaminhamentos para atenção terciária é bastante difícil. Eles não aceitam! A infraestrutura é inadequada, eles ficam em enfermaria, sem área para atividades ou terapia ocupacional. Não temos psiquiatra no hospital de referência. O CAPS realiza acolhimento em dia da semana pré-determinado, não há equipe suficiente para suprir a demanda, o cuidado fica prejudicado! (S7)

À nível municipal, citou-se como possível contribuinte para a baixa adesão das pessoas com CS ao tratamento proposto, a limitação das ofertas e agendas dos profissionais da APS, reflexo do acúmulo de funções dentre as equipes de ESF, NASF e Saúde Mental vivenciada por estes.

Por fim, os participantes reconhecem a incipiência da oferta de grupos terapêuticos e atividades de educação/prevenção para a temática do CS pela APS, justificam tal falha pela sobrecarga de trabalho, uma vez que se dividem entre as diferentes equipes, mas com uma única carga horária. E admitem que, desmistificar a temática promovendo a informação e a interação da comunidade, além de fomentar a prevenção, aproximaria os municípios dos profissionais potencializando a identificação precoce de novos casos.

[...] A oferta em saúde mental do município é insuficiente. Precisamos de mais consultas com especialista, aumentar os atendimentos, os grupos e serviços. Não ter equipe de Saúde Mental e NASF com dedicação exclusiva fragiliza muito, os profissionais têm apenas algumas horas na semana para cada função, e estas são retiradas da atuação na ESF. Estamos falando dos mesmos profissionais alocados em duas, três equipes e com carga horária única. (S18)

DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação mostraram que o acesso, a coordenação e a ordenação do cuidado às pessoas com CS se dão na APS⁽¹⁶⁾. Ato contínuo ao acesso, o acolhimento ocupa espaço importante na prevenção do suicídio por constituir dispositivo que possibilita o encontro, a identificação e a adequada abordagem à pessoa com CS. O acolhimento busca promover a adesão e um projeto com resolutividade, o que pede intervenções de profissionais com capacitação técnica e sensibilidade^(7,11-17).

Contudo, estudo que investigou as ações em saúde mental realizadas por equipes da APS, constatou que, apesar do avanço na implantação do acolhimento pela APS no Brasil, as ESFs

não contam com profissionais capacitados para identificar vulnerabilidades e realizar avaliação de risco nesta parcela da população. Ainda, a agenda de 50% das ESFs não incorpora atividades para pessoas em sofrimento psíquico e o planejamento do cuidado não satisfaz às necessidades regionais. Dentre as variáveis que incidem nesta realidade estão: a falta do conhecimento por parte da APS quanto aos determinantes de saúde do seu território, a inadequada oferta de ações e o vínculo frágil com os usuários^(5,11,12,18).

O caráter multiprofissional da equipe de ESF e sua proximidade física devem promover o acesso facilitado e a instalação do vínculo entre os profissionais da APS e os usuários do SUS. Logo, por possibilitar uma visão integral da pessoa em seu território, a APS tem um lugar central na atenção à pessoa com CS^(5,11,12,18).

Neste contexto, os entrevistados reconheceram o acolhimento e seu importante papel no cuidado à pessoa com CS, entretanto, na mesma proporção, apontaram dificuldades para identificá-la, quando não ocorre a verbalização. Isto devido à presença de comportamentos ambivalentes, se a pessoa em sofrimento não receber a abordagem apropriada não expressará o sofrimento ou o pedido de ajuda. A avaliação multidimensional é o espaço para que a escuta vá além das queixas do corpo.

Estudos mostram que a possibilidade da pessoa se comunicar abertamente, sem julgamento, desde o primeiro contato, possui valor terapêutico e a deixa mais calma e segura para falar. E, quanto ao profissional, a postura ética frente ao sofrimento psíquico pode permitir que a pessoa conte o que está sentindo frente à situação vivenciada^(4,7,11,17-19).

É fato a necessidade de melhorar o ensino e a educação permanente como estratégia para fortalecer a organização da rede de atenção à pessoa com CS^(3,5,11,12,20). No entanto, alguns processos formativos em saúde não discutem com profundidade a morte como parte do processo de trabalho resultando em profissionais generalistas despreparados para cuidar de pessoas com CS^(11,12,20).

Com a compreensão de que a formulação do risco de suicídio delinea o percurso da pessoa nos serviços com distintas complexidades ofertados pelo SUS, e sua rede, elaborou-se o fluxograma apresentado na Figura 1, considerou-se também que esta formulação tem como base a identificação dos aspectos clínicos de cada pessoa. Em concordância com a literatura, o fluxograma apontou que frente uma avaliação de risco baixo de suicídio, o profissional da APS perpetua o acompanhamento; e por meio do vínculo estabelecido oferece apoio emocional. Durante todo o tratamento, a proximidade com a pessoa deve ser mantida, consultas regulares com reavaliação do risco são essenciais, bem como a atuação multiprofissional (ESF e NASF) e o profissional de saúde mental^(4,7,11-13,17-20).

No contexto estudado, o profissional de saúde mental está representado pelos integrantes da equipe de Saúde Mental do município, não conta com médico psiquiatra. Desta forma, frente uma avaliação de risco de moderado a conduta é encaminhar o paciente ao CAPS, prolongar a escuta, fortalecer fatores de proteção e fazer um contrato terapêutico de não suicídio. Acompanhamento e reavaliações em curto espaço de tempo, envolvendo toda a APS são essenciais, assim como, com consentimento do paciente, mobilizar a família e os amigos formando uma rede de proteção pessoal significativa^(4,7,10,11,17).

Quanto à abordagem para uma avaliação de risco de suicídio alto, esta requer preparo e deve ser feita, quando possível, por médico psiquiatra, pois o objetivo em curto prazo é manter o paciente seguro e reduzir o risco imediato; em médio prazo mantê-lo estável. Caso o psiquiatra não esteja acessível, um profissional da saúde mental ou o serviço de emergência mais próximo pode ser acionado; o SAMU deve ser contatado para o transporte e a pessoa encaminhada ao pronto-socorro psiquiátrico de preferência^(4,11,16,21).

No manejo das avaliações com risco alto para o suicídio no município, deparou-se com obstáculos ao contatar o SAMU e/ou hospital de referência para internação psiquiátrica. Tal

realidade aponta descompasso das demandas regionais com a capacidade dos serviços; e constitui desafio para a garantia do acesso, continuidade da assistência e articulação das ações e serviços propostos pelo SUS, e sua rede, direito de todo cidadão brasileiro.

É importante atentar que uma rede atuante e conectada no cuidado à pessoa com CS precisa, além de articular os profissionais e serviços, da construção de uma efetiva rede de apoio e amparo com envolvimento da família, amigos e comunidade; todos contatados para compartilhar a responsabilidade no cuidado^(4,7,10,11,12,17).

Enfatiza-se que a responsabilidade pela identificação, acolhimento, acompanhamento é de toda a equipe, especializada ou não, e o cuidado organizado através do Projeto Terapêutico Singular compartilhado. Por um lado, essa premissa contempla o respeito a integralidade do cuidado. Por outro lado, corre-se o risco de parcelar o cuidado. Essa fragmentação ocorre por modelos de atenção que sustentam essa prática como médico centrado e por modelos de gestão de serviços centrado no modelo biomédico entre outros.

No domínio da atuação profissional, dentre as dificuldades quanto à articulação para uma efetiva rede no cuidado à pessoa com CS, foi citada ausência de documento orientador que, além de direcionar e padronizar as ações no município, poderia indicar estratégias para a atuação da APS frente às dificuldades nos encaminhamentos e conexão com outros pontos da RAPS, reflexo da incompatibilidade entre a oferta dos serviços e a demanda em saúde mental existente na região investigada. Entretanto, tal barreira não é exclusividade do município estudado, a maioria das equipes de APS do país compartilham realidades sanitárias próximas, o que reflete o insuficiente ou inadequado atendimento às necessidades da população quanto à integração da saúde mental ao SUS^(11,12,18).

No que concerne a ausência de matriciamento entre as equipes da APS e do CAPS, concebeu-se a frágil conexão e troca de informações entre os serviços no município. Neste caso, explicita-se que a prática do matriciamento poderia expandir as ações aplicadas no processo de cuidado, uma vez que as equipes partilhariam responsabilidades e troca de saberes entre os distintos profissionais, aumentaria as possibilidades para uma assistência humanizada por meio do trabalho dialógico^(11,12,17).

Como justificativa por não praticarem do apoio matricial no município, os participantes trouxeram o acúmulo de funções dentre as distintas equipes da APS (ESF, NASF e Saúde Mental). Afirmam provarem diariamente a dificuldade de encontrar estratégias para enfrentar a inexistência de ações de prevenção e grupos terapêuticos no município. Sendo, o desenvolvimento de ações de prevenção e educação, fundamentais no cuidado ao CS, e de encargo da APS, cabe à gestão municipal reorganizar os processos de trabalho de acordo com a realidade local permitindo a implementação^(11,12,16,22).

No cuidado em saúde mental no Brasil, particularmente das populações fora dos centros urbanos, como o local estudado, a estrutura assistencial não é condizente com o padrão mínimo de cobertura descrito pela RAPS. Experimenta-se uma frágil integração entre os serviços e dificuldades no acesso, operam-se basicamente com os dispositivos da APS na atenção em saúde mental, pelo descompasso entre a oferta de cuidados e as necessidades em saúde mental são denominados em alguns estudos como “vazios assistenciais”^(3,18,20-23).

Considerando que o enfoque das ações desenvolvidas pela APS emerge das demandas específicas de cada localidade, identificadas por meio de informações factuais e epidemiológicas, aponta-se que neste estudo não foi citado o conhecimento por parte dos profissionais quanto a sua relevância das notificações. Entretanto, a realização das notificações compulsórias é um encargo legal dos profissionais, que utilizam como principal justificativa para o não cumprimento desta a falta de tempo, fruto da sobrecarga de trabalho gerada pelas organizações de saúde. A falta de fiscalização, controle social e capacitação profissional quanto a efetivação das notificações são também fatores contribuintes para o seu descumprimento^(3,11,20,24).

Nessa linha de raciocínio, a OMS alerta que uma melhor vigilância originará relatórios mais concisos quanto ao progresso em direção às metas globais, pois são as informações geradas das notificações e pelo sistema de vigilância em saúde que formulam o perfil de morbimortalidade da população, subsidiam o planejamento e tomada de decisões quanto à formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde^(1,3,20,22-25). Estudo que investigou a realidade brasileira quanto ao CS, concluiu que as questões relacionadas à notificação abaixo da realidade são reais no Brasil e representam uma irregularidade que debilita o SUS^(3,25).

Esta pesquisa inova por ser pioneira no contexto e local estudado, trazendo o olhar da linha de frente nesta batalha mundial do combate ao suicídio. Quanto às limitações, faz-se necessário esclarecer que se considerou o contexto político vigente no seu desenvolvimento, no entanto, o Brasil e o SUS vêm passando por diversas reformulações políticas que devem ser consideradas em estudos futuros. Tais mudanças caminham na contramão da consolidação da APS e reflete nas condições do processo de trabalho. Sugere-se a militância e participação social na luta contra esta desconstrução, para que as políticas respondam de fato as necessidades da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da atuação profissional à pessoa com comportamento suicida revelou que é o vínculo e a estreita aproximação entre os profissionais e sua população que possibilita a identificação dos aspectos clínicos mais relevantes e a avaliação de risco do suicídio, tarefa complexa e realizada no município.

O fluxograma de cuidado a pessoa com Comportamento Suicida desvelou as tomadas de decisões, manejo clínico e encaminhamentos no município. As Unidades Básicas de Saúde, por meio dos seus profissionais, em concordância com o preconizado, constituem-se como a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado ao comportamento suicida na Rede de Atenção à Saúde.

A articulação dos serviços enfrenta barreiras, reflexo do descompasso entre oferta e demanda; e de uma lacuna na execução político ministerial no município. Realidade enfrentada rotineiramente pelos profissionais, prejudicando a adesão ao tratamento das pessoas em sofrimento, causando uma sobrecarga na Atenção Primária à Saúde do município, principalmente no que cerne o enfrentamento ao risco iminente de suicídio, situação que demanda intervenção imediata.

O estudo implica-se com a enfermagem na medida em que o acolhimento, a identificação, a avaliação e acompanhamento da condição clínica da pessoa com Comportamento Suicida se refere a um manejo ético e técnico, que deve ser preconizado na formação acadêmica e na educação permanente na relação ensino-serviço. Isso porque a atuação da enfermagem deve estar alinhada com a equipe interprofissional, além de reconhecer que essa categoria possui arcabouço teórico-metodológico para avançar cientificamente no cuidado de enfermagem.

Por fim, indica-se a reflexão quanto a não notificação dos casos de suicídio e tentativa de suicídio. A subnotificação mistifica os dados que poderiam contribuir com inovações no sistema público de saúde redirecionando as políticas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Suicide in the world: Global Health Estimates[Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. World Health Organization (WHO). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. 2021 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância Sanitária. Boletim Epidemiológico 33. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil [Internet]. 2021[cited 2019 Oct 15];52:1–10. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
4. Botega NJ. Crise suicida. Porto Alegre: Artmed; 2015.
5. Santos DCR, Lima RTC, Domingos TS, Alencar RA. Atitudes profissionais em relação ao comportamento suicida na Atenção Primária à Saúde: um estudo quase-experimental. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20210350. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0350pt>
6. Scavacini K, Cornejo ER, Cescon LF. Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. *Rev M.* 2019;4(7):201-14. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214>
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária[Internet]. 2000 [cited 2023 Mar 13]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/prevencao-suicidio-manual-profissionais-saude-atencao-primaria/>
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 31 dez. 2010. Seção 1, p.1.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Brasília*; 22 de setembro de 2017. Seção 1, p.68.
10. Soalheiro N. Saúde mental para a atenção básica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
11. Cohen AA, Magnezi R, Weinstein O. Review and analysis of mental health reforms in several countries: implementation, comparison and future challenges. *Ann Psychiatry Treat.* 2020;4(1):13-24. <https://doi.org/10.17352/apt.000015>
12. Spindler JF, Marcon SR, Nespollo AM, Santos HGB, Espinosa MM, Oliveira KKB, et al. Atitudes dos profissionais de saúde frente a comportamento suicida: estudo de intervenção. *Rev Saude Publica.* 2022;56-4. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003320>
13. Storrino BD, Campos CF, Chicata LCO, Campos MA, Matos MSC, Nunes RMCM, et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cad Saúde Coletiva.* 2018;26(4):369-77. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040191>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ed. São Paulo: Hucitec, 2013. Available from: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/47/?show=full
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Brasília*; 9 de junho de 2014. Seção 1, p.67.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Brasília*, 22 dez. 2017. Seção 1, p.236.
17. Müller SA, Pereira GS, Zanon RB. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psychol J.* 2017;9(2):6-23. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>
18. Dimenstein M, Macedo JP, Gomes M, Silva TM, Abreu MM. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. *Salud Soc*

- [Internet]. 2018[cited 2023 Mar 13];9(1):70-85. Available from: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2869>
19. Vabo ASR, Conrad D, Baptista C, Aguiar BGC, Freitas VL, Pereira GL. Comportamento suicida: um olhar para além do modelo biomédico. *Rev. Acred.* 2016; 6(12): 66-83. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5767126>.
 20. Sousa NTB, Teixeira LOO, Vedana KGG, et al. Preditores de recorrência de lesões autoprovocadas e de óbitos por suicídio em um estado brasileiro. *Research, Society and Development* 2021;10:e4110212142–e4110212142. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12142>
 21. Universidade Federal de Minas Gerais. *Prevenção ao suicídio, setembro amarelo*. Belo Horizonte: Centro de Ciências da Saúde/UFMG; 2019.
 22. Garbin CAS, Santos LFP, Moimaz SAS, Saliba O. A operacionalização do sus na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. *Rev Ciênc Plur.* 2019;5(2):129-42. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n2ID17528>
 23. Alves ALJ. *Suicídio no Brasil: contextualização, vulnerabilidade e ações preventivas*. Campos dos Goytacazes, RJ: Encontrografia; 2022.
 24. Melo MAS, Coleta MFD, Coleta JAD, Bezerra JCB, Castro AM, Melo ALS, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). *Rev Adm Saúde.* 2018;18(71):1-17. <https://doi.org/10.23973/ras.71.104>
 25. Marcolan JF, Silva DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Rev M.* 2019;4(7):31-44. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44>.