

## ARTIGO ORIGINAL

# ASSISTÊNCIA EM RISCO SUICIDA: PERCEPÇÕES PROFISSIONAIS

*SUICIDE RISK ASSISTANCE: PROFESSIONAL PERCEPTIONS*  
*ATENCIÓN EN RIESGO DE SUICIDIO: PERCEPCIONES PROFESIONALES*

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a assistência à pessoa com comportamento suicida no Centro de Atenção Psicossocial, a partir de percepções profissionais. **Métodos:** o caminho científico foi de pesquisa qualitativa fundamentada no método Hermenêutico-dialético e na Análise de Conteúdo. Foram realizadas cinco entrevistas, abrangendo quatro categorias profissionais que compõem a equipe técnico-assistencial de nível superior do CAPS. Os dados obtidos por meio das entrevistas foram agrupados em três categorias: Fluxo do processo de assistência; Instrumentais de registros, avaliação e/ou notificação utilizados; e Desafios e Possibilidades da assistência. Resultados: observou-se que o fluxo de atendimento não é padronizado, mas a assistência é centrada no cuidado de duas categorias profissionais, com apreensão psicopatológica do fenômeno, ocasionando grande demanda e sobrecarga profissional. Constatou-se o uso, não recorrente, de instrumento de encaminhamento para comunicação com unidade hospitalar e da ficha de notificação compulsória, evidenciando a necessidade de maior apropriação dos instrumentos para produção de dados sobre o fenômeno do suicídio. Os principais desafios e possibilidades citados pelos profissionais foram: Educação Permanente em Saúde; discussão de casos e construções interprofissionais de Projetos Terapêuticos Singulares e necessidade de trabalho intersetorial. **Conclusão:** constatou-se que há necessidade da otimização da sistematização interprofissional e intersetorial das ações e da elaboração de projetos de gestão, com garantia de recursos humanos e financeiros que possibilitem a qualificação dessa assistência no serviço de atendimento. Considerou-se que novos estudos devem ser realizados, em virtude da limitação deste trabalho e da potencialidade encontrada nas falas de profissionais que vivem o cotidiano de atendimento a pacientes com risco de suicídio.

**Palavras-chave:** Suicídio; Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental.

## ABSTRACT

**Objective:** Analyzing the assistance of people with suicidal behavior in the Psychosocial Care Center, based on professional perceptions. **Methods:** Qualitative research based on the Hermeneutic-dialectic method and Content Analysis. Five interviews were conducted, covering four professional categories, which make up the technical-assistance team of CAPS higher level. The data obtained through the interviews were grouped into three categories: Flow of the assistance process; Registration, evaluation and / or notification instruments used; and Challenges and Possibilities of assistance. Results: Non-standardized flow, but care centered on the care of two professional categories, with psychopathological apprehension of the phenomenon, causing great demand and professional overload. Non-recurring use of a referral instrument for communication with a hospital unit and of the compulsory notification form, showing the need for greater appropriation of instruments to produce data on the phenomenon. Main challenges and possibilities cited: Permanent Education in Health; discussion of cases and interprofessional constructions of Unique Therapeutic Projects and intersectoral work. **Conclusion:** Need for greater specific scientific production on the theme and context studied, interprofessional and intersectoral systematization of actions and conducts and the development of management projects, with the guarantee of human and financial resources, which enable the qualification of this assistance.

**Keywords:** Suicide; Mental Health; Mental Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analisar la atención a personas con conducta suicida en el Centro de Atención Psicossocial, a partir de las percepciones profesionales. **Métodos:** Investigación cualitativa basada en el método hermenéutico-dialéctico y Análisis de contenido. Se realizaron cinco entrevistas, que abarcan cuatro categorías profesionales, que integran el equipo de asistencia técnica del CAPS de nivel superior. Los datos obtenidos a través de las entrevistas se agruparon en tres categorías: Flujo del proceso de asistencia; Instrumentos de registro, evaluación y / o notificación utilizados; y desafíos y posibilidades de asistencia. Resultados: Flujo no estandarizado, pero cuidado centrado en el cuidado de dos categorías profesionales, con aprehensión psicopatológica del fenómeno, provocando gran demanda y sobrecarga profesional. Uso no recurrente de un instrumento de derivación para la comunicación con una unidad hospitalaria y del formulario de notificación obligatoria, mostrando la necesidad de una mayor apropiación de instrumentos para producir datos sobre el fenómeno. Principales desafíos y posibilidades citados: Educación Permanente en Salud; discusión de casos y construcciones interprofesionales de Proyectos Terapéuticos Únicos y trabajo intersectorial. **Conclusión:** Necesidad de una mayor producción científica específica sobre el tema y contexto estudiado, la sistematización interprofesional e intersectorial de acciones y conductas y el desarrollo de proyectos de gestión, con garantía de recursos humanos y financieros, que permitan la calificación de esta asistencia.

**Palabras clave:** Suicidio; Salud Mental; Cuidado de la Salud Mental.

Nayara Maciel da Silva<sup>1</sup>; José Edir Paixão de Sousa<sup>2</sup>.

1 <http://lattes.cnpq.br/1654464707067964>, <https://orcid.org/0000-0001-5041-6707>; 2 <http://lattes.cnpq.br/4783420437778695>, <https://orcid.org/0000-0002-8012-5609>.

## INTRODUÇÃO

Embora sua conceituação ainda suscite divergências, o suicídio pode ser definido como um ato deliberado, consciente e intencional, ainda que ambivalente, executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção é causar a morte a si mesmo. “Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio<sup>1</sup>”

Fatores ambientais, sociais, psicológicos, culturais e outros podem interagir e conduzir uma pessoa ao comportamento suicida<sup>2</sup>. Por ser multideterminado, não há como definir uma única maneira de abordá-lo e o estabelecimento de estratégias adequadas de cuidado e de assistência à pessoa que apresenta esse comportamento é complexo e ainda pouco explorado, mas possível e necessário, diante da magnitude de impacto que o suicídio representa para a Saúde Pública.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2012, foram registradas cerca de 804 mil mortes por suicídio<sup>2</sup>. O Relatório Mundial de Saúde de 2002<sup>3</sup> já apontava a estimativa de uma morte por suicídio a cada 40 segundos e uma tentativa a cada 03 segundos.

Em 2019, o relatório intitulado “Suicídio no Mundo: estimativas globais de saúde<sup>4</sup>” mostrou que a taxa global, entre 2010 e 2016, teve uma queda de 9,8%. No entanto, os valores absolutos se mantiveram, com o número de 800 mil pessoas que cometem suicídio todos os anos no mundo, sendo uma a cada 40 segundos.

O mesmo relatório<sup>4</sup> apontou que 79% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média renda em 2016. Dados preocupantes, visto que a carga dos impactos gerados pelo suicídio é maior nesses países, como é o caso do Brasil, que muitas vezes não possuem equipamentos suficientes para atender as necessidades gerais de saúde e de saúde mental das suas populações<sup>5</sup>.

Reportando-se ao Brasil, divergindo da tendência mundial, este apresentou um aumento de 7% nos números absolutos de suicídios entre os anos de 2010 e 2016, valor acima da média dos países do continente<sup>4</sup>. Os últimos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, publicados em 2020 e referentes ao ano de 2018, apontaram 12.733 mortes no grupo das lesões autoprovocadas voluntariamente (CID 10 X60-X84)<sup>6</sup>.

Também em 2019 é válido ressaltar que o Brasil deu um passo importante na construção de ações integrais sobre o suicídio, ao formular a Lei 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio<sup>7</sup>.

Estima-se que o suicídio contribua com mais de 2% para a carga global de doença neste ano de 2020. De forma significativa, este número não leva em conta o imenso impacto do suicídio na saúde física e mental de sobreviventes, familiares, redes sociais e comunidades<sup>5</sup>.

Ao final de 2020, a Secretaria de Saúde apresentou os dados do Ceará e estatísticas

mostraram uma baixa na sua taxa de suicídio, mesmo em meio à pandemia do Covid-19, caindo de 6.72/100.000 para 6.2/100.000, entretanto, mais de uma pessoa morreu por suicídio a cada dia no Ceará, constando que a situação ainda requer reforços para mitigação do referido agravo externo, em diferentes áreas de atuação<sup>35</sup>.

Nesse sentido, por sua evidente significância no âmbito da Saúde Pública, o comportamento suicida se apresenta como uma das muitas demandas complexas dos serviços de saúde mental, constituindo-se um grande desafio para fortalecer, repensar e criar saberes e práticas.

Destarte, essas informações demonstram a necessidade e importância dos serviços de saúde e de saúde mental na assistência às pessoas com comportamento suicida e aos demais sujeitos impactados por esse fenômeno.

Assim, a partir de indagações sobre a problemática apresentada, o presente estudo teve por escopo analisar a assistência à pessoa com comportamento suicida em um serviço especializado em saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial, de um município do Sertão Central do Ceará.

## METODOLOGIA

O presente estudo foi resultado do processo de pesquisa de um trabalho de conclusão de especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa<sup>8</sup>, originária das reflexões em torno da assistência prestada às pessoas com comportamento suicida, tendo como campo um Centro de Atenção Psicossocial da modalidade CAPS II<sup>9</sup>, que atende a todas as faixas etárias de pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais graves e persistentes, de um município do Sertão Central do Ceará.

O município do estudo é localizado na região do Sertão Central do estado do Ceará e possui uma população estimada em 81.778 habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,642<sup>10</sup>. A cidade integra a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) e oferece uma Rede de Atenção Psicossocial formada por 23 Unidades de Atenção Primária, 1 Centro de Atenção Psicossocial II, 1 Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas, 1 Unidade de Pronto-Atendimento e 1 Hospital Regional com leito psiquiátrico.

No tocante ao fenômeno do comportamento suicida no município, a série histórica de 2016 a 2018 do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)<sup>11</sup> mostra uma diminuição de notificações de morte por lesões autoprovocadas intencionalmente: 2016 com 8 casos, 2017 com 7 casos e 2018 com 6 casos. Já o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>12</sup> apresenta um aumento nos registros dos episódios de violência autoprovocada, passando de 0 casos notificados em 2016 para 15 casos em 2017 e 18 casos em 2018.

Este estudo se caracterizou como uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória e empírica, com relevante fundamentação teórica baseada em produções científicas, iniciada em junho de 2019 e com coleta de dados em campo realizada nos meses de junho e julho de

2020.

Ressalta-se que, no período de ida ao campo, o contexto mundial de saúde apresentava uma crise pandêmica relacionada ao novo Coronavírus (COVID-19) e as instruções sanitárias recomendavam o distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização frequente das mãos. Para a concretização da coleta de dados, que ocorreu de 10 de junho a 31 de julho de 2020, foram seguidos todos os protocolos de segurança e saúde e, anteriormente ao processo, os profissionais foram consultados quanto à disponibilidade para participação.

Os dados foram coletados por meio do instrumento entrevista semiestruturada com amostra composta por 5 profissionais de 4 categorias (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e Terapia Ocupacional), em um universo de 8 profissionais de 6 categorias (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Medicina e Pedagogia), de nível superior que compõem a equipe técnico-assistencial do CAPS.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de nível superior, compor a equipe técnico-assistencial do Centro de Atenção Psicossocial e consentir a participação. Já os critérios para exclusão foram: indisponibilidade para participação devido à carga-horária reduzida de trabalho, não estando no serviço nos dias de coleta dos dados (categoria médica) e não atuar no objeto de análise (categoria pedagógica).

Adotou-se uma abordagem metodológica baseada no método Hermenêutico-Dialético discutido por Minayo<sup>8</sup> e os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo<sup>13</sup>. A análise foi feita a partir da categorização dos dados, através das temáticas mais abordadas pelos participantes, e seguiu os níveis de interpretação apresentados por Minayo<sup>14</sup>, sendo: o primeiro nível da interpretação das determinações fundamentais, que diz respeito, principalmente, à conjuntura socioeconômica e política do qual faz parte o objeto escolhido e o segundo nível aos fatos que surgiram durante a investigação.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do Ceará, parecer número 3.948.124, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde N°466/2012 e complementares e com instrumental aplicado apenas aos profissionais que consentiram a participação através de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Para a materialização da análise sobre a assistência à pessoa com comportamento suicida no campo proposto foram elencados objetivos específicos de investigação que orientaram a coleta de dados e a categorização dos temas mais abordados nas entrevistas. A partir daí, os dados foram categorizados e apresentaram os resultados: 1. Fluxo existente no processo de assistência; 2. Instrumentais de registros, avaliação e/ou notificação utilizados; e 3. Desafios e Possibilidades da assistência à pessoa com comportamento suicida.

## DISCUSSÕES

### Fluxo de assistência à pessoa com comportamento suicida

A assistência em saúde e, neste caso, em saúde mental à pessoa com comportamento suicida é composta por um emaranhado de ações, condutas, estratégias e saberes que se complementam e divergem, criando fluxos de cuidado.

Sobre o fluxo de assistência à pessoa com comportamento suicida em análise, primeiramente, todos os profissionais entrevistados iniciam ressaltando o acolhimento ou mencionam essa ação em suas falas. Percebe-se que a noção de acolhimento se aproxima do conceito de Schimdt e Figueiredo<sup>15</sup>, que se referem ao acolhimento como o momento primário em que se evidencia o serviço, a oferta, como acolher, avaliar e discriminar a demanda.

“Eu acho que a primeira coisa é a realização do acolhimento. O acolhimento pode ser feito por qualquer pessoa da equipe de saúde mental. A gente realiza esse acolhimento, a escuta qualificada e tentar estabelecer o vínculo” (E 2).

“Sempre recebo esse paciente no acolhimento, então a gente faz a escuta e faz o encaminhamento do paciente, além da burocracia, preenchimento da triagem e fichas, mas o principal é a escuta e o encaminhamento para onde a gente acha que o paciente precisa ir” (E 3).

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) e como ação técnico-assistencial é potencial na análise do processo de trabalho em saúde, com enfoque nas mudanças das relações, principalmente, profissional/usuário e sua rede social, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito ativo no processo de produção de saúde<sup>16</sup>.

Esse processo permite um atendimento com maior resolutividade e corresponsabilização, trazendo orientações para o paciente e sua família. Como observados:

Eu faço o primeiro atendimento dessa pessoa que tentou suicídio ou que tá com a ideação suicida ou planejamento. Logo após o atendimento, eu chamo uma pessoa responsável, isso precisa acontecer para a gente responsabilizar e fazer as orientações de prevenção ao suicídio. Faço algumas orientações a pessoa também [...] e aí entram estratégias de enfrentamento, algum plano de ação em relação a esse cuidado (E 4).

“Ao familiar a gente sempre busca fazer essa orientação e prestar alguma assistência também” (E 2).

Durante o acolhimento existem ações a serem priorizadas, que facilitam o alcance de objetivos, visando diminuir o número relacionado às tentativas de suicídio e ao suicídio. Essas ações devem estar direcionadas ao cuidado integral prestado à tríade – paciente/família/equipe de profissionais<sup>17</sup>.

Um acolhimento resolutivo, empático, sigiloso, que facilite o acesso e articule a rede social de apoio é essencial no cuidado à pessoa que apresenta comportamento suicida.

Botega<sup>18</sup> ressalta que é a qualidade desse espaço que permite uma boa avaliação clínica e,

posteriormente, o estabelecimento de um vínculo/aliança terapêutica que, em si mesmo, é um importante fator de proteção contra o suicídio.

Ademais, o trabalho com famílias e com a comunidade pode favorecer a construção de fatores de proteção e/ou minorar fatores de risco.

Nesse aspecto, os profissionais entrevistados ressaltam a importância do cuidado articulado com a família ou com alguém da rede de apoio. Essa ação demonstra a busca pela sistematização do acompanhamento para além do indivíduo, reconhecendo o papel da rede social de apoio na eficiência do cuidado e prevenção ao suicídio.

A família pode desempenhar um papel importante na prevenção do suicídio se for capaz de auxiliar os serviços de saúde mental na detecção precoce e no gerenciamento dessa pessoa em risco de suicídio<sup>19</sup>.

Ainda atinente ao fluxo, contrariamente à preocupação com a integralidade do cuidado exposta no acolhimento, os discursos evidenciam a centralização da assistência em duas categorias profissionais.

“De imediato, se tiver disponibilidade, a gente encaminha para o psicólogo e, se for o caso, também para o psiquiatra. Não tendo psiquiatra ou psicólogo, a gente faz o agendamento para o mais breve possível e faz as orientações iniciais aos familiares” (E 1).

“O fluxo acaba sendo sempre esse: triagem, psicólogo, psiquiatra ou triagem, psiquiatra, psicólogo e alguma necessidade de atuação do Serviço Social, principalmente na atenção ao familiar” (E 2).

“De imediato psicólogo e médico, é sempre para esses dois profissionais que a gente encaminha” (E 3).

Assim, embora os profissionais ressaltem o trabalho em equipe, também referem que há dificuldade de realizar discussões de casos e construções interdisciplinares de projetos terapêuticos singulares (PTS), o que torna o fluxo, a partir de uma decisão uniprofissional, centralizado no atendimento com apenas duas categorias profissionais, Psiquiatria e Psicologia.

Segundo Bertolote<sup>20</sup>, “os profissionais de saúde podem se defrontar com diversas situações associadas ao comportamento suicida e, na maioria dos casos, há muita incerteza e indecisão sobre como proceder”. Dessa forma, o trabalho em equipe, sob diferentes saberes profissionais, mostra-se essencial na construção de estratégias assistenciais de qualidade frente ao fenômeno do comportamento suicida.

Se o comportamento suicida pode ser influenciado pela interação de fatores situacionais, biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos e ambientais<sup>1,2,20</sup>, deve-se buscar um manejo interprofissional e intersetorial que seja capaz de alcançar os mais variados determinantes desse comportamento.

É preciso dar uma escuta diferenciada na atenção ao sujeito que sofre e que apresenta comportamento suicida, reconhecendo o multideterminado processo da ação e atuando na complexidade exigida na atenção, “valorizando sua rede social significativa e fortalecendo um

circuito psiquiátrico que promova o suporte ao sujeito e sobreviventes”<sup>21</sup>.

No entanto, observa-se, através das falas, que o fluxo desenvolvido evidencia o direcionamento para o atendimento individual, com uma abordagem psicopatológica do comportamento suicida. Esse segmento restrito prejudica a adoção de práticas integrais voltadas às necessidades dos usuários. Aspecto problematizado por alguns profissionais.

“É necessário entender que a escuta e o cuidado à pessoa com esse tipo de sofrimento é responsabilidade de toda a equipe, não só do psicólogo, não só do psiquiatra” (E 2).

“Porque assim, quando se trata de um plano terapêutico, a gente tem que deixar também um pouco a critério do usuário com aquilo que ele mais se identifica. Nem todo usuário é adepto à psicanálise, terapia, então, assim, tem a oferta de grupo, a gente tem que dar essa possibilidade para ele” (E 1).

Heck et al.<sup>22</sup> discorre que a existência de uma equipe multiprofissional para abordar o usuário em risco de suicídio tem auxiliado na redução do número de mortes por tal motivo e evitado as internações hospitalares. Isso ocorre a partir da constituição de um acompanhamento sistematizado dos profissionais da equipe de saúde mental juntamente com a família e o resgate do indivíduo à sociedade.

Outro aspecto emergente sobre o fluxo assistencial é a grande demanda, parte em decorrência da centralização/especialização do cuidado, parte relacionada ao número reduzido de profissionais, sobrecarregando-os e comprometendo a qualidade da assistência ao comportamento suicida, definida por todos os entrevistados como de emergência.

“É que nem sempre há disponibilidade dos profissionais de maneira imediata, seja o psicólogo, seja o psiquiatra. Isso preocupa” (E 1).

“A gente faz um esforço para atender toda semana os casos que estão mais agudos, mas quando vai estabilizando a gente passa pra 15 dias, para um mês. Então, esse distanciamento entre os atendimentos por conta da agenda lotada é outra dificuldade” (E 2).

“Geralmente eu peço a essa pessoa para vir mesmo sem horário marcado e, entre um atendimento e outro, eu consigo fazer a escuta daquela pessoa, mesmo não sendo o ideal, mas é a forma como a gente consegue aqui” (E 4).

Percebe-se a preocupação dos profissionais com a agilidade do atendimento e com a dificuldade de realização do acompanhamento mais frequente, citando, inclusive, a busca por estratégias para realizar esse cuidado contínuo, mesmo com o excesso de demanda.

“Eu vejo a dificuldade de encaixar, principalmente pela demanda dos psicólogos, então é complicado ver esse fluxo caminhando” (E 3).

“Ainda acho um pouco desorganizado em relação a isso [fluxo], principalmente por conta da agenda. A agenda é o grande problema da questão” (E 4).

Sabe-se que o acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial, tanto para indivíduos em sofrimento que apresentam comportamento suicida, como para os seus familiares e pessoas próximas que tenham sido afetadas, é imprescindível. Deste modo, os CAPS se constituem como espaços de suporte e de apoio aos usuários e familiares que vivenciam tal situação.

Essa problemática revela a demanda por constantes investimentos intelectuais, com comprometimento e habilidade para trabalhar em equipe<sup>23</sup>. Também evidencia a importância da vontade política e do apoio de gestores, com recursos e condições para a manutenção adequada desses equipamentos.

## **Instrumentos de registro, avaliação e/ou notificação do comportamento suicida**

Sobre os instrumentais de registro, os profissionais expõem o desconhecimento de instrumentais específicos para a assistência, nos casos de comportamento suicida. Citam apenas o registro formal de evolução do usuário e o preenchimento de instrumentos de anamnese, documentos constantes em prontuários de uso e consulta comum aos profissionais. No tocante à avaliação, também não há instrumental para preenchimento ou direcionamento da avaliação do risco suicida, ficando a critério de cada profissional sua conduta de trabalho.

Alguns entrevistados apontam a construção de um instrumento com protocolo de encaminhamento para comunicação com o serviço de urgência e emergência, porém sem aprofundamento.

“A equipe, de uma forma geral, mas encabeçado pela psicóloga, já fez a construção do protocolo, mas pensando muito mais em relação ao hospital. Aquela questão do fluxo entre CAPS e Hospital. Fora isso, a gente não tem acesso a nenhum material específico a essa demanda” (E 3).

Em relação à Notificação Individual de Violência Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os profissionais comentam sobre a necessidade e importância, mas afirmam que não é algo comum.

Aí vem a questão da notificação né?! Que também é um grande problema. Às vezes, nem lá no hospital é realizada. Por que, quando vem encaminhado do hospital, a gente já pressupõe que tenha sido feita a notificação, mas, muitas vezes, nem é notificado, aí passa despercebido. Também, não tem o fluxo de notificação. Por exemplo, chegou uma demanda de suicídio, dentro das minhas ações, uma seria a notificação, mas a gente não tem esse hábito. Às vezes, a gente nem lembra de fazer a notificação, que é uma coisa superimportante (E 4).

Geralmente, o preenchimento da ficha de notificação do SINAN [Sistema de Informação de Agravos de Notificação] fica mais voltado para os psicólogos. A gente até teve um treinamento com o pessoal da epidemiologia e a equipe toda foi treinada para fazer esse preenchimento da ficha de notificação, mas é algo que ainda precisa ser mais praticado (E 2).

A subnotificação e a incompreensão sobre o preenchimento adequado das fichas nos serviços de saúde podem dificultar a obtenção de informações que retratem a verdadeira realidade do comportamento suicida no município.

A Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014<sup>23</sup>, do Ministério da Saúde, a qual define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde já torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata, em no máximo 24 horas, por todo o território nacional. O que indica a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de

medidas adequadas.

Portanto, para além das formações teóricas, consideramos que a notificação deve ser inserida como procedimento compulsório pertencente à rotina do serviço, devendo ser realizada oportunamente, sem prejuízo do acolhimento ao paciente, visto que o objetivo é desencadear o acompanhamento do caso, garantindo o acolhimento e a prestação de cuidados necessários, além da adoção de medidas terapêuticas adequadas<sup>24</sup>.

Sobre a problemática da subnotificação, Botega<sup>18</sup> afirma que no espectro do comportamento suicida, o desfecho fatal é a ponta do iceberg, estimando-se que o número de tentativas supere o de mortes em pelo menos dez vezes, pois segundo a OMS<sup>2</sup>, não há, em nenhum país, um registro de abrangência nacional de tentativas de suicídio.

Corroborando com essa conjectura, Mello-Santos, Wang e Bertolote<sup>25</sup> afirmam que, para cada suicídio, estima-se que haja pelo menos dez tentativas suficientemente sérias para requerer assistência médica e que esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados.

Minayo<sup>26</sup> também esclarece: “todos os estudiosos brasileiros são unânimes em mostrar que os números reais de violência autoinfligida são muito mais elevados do que os notificados nas fontes oficiais”. Dessa forma, os comportamentos suicidas permanecem sem ser informados ou são subinformados em quase todos os países.

No âmbito brasileiro, o Ministério da Saúde produziu em 2017 o Boletim Epidemiológico<sup>24</sup> intitulado “Suicídio: Saber, Agir e Prevenir”. Nesta publicação, enfatiza-se o desafio do preenchimento adequado e padronizado da causa de tentativa de suicídio na Ficha de Notificação Individual, evidenciando as elevadas proporções de casos ignorados para as variáveis: escolaridade, presença de deficiência/transtorno e violência de repetição.

O Boletim também aponta a importância das informações sobre tentativas de suicídio para o diagnóstico mais fidedigno, as medidas de prevenção e o monitoramento mais eficaz dessas ocorrências, uma vez que “as pessoas que chegam a tentar o suicídio devem ser o principal foco das ações de vigilância e de ações preventivas dos profissionais e serviços de saúde”<sup>24</sup>.

Deste modo, embora um dos profissionais entrevistados exponha a realização de um treinamento e o uso compulsório de alguns instrumentos de registros sejam normatizados, identifica-se a ausência e/ou pouca utilização de instrumentais para a produção sistemática de informações sobre o comportamento suicida. Aspecto que demonstra a subnotificação na realidade do serviço e evidencia, por conseguinte, a dificuldade de conhecimento da situação epidemiológica e de planejamento de ações efetivas sobre esse fenômeno apresentado no município.

Entende-se a necessidade do uso de informações, tanto para o acionamento imediato da rede de atenção, o acompanhamento dos casos, a intervenção precoce e adequada e o monitoramento dos casos, quanto para a garantia da alimentação dos sistemas de informação em saúde para produção de informações consistentes que possam subsidiar tomadas de decisão e garantir a democratização das informações. Essas ações podem prevenir ocorrência e a concretização de novas tentativas de suicídio<sup>24</sup>.

É importante destacar que a promoção da “notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados”<sup>7</sup> é um dos objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, referenciada para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão.

## **Desafios e possibilidades da assistência à pessoa com comportamento suicida**

Sobre os desafios e possibilidades elencados pelos profissionais, tem-se, majoritariamente: a Educação Permanente em Saúde (EPS); as construções interprofissionais de Projetos Terapêuticos Individuais e discussões de casos; e o trabalho intersetorial, através do Apoio Matricial. Essas categorias foram expostas como desafios e também como possibilidades e estratégias. Observa-se que são aspectos interligados para a qualificação do processo da assistência.

Acerca da Educação Permanente em Saúde, os profissionais expõem:

Eu acho que uma estratégia é a Educação Permanente. Possibilitar essa qualificação da equipe multiprofissional aqui dentro do CAPS e também nos outros pontos da rede. Uma qualificação melhor na urgência e emergência, dentro do hospital e agora da UPA [Unidade de Pronto Atendimento], para que esse atendimento às tentativas de suicídio seja de forma mais humanizada, com um preparo maior (E 2).

“Seria importante ter mais formação, ações de educação permanente. A gente sempre tá conversando com o psiquiatra, o psicólogo, pra ir qualificando a avaliação, esse momento de triagem” (E 5).

No que concerne à EPS, o Ministério da Saúde (MS) define-a como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos serviços e equipamentos e ao trabalho. A Educação Permanente se baseia na aprendizagem significativa e na transformação de práticas profissionais no cotidiano do trabalho<sup>27</sup>. Assim, possui potencial para gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço. Ações essenciais para a qualificação da assistência.

Sabe-se que a educação permanente da equipe de saúde mental e o exame de rotinas são necessários para que, de forma gradual e constante, haja o aperfeiçoamento dos tratamentos e das estratégias de prevenção de suicídio<sup>28</sup>.

Para além de processos que permitam incorporar instrumentos, tecnologias e referenciais necessários, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, “com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção”<sup>29</sup>.

“Promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas”<sup>7</sup> é mais um dos objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

A respeito da construção interprofissional de Projetos Terapêuticos Individuais/Singulares e discussão de casos, os entrevistados apontam:

“Uma estratégia seria se pensar na construção efetiva dos PTS e que houvesse um comprometimento maior para que a gente pudesse receber/acolher esse paciente. Conseguir dar uma resposta mais imediata” (E 3).

[...] e também ter mais espaços de discussão aqui, dentro do serviço, para construção de PTS [Projeto Terapêutico Singular]. Agora a gente tá tentando instituir de forma mais firme que toda terça-feira a gente faça estudo de caso, mas até ano passado, começo deste ano, era bem difícil a gente parar para discutir condutas terapêuticas e fazer alguns PTS e dar seguimento também (E 2).

Na triagem é feito um mini PTS, só que eu percebo que existe a necessidade de discutir mais esses casos, para ter um PTS de fato, com elencar responsabilidades, a escuta do usuário também na decisão de qual conduta terapêutica deveria ser adequada para ele, qual ele se sente mais confortável de utilizar (E 5).

Nota-se que os profissionais exaltam a relevância dessas ações, mencionando as estratégias em andamento, mas relatam também a dificuldade ou mesmo a ausência de construções interprofissionais dos projetos terapêuticos dos usuários.

“Pode-se afirmar que o suicídio demanda ações intersetoriais de enfrentamento para a redução dos casos, porquanto seu estudo assume caráter multidisciplinar e transdisciplinar”<sup>30</sup>.

Deste modo, o Projeto Terapêutico Singular é ferramenta fundamental para incorporar a noção interdisciplinar da discussão de casos e apreender a contribuição de várias profissões, especialidades e setores, bem como responsabilizá-las no cuidado, trabalhando também a desestigmatização entre os próprios profissionais e serviços.

Acerca da intersetorialidade, verifica-se que os profissionais pontuam-na como um desafio, principalmente relacionado à comunicação entre os próprios serviços de saúde em seus diferentes níveis de atenção. Dentro dessa problemática, alguns entrevistados apontam a estratégia do Apoio Matricial como modo de produção compartilhada da assistência.

“Então assim, a atenção básica é um ator primordial nessa rede de atenção à pessoa em sofrimento psíquico. Tem que ser trabalhado, no caso, o que a gente já está tentando fazer aqui. Inclusive, está sendo elaborado um instrumento de referência e contrarreferência para fortalecer a comunicação” (E 1).

“A melhor articulação com a rede, acho que esse é o ponto chave de tudo. Assim é corresponsabilização, de entender que o paciente não é só nosso paciente, ele é paciente da rede de saúde [...] Então, acho que a maior dificuldade é essa mesma, aí entra o grande problema do matriciamento, que a gente já fala e tenta há algum tempo a importância de trazer eles [outros profissionais e serviços] para junto da gente. Foi feita uma reunião com a Atenção Básica, mais uma vez, mais uma tentativa, de falar, de trazê-los pra junto da gente. Não só a Atenção Básica, mas

também a atenção hospitalar, a UPA, como novo serviço que vai receber as emergências de tentativas de suicídio, eu acho que seria importante traçar estratégias com eles (E 4).

Na perspectiva da assistência à pessoa em risco suicida, o trabalho intersetorial deve ser efetivado tanto no âmbito da rede de saúde, como também buscando a articulação com serviços de outras redes, como a rede socioassistencial e a educação, formando uma teia interdisciplinar que proporcione cuidado integral efetivo, com intervenções individuais, comunitárias, sociais, políticas, dentre outras.

“Promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras”<sup>7</sup>, também é um dos objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

A atenção aos casos de tentativa de suicídio pressupõe a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais<sup>24</sup>.

Os CAPS ocupam um lugar estratégico na rede de saúde, devendo oferecer suporte para ações da Atenção Básica à Saúde (ABS) e regular o fluxo de atendimentos dos outros serviços de saúde mental de sua área de abrangência<sup>31</sup>. No entanto, um dos grandes entraves ao trabalho do CAPS hoje é sua dificuldade de relação com outros serviços de saúde e, especificamente, com a Atenção Básica em Saúde<sup>32</sup>.

Nessa perspectiva, o Apoio Matricial é um excelente dispositivo, estratégico na superação da lógica da especialização e da fragmentação do cuidado, questões supracitadas nas falas dos entrevistados, através da responsabilização profissional compartilhada, o que permite regular, de forma mais efetiva, o fluxo das pessoas assistidas no equipamento e na rede de saúde como um todo.

Além disso, “o apoio matricial pretende oferecer, tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência”<sup>33</sup>, conjugando a ferramenta do PTS com discussão de casos, proporcionando a construção de espaços de Educação Permanente aos profissionais.

Assim, consideramos que pensar a assistência à pessoa com comportamento suicida é potencializar tecnologias leves<sup>34</sup>, com cuidado que privilegie a educação em saúde, a autonomia do sujeito, a rede social, a promoção e prevenção, corroborando na desconstrução de estigmas e preconceitos e abrangendo o acesso ao cuidado integral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia que a assistência à pessoa com comportamento suicida no Centro de Atenção Psicossocial de um município do Sertão Central do Ceará é permeada por incertezas e ações fragmentadas. Reflexo, no campo teórico, da necessidade de mais produções científicas acerca do tema específico abordado neste estudo e da ausência de sistematização das experiências de assistência à pessoa com risco suicida no campo analisado. Já no campo

prático setorial, reflexo da insuficiente construção interprofissional de ações e dos escassos processos de educação permanente ofertados para os profissionais, além da sobrecarga, relacionada à grande demanda e ao número reduzido de profissionais e do desafio do trabalho em rede, diante da fragmentação do cuidado.

Portanto, a construção de uma assistência integral, equânime e de qualidade para a pessoa com comportamento suicida no cenário estudado passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento do trabalho, através do melhoramento dos aspectos apontados como desafios e da continuidade e longevidade das experiências iniciais citadas pelos profissionais (Apoio Matricial, discussões de casos inseridas como parte da rotina dos serviços, atuações interprofissionais, entre outras).

Todavia, o trabalho tem suas limitações. O número de entrevistados, por mais rico que sejam as entrevistas, pode sofrer o viés da natureza da amostra e da sua variabilidade, uma vez que profissionais que prestam um serviço não são a representação de todas as partes envolvidas em uma prestação de serviço em saúde para a sociedade. Gestores e pacientes são elementos igualmente importantes nessa interação e busca de constatações científicas.

Assim, surgem potencialidades de novas pesquisas que sejam comprobatórias dos achados desta pesquisa, bem como possam explorar também as percepções de gestores e pacientes, complementando o olhar sobre o sistema objeto deste estudo.

Ainda, outra potencialidade é a possibilidade de que este estudo possa contribuir para as reflexões sobre a assistência prestada à pessoa com comportamento suicida, suscitando aperfeiçoamentos no cuidado e interesses na elaboração de nova sistematização de experiências. Além do fomento à promoção de iniciativas que envolvam os atores sociais, principalmente gestores e órgãos públicos, não apenas em campanhas ou ações pontuais, mas, de forma continuada, com comprometimento e inovação e, principalmente, com garantia de recursos humanos e financeiros.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014.
2. Organización Mundial De La Salud. Prevención del Suicidio: un imperativo global. Resumen Ejecutivo. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2014.
3. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.
4. World Health Organization. Suicide in the world Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2019.
5. World Health Organization. Public Health Action for the Prevention of Suicide. Geneva: World Health Organization; 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. [Acesso em 2020 Jul 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
7. Brasil. Lei 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os

- Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Diário Oficial da União; 29 abril 19. ed. 81; Seção 1; página 1.
8. Minayo MCS, Deslandes SF. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Rev Atual. Petropolis: Vozes; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados: Quixeramobim (código 2311405). Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/quixeramobim.html>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. [acesso 2020 Jul 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10ce.def>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. [acesso em 2020 Jul 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violece.def>.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70 Persona; 1977.
14. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre prevenção de violência. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2014.
15. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev. Latinoam Psicopatol Fundam. 2009; 12(1):130-140.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. Brasília: Série B. Textos Básicos de Saúde, 2ª ed. 2010.
17. Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. São Paulo: 2014; 25(3): 262-269.
18. Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
19. Barrero SAP. Preventing suicide: A resource for the family. Annals of General Psychiatry, 7(1). 2008 [acesso em 2020 Jun 20]. [Recuperado] <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/7/1/1>.
20. Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp; 2012.
21. Silva MNRMO, Costa II. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. Rev Tempus Acta Saúde Coletiva. 2010; 4 (1):19-29.
22. Heck RM, Kantorski LP, Borges AM, Lopes CV, Santos MC, Pinho LB. Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. Texto Contexto Enferm. 2012 Jan-Mar; 21(1): 26-33.
23. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1271. 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: Diário Oficial da União; 06 jun 14.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, Agir e Prevenir. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde: 2017; 48(30).
25. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. São Paulo: Rev Brasil Psiquiatria. 2005; 27(2).
26. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde. 2005; 205-39.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
28. Wasserman D, Wasserman C. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford University Press; 2009.

29. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras Trab Educ Saúde. 2008; 6(3): 443-56.
30. Bezerra Filho JG, Werneck GL, Almeida RLF, Oliveira MIV, Magalhães FB. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. Cad Saúde Pública. 2012; 28(5):833-844.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
32. Onocko CRT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saúde Pú. 2009; 43(1):16-22.
33. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2):399-407.
34. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência; 2008.
35. Ceará. Secretária de Saúde do Estado do Ceará. Indicadores. Integrasus. [acesso em 2021 Fev 03]. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-vigilancia-saude/situacao-epidemiologica/mortalidade-suicidio>.

**DATA DE RECEBIMENTO:**

06/10/2020

**AUTOR CORRESPONDENTE:**

Nayara Maciel da Silva  
nayaramacielsilva@gmail.com