



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**DANIELE CRISTINA RIBEIRO DOS SANTOS**

**OFICINA PARA ABORDAGEM AO COMPORTAMENTO SUICIDA:**  
Implementação na Atenção Primária à Saúde

Botucatu – SP  
2020

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

DANIELE CRISTINA RIBEIRO DOS SANTOS

**OFICINA PARA ABORDAGEM AO COMPORTAMENTO SUICIDA:**  
Implementação na Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Profa. Dra. Rúbia de Aguiar Alencar

Orientadora

Prof. Dr. Thiago da Silva Domingos

Coorientador

Botucatu/SP  
2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Santos, Daniele Cristina Ribeiro dos.

Oficina para abordagem ao comportamento suicida :  
implementação na atenção primária à saúde / Daniele  
Cristina Ribeiro dos Santos. - Botucatu, 2020

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Rúbia de Aguiar Alencar

Coorientador: Thiago da Silva Domingos

Capes: 40400000

1. Suicídio. 2. Comportamento suicida. 3. Atenção  
primária à saúde. 4. Recursos humanos na saúde publica.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Capacitação de  
recursos humanos em saúde; Notificação compulsória;  
Suicídio; Tentativa de suicídio.

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

DANIELE CRISTINA RIBEIRO DOS SANTOS

### **OFICINA PARA ABORDAGEM AO COMPORTAMENTO SUICIDA: Implementação na Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Rúbia de Aguiar Alencar

---

Prof. Dra. Danielle Abdel Massih Pio

---

Prof. Dr. Guilherme Correa Barbosa

*Dedico este trabalho a minha avó Maria Teixeira dos Reis, aos meus pais e orientadores.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido estar neste momento sem ele não teria sido possível.

Aos meus pais e aos meus orientadores por estarem sempre disponíveis, para auxiliar nesta jornada que foi muito importante para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos mestres que mostraram um novo caminho de conhecimento e aos colegas de turma que auxiliaram neste percurso.

Imensa gratidão aos meus primos Milena e Gustavo que me receberam em sua casa e proporcionaram carinho, atenção e suporte de irmãos, vocês são muito especiais.

As amigas que incentivaram e apoiaram e continuaram me convidando para estar com eles mesmo após ouvir muitas vezes que eu não podia por atividades do mestrado.

Aos colegas de trabalho que cobriram minha ausência quando necessário.

Aos amigos que me incentivaram a prestar a prova Giovana, Hellen e Milena.

Minha querida vó que sempre me apoiou e incentivou e estaria muito feliz com essa conquista!!

*Quanto mais me capacito como profissional , quanto mais sistematizo minhas experiências, quanto mais me utilizo do patrimônio cultural, que é patrimônio de todos e ao qual todos devem servir, mais aumenta minha responsabilidade com os homens.*

**Paulo Freire**

## RESUMO

O suicídio é uma das 10 principais causas de morte no mundo. A cada 40 segundos, morre uma pessoa por suicídio, de modo que se tornou um problema de saúde pública e um agravo de notificação compulsória. A maior parte dos suicídios pode ser prevenida, basta observar o grande número de pessoas que esteve em consulta na Atenção Primária durante o prazo de um ano antes do fato. Assim, a identificação precoce do risco de suicídio é um dos fatores de prevenção. O presente estudo tem por objetivo propor e implementar oficinas problematizadoras sobre a abordagem à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida para os trabalhadores e gestores dos serviços da Atenção Primária à Saúde. Foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa-quantitativa conduzida por meio do referencial da pesquisa ação que, por sua vez, corresponde a uma estratégia metodológica e técnica que permite estruturar uma investigação social com maior versatilidade na elaboração e execução dos recursos utilizados na investigação. Para organização da oficina – realizada em três encontros – optou-se pela utilização do *Arco de Charles Maguerez*. Após a transcrição das narrativas e das gravações da oficina, os dados foram analisados segundo o referencial metodológico da Análise de Conteúdo, na vertente representacional e temática de *Bardin*. O produto desenvolvido foi a oficina constituída por três encontros que proporcionaram um espaço educativo, de reflexão da ação e integração teórico-prática no exercício profissional. Como resultado foram identificados que os participantes desenvolveram estratégias para conduzir o atendimento a pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida, articulando trabalho em equipe e apoio da Rede de Atenção à Saúde e da Rede Intersetorial. O vislumbre dessa possibilidade levou os participantes a terem criticidade acerca da lógica biomédico centrada de encaminhamento para a especialidade. Conclui-se que os encontros da oficina foram importantes para promover formação e sensibilização dos participantes. Essas atitudes são fundamentais para qualificar as habilidades dos profissionais da Atenção Primária à Saúde quando do atendimento do usuário em sofrimento psíquico e comportamento suicida.

**Descritores:** Suicídio; Tentativa de Suicídio; Notificação Compulsória; Atenção Primária à Saúde; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

## ABSTRACT

Suicide is one of the top 10 causes of death in the world. Every 40 seconds, a person dies by suicide, so that it becomes a public health problem and a condition of compulsory notification. Most suicides can be prevented, just look at the large number of people who were in consultation in Primary Care during the period of one year before the fact. Thus, an early identification of suicide risk is one of the threat factors. The present study aims to propose and implement workshops with problems to approach the person in psychological distress with suicidal behavior for workers and managers of Primary Health Care services. A qualitative-quantitative research was carried out through research of an action that, in turn, corresponds to a methodological and technical strategy that allows structuring a social investigation with greater versatility in the execution and execution of the resources used in the investigation. To organize the workshop - held in three meetings - choose the use of the Arch of Charles Maguerez. After transcribing the narratives and recordings of the workshop, the data were analyzed according to the methodological framework of Content Analysis, in the representative and thematic aspect of Bardin. The product was developed for a workshop on three meetings that offered an educational space, reflection on action and theoretical-practical integration in professional practice. As a result, participants were selected who develop strategies to lead or assist a person in psychological distress with suicidal behavior, articulating teamwork and supporting the Health Care Network and the Intersectoral Network. The indicator of this possibility led the participants to have a criticism about biomedical logic centered on referral to a specialty. We concluded that the workshop meetings were important to promote the training and awareness of the participants. These attitudes are fundamental to qualify as skills of Primary Health Care professionals when assisting the user in psychological distress and suicidal behavior.

Descriptors: Suicide; Suicide attempt; Compulsory Notification; Primary Health Care; Training of Human Resources in Health.

## **LISTA DE SIGLAS**

AIS - Ações Integradas de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

DRS - Diretoria Regional de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília

IRIS - Índice de Risco de Suicídio

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

INSS - Instituto Nacional da Seguridade Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAS - Planos de Atendimento à Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PREV-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SRT - Serviço de Residência Terapêutica do município

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes. Adamantina/SP, 2019

**Tabela 2** - Distribuição dos dados sociodemográficos e formação dos participantes. Adamantina/SP, 2019

**Tabela 3** - Distribuição numérica e percentual das variáveis da ficha de notificação (2016-2019). Adamantina/SP, 2019

**Tabela 4** - Distribuição numérica e percentual das variáveis da ficha de notificação (2016-2019). Adamantina/SP, 2019

**Tabela 5** - Distribuição das respostas dos participantes nos momentos pré e pós-teste. Adamantina/SP, 2019

**Tabela 6** - Distribuição das respostas por categorias nos momentos pré e pós-teste. Adamantina/SP, 2019

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Arco de Maguerez

**Figura 2** - Contrato de Convivência

**Figura 3** - Apresentação dos dados da Notificações de Tentativa de suicídio

**Figura 4** - Apresentação dos dados realizados na síntese

**Figura 5** - Avaliação da Primeira Oficina Período da manhã

**Figura 6**- Avaliação da Primeira Oficina Período da tarde

**Figura 7**- Construção das habilidades por equipe de saúde

**Figura 8** - Encenação Role Play

**Figura 9** - Encenação Role Play

**Figura 10** - Avaliação da segunda oficina período da manhã

**Figura 11** - Avaliação da segunda oficina período da tarde

**Figura 12** - Elaboração da rede de atenção à saúde e intersetorial do município de Adamantina. Referente ao período da manhã

**Figura 13** - Planos de atendimento das equipes

**Figura 14** - Elaboração da rede de “trama fina” referente ao período da tarde

**Figura 15** - Avaliação terceira oficina período manhã

**Figura 16** - Avaliação terceira oficina período tarde

**Figura 17** - Grupo da manhã

**Figura 18** - Grupo da tarde

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1-** Relação entre etapas do Arco de Maguerez e Estrutura da Oficina

**Quadro 2** - O planejamento das atividades realizadas no primeiro encontro

**Quadro 3** - O planejamento das atividades realizadas no segundo encontro

**Quadro 4** - O planejamento das atividades realizadas no terceiro encontro

## SUMÁRIO

|                                                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>RESUMO</b>                                                       | <b>11</b>  |
| <b>APRESENTAÇÃO</b>                                                 | <b>19</b>  |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                 | <b>21</b>  |
| 1.1 Comportamento Suicida                                           | 22         |
| 1.2 Atenção Primária                                                | 27         |
| 1.3 Saúde Mental                                                    | 34         |
| <b>3 OBJETIVOS</b>                                                  | <b>43</b>  |
| 3.1 Objetivo Geral                                                  | 43         |
| 3.2 Objetivos Específicos                                           | 43         |
| <b>3 MÉTODO</b>                                                     | <b>44</b>  |
| 3.1 Tipo de Pesquisa                                                | 44         |
| 3.3.1 Etapas da pesquisa                                            | 49         |
| 3.3 Procedimentos Análise                                           | 50         |
| 3.5 Procedimentos Éticos                                            | 54         |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                                     | <b>56</b>  |
| 4.1 Fichas de Notificação Compulsória de violência                  | 56         |
| 4.2 Questionários de atitudes em relação ao comportamento suicida   | 60         |
| 4.3 Produtos – Oficina para a Abordagem ao Comportamento<br>suicida | 65         |
| 4.4 Contribuições para a Enfermagem e Saúde                         | 96         |
| 4.5 Limitações do Estudo                                            | 97         |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                       | <b>99</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                                  | <b>101</b> |
| <b>APÊNDICES e ANEXOS</b>                                           | <b>106</b> |

## APRESENTAÇÃO

Há 11 anos, formei-me em Enfermagem pelas Faculdades Adamantinenses Integradas. Durante a graduação, gostei de várias disciplinas, em especial, Saúde Pública e Psiquiatria. Após tal período, quando estava na cidade de São Paulo em busca do tão sonhado emprego, percebi que gostaria de trabalhar na saúde pública. Retornei à cidade de Adamantina decidida a estudar para passar em concurso público. Alguns meses depois, fui aprovada em concurso público no Paraná e, depois, em Adamantina.

Estava segura de que seria alocada em alguma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, no entanto, fui alocada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) um serviço inaugurado há pouco tempo e que eu não tinha familiaridade alguma. Como sempre gostei da área de psiquiatria quando estava na Faculdade então pensei que seria muito positivo.

Comecei a estudar, pois descobri um novo mundo que é o cuidado em liberdade. Apaixonei-me pela saúde mental, pois sempre me intrigavam os casos de tentativa de suicídio encaminhados até o referido serviço e, além disso, iniciei a minha participação na Rede chamada “Promover Vida”, a qual realiza discussões dos casos de tentativa de suicídio intersetorialmente.

Particpei diretamente do processo de desinstitucionalização de oito moradores do hospital psiquiátrico para o Serviço de Residência Terapêutica do município (SRT). E também comecei a participar das reuniões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e conheci algumas residentes do programa multiprofissional em Saúde Mental, quando me interessei pelo tema. Então, decidi prestar a prova da residência pois sabia que havia mais a aprender em relação à saúde mental. Após a aprovação no concurso, foi concedido meu pedido de licença sem remuneração do município a fim de cursar a residência.

Fui inserida no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília em 2016 e obtive inúmeras experiências em muitos cenários, tendo o suicídio como um dos temas sempre presente. O Prof. Dr. Thiago da Silva Domingos foi o meu tutor de núcleo, de modo que iniciamos a pesquisa como tema *O olhar do Agente Comunitário de Saúde sobre o suicídio e tentativa de suicídio*. Durante esse percurso, houve

a minha descoberta pessoal de que havia grande fragilidade entre os profissionais da equipe da atenção básica na abordagem de referida temática. Com esta inquietação, pensei em continuar a pesquisa, agora de forma mais abrangente, com o apoio do referido professor pra dar continuidade à temática na pesquisa de mestrado.

Hoje, realizo o sonho de estar inserida neste programa de Pós-Graduação, com a orientação da Prof. Dra. Rúbia de Aguiar Alencar e coorientação do Prof. Thiago da Silva Domingos, que me auxiliaram nesta jornada com objetivo de ampliar conhecimento e desmistificar o fenômeno do suicídio entre os profissionais da atenção básica no município de Adamantina.

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio está entre as três principais causas de morte de pessoas com a idade entre os 15 e 44 anos no mundo. Aproximadamente um milhão de pessoas comete suicídio no período de um ano, de modo que, em termos proporcionais, essa cifra corresponde a uma morte a cada 40 segundos (Bertolote, 2012; Botega, 2015).

O quantitativo é ainda mais grave quando se considera o comportamento suicida, definido como sendo *todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independentemente do grau de letalidade e o motivo deste ato* (Botega et al., 2009).

Ressalta-se que o comportamento suicida é um *continuum*: ameaças, autolesões, frustrações, desesperança, fuga social, depressão, pensamentos de autodestruição, tentativas de suicídio e o suicídio em si (Klonsky, Saffer, Bryan, 2018).

O suicídio e a tentativa de suicídio são um grave problema de saúde pública os quais afetam toda a sociedade, mas que podem ser manejados por meio de ações tais como: promoção, prevenção, detecção precoce e abordagem eficaz dos casos de tentativas e do comportamento suicida (Botega et al., 2009).

Nesse contexto, surge a necessidade de organizar junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS), a construção de uma linha de cuidado integral para o manejo desses episódios, com vistas a ampliar o acesso dos usuários aos serviços e a reduzir os danos do agravo, quando necessário (Brasil, 2011).

A subnotificação dos casos de suicídio, como fator que fragiliza o delineamento real do problema na sociedade brasileira, ocorre por vários motivos, como o fato de ser o tema um tabu para sociedade e questões relacionadas aos seguros de vida. Dos fatores mais relevantes, estão o desconhecimento da importância da notificação e o despreparo das equipes de saúde para o preenchimento das fichas (Ribeiro et al., 2018).

A partir do ano de 2016, a tentativa de suicídio foi incorporada à lista de agravos e eventos de saúde pública considerados de notificação compulsória imediata no Brasil. Dessa forma, os profissionais de saúde ou do sistema educacional público ou particular deverão informar a ocorrência do suicídio à Secretaria de Vigilância Epidemiológica por meio da notificação deste agravo,

para que seja cadastrado no Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN) (Brasil, 2016).

A Lei n.º 13.819, sancionada em 26 de abril de 2019 com o escopo de instituir a Política Nacional de Prevenção de Automutilação e de Suicídio, apresenta como alguns de seus objetivos:

- promover a saúde mental,
- prevenir a violência autoprovocada,
- garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio,
- abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial,
- informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados,
- promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocada (Brasil, 2019).

É responsabilidade da Secretaria de Saúde fomentar e inscrever os dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mas também informar os serviços de saúde de sua circunscrição para que ocorra a organização do atendimento às pessoas em risco.

Contudo, ocorre que alguns municípios não compartilham as informações, havendo a necessidade de se criar um sistema de informação que integre os dados (Ribeiro et al., 2018).

### **1.1 Taxas de Suicídio e monitoramento na Atenção Primária**

O suicídio é considerado um ato intencional de provocar a própria morte. É um fenômeno multifatorial envolvendo aspectos sociais, culturais, psicológicos, financeiros e devido à doenças. Alguns suicídios ocorrem por meio

de atos de impulsividade, sendo imprescindível dificultar o acesso a meios que podem provocar o suicídio, tais como a arma de fogo, venenos, entre outros (WHO,2014).

O índice de mortalidade por suicídio é maior nos países da Europa Oriental, seguido intermediariamente pelos Estados Unidos, Austrália, Japão e países da Europa Central. Os menores índices estão nos países da América Central e América do Sul (WHO,2014).

São 800.000 mil mortes por ano no mundo, sendo a terceira taxa de mortalidade e a segunda causa entre os jovens de 15 a 29 anos. Trata-se, pois, de uma morte por suicídio a cada 40 segundos (WHO,2014).

No Brasil, a taxa de suicídio no período de 2011 a 2017 foi de 80.352 óbitos, sendo a faixa etária mais atingida a de jovens entre 15 a 29 anos, com 21.790 óbitos. Destes, 79% são do sexo masculino; 54,9% são negros, com escolaridade de 4 a 11 anos; 58,2% são solteiros, viúvos ou divorciados (Brasil, 2009).

A subnotificação do suicídio ocorre em vários lugares do mundo, inclusive, considerada crime em alguns países. Nesse contexto em que há a falta de um sistema nacional de notificação, o suicídio poderá ser classificado como acidente ou outras causas.

Isso se relaciona com o fato de ser ainda tratado como um *tabu* pela sociedade, o que contribui para ser estigmatizado e não tolerado entre as pessoas que têm a crença pessoal de que é necessário valorizar a vida – e não acabar com ela.

Por esta razão, a informação sobre a tentativa de suicídio, muitas vezes, acaba não sendo compartilhada com outros profissionais da equipe. E, em alguns casos, é feito de maneira pejorativa: culpabilizando o indivíduo que, na maioria das vezes, é recriminado por um discurso baseado em questões morais (Bertolote, 2012; Maia, 2016).

Contudo, a temática precisa ser tratada como uma questão de saúde pública, afastando-se de tais discursos e tabus. Um suicídio, por exemplo, impacta em média 60 pessoas – entre familiares, amigos, colegas de classe e de trabalho. Alguns estudos apontam que, entre as pessoas que perdem entes em razão do suicídio, há o aumento de risco de sofrimento psicológico, solidão,

uso excessivo de álcool, mudanças nos laços sociais, financeiros, alimentares e, inclusive, do próprio suicídio (Pitmam et al., 2014).

É de se ressaltar a importância da temática, posto que ocorre mais de um milhão de mortes no mundo por suicídio. Nos Estados Unidos, por exemplo, o suicídio esteve entre as 10 principais causas de morte em 2010. Tais números deixam claro o fato de que se trata de um grande problema de saúde pública em vários países.

Quanto a isto, pesquisas demonstram que a maior parte das pessoas que cometeram suicídio ou a tentativa de suicídio passou pelo médico da atenção primária alguns meses antes de sua ocorrência (Oneib et al., 2016). Dados da França e dos Estados Unidos apontam que 80% das pessoas depressivas são tratadas na atenção primária, o que representa 20% do total de consultas.

Em face de tal contexto, a identificação precoce de ideações suicidas permite uma prevenção eficaz, de modo que há a necessidade cada vez maior de preparar os médicos de cuidados primários a terem o manejo adequado dos pacientes depressivos, pois a taxa de suicídio nesta população é 20 vezes maior do que na população em geral (Peyron, David, 2014).

Além disso, também é salutar o treinamento da equipe de atenção primária para estar atenta a uma avaliação eficaz do risco de comportamento suicida nos pacientes, os quais podem abusar de drogas psicotrópicas, especialmente aquelas utilizadas para o tratamento de depressão (Riihimäki et al., 2014).

Assim, os profissionais da atenção primária podem ajudar os pacientes a reduzirem os comportamentos de alto risco, bem como a diminuir as consequências negativas associadas a tentativas e ideações suicidas.

Em outra medida, é correto afirmar que o uso de estratégias na política pública – tais como a triagem, a intervenção imediata e o encaminhamento para tratamento e notificações de tentativa de suicídio em um sistema de saúde único – são ferramentas que auxiliam na prevenção, assim como a implantação clara de um fluxograma para atender o paciente de acordo com seu grau de risco (Farely et al., 2014).

Contudo, denotaram-se algumas dificuldades na detecção precoce do risco de suicídio na atenção primária, pois os profissionais não têm utilizado as ferramentas adequadas para detecção do risco e/ou não vêm recebendo

treinamento para atender a demanda de pacientes que apresentam comportamento suicida: a escuta mais sensível não é realizada, o que dificulta ter o conhecimento necessário acerca dos fatores desencadeantes e os fatores protetores, os quais auxiliam na abordagem ao paciente com risco suicida (Kiriakids, 2015).

Outro ponto relevante a se destacar se refere à relação entre o tratamento de saúde ofertado e a subidentificação. O risco de suicídio e comportamento suicida podem permanecer subidentificados na atenção primária à medida que existe uma grande quantidade de pessoas nesse nível de atenção que realiza tratamentos de pessoas devido a depressão, ou outro transtorno de humor, que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas (Simon et al., 2016), as quais embora recebam o tratamento realizado pelos psiquiatras, não estão tendo a atenção necessária para seus cuidados em saúde.

Se a ferramenta *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) fosse aplicada, teria um grande preditor de risco para depressão, a qual é um dos principais riscos para o suicídio. No entanto, é pouco utilizado sob a justificativa de que há exíguo tempo para atendimento e consulta frente ao número de pacientes para serem atendidos. Assim, os médicos atendem somente o sintoma referido pelo paciente e não averiguam outros aspectos de sua vida para realizar um diagnóstico ampliado (Peyron, David, 2015).

Quanto a isto, uma pesquisa realizada na atenção primária com base em entrevistas e análise de prontuários demonstrou os seguintes aspectos de pacientes que cometeram suicídio: a média de idade de 33 a 56 anos; maior índice do sexo masculino; os fatores de risco tais como desemprego, automutilação, doenças crônicas, morar sozinho, abusam de substâncias psicoativas, não realização do tratamento para depressão, esquizofrenia e ansiedade, contextos de situações adversas como separação e morte de pessoas próximas e internação hospitalar (Saini, Chantler, Kapur, 2016).

Especificamente quanto à automutilação, também o papel da atenção primária necessita ser mais eficiente, tendo em vista que 98% da população com este sintoma foi atendida na APS. No Reino Unido, por exemplo, estudos revelaram que a automutilação é o principal fator de risco para suicídio.

As pesquisas demonstraram uma incongruência, pois os casos que envolvem mulheres são, em sua maior parte, detectados na atenção

especializada, de modo que há mais ocorrências de tentativas de suicídio, com a utilização, em geral, de envenenamento e autolesões não especificadas.

Uma das preocupações no que se refere a pessoas mais jovens, entre 15 e 24 anos, é a de que somente os casos mais graves são notificados, de modo que não há muitos registros sobre estas ocorrências em casos que causam menores danos. Isto demonstra a subnotificação e a falta de treinamento das equipes (Carr et al., 2016)

Em outra medida, as taxas de suicídio e automutilação são muito mais altas em pessoas com depressão, de modo que a redução desses riscos é resultado esperado no tratamento desses pacientes. No entanto, o método mais utilizado para o tratamento é o uso de antidepressivos, que aumenta consideravelmente o risco de suicídio na população jovem de até 24 anos que inicia o tratamento com uso de medicamento como recurso para a prevenção do suicídio.

De outra forma, não foram encontradas evidências do aumento de risco de suicídio em adultos com idades entre 25 e 64 anos que fazem uso de antidepressivos, enquanto que nos idosos de 65 anos ou mais o risco foi reduzido.

Assim, este estudo demonstra a importância do monitoramento da atenção primária aos usuários de antidepressivos, bem como da capacitação de uma equipe que consiga constatar adequadamente os riscos da prescrição de alguns medicamentos para pessoas com sintomas depressivo grave (Coupland et al., 2015).

Na Índia, o diagnóstico de transtorno depressivo foi fortemente associado a um histórico de tentativa de suicídio. A proporção de pessoas com histórico de tentativa de suicídio foi de 21,3% entre os que tinham doença depressiva atual, mas apenas 1,5% entre os não-deprimidos. A gravidade da depressão também foi alta entre aqueles com histórico de tentativa anterior de suicídio. A maioria deles (35/57, 61,4%) apresentou depressão grave, em comparação com depressão leve (4/57; 7%) ou moderada (9/57; 15,8%). Na análise, além da depressão, relacionaram-se ao suicídio os aspectos de baixa escolaridade e dificuldades financeiras como fatores estressores, enquanto que a menor taxa de depressão foi observada em pessoas com nível secundário de instrução.

Assim, melhores condições financeiras seriam fatores protetivos contra a depressão naquele contexto (Indu et al., 2017).

Em razão de todos os dados acima expostos, argumenta-se que a atenção primária deve ser um foco importante para o desenvolvimento de intervenções de saúde pública voltadas para a detecção do risco de suicídio na população (Payron, David, 2014).

No que se refere às estratégias voltadas para as mulheres, deve-se desenvolver intervenções baseadas no contexto da comunidade em questão para identificá-las, gerenciá-las e acompanhá-las, considerando quando há a prevalência de tentativas anteriores de suicídio particularmente altas (Carr, et al., 2016; Indu et al., 2017).

Nesse quesito, quando ocorrem tentativas anteriores de suicídio em pacientes na atenção primária, mesmo que não haja a indicação para consulta psiquiátrica, é necessário que seja oferecida uma escuta qualificada. Inclusive, é importante que se estabeleçam intervenções de saúde pública, visando ao tratamento para os casos de depressão e diminuição do risco de suicídio.

No que tange à qualificação da equipe para uma escuta mais atenta, deve ser explorado junto ao paciente acerca da existência de tentativa anterior de suicídio, com uma abordagem especialmente voltada para questões principais relacionadas à saúde mental. Deve ser superado o atendimento que se reduz apenas ao sintoma que o paciente informa.

O Índice de Risco de Suicídio (IRIS) é um questionário validado para avaliar o risco de suicídio. No entanto, apresenta baixa especificidade, sendo interessante utilizar entrevistas semi-estruturadas e os testes fechados, pois possibilitariam um melhor resultado na avaliação de risco de suicídio.

## **1.2 Atenção Primária**

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária são serviços que surgiram na Reforma Sanitária que ocorreu na década de 70 com o lema “Saúde e Democracia”. Estruturaram-se nas universidades, nos movimentos sindicais e em experiências regionais de organização de serviços de saúde (Paiva, Teixeira 2014).

Todos os setores e serviços que subsistiam naquele contexto, fizeram um encontro no município de São Paulo e, então, perceberam que compunham um movimento único e com causas em comum: pelo fim da ditadura militar, por um Sistema Único de Saúde e contra o complexo médico-industrial. Em 1976, criaram o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) (Paiva, Teixeira 2014).

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no início dos anos 80, pela primeira vez, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) foi convidado a participar, colaborar e sua equipe de estudiosos apresentou a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), que fundiria o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) com Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS). Iniciou-se o repasse de recursos para os municípios por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Cohn, 1989).

Essa proposta criou uma porta de entrada para os postos de saúde com atendentes treinados para execução das ações básicas de saúde, as unidades ambulatoriais com atendimento médico, uma lista de medicamentos prioritários/básicos, as unidades de internação para os trabalhadores de carteira assinada e os direitos salariais para os profissionais de saúde (Cohn,1989).

Em 1982, iniciou-se um programa-piloto – o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) – que propôs a regionalização progressiva do Sistema de Saúde. Com os bons resultados obtidos, em 1983 passou a ser uma política ministerial. E as Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham como objetivo integrar e racionalizar os serviços médicos em todos os níveis de atenção à saúde, tornaram-se a grande matriz para o SUS, contexto em que se buscou tornar a saúde acessível a toda a população (Cohn,1989).

Após o movimento pelas “Diretas Já”, abrem-se espaços fundamentais na saúde com profissionais da saúde militantes do Movimento Sanitário. *Hésio Cordeiro* assumiu a presidência do INAMPS, criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e propôs a sua extinção e o repasse dos recursos para as administrações municipais (Cohn,1989).

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, houve, pela primeira vez, uma grande participação popular, com mais de cinco mil representantes de todos

os seguimentos da sociedade civil, em que se discutia um novo modelo de saúde (Paiva, Teixeira 2014).

A Constituição Federal de 1988 passou a estabelecer a Saúde como um dever do Estado e um direito de todos, de modo que se objetivava acabar com a exclusão de grande parcela da população do acesso ao sistema de saúde. Este processo ocorreu muito em razão das lutas dos militantes e, também, da crise do financiamento do modelo de assistência médica e da Previdência Social (Pinto, Giovanella, 2018).

A Lei nº 8.080 de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei 8.142 de 1990 estabeleceu a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990).

Houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual foi capaz de aumentar o acesso da população à saúde e de iniciar a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como uma reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (Pinto, Giovanella, 2018).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o eixo estruturante da APS e se caracteriza por desenvolver um conjunto amplo de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado, todos convergindo para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Nessa direcionalidade, o foco passou a ser a atenção ao sujeito e não à doença, levando a uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde (Brasil, 2017).

A equipe de saúde da ESF é multiprofissional e composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (Brasil, 2017).

Desde 2010 organização do sistema de saúde está sob o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm o objetivo de produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Nas RAS, a APS atua como coordenadora e ordenadora do cuidado, apresentando-se como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica (Brasil, 2010).

Tais Redes são mais eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de atuar em face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário para superar as dificuldades ocasionadas pela intensa fragmentação dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (Brasil, 2010).

Contemplando a RAS, foram nominadas cinco redes temáticas, sendo elas: Rede Materno Infantil, Atenção às Urgências, Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas, Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Brasil, 2010).

Em especial, no que tange à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), esta visa garantir os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, de modo a proporcionar autonomia, equidade e qualidade nos serviços, com ênfase no cuidado integral e multiprofissional na lógica transdisciplinar no atendimento comunitário, bem como com várias estratégias de cuidado e ações intersetoriais (Brasil, 2011).

Na lógica intersetorial, as pessoas em sofrimento psíquico são inseridas na ESF, o que atende aos princípios de cuidado comunitário e territorial em seu grau máximo, de modo a fomentar a atenção integral. Estratégias e tecnologias de cuidado e de gestão vêm sendo desenvolvidas e implementadas para qualificar o acesso às ações no âmbito da ESF e especificamente no contexto da saúde mental na APS (Brasil, 2011).

Dentre essas estratégias, as ferramentas da Política Nacional de Humanização nascem pra auxiliar na comunicação entre trabalhadores e gestores e propõe ferramentas que visam a diminuir as relações hierárquicas de

poder e a possibilitar a autonomia e corresponsabilidade entre profissionais e usuários (Brasil, 2007).

Dentre as ferramentas existentes, a *ambiência* se trata da promoção de espaços onde os usuários possam sentir-se confortáveis e confiantes para expressar seus pensamentos, enquanto que o *acolhimento* permite a construção de relações de vínculo e compromisso entre as equipes e os usuários (Brasil, 2007).

Ressalta-se a importância da atuação multiprofissional, formada a partir do modelo biopsicossocial. Cita-se, nesse sentido, modelos como a Clínica Ampliada que se constitui como um modo de atuação que envolve diferentes profissionais da área da saúde. Esse modelo é capaz de desconstruir a lógica biomédica centrada e atende às necessidades de saúde do paciente de forma integrada, por meio de ferramentas em que o sujeito está inserido no seu cuidado e há a articulação de vários setores públicos para a promoção, a prevenção e os cuidados imediatos de saúde (Campos, Amaral, 2007, Brasil, 2013).

O matriciamento preconizado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um meio de construção da política de saúde realizado por mais de uma equipe para proporcionar cuidado de forma integral, formado por uma equipe de referência que tem relação direta com os usuários e por uma equipe de matriciadores especializada e interdisciplinar, as quais atuam juntas para diminuir o número de encaminhamentos para especialidades e, portanto, para proporcionar um cuidado integral e eficaz no território (Campos, 2007).

O Núcleo de Apoio de Saúde à Família (NASF) foi instituído para fortalecer a APS e é constituído por equipe multiprofissional com a função de matricular as equipes de ESF. Foi instituído com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2008, estabelecendo a revisão de diretrizes e de normas para a organização da APS, ESF e ACS (Brasil, 2017).

Em 2017, com a mudança da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os NASF passam a ser denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (Brasil, 2017).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) se trata de um projeto elaborado pela equipe da ESF e ou outro equipamento da rede de atenção à saúde, Matriciadores e paciente e/ou família do paciente para conseguir olhar a situação

do sujeito alvo da política de saúde de forma ampliada, incluindo-se todos os âmbitos em que ele esteja inserido, o modo pelo qual se darão as abordagens biopsicossociais, a forma como cada membro da equipe pode contribuir com o paciente, bem como se se necessitará do apoio da família e/ou da rede de saúde, assistência, cultura e educação e comunidade (Brasil, 2004; Fernandes, Matsukura, Lourenço, 2018).

Ressalta-se que, dentre as atribuições possíveis da equipe de saúde do CAPS, está a prestação de apoio matricial auxiliar ao trabalho e a ênfase ao modelo de clínica ampliada, que possibilita ao sujeito ter condições de auxiliar em relação a sua doença, contribuindo para o PTS e favorecendo sua autonomia. Os profissionais da APS podem ter o apoio de outros profissionais de áreas diferentes para conseguir ofertar um tratamento de forma integral para o usuário e a comunidade (Brasil, 2002).

A partir das ferramentas existentes e da competência da ESF, espera-se que a equipe de saúde estabeleça uma relação de crença e confiança com a pessoa em potencial comportamento suicida, com um atendimento realizado de forma acolhedora, respeitando-se o sofrimento do sujeito – livre de estigmas ou de julgamentos (Navarro, Martinez, 2012).

A pessoa deve sentir-se livre para partilhar informação e deve estar confiante que o profissional da APS demonstre disponibilidade para lidar com a crise. Ademais, o técnico da equipe de saúde necessita garantir a segurança do indivíduo (Fernandes, Matsukura, Lourenço, 2018).

A tomada de decisão eficaz durante uma crise suicida e um plano preestabelecido para vários tipos de pessoas, diferentes fatores de risco e vários níveis potenciais de danos, é uma das estratégias mais eficientes para prevenção do suicídio (Botega, 2015). Inclusive, as equipes da ESF que trabalham com populações ou em ambientes específicos podem desenvolver planos de gestão do suicídio para os seus respectivos grupos, situações ou contextos (Brasil, 2011).

Os profissionais da APS, entretanto, apresentam certa fragilidade no manejo de pessoas em sofrimento psíquico que desenvolvem comportamento suicida, em especial, no que tange à identificação das pessoas em risco para tanto. Entre os principais motivos estão a falta de capacitação, a estigmatização e as crenças moralistas influenciando as concepções de cuidado. Desse modo,

as pessoas em sofrimento psíquico em geral procuram serviços especializados em saúde mental e/ou o pronto socorro para serem medicados durante a crise (Cescon, Capozzolo, Lima, 2018).

Para superar tal contexto, é necessário que ocorra educação em saúde, para que profissionais da atenção primária consigam superar essas dificuldades na identificação, abordagem e manejo de maneira humanizada e integral à pessoa em sofrimento psíquico na comunidade, a fim de aprimorar a política pública de prevenção ao suicídio (OMS, 2000).

A Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores. Cabe aos gestores e aos próprios funcionários o uso dessa ferramenta para identificar e construir planos de qualificação político pedagógico em um processo de ensino e aprendizagem para o fortalecimento da atenção primária e o controle social, de modo a melhorar significativamente a saúde individual e coletiva por meio da transformação da prática profissional (Brasil, 2004).

Adamantina é um dos municípios com alto índice de tentativas de suicídio do estado de São Paulo. Entre 2016 e meados de 2019, houve 238 notificações de tentativas de suicídio e cinco suicídios (Secretaria de Saúde, Adamantina, 2018).

A maior parte destes casos somente é identificada a partir da entrada na Santa Casa e/ou no CAPS do município, pois em Adamantina não ocorre notificações de tentativa de suicídio pela APS. Os profissionais realizam encaminhamentos para Santa Casa ou CAPS por meio de guias de referências ao invés de utilizar a notificação padronizada a todos os serviços de saúde em âmbito nacional. No município, toda a notificação de tentativa de suicídio é encaminhada ao CAPS e este serviço realiza a busca ativa deste sujeito usuário do serviço.

Como forma de colaborar, no município de Adamantina, para diminuir a fragilidade da APS no que se refere ao cuidado à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida, é que se propõe a elaboração e a implementação de oficinas de saúde mental para prevenção de suicídio nos serviços da RAPS do referido ente municipal.

As oficinas, atreladas à problemática contextualizada do comportamento suicida no município de Adamantina, tiveram como escopo oferecer aos participantes a possibilidade de debaterem suas dificuldades, angústias e experiências, bem como oportunizar novos conhecimentos e mudança de comportamento a partir da prática, de modo a auxiliar na detecção precoce de pessoas em risco de suicídio na comunidade.

As oficinas podem potencializar o manejo do sofrimento psíquico e do comportamento suicida?

Como a mudança da estrutura política e organizacional que propõe à RAPS tem por finalidade ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico, fazendo com que os profissionais da atenção à saúde sejam protagonistas no cuidado de saúde mental. Acredita-se que, dessa forma, os profissionais que participarem das oficinas estão aptos a realizar mudanças na sua conduta frente à detecção de pessoas com risco de suicídio.

Além disso, deve considerar a fragilidade do cuidado em saúde mental nos serviços da APS, pois os profissionais desta encaminham sem filtragem adequada os casos de saúde mental para o CAPS, inclusive aqueles que não o deveriam, tais como casos de insônia, ansiedade leve, entre outras questões de saúde mental de baixa complexidade as quais deveriam ser atendidas na própria APS.

A inclusão da tentativa de suicídio na lista de Agravos de Notificação Compulsória aponta para a necessidade de sensibilizar e capacitar os trabalhadores dos serviços da atenção à saúde, pois se tornou um problema de saúde pública e ainda continua sendo negligenciado por parte dos trabalhadores da saúde.

### **1.3 Saúde mental na história: O movimentos pela reforma psiquiátrica**

A Saúde Mental passou por um processo de reforma que ocorreu principalmente após o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) denunciou e questionou as instituições e os tratamentos ofertados aos usuários e funcionários no ano de 1978. Neste mesmo ano, deu-se o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, sendo que,

entre os seus convidados, estavam os mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria e defensores da Antipsiquiatria como *Franco Basaglia*, *Felix Guatarie* *Erwing Goffman*. Este encontro possibilitou grandes debates, reflexões e polêmicas, auxiliando na formação do pensamento crítico em saúde mental. Naquele contexto e em outras instituições e locais onde os referidos convidados foram após Congresso (Amarante, 2015).

O modelo instituído na época era asilar, fundando-se nos princípios da vigilância, da disciplina e do controle, sobre uma população que excedia demasiadamente a capacidade de suporte dos hospitais psiquiátricos. Os usuários sujeitos da política em questão, eram punidos e repreendidos por meio da proibição de visitas, diminuição de alimentos, reclusão solitária, colete de força e banhos de emborcação (Amarante, 2007).

Em Janeiro de 1979, aconteceu o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo, tendo como pauta a Luta pela transformação do sistema de atenção à saúde vinculada aos outros setores, em busca de democratização, fortalecimento dos sindicatos e associações, em articulação com os movimentos sociais, participação dos trabalhadores nas decisões das políticas nacionais e regionais de saúde mental. Tratava-se de um repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como ferramenta de repressão, de crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos e à marginalização dos seus usuários (MSTM, 1979).

Ainda em 1979, ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte que teve como convidado *Franco Basaglia* e *Robert Castel*. Foram discutidos temas como os planos de reformulação propostos pelo governo e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INANPS), a realidade assistencial dos hospitais psiquiátricos – “o Holocausto Brasileiro” e a implantação de trabalhos “alternativos” dentro da assistência psiquiátrica brasileira (Amarante, 2015).

Em continuidade às ações, em 1980, ocorreu o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental no Rio de Janeiro, em que foram discutidas: a política nacional de saúde mental, as questões sociais relacionadas ao transtorno mental, a privatização da medicina e as denúncias das barbaridades ocorridas nos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2015).

No VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Salvador, as pautas foram: o apoio à democratização, a crítica à privatização da saúde, a defesa dos direitos dos usuários. Foi instituída a Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar a assistência psiquiátrica no Brasil e se reviu a legislação penal e civil referente ao doente mental, num contexto de crítica ao modelo assistencial, considerado cronificador, estigmatizante e ineficiente, visto a mercantilização da loucura e psiquiatrização da sociedade (Amarante, 2015).

Houve um grande avanço nos 80, parte das coordenações e chefias dos programas de saúde mental estava sob a direção de líderes do MTSM, que trabalharam para implementação de novas propostas e pela adesão de novos militantes, para a substituição da prática de psiquiatria moderna pela psiquiatria social(Amarante, 2015).

Em 1985, em Vitória/ES, aconteceu o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste. O documento final apontou as necessidades de Comissões Interinstitucionais de saúde, as discussões de projetos e de planejamento de instituições, o trabalho integrado, a definição de política de saúde mental para a região e a formulação da política nacional de saúde mental.

Aos estados, ainda com caráter hospitalocêntrico, foi enfatizada a participação da comunidade e, por fim, a estratégia de redução de leitos, transformando-se em recursos extra hospitalares e criação de leitos em hospitais gerais.

Em março de 1986, aconteceu a 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde que, pela primeira vez, teve a participação de técnicos, burocratas, comunidade, partidos políticos, associação de moradores, usuários e sindicatos. Esta conferência teve como base a realizações de encontros específicos como saúde da mulher, criança, saúde mental, trabalhador e outros.

O I Encontro Estadual de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, objetivou definir as discussões para a I Conferência Estadual de Saúde Mental, além de aspectos da Reforma Sanitária, a Criação do Sistema Único de Saúde e Público, e a participação popular e a de pacientes na formulação de políticas de assistência (Amarante, 2015).

Na 1<sup>a</sup> Conferencia Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, definiu-se a grande participação popular como diretriz da Política Nacional de Saúde Mental na Reforma sanitária, de modo que ocorreu a eleição dos delegados para

I Conferencia Nacional de Saúde Mental. Naquele contexto, foram discutidos três temas:

- I- Cidadania, Sociedade e Qualidade de Vida;
- II- Direitos Humanos: Psiquiatria e Justiça;
- III- Política Nacional de Saúde Mental na Reforma Sanitária

O segundo encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste ocorreu em Barbacena/MG, em 1987. Este foi patrocinado pela Campanha Nacional de Saúde Mental e tinha como “Diretriz Saúde Mental na Rede Pública” a Situação Atual e Avaliação das Propostas e Desdobramentos do “I Encontro de Coordenadores”, bem como a “Saúde Mental na Reforma Psiquiátrica”.

Foram, então, realizadas discussões prévias dos temas em cada estado. Dentre as propostas, pode-se citar: a extensão da rede básica e de ambulatorios especializados, a criação de leitos em hospital geral e o atendimento em psiquiatria em Prontos Socorros.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1987, com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências, de usuários do serviço, de profissionais e de familiares. Havia três temas básicos:

- I- Economia, Sociedade e Estado – Impactos sobre a Saúde e a Doença Mental;
- II- Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental;
- III- Cidadania e Doença Mental – Direitos, Deveres e Legislação do Doente Mental.

As propostas objetivavam que os trabalhadores continuassem na luta junto à sociedade para melhorar as práticas e condições dos hospitais psiquiátricos e Unidades de saúde, bem como que houvesse a participação popular na elaboração das políticas de saúde mental e o reconhecimento de espaços criados pela comunidade visando à promoção de saúde mental, e a priorização de investimentos em serviços extra hospitalares.

O II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental teve como participantes usuários e seus familiares, técnicos e lideranças municipais, todos com o objetivo de fortalecer uma opinião pública favorável à Luta Antimanicomial.

Isto repercutiu em uma ação cultural, jurídica e política, de modo que se construiu um novo modelo de assistência (Amarante, 2013).

Pela “Carta de Bauru”, elaborada pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) no ano de 1987, foram denunciadas as violações dos Direitos Humanos das pessoas em sofrimento psíquico sob a lógica do modelo manicomial.

Assim, o Brasil vem trabalhando na desconstrução do cuidado manicomial por meio do Movimento da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2013).

A criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - *CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira* inspirou a transformação de muitos serviços pelo país. O principal objetivo do CAPS era a manutenção de um filtro de saúde entre o hospital e a comunidade por meio de um tratamento multiprofissional destinado as pessoas com graves prejuízos de relacionamento, inserção social, tendo seu funcionamento de segunda à sexta, 8 horas por dia (Amarante, 2016).

No processo da Reforma Psiquiátrica, há quatro dimensões a serem consideradas. A primeira é a epistemológica, que trabalha com a reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria, da saúde mental e com a elaboração de novas estratégias e dispositivos de assistência e cuidado, tais como os centros de convivência, CAPS e as cooperativas de trabalho.

A dimensão jurídico-política desse movimento se perpetuou por meio da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Tal marco legislativo veio para garantir institucionalmente a redefinição do modelo assistencial e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Houve a revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária, tais como a irresponsabilidade civil e a periculosidade por meio de direitos instituídos em prol do tratamento e assistência as pessoas em sofrimento psíquico. Isto fez com que a referida transformação na prática social e política trouxesse as pessoas com transtornos mentais para perto de conceitos como cidadania, direitos civis, direitos sociais e direitos humanos (Brasil, 2002, Amarante, 2007).

E a dimensão cultural apresentou muitas atividades que estimulassem a população em geral a repensar seus preconceitos e opiniões formadas acerca das pessoas com sofrimento psíquico, de modo a valorizar o respeito à liberdade e autodeterminação de tais pessoas, bem como o debate sobre o lugar e o papel da chamada “loucura” na sociedade (Amarante, 2007).

O desmanche da *Casa de Saúde Anchieta*, por exemplo, teve repercussão nacional, uma vez que a prefeitura de Santos interveio neste hospital psiquiátrico em razão da ocorrência de graves violações aos direitos humanos dos pacientes, óbitos.

Assim, esse contexto é um marco muito importante para saúde mental como é conhecida hoje, pois foi após este desmanche que no município de Santos foram criados modelos substitutivos numa lógica antimanicomial e de atenção territorial para abrigar e ou acolher as pessoas que estavam na Casa de Saúde Anchieta.

Os chamados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionam 7 dias por semana, 24 horas por dia, bem como oferecem asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, atenção às crises e ações de reabilitação psicossocial.

Os CAPS e NAPS foram regulamentados e financiados pelo Ministério da Saúde, com a possibilidade de se abrirem novos serviços como estes financiados pelos entes federativos.

O Projeto de Lei nº3.657 /89 regulamentava os direitos do doente mental em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por serviços não manicomial.

Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em que foram reafirmados os Princípios da Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização e a Luta Antimanicomial, de modo que se contou com a participação social em tal evento.

Após referido período, ocorreu um grande número de fechamentos de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como a expansão de diversos CAPS e de serviços de Residências Terapêuticas.

A Portaria-GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos, que se tratam de um grande avanço para auxiliar os fechamentos de leitos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2000).

A Reforma Psiquiátrica teve grandes avanços até 2001, quando o Projeto de Lei 3.657/89 foi aprovado como a Lei 10.216/01, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2002).

Em 2002, com a Portaria-MS nº 336 de 2002, a Administração Pública Federal delimitou acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais, bem como redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e estabelecendo que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III.

Assim, o modelo manicomial e hospitalocêntrico vem sendo gradativamente desconstruído, de forma concomitante aumenta à criação de serviços substitutivos de base comunitária.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram, em um primeiro momento, os equipamentos representativos da Reforma Psiquiátrica, pois se trata de um trabalho fundamentado na autonomia dos pacientes, nas suas potencialidades e na reinserção desses sujeitos na sociedade e no mercado de trabalho. Com o passar dos anos, percebeu-se que os CAPS são equipamentos importantes para o trabalho de reinserção das pessoas em sofrimento psíquico moderado e grave (Brasil, 2002).

Os serviços CAPS devem estar o máximo possível inseridos nos territórios do município para melhor ofertar um cuidado capaz de promover seus serviços. É um trabalho que deve ser feito em conjunto com as ESFs e os Agentes Comunitários de Saúde, bem como com a articulação e ativação de recursos existentes em outras redes de serviços e nos territórios. Isto é possível por meio da mediação de relações, da criação de novos campos de negociação e diálogo, de modo a garantir e propiciar a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de suas redes sociais e, ainda, a sua autonomia (Brasil, 2011).

Contudo, atualmente, vem ocorrendo um movimento político silencioso e poderoso que visa a enfraquecer o modelo de Atenção Psicossocial. Esse se iniciou com a nomeação pelo Ministério da Saúde de *Valencius Wurch Duarte Filho* como Coordenador da Saúde mental, álcool e drogas em 2015, personalidade esta que já esteve à frente de uma Instituição fechada em 2012 após denúncias de violações de direitos.

Tal nomeação simbolizou uma grande ferida na promoção dos princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária. Após a mobilização de usuários e de seus familiares, bem como de militantes, o referido psiquiatra foi exonerado do cargo. No entanto, o modelo da Luta Antimanicomial continuou correndo risco de fragilização em razão da nomeação de *Quirino Cordeiro Junior* para o mesmo

cargo, visto que este apresenta um pensamento e a prática conservadora, mercenária e mercantilista na área de Saúde Mental.

Referido coordenador vem instituindo mudanças negativas na Rede de Atenção Psicossocial por meio da Portaria- MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que instituiu o retorno do ambulatório de saúde mental, que já mostrou ser pouco resolutivo, bem como aumentou a porcentagem de leitos em Hospital Geral de 15% para 20% dos leitos totais e estabeleceu a enfermaria especializada não mais como leitos de referência (Delgado, 2019).

Além disso, alterou-se a proposta dos Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs, que foram criados como uma forma de contribuir para a desinstitucionalização, por meio do acolhimento de moradores de longa permanência, egressos de hospitais psiquiátricos. Os SRTs possibilitam que qualquer pessoa em sofrimento mental possa residir no residencial terapêutico (Delgado, 2019).

Instituiu, ainda, o CAPS IV, que conta com a redução da equipe multiprofissional e a volta do modelo biomédico centrado. E, finalmente, num claro apoio à institucionalização e ao retrocesso, aumentou significativamente o valor das diárias de internações em hospitais psiquiátricos.

Ressalta-se que nenhuma dessas mudanças tiveram a participação dos realmente interessados, quais sejam: os usuários, as suas famílias e os trabalhadores em saúde mental (Delgado, 2019).

Em fevereiro, a Nota Técnica nº 11/2019 “Nova Saúde Mental”, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, constata-se que o retrocesso se deu de forma muito grave, com apoio às comunidades terapêuticas. Isto porque indicou o aumento dos leitos psiquiátricos e das internações de adolescente, o que retoma ao modelo manicomial, além de financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Todas estas alterações da Rede de Atenção Psicossocial ferem a Lei 10.216/2001 e as Diretrizes da Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2019).

Em contrapartida, observou-se que existe a necessidade iminente de ampliar os locais para a realização de atendimento integral às pessoas em sofrimento psíquico, principalmente, para aqueles designados como leves ou difusos. Essa problemática aponta para a inclusão de ações de saúde mental no contexto da (APS), como já indicado por movimentos e órgãos internacionais

como a Organização Mundial da Saúde (OMS) quando da Declaração de Alma-Ata (Giovanella, 2018).

Com o suporte do NASF, que foi instituído a partir da Portaria nº154 de 2008, com profissionais para dar apoio matricial às equipes de Saúde da Família para que estas consigam realizar o trabalho de forma integral, atender de forma compartilhada os sujeitos em sofrimento psíquico e comportamento suicida, posto que estão no território e podem atender seus familiares e dar suporte a ESF.

No entanto, existe um grande problema de corresponsabilização e comunicação entre a Atenção Primária e os CAPS, o que dificulta a transversalidade e a continuidade do cuidado que os pacientes necessitam. Tal problemática deve ser superada para que a RAPS possa funcionar efetivamente (Mendes, 2010).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituiu um novo meio de cuidado em saúde mental, promovendo acesso e a promoção de direitos dos sujeitos, pautados na reinserção social. A RAPS tem como finalidade de articular ações e serviços de saúde em vários níveis de complexidade, de modo que a ESF se torne parte integrante de Rede como apoio e também como ordenador da articulação do cuidado (Brasil, 2011).

Assim, as redes são de suma importância para diminuir a fragmentação do cuidado, para romper com a lógica biomédico centrada, para trabalhar com promoção de saúde e, ainda, para lidar com situações de saúde / doença crônicas (Silveira, Pontes, Jorge, 2018).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Propor, implementar e analisar oficinas de trabalho sobre a abordagem a respeito da pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida para os trabalhadores e gestores dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Delinear o perfil da população que cometeu suicídio e a tentativa de suicídio a partir das informações contidas nas Fichas de Notificação Compulsória.

Realizar as oficinas de trabalho que abordem o comportamento suicida no contexto da Atenção Primária à Saúde, com o propósito de refletir junto com os profissionais da área acerca da abordagem em relação à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida;

Analisar o conhecimento dos participantes acerca da abordagem em relação à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida antes e depois da implementação de uma oficina.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa-qualitativa conduzida por meio do referencial da pesquisa ação que, por sua vez, corresponde a uma estratégia metodológica e técnica que permite estruturar uma investigação social com maior versatilidade na elaboração e execução dos recursos (Thiollent, 2011).

A pesquisa ação visa a solucionar e a conduzir práticas que modifiquem a compreensão dos participantes em relação às dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho e, ainda, busca a participação dos mesmos nas identificações e soluções de seus empecilhos (Thiollent, 2011; Holloway, Galvin, 2016).

Este tipo de pesquisa possibilita que os profissionais ou participantes trabalhem como pesquisadores para analisar as situações problemas em seus contextos de trabalho, objetivando-se melhorar e/ou solucionar problemas que envolvam a prática profissional (Holloway; Galvin, 2016).

#### **3.2 Local e participantes da pesquisa**

A pesquisa foi conduzida no município de Adamantina, na região da Nova Alta Paulista, Estado de São Paulo, que é considerado município de médio porte, com o número de 33.891 habitantes em uma região de saúde com dez municípios. Integra a Diretoria Regional de Saúde (DRS) IX, sendo município de referência em saúde mental para Inúbia Paulista e Mariápolis (Seade, 2019).

No que refere se à RAS, o município em análise possui uma Santa Casa, dez ESF, três Planos de Atendimento à Saúde (PAS), um NASF e um CAPS - modalidade I. Importante ressaltar que Adamantina conta com 100% da população com cobertura da APS.

Com a intenção de abarcar o maior número de profissionais da APS, foram convidados a participar da pesquisa os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS das 10 ESF e dos três PAS. Além disso, foram considerados a participar, pelo grau de governabilidade que possuem na RAS de Adamantina, Gestores da Vigilância Epidemiológica e Coordenação da APS.

Atendendo aos objetivos e à estratégia metodológica, a amostra foi constituída pela intencionalidade de permitir selecionar os participantes com maior envolvimento e interesse acerca do objeto de estudo, qual seja, a abordagem do comportamento suicida na APS.

Inicialmente, planejou-se a participação de 43 trabalhadores, sendo que a amostra final foi composta por 53 trabalhadores, incluindo o coordenador da Atenção Primária, os diretores das ESF, a diretora das enfermeiras das ESF e a enfermeira responsável pela regulação de vagas.

Conforme a Tabela 1, dentre os 53 participantes do estudo, verificou-se sendo a maioria do sexo feminino (84,9%), a faixa etária de 23 a 57 anos com a média de 34 anos, a maioria casados (50,9%) e com filhos (60,4%).

Em relação a escolaridade, 75% possuem ensino superior. Dentre esses, 37,8% já realizaram pós-graduação. O tempo de formado foi de 6 a 408 meses, com média de 66meses.

Dentre os participantes, prevaleceu a participação dos Agentes Comunitários (35,8%), embora houvesse várias categorias profissionais. Os participantes relataram que o tempo de atuação na APS foi de 3 a 216meses, com média de 36meses. Já o tempo de atuação no mesmo território de abrangência foi de 3 a 216meses, com média de 24meses.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes. Adamantina/SP, 2019.

| <b>Profissão</b> | <b>Idade</b> | <b>Escolaridade</b> | <b>Tempo<br/>atenção<br/>primária<br/>(meses)</b> |
|------------------|--------------|---------------------|---------------------------------------------------|
| ACS              | 29           | Médio completo      | XX                                                |
| ACS              | 43           | Médio completo      | 132                                               |
| ACS              | 23           | Superior completo   | 17                                                |
| ACS              | 46           | Superior incompleto | 115                                               |
| ACS              | 25           | Superior completo   | 84                                                |
| ACS              | 48           | Ensino médio        | XX                                                |
| ACS              | 27           | Ensino médio        | 18                                                |
| ACS              | 37           | Ensino médio        | 18                                                |

|                              |    |                     |     |
|------------------------------|----|---------------------|-----|
| ACS                          | 39 | Superior completo   | 84  |
| ACS                          | 40 | Ensino médio        | 120 |
| ACS                          | 39 | Ensino médio        | 48  |
| ACS                          | 32 | Pós-graduação       | 17  |
| ACS                          | 37 | Superior incompleto | 48  |
| ACS                          | 24 | Ensino superior     | 36  |
| ACS                          | 28 | Pós-graduação       | 84  |
| ACS                          | 26 | Superior incompleto | 36  |
| ACS                          | 52 | Ensino médio        | 36  |
| ACS                          | 37 | Ensino superior     | 17  |
| ACS                          | 42 | Ensino médio        | 60  |
| ACS                          | 33 | Superior incompleto | 84  |
| Assistente social            | 45 | Pós-graduação       | 14  |
| Auxiliar de enfermagem       | 29 | Superior completo   | 24  |
| Auxiliar de enfermagem       | 32 | Ensino técnico      | 72  |
| Auxiliar de enfermagem       | 29 | Ensino superior     | 72  |
| Diretor das ESFs             | 34 | Pós-graduação       | 84  |
| Diretora da atenção primária | 39 | Pós-graduação       | 216 |
| Diretora de enfermagem       | 42 | Ensino superior     | 192 |
| Enfermeira                   | 34 | Pós-graduação       | 132 |
| Enfermeira                   | 34 | Pós-graduação       | 15  |
| Enfermeira                   | 39 | Ensino superior     | 36  |
| Enfermeira                   | 23 | Ensino superior     | 5   |
| Enfermeira                   | 40 | Pós-graduação       | 132 |
| Enfermeira                   | 38 | Pós-graduação       | 02  |
| Enfermeira                   | 57 | Pós-graduação       | 16  |
| Enfermeira                   | 24 | Ensino superior     | 05  |
| Enfermeira                   | 29 | Pós-graduação       | 04  |
| Enfermeira                   | 33 | Pós-graduação       | 132 |
| Enfermeira                   | 37 | Pós-graduação       | 120 |
| Enfermeira reguladora        | 51 | Pós-graduação       | 84  |
| Enfermeiro                   | 27 | Pós-graduação       | 18  |
| Enfermeiro                   | 38 | Pós-graduação       | 84  |
| Fisioterapeuta               | 35 | Pós-graduação       | 18  |
| Fisioterapeuta               | 23 | Superior completo   | 5   |
| Fisioterapeuta               | 27 | Pós-graduação       | 18  |

|                |    |                   |    |
|----------------|----|-------------------|----|
| Fisioterapeuta | 24 | Pós-graduação     | 05 |
| Fisioterapeuta | 28 | Ensino superior   | 18 |
| Médica         | 35 | Ensino superior   | 12 |
| Médico         | 26 | Ensino superior   | 12 |
| Médico         | 35 | Ensino superior   | 60 |
| Médico         | 28 | Ensino superior   | 18 |
| Nutricionista  | 23 | Superior completo | 5  |
| Nutricionista  | 30 | Ensino superior   | 36 |
| Nutricionista  | 23 | Ensino superior   | 05 |
| Psicóloga      | 29 | Pós-graduação     | 36 |

Na Tabela 2, observa-se que, quando questionados sobre a formação em saúde mental, o número de 45,3% já participou de palestras, capacitações, entre outros. Muitos participantes (43,4%) já realizou alguma formação abordou a temática do suicídio e 45,3% já estiveram em contato com pessoas que realizaram tentativas de suicídio. No entanto, apenas 7,7% dos participantes tiveram contato com a ficha de autolesão de notificação compulsória notificação compulsória.

**Tabela 2–** Distribuição dos dados sociodemográficos e formação dos participantes. Adamantina/SP, 2019.

| Variáveis    |                            | n  | %    |
|--------------|----------------------------|----|------|
| Sexo         | Feminino                   | 45 | 84,9 |
|              | Masculino                  | 8  | 15,1 |
| Estado civil | Casado                     | 27 | 50,9 |
|              | Solteiro                   | 25 | 47,2 |
|              | Divorciado                 | 1  | 1,9  |
| Tem filhos   | Sim                        | 32 | 60,4 |
|              | Não                        | 21 | 39,6 |
| Religião     | Sim                        | 45 | 84,9 |
|              | Não                        | 8  | XX   |
| Escolaridade | Ensino médio ou técnico    | 9  | 16,9 |
|              | Ensino superior incompleto | 4  | 7,6  |

|                                          |                          |    |      |
|------------------------------------------|--------------------------|----|------|
| Profissão                                | Ensino superior completo | 40 | 75,5 |
|                                          | Agente comunitário       | 19 | 35,8 |
|                                          | Enfermeiro               | 17 | 32,0 |
|                                          | Fisioterapeuta           | 5  | 9,5  |
|                                          | Médico                   | 4  | 7,5  |
|                                          | Nutricionista            | 3  | 5,7  |
|                                          | Técnico de enfermagem    | 3  | 5,7  |
|                                          | Psicólogo                | 1  | 1,9  |
|                                          | Assistente social        | 1  | 1,9  |
| Realizou pós-graduação                   | Sim                      | 20 | 37,8 |
|                                          | Não                      | 33 | 62,2 |
| Formação em saúde mental                 | Sim                      | 24 | 45,3 |
|                                          | Não                      | 29 | 54,7 |
| Formação em abordagem do<br>suicídio     | Sim                      | 23 | 43,4 |
|                                          | Não                      | 30 | 56,6 |
| Contato com tentativa de<br>suicídio     | Sim                      | 24 | 45,3 |
|                                          | Não                      | 29 | 54,7 |
| Contato com a notificação<br>compulsória | Sim                      | 4  | 7,7  |
|                                          | Não                      | 49 | 92,3 |

### 3.3 Instrumentos e Estratégias de Coleta de Dados

Para a identificação dos participantes, foi utilizado um Questionário Sociodemográfico (Anexo 1), que elenca os aspectos da formação e do trabalho em saúde. Nesse instrumento, ainda foram abordados aspectos do contato prévio do participante em relação ao objeto de estudo.

Com o intuito de especificar o conhecimento e o comportamento dos participantes frente ao objeto de estudo, foi utilizado o Questionário sobre Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (Anexo 2). Construído e validado por *Botega*, foi respondido por 317 profissionais de enfermagem que trabalhavam em enfermarias do Hospital Geral da Universidade Estadual de Campinas, sendo avaliados três fatores: Sentimentos negativos em relação ao

paciente; percepção de capacidade profissional; e direito ao suicídio (Botega et al., 2005).

Ao término de cada uma das três oficinas, foram aplicados Formatos de Avaliação (Apêndice 2): os participantes, de forma anônima, puderam atribuir conceitos acerca do conteúdo, da organização, do desempenho dos facilitadores e da metodologia da oficina. Houve um espaço reservado, nesse formato, para a elaboração de sugestões de melhorias.

Como tarefa de dispersão para os participantes, solicitou-se a entrega via *e-mail* ou pessoalmente de uma Narrativa Reflexiva, que possibilita, por meio da escrita, o registro das memórias e reflexões dos acontecimentos na oficina, o qual auxilia no processo de formação, de apropriação do conhecimento aprendido acerca de sua participação, concepção e experiência a cada encontro (Clandinin, 2015).

As referidas narrativas representaram um material de apoio para a construção de dados qualitativos, sendo possível observar a experiência particular do participante de forma anônima, auxiliando na reflexão sobre a vivência nos encontros da Oficina. Os trechos retirados das narrativas não podem ser identificados pois as mesmas foram entregues sob sigilo.

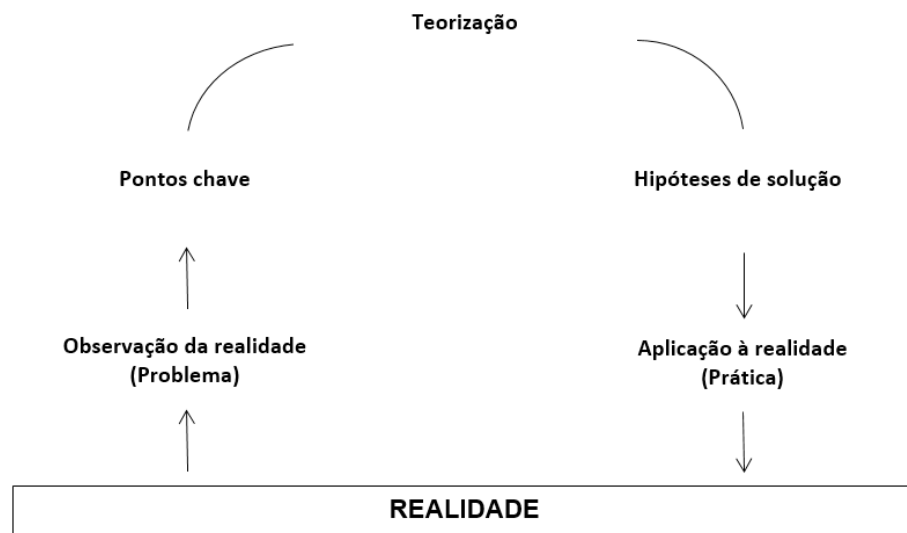
Como resultado, foram entregues 78 narrativas, sendo que 40 eram da oficina 1 e 30 eram narrativas da oficina 2. A referida entrega estava no contrato como sendo um compromisso das oficinas, de modo que recebemos 8 narrativas da oficina 3, a qual foi optativa aos participantes da pesquisa.

Com a análise das narrativas, avaliar-se-á a seguir o que os participantes compreenderam sobre os assuntos e se houve mudanças de percepção. Os três encontros que compuseram a Oficina foram gravados em áudio e, posteriormente, transcritos na íntegra. Em conjunto com as demais estratégias de coleta de dados, o registro escrito dos três encontros das oficinas possibilitou o resgate das vivências e das discussões realizadas com o grupo de participantes e pesquisadores, permitindo uma memória oral das contribuições produzidas coletivamente e a análise dos dados.

### **3.3.1 Etapas da Pesquisa**

O estudo foi realizado em duas etapas. Primeiro, a Análise de Fichas de notificação compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada de 2016 a junho de 2019 e, segundo a Intervenção-ação.

### 3.3.2 Intervenção-Ação



**Figura 1.** Arco de Maguerez (Bordenave; Pereira, 2004).

Para organização da oficina, foi utilizado o *Arco de Charles Maguerez*, que é composto por cinco etapas e cuja origem e finalização consideram fortemente aspectos do contexto (Berbel, 1998).

Além disso, a escolha dessa ferramenta metodológica guiou-se pela estratégia pedagógica devido a seu alinhamento à problematização, facilitando a construção de uma oficina direcionada às necessidades identificadas na realidade do trabalho dos participantes. A Figura 1 ilustra as etapas e a sua relação com a realidade.

A Intervenção-ação foi realizada em três encontros (Quadro 1) e planejadas conforme Apêndice 1. Ressalta-se que houve a divisão dos 53 participantes em dois grupos, nos períodos da manhã e da tarde, e foram conduzidos pelos três pesquisadores do presente estudo.

Acerca da relação entre a equipe de pesquisa e os participantes, vale ressaltar que um dos pesquisadores da equipe está inserido na rede de atenção

psicossocial de Adamantina, o que possibilitou maior aproximação com o contexto e com os participantes.

Um segundo pesquisador, externo ao contexto, possuía uma aproximação prévia devido a um curso de capacitação ministrado anteriormente. Já o terceiro pesquisador não possuía qualquer aproximação com o contexto e com os participantes.

**Quadro 1.** Relação entre etapas do Arco de Maguerez e Estrutura da Oficina

| Etapas do Arco de Maguerez     | Estrutura da Oficina      |                           |                           |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                                | 1º Encontro<br>19/08/2019 | 2ª Encontro<br>02/09/2019 | 3º Encontro<br>16/09/2019 |
| Observação da realidade        |                           |                           |                           |
| Identificação dos pontos-chave |                           |                           |                           |
| Teorização                     |                           |                           |                           |
| Hipóteses de solução           |                           |                           |                           |
| Aplicação à realidade          |                           |                           |                           |

O desenvolvimento da oficina foi constituído por três encontros, que proporcionaram um espaço educativo, de reflexão da ação e integração teórico-prática no exercício profissional.

O **Primeiro Encontro** representou uma oportunidade para aprofundar a observação da realidade. Para tanto, foram aplicados o Questionário Sociodemográfico (Apêndice 1) e o Questionário de Atitudes em relação ao Comportamento Suicida (Anexo 2).

Neste momento, também foram atendidos os preceitos éticos de esclarecimentos acerca do estudo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Importa ressaltar que se garantiu aos participantes a possibilidade de participação nos três encontros da Oficina, ainda que não concordassem com os termos da pesquisa, de modo que sua contribuição e participação não seriam considerados dados de pesquisa. Mesmo após esse esclarecimento, não houve sujeitos que se recusaram compor a amostra do estudo.

Com intuito de iniciar a discussão sobre a temática do comportamento suicida na APS, realizou-se o processamento de um caso disparador (Apêndice

3) por meio da discussão facilitada em pequenos grupos (10 participantes). Esse instrumento foi elaborado com apoio dos dados de prontuários das ESF, de modo a refletir o caminho que um usuário hipotético percorreu entre os serviços da RAS do município de Adamantina, enquanto apresentava sofrimento psíquico e comportamento suicida.

O resultado do trabalho dos pequenos grupos foi apresentado em plenária e, ainda, realizada uma síntese por um dos pesquisadores a partir do conteúdo produzido pelos três grupos. Essa estratégia possibilitou o alinhamento dos diversos saberes oriundos da contribuição dos pequenos grupos em torno de uma temática comum, facilitando e aprofundando a compreensão dos participantes, bem como servindo a um processo de validação e reflexão sobre a prática.

Após essa discussão, foram apresentadas as análises qualitativa e quantitativa dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio das Fichas de Notificação Compulsória referente ao período de janeiro de 2016 a junho de 2019 de Adamantina/SP. A estratégia objetivou ampliar a discussão em torno do comportamento suicida, levando-se os participantes a refletirem sobre as limitações da subnotificação do comportamento suicida e do suicídio, bem como as suas implicações para o processo de gestão do trabalho em saúde.

Para finalização do período, foi realizada a avaliação (Apêndice 2) e solicitada a elaboração Primeira Narrativa referente ao primeiro encontro, pactuando-se a entrega dessa no encontro posterior.

De posse dos materiais do **Primeiro Encontro**, os pesquisadores e os participantes identificaram os pontos-chave que poderiam ser desenvolvidos nos dois próximos encontros da oficina com os participantes.

O **Segundo Encontro** iniciou-se com a apresentação da síntese das avaliações realizados no encontro anterior e, ainda, do resultado compilado dos Questionários de Atitudes em relação ao Comportamento Suicida. Ambas as estratégias objetivaram resgatar os principais pontos que foram abordados no primeiro encontro, bem como compartilhar o perfil do grupo acerca das atitudes sobre o comportamento suicida e a avaliação que foi realizada pelos participantes.

Em seguida, solicitou-se a entrega das Narrativas Reflexivas que foram solicitadas no Primeiro Encontro. Contabilizaram-se 40 narrativas entregues.

Os participantes foram convidados a refletir sobre três de suas próprias habilidades pessoais que reconhecem como sendo necessárias para o atendimento dos casos de comportamento suicida. Cada habilidade foi escrita em uma tarjeta colorida de cores distintas, juntamente com a informação sobre a unidade de saúde onde o participante estava inserido. Após, distribuíram-se os participantes em pequenos grupos para realizar o compartilhamento e a explicação de suas concepções acerca de cada habilidade e da razão pela qual importa para o atendimento do usuário com comportamento suicida.

A organização de pequenos grupos foi mantida e se iniciou o desenvolvimento do *Role Play* com objetivo de planejar uma personagem e dramatizar uma cena de atendimento entre paciente em sofrimento psíquico e profissional. As consignas para o desenvolvimento do *Role Play* estão no (Apêndice 4). Ao término do planejamento dos personagens, a configuração de pequenos grupos foi reorganizada para o grande grupo.

Após a apresentação da dramatização, houve a discussão do grupo e a realização da síntese, que possibilitou refletir sobre a rotina dos cenários e dos processos de trabalho, favorecendo uma construção coletiva de objetivos e mudanças que tenham significado para os profissionais. Ao final, foi realizada nova avaliação da atividade e a solicitação da segunda narrativa.

O **Terceiro Encontro** iniciou-se com a apresentação da avaliação da oficina anterior e recolhimento da Segunda Narrativa. Entre o material impresso e digitalizado, foram contabilizadas 30 narrativas.

Para dar início aos trabalhos desse encontro, realizou-se a entrega da Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial (Anexo 3), que possibilitou conhecer os serviços da RAPS e o que seria construído com os serviços existentes em Adamantina para a elaboração de uma proposta de fluxograma de atendimento de pessoas com sofrimento psíquico e comportamento suicida.

Nesse momento, houve a apresentação do mapa do município, preparado previamente pelos participantes, com a distribuição das ESF, de outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial e de serviços intersetoriais. Nesse mapa, constava em cada ESF um quadro que dispusera as habilidades pessoais dos participantes solicitadas na oficina anterior.

Teve-se a intenção de desenvolver o raciocínio crítico nos participantes de que são “agenciadores da rede”, ou seja, de que são a rede em si, pois quanto

mais souberem da rede, melhor constituirão o cuidado. Esse objetivo foi desenvolvido concretamente utilizando-se do mapa e de linhas coloridas fixadas à medida que os participantes identificavam serviços que poderiam ser parceiros em intervenções oferecidas pelas equipes de saúde da família. Discutiu-se, metaforicamente, que a RAS se torna fortalecida conforme maior o número de linhas que se entrecruzarem nos serviços.

Após essa reflexão, os participantes foram divididos em pequenos grupos, com a tarefa de elaborarem uma proposta de fluxograma para o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico e comportamento suicida alinhado ao contexto do município.

Cada grupo apresentou o seu fluxograma, de modo que se realizou a síntese dessas construções e pactuações de ações futuras para melhor atendimento da RAPS.

Por fim, foi realizada a segunda aplicação do Questionário de Atitudes em relação Comportamento Suicida (Anexo 2), que teve como finalidade identificar o conhecimento dos participantes após os três encontros da oficina. Solicitou-se a avaliação e entrega da última narrativa.

### **3.4 Procedimentos de análise**

Após a transcrição das narrativas e das gravações das oficinas, os dados foram analisados segundo o referencial metodológico da Análise de Conteúdo, na vertente representacional e temática de *Bardin*, conforme as fases propostas: a pré-análise avaliou se o material com leitura “flutuante”; a análise formulou as hipóteses e os objetivos, bem como elaborou os indicadores que orientaram a interpretação e exploração do material. Este permitiu identificar as similaridades entre os discursos, de modo que foi classificado em núcleos de sentidos. Depois, foram realizadas categorias temáticas (Bardin, 2009).

Para as avaliações realizadas ao final de cada oficina, foi utilizado o programa *Wordle*, que é um aplicativo capaz de gerar nuvens de palavras. Nuvem de palavras é uma ferramenta virtual que dá maior destaque a palavras que aparecem mais vezes no texto.

Para os dados quantitativos oriundos das informações das Fichas de Notificação Compulsória, utilizou-se a análise estatística descritiva. Já em relação aos Questionários de Atitudes relacionadas ao Comportamento Suicida,

foi realizada a comparação entre os momentos “pré” e “pós” utilizando os testes de *McNemar* e *Wilcoxon* para amostras dependentes no tempo. Diferenças estatisticamente significativas se  $p < 0.05$ . Análise feita com o software SPSS 21.

### **3.5 Procedimentos éticos**

Os procedimentos éticos foram baseados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. Além disso, também é uma normativa que visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (Brasil, 2012). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu, Parecer n.º 3.239.213, em 17 de abril de 2019.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Fichas de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada

Realizou-se o levantamento das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada que foram registradas no município de Adamantina do período entre janeiro de 2016 e junho de 2019. Essa caracterização foi utilizada como Problemática e está ligada à primeira etapa do *Arco de Maguerez*.

Nesse período, registraram-se 238 notificações de autolesão, sendo o Pronto Socorro a única fonte notificadora. Na Tabela 3, observa-se que 32,7% dos participantes correspondem a usuários com o ensino médio completo e que 96,3% são heterossexuais. Sobre o motivo da autolesão, 35,5% são referentes a conflito geracional enquanto que 61,8% dos participantes identificaram outras razões. A agressão acontece em casa (94,4%) e a intoxicação exógena por medicamentos (57,3%) é o meio de agressão mais utilizado pelas pessoas.

A taxa de tentativa de suicídio e ou violência autoprovocada pode superar o suicídio em até vinte vezes o número de mortes. No Brasil, o número de tentativas notificadas entre os anos de 2011 a 2017 foram de 339.730, sendo que 154.279 dessas foram entre jovens de 15 a 29 anos. Além disso, 67,3% desses eram mulheres, 47,5% eram brancas, 33,7% tinham ensino médio completo ou incompleto, 19,5% apresentavam alguma deficiência e ou transtorno e, por fim, 89,4% eram moradores da área urbana.

Vale ressaltar que esse número acima provavelmente é inferior a quantidade real, pois a notificação compulsória de violência autoprovocada se tornou obrigatória apenas a partir de 2014 e esses números abordam os casos que necessitaram de alguma intervenção de saúde (Brasil, 2019).

Vale enfatizar que a falta de preenchimento dos dados nas fichas de notificação fragiliza o processo de avaliação do perfil de pessoas que cometem a autolesão.

A notificação de violência ainda é um desafio para a Saúde Pública, pois ainda ocorre bastante subnotificação ou a falta de preenchimento de dados.

Pesquisas relatam que a falta de treinamento, sobrecarga de trabalho e falta de compreensão da importância da notificação são fatores que auxiliam na subnotificação (Marcolan, Silva, 2019, Brasil, 2019).

Ocorre que as notificações podem contribuir para definir o perfil das vítimas, a tipologia e a quantidade das violências. A ficha de notificação, quando bem preenchida, auxilia no entendimento das ocorrências e possibilita melhores ações de promoção, prevenção e ações de saúde (Kind et al., 2013).

**Tabela 3** – Distribuição numérica e percentual das variáveis da ficha de notificação (2016-2019). Adamantina/SP, 2019.

|                   | <b>Variáveis</b>        | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------|-------------------------|----------|----------|
| Escolaridade      | Fundamental incompleto  | 31       | 27,4     |
|                   | Fundamental completo    | 3        | 2,7      |
|                   | Médio incompleto        | 29       | 25,7     |
|                   | Médio completo          | 37       | 32,7     |
|                   | Superior incompleto     | 9        | 8,0      |
|                   | Superior completo       | 4        | 3,5      |
|                   | Não preenchimento       | 125      |          |
| Orientação sexual | Heterossexual           | 154      | 96,3     |
|                   | Homossexual             | 5        | 3,1      |
|                   | Bissexual               | 1        | 0,6      |
|                   | Não preenchimento       | 78       |          |
| Motivo            | Sexismo                 | 1        | 0,9      |
|                   | Conflito geracional     | 39       | 35,5     |
|                   | Deficiência             | 2        | 1,8      |
|                   | Outros                  | 68       | 61,8     |
|                   | Não preenchimento       | 128      |          |
| Meio de agressão  | Enforcamento            | 9        | 3,8      |
|                   | Objeto perfuro cortante | 28       | 12,0     |
|                   | Envenenamento           | 62       | 26,5     |
|                   | Arma de fogo            | 1        | 0,4      |
|                   | Medicamentos            | 134      | 57,3     |
|                   | Não preenchimento       | 4        |          |

|       |                   |     |      |
|-------|-------------------|-----|------|
| Local | Casa              | 136 | 94,4 |
|       | Via pública       | 4   | 2,8  |
|       | Escola            | 3   | 2,1  |
|       | Penitenciária     | 1   | 0,7  |
|       | Não preenchimento | 94  |      |
| Total |                   | 238 |      |

Na Tabela 4, considerando as 238 fichas de notificação, evidencia-se a distribuição de outras variáveis importantes para análise do perfil das pessoas que cometem autolesão.

**Tabela 4** – Distribuição numérica e percentual das variáveis da ficha de notificação (2016-2019). Adamantina/SP, 2019.

| Variáveis                      | Não Preenchimento | n   | %    |
|--------------------------------|-------------------|-----|------|
| Não branca                     | 28                | 68  | 32,3 |
| Sem companheiro                | 43                | 128 | 65,6 |
| Sexo masculino                 | 0                 | 68  | 28,5 |
| Desempregado                   | 112               | 9   | 7,1  |
| Presença de deficiência física | 72                | 42  | 25,3 |
| Presença de transtorno mental  | 113               | 61  | 48,8 |
| Suspeita de uso de álcool      | 85                | 35  | 22,8 |
| Tratamento prévio              | 10                | 23  | 10,0 |
| Óbito                          | 0                 | 4   | 1,6  |

A maioria dos números abrange pessoas do sexo feminino (71,5%), sem companheiro (65,6%), brancos (67,7%) e com emprego (93%).

O maior índice de tentativas de suicídio em mulheres pode ser justificado pelas diversas violências sofridas por essa parte da população e pela sua inserção em uma sociedade capitalista, patriarcal em que as mesmas têm salários mais baixos que homens, inclusive quando possuem a mesma escolaridade e função. Muitas vezes, as mulheres são vistas pela sociedade

como as responsáveis pela educação dos filhos e gerenciamento da casa, de modo que sofrem uma grande sobrecarga (Marx, 2018, Correia, 2018).

Das pessoas que realizaram tentativas de suicídios, 48,8% delas possuem transtorno mental, 25,3% possuíam alguma deficiência física e 22,8% fizeram uso de álcool antes da tentativa.

Por fim, das 238 fichas de notificação registradas, 2% (n=4) corresponderam a óbitos.

Durante o processo de análise das fichas, algumas situações ficaram evidentes, como a confusão que os trabalhadores fazem entre a questão sexo e orientação sexual e também acerca do que é considerado ou não como deficiência. Muitos trabalhadores se referem de modo equivocado ao transtorno mental como deficiência. Ressalta-se que somente o diagnóstico de retardo mental é considerado deficiência no manual de preenchimento das fichas de notificação.

Enfatiza-se que o número de dados ignorados ou não informados, algumas vezes, é maior do que o número de dados informados no preenchimento das fichas. Fato este observado em outras pesquisas que trabalham com fichas de notificação (Brasil, 2019, Botega, 2015, Bertolote, 2012).

Houve aumento significativo das tentativas de suicídio de 2016 para 2017, de 61 para 70 tentativas. Em 2018, foram 59 tentativas. E, até junho de 2019, houve 48 tentativas de suicídio.

Os dados referentes às tentativas de suicídio do município de Adamantina de 2016 a junho de 2019 vão ao encontro com os números nacionais e mundiais. Dentre os dados, destacam-se as mulheres por apresentarem maiores índices de tentativas de suicídio, pessoas brancas com ensino médio completo. O método mais utilizado foi envenenamento, seguido de lesão por objetos perfurocortantes, a presença de alguma deficiência e/ou transtorno mental. Os homens usam meios mais letais para as tentativas de suicídio e a residência foi o local em ocorreu com maior proporção as tentativas de suicídio.

No entanto, observa-se que, mesmo a notificação sendo obrigatória, há fragilidade em relação ao elevado índice de campos não preenchidos e/ou ignorados, o que dificulta delimitar precisamente a população que tenta e comete suicídio (Brasil, 2019, Botega, 2015, Bertolote, 2012).

Como o uso de medicamentos é o método mais utilizado, enfatiza-se que os médicos e a equipe de saúde precisam avaliar o risco de entregar a receita de psicotrópicos ao paciente com sofrimento psíquico e risco de suicídio, uma vez que, existe uma grande possibilidade de o mesmo usar esse medicamento como método para o suicídio.

Após avaliado o risco do paciente, é imprescindível que a família ou algum responsável seja chamado ao serviço e, junto com paciente, recebam orientações sobre a prevenção do uso indevido do medicamento e outros métodos que podem colocar a vida do paciente em risco. Ressalta-se a importância do acompanhamento mais próximo deste paciente com visitas domiciliares mais frequente e contato telefônico (Turini, 2010, Cassorla, 2017).

#### 4.2 Questionários de atitudes em relação ao comportamento suicida

Com objetivo de comparar as respostas dos participantes nos momentos de pré e pós-teste do questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida, os dados da Tabela 5 evidenciam que houve mudanças de atitude por parte dos participantes em relação ao comportamento suicida antes e após as oficinas.

A distribuição das respostas foi organizada em quatro categorias teóricas: capacidade profissional, sentimento em relação ao paciente, direito ao suicídio e sem categoria (Botega et al., 2005).

**Tabela 5** – Distribuição das respostas dos participantes nos momentos pré e pós-teste. Adamantina/SP, 2019.

| Categorias              | Itens                                                                              | Pré |      | Pós |      | p            |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|--------------|
|                         |                                                                                    | N   | %    | n   | %    |              |
| Capacidade profissional | Me sinto capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar                            | 18  | 52,9 | 24  | 70,6 | 0,210        |
|                         | Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar                | 11  | 32,4 | 21  | 61,8 | <b>0,002</b> |
|                         | Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio | 8   | 23,5 | 18  | 52,9 | <b>0,013</b> |

|                                    |                                                                                                                                  |    |      |    |      |              |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|------|--------------|
|                                    | Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio                                                              | 25 | 73,5 | 16 | 47,1 | <b>0,035</b> |
| Sentimentos em relação ao paciente | Quem fica ameaçando, geralmente não se mata                                                                                      | 2  | 5,9  | 0  | 0,0  | Xxx          |
|                                    | No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio                                                    | 6  | 17,6 | 4  | 11,8 | 0,500        |
|                                    | Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso                                         | 18 | 52,9 | 8  | 23,5 | <b>0,021</b> |
|                                    | Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer                                        | 6  | 17,6 | 5  | 14,7 | 1,000        |
|                                    | A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar                                                                | 22 | 64,7 | 16 | 47,1 | 0,238        |
|                                    | No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio              | 4  | 11,8 | 4  | 11,8 | 1,000        |
|                                    | Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar                                                                           | 2  | 5,9  | 2  | 5,9  | 1,000        |
| Direito ao suicídio                | Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar                                                                   | 2  | 5,9  | 4  | 11,8 | 0,500        |
|                                    | Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho                               | 30 | 88,2 | 32 | 94,1 | 0,625        |
|                                    | A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar                                                                                     | 24 | 70,6 | 26 | 76,5 | 0,687        |
|                                    | Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar                                                                                | 5  | 14,7 | 5  | 14,7 | 1,000        |
|                                    | Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela                                                      | 31 | 91,2 | 32 | 94,1 | 1,000        |
| Sem categoria                      | É difícil diferenciar se os pacientes se apresentam simplesmente infelizes, ou se têm uma depressão que necessita de tratamento? | 24 | 70,6 | 19 | 55,9 | 0,180        |

|                                                                                                                                      |    |      |    |      |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|------|--------------|
| Ficar deprimido é a maneira como pessoas mais frágeis lidam com dificuldades da vida                                                 | 16 | 47,1 | 8  | 23,5 | <b>0,039</b> |
| A depressão reflete uma característica do paciente que é difícil modificar                                                           | 14 | 41,2 | 10 | 29,4 | 0,388        |
| Ficar deprimido faz parte do processo de envelhecimento                                                                              | 4  | 11,8 | 6  | 17,6 | 0,500        |
| Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental                                                                                    | 8  | 23,5 | 6  | 17,6 | 0,687        |
| Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar                                                                             | 13 | 38,2 | 9  | 26,5 | 0,289        |
| Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra | 29 | 85,3 | 22 | 64,7 | <b>0,039</b> |
| Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo pra isso                                                    | 9  | 26,5 | 7  | 20,6 | 0,754        |
| Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio                                                                         | 11 | 32,4 | 10 | 29,4 | 1,000        |

Na Tabela 6 observa-se aumento estatisticamente significativo da pontuação no momento pós-teste nas categorias: Capacidade profissional ( $p=0,011$ ), Sentimentos em relação ao paciente ( $p=0,025$ ) e sem categoria ( $p=0,006$ ).

**Tabela 6** – Distribuição das respostas por categorias nos momentos pré e pós-teste. Adamantina/SP, 2019.

| Categorias                         | Pré-teste |      |      | Pós-teste |      |      | P            |
|------------------------------------|-----------|------|------|-----------|------|------|--------------|
|                                    | Média     | Mín. | Máx. | Média     | Mín. | Máx. |              |
| Capacidade profissional            | 2,0       | 1,0  | 4,0  | 2,5       | 0,0  | 4,0  | <b>0,011</b> |
| Sentimentos em relação ao paciente | 2,0       | 0,0  | 4,0  | 1,0       | 0,0  | 5,0  | <b>0,025</b> |
| Direito ao suicídio                | 3,0       | 0,0  | 4,0  | 3,0       | 0,0  | 4,0  | 0,106        |
| Sem categoria                      | 4,0       | 1,0  | 8,0  | 3,0       | 0,0  | 6,0  | <b>0,006</b> |

|           |      |     |      |     |     |      |       |
|-----------|------|-----|------|-----|-----|------|-------|
| Pontuação | 10,0 | 5,0 | 16,0 | 8,5 | 5,0 | 15,0 | 0,084 |
|-----------|------|-----|------|-----|-----|------|-------|

Após as oficinas, pode-se observar aspectos positivos e mudanças nas categorias *Capacidade profissional* e *Sentimentos em relação ao paciente*. Na categoria *Capacidade Profissional*, ocorre aumento significativo nas questões: “Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar” ( $p=0,002$ ), “Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio” ( $p=0,013$ ), “Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio” ( $p=0,035$ ).

A *Capacidade profissional* está relacionada às competências e habilidades necessárias ao atendimento das pessoas com comportamento suicida. Também é imprescindível ter disponibilidade de lidar com crenças e atitudes, sendo necessário o treinamento profissional e algumas características pessoais como: demonstrar interesse pelo paciente durante o atendimento, aceitação, empatia e confiança (Botega, 2015).

Em relação à categoria *Sentimentos em relação ao paciente* ocorreu mudança com a questão “Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso” ( $p=0.021$ ).

O contato com usuários com comportamento suicida pode evocar diversos sentimentos no profissional, como por exemplo: desprezo, ambivalência afetiva, raiva, proteção, falta de empatia e ansiedade. Esta última pode ser observada como ansiedade persecutória, que pode provocar uma reação por parte do profissional caracterizada por maltratar o usuário ou, também, como ansiedade depressiva, em que o profissional se sente impotente por não conseguir auxiliar ou evitar o ato suicida. Uma terceira forma a ser observada é a ansiedade confusional, em que se auxilia uma pessoa a viver sem que a mesma tenha igual desejo (Botega, 2005).

Na categoria *Direito ao Suicídio*, não houve diferença estatisticamente significativa.

O suicídio é entendido pela maior parte das pessoas como uma atitude transgressora às regras da sociedade, sendo considerada uma violência ou uma morte provocada que não ocorre no espaço destinado ao ato de morrer, que é o hospital. Contudo, é um fenômeno que costuma trazer questões relacionadas a paixões exacerbadas, críticas sociais, políticas e culturais. O suicídio como forma

de comunicação após a morte em um contexto social que valoriza o privado, o personalismo e a intimidade em detrimento ao público não é bem aceito nem pela sociedade nem pela religião (Marquetti, 2014).

Dos participantes desta pesquisa, por exemplo, 84,9% são religiosos. E sabe-se que o suicídio é considerado pecado sem chance de arrependimento para as religiões cristãs, podendo ser tolerado em caso de loucura (Minois, 2018).

O fator religioso torna o suicídio um tema tabu e que se mistura com a temática moral entre as pessoas, algo que dificulta o acesso ao tratamento adequado, visto que ocorre o estigma e o julgamento por parte de profissionais e familiares (Botega, 2015).

Nesse sentido, é de suma importância deixar de tratar o suicídio com moralismo, pois isto contribui para o aumento da estigmatização. É necessário que este fenômeno seja abordado como um agravo multifatorial e uma questão de saúde pública complexa que não pode ser explicada de forma simplista (Brasília, 2013).

Assim, esses resultados acima demonstram que as oficinas possibilitaram a reflexão por meio da troca de saberes, entre o *saber fazer* e o *saber teórico* do grupo. Isto oportunizou a mudança de comportamento e compreensão sobre as habilidades para o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico e comportamento suicida (Berbel, 2012, Silva et al., 2010).

No entanto, a avaliação foi realizada logo após os encontros, não sendo possível avaliar o impacto a longo prazo.

Ressalte-se, ainda, que as oficinas são estratégias eficientes para melhorar o processo de comunicação, as relações entre os participantes e a aquisição de habilidades. No entanto, em razão do curto espaço de tempo, a oficina traz como fragilidade a obtenção da produção de pouco conhecimento, mas apresenta como potencialidade a mudança de atitudes e a aprendizagem de habilidades (Vergilio et al., 2018).

### **4.3 Produto – Oficina para a abordagem ao comportamento suicida**

#### **Primeiro Encontro - Descoberta de um problema comum: notificação compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada**

O Primeiro Encontro teve como objetivo o desenvolvimento da problemática. Para tanto, utilizou-se da análise conjunta das Fichas de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada, das concepções dos participantes em relação ao comportamento suicida, das discussões relacionadas à situação problema e, também, das respostas ao questionário de atitudes frente ao comportamento suicida.

O encontro aconteceu no dia 19 de agosto de 2019, em que os participantes foram recepcionados pelos pesquisadores. Foi, então, entregue o material que seria utilizado durante os três encontros da oficina. Esse material foi chamado de Diário de Bordo, constituído por uma pasta contendo a situação problema, os questionários, o TCLE, as folhas das narrativas e as folhas para anotações. Após a entrega da pasta, aconteceu a apresentação dos pesquisadores, seguida da apresentação dos participantes. O planejamento das atividades realizadas no Primeiro Encontro está descrito no Quadro 2.

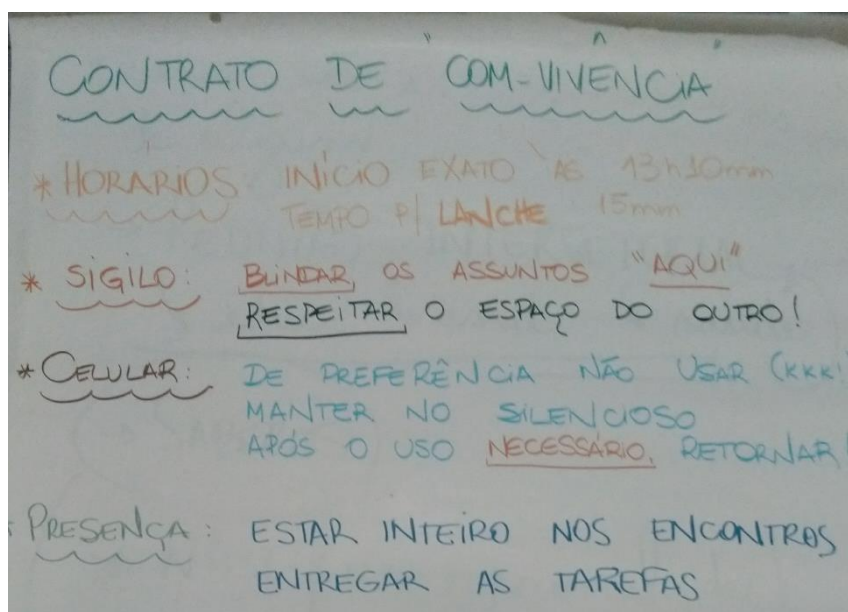
Quadro 2 –

| Horário      | Atividades                                            | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ações dos facilitadores                                                                                                                                           | Recursos                                                                                                             |
|--------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7h50 – 8h15  | Acolhimento                                           | Recepcionar os participantes, explicando que vamos ter um tempo de tolerância.                                                                                                                                                                                                 | Boas-vindas aos participantes.                                                                                                                                    | Afetividade                                                                                                          |
| 8h15 – 8h30  | Apresentação dos facilitadores                        | Introduzir o percurso profissional                                                                                                                                                                                                                                             | Olá, nós somos... nós estamos...                                                                                                                                  | Humildade                                                                                                            |
| 8h30 – 9h15  | Dinâmica de apresentação dos participantes (pendente) | Iniciar o contato dos participantes entre si, aumentar o contato humano-humano                                                                                                                                                                                                 | - condução da atividade:<br>- observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal                                                                       | - Ver materiais da dinâmica (pendente)<br>- <i>Flip-chart</i> ;<br>- Papel para <i>flip</i> ;<br>- Pinceis atômicos; |
| 9h15 – 9h45  | TCLE<br>Contrato de Convívio                          | - Contextualizar os participantes sobre a pesquisa, evidenciando aprovação ética<br><br>- Coletar a assinatura no TCLE<br><br>- Construir contrato de convívio, reforçando aspectos da certificação e condições para receber o certificado<br><br>- Aplicar escala da pesquisa | - condução da atividade: Daniele<br>- observação e registro:                                                                                                      | - Cópias do TCLE (2/participante);<br><br>- Cópias da escala da pesquisa (1/por participante)                        |
| 9h45 – 10h15 | <i>Coffee</i>                                         | Vamos nos alimentar!                                                                                                                                                                                                                                                           | Respire/Hidrata-se/Alimente-se/Descanse                                                                                                                           | Comidinhas do coffee!                                                                                                |
| 10h15 – 11h  | Processamento da situação problema                    | Identificar as concepções dos participantes em torno do comportamento suicida                                                                                                                                                                                                  | Distribuir a situação problema; Dividir as tarefas entre os participantes (relator); Problematicar a situação problema, questionando o grupo de maneira indireta: | - Cópias da situação problema;<br><br>- Papéis para anotação (facilitadores);                                        |

|             |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por que a pessoa recorre a tentativa de suicídio?</li> <li>- Quem está mais exposto a tentativa de suicídio?</li> <li>- Em Adamantina, quem comete mais tentativa de suicídio?</li> <li>- Quais serviços deveriam atender as tentativas de suicídio?</li> <li>- O que eu posso fazer na perspectiva da prevenção e atendimento?</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                           |
| 11h – 11h30 | Plenária “Será que a gente pensa igual?!” | Comparar as concepções que foram apresentadas nos pequenos grupos sobre o comportamento suicida em Adamantina                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar a apresentação de cada grupo, controlando tempo;</li> <li>- Registrar a apresentação de cada grupo</li> <li>- Condução da atividade:</li> <li>- Observador:</li> </ul>                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> </ul>                                                                                                    |
| 11h30 – 12h | O que dizem os dados?!                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar a análise das fichas de notificação compulsória;</li> <li>- Discutir aspectos que se aproximam e se distanciam das concepções</li> <li>- Provocar questionamentos sobre o preenchimento da Ficha</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condução da atividade: Daniele</li> <li>- Observador:</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Máquina e os vagões;</li> <li>- Dados das fichas de notificação;</li> <li>- Multimídia;</li> </ul> |
| 12h – 12h15 | Avaliação e Tarefa de Dispersão           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a oficina de trabalho realizada no primeiro dia;</li> <li>- Articular a construção da narrativa sobre a reflexão do aprendizado da primeira oficina</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuir o formato de avaliação;</li> <li>- Distribuir o diário da viagem</li> </ul> <p>Condução da atividade</p>                                                                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impressos de avaliação (1/participante);</li> <li>- Diário de viagem (1/participante).</li> </ul>                                                                                                |

Foi explicado aos participantes que as oficinas eram parte do projeto de mestrado profissional o qual teve aprovação pelo Comitê de Ética de Faculdade de Medicina de Botucatu. Ressaltou-se que a participação não era obrigatória e, no entanto, que era importante contar com o comprometimento dos participantes durante os três encontros. Foi realizada a leitura do TCLE, esclarecimento de dúvidas e solicitada a assinatura.

Iniciou-se a atividade com a construção do contrato de convivência que seria utilizado nos três encontros .



**Figura 2 - Contrato de Convivência**

Os participantes preencheram os dois instrumentos de coleta de dados: sociodemográficos (Anexo 1) e o questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida - versão estendida (Anexo 2).

Após o preenchimento, deu-se início à formação dos três pequenos grupos, com a intenção de disparar a discussão sobre o comportamento suicida, utilizou-se da situação problema intitulada “Caso Dona Íris” (Apêndice 3), que foi inspirada em uma situação real no município. Os participantes foram informados que seria necessário eleger dois representantes em cada grupo, sendo um relator e um secretário para fazer as anotações referentes às discussões do grupo. O relator ficou responsável por descrever a construção do grupo durante a plenária.

A atividade em cada grupo foi iniciada com a leitura do caso e, a seguir, foram levantados os questionamentos e/ou problemas observados na situação problema. Os facilitadores incentivaram o grupo a realizar as seguintes reflexões:

- Por que a pessoa recorre à tentativa de suicídio?
- Quem está mais exposto à tentativa de suicídio?
- Em Adamantina, quem comete mais tentativa de suicídio?
- Quais serviços deveriam atender as tentativas de suicídio?
- O que eu posso fazer na perspectiva da prevenção e do atendimento?

Os três grupos retornaram à sala para apresentação dos resultados em uma plenária. No decorrer da apresentação, foi possível observar que os grupos tinham a percepção de suas dificuldades relacionadas ao acolhimento do paciente com comportamento suicida e, também, sobre o desenvolvimento da escuta qualificada, pois se concentravam somente na queixa do paciente. Esse resultado alinhou-se às reflexões que foram construídas por meio das narrativas:

*Essa oficina mostrou que temos muito que aprender a abordar o paciente e acolher sempre ouvindo sua necessidade porque através de uma conversa ele vai sentir aliviado e acolhido, de repente ele só precisa conversar e simplesmente naquele momento é resolvidos angústia e dependendo de sua situação será encaminhado para ajuda especializada(Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro).*

A literatura identifica como uma dificuldade apresentada pelos profissionais a escuta e o acolhimento aos pacientes com comportamento suicida. Fato muitas vezes atribuído a grande demanda de atendimento, insegurança, falta de capacitação, apego a lógica biomédico centrada e voltada ao encaminhamento para a especialidade. Como forma de solucionar a questão, acredita-se que, como primeira escolha, o paciente deve ser acompanhado em seu território e, em casos de maior complexidade, deve se ter apoio da equipe multidisciplinar, podendo contar com o apoio do NASF e encaminhamento para o CAPS, se necessário. No entanto, a ESF deve ter a corresponsabilidade do cuidado a esses pacientes (Souza et al., 2019, Ferreira et al.,2018).

Os participantes alegaram que diante da grande demanda de atendimento nas ESF, os mesmos não eram capazes de perceber as mudanças de

comportamento dos pacientes. Fato característico dos pacientes com comportamento suicida.

Observou-se, também, a falta de conhecimento sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória na atenção primária.

Após essas discussões ocorreu a apresentação dos dados das fichas de notificação compulsória de Adamantina dos anos de 2016 a junho de 2019.

Os dados foram apresentados com o tema “Que trem é esse?”, com base nos dados das Tabelas 3 e 4. Foram apresentados os dados sobre: média de idade, sexo, escolaridade, uso de álcool, gênero, deficiência física e mental, método utilizado na tentativa, tratamento anterior.



**Figura 3** – Apresentação dos dados da Notificações de Tentativa de suicídio.

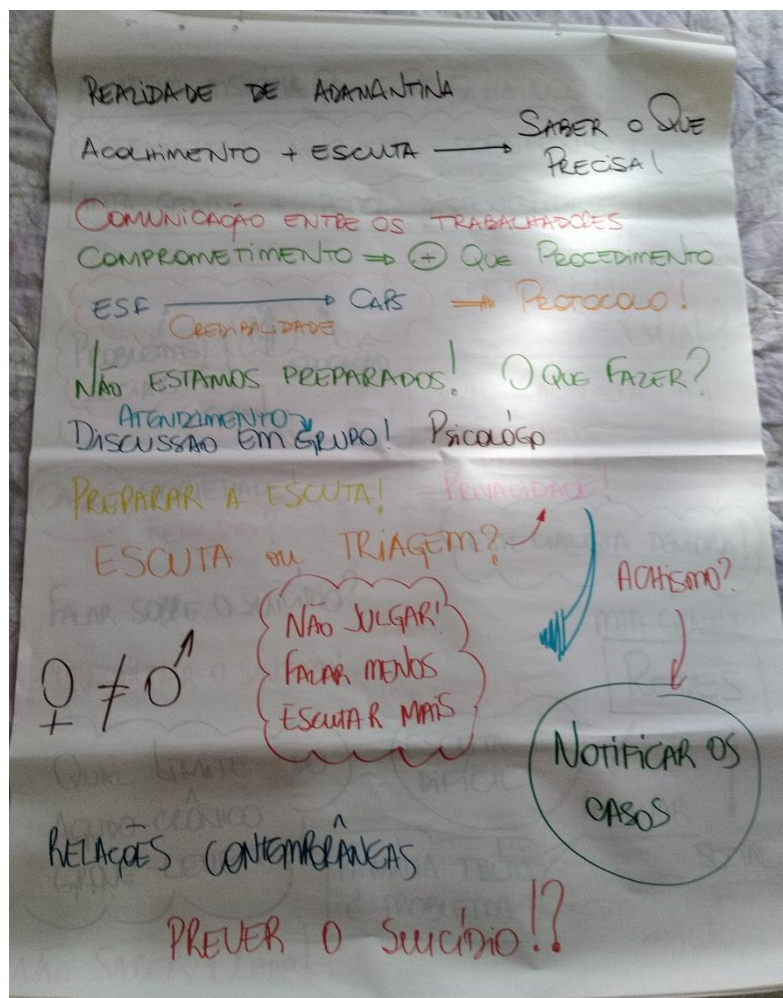
Observou-se grande mobilização dos participantes em relação ao elevado número de tentativas de suicídio em Adamantina, pois os mesmos não tinham conhecimento. Muitas pessoas relataram que não realizavam as notificações, pois acreditavam que a necessidade da notificação era apenas para os casos graves. Nesse momento houve o esclarecimento de que qualquer autolesão necessita ser notificada. As narrativas reflexivas referentes resgatam essas percepções:

*Os dados das notificações de Adamantina me surpreenderam, por não ter só uma característica as tentativas de suicídio e pela falta de dados nas notificações, por serem preenchidos de modo ineficaz, ou melhor por falta de preenchimento. (Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro)*

Ações tais como conhecer a realidade do município, problematizar os dados em relação ao suicídio e tentativas de suicídio, além de entrar em contato com concepções individuais sobre o comportamento suicida, possibilitaram aos participantes a reflexão sobre suas atitudes frente ao paciente com

comportamento suicida. Contudo, a mudança de estrutura implica em desmistificação da realidade de estruturas sociais e de trabalho, sendo necessário o esforço para resistir ao movimento de antimudança (Freire, 2018).

Durante a síntese para fechamento da oficina, discutiu-se sobre a importância da escuta qualificada e a procura de apoio familiar ou de apoio social para a pessoa com comportamento suicida. A importância de realizar o preenchimento da ficha de notificação compulsória e a comunicação entre os profissionais de saúde também foi a temática da discussão presente em todos os grupos.



**Figura 4-** Apresentação dos dados realizados na síntese.

As narrativas apontam para esse resultado:

*Chegamos, então, à conclusão que é necessário que nós quanto trabalhadores da saúde na atenção primária somos a porta de entrada da população precisamos portanto estar dispostos a ouvir, o que já faz uma grande diferença, e ao mesmo tempo aptos a orientar o paciente família além de procurar conscientizá-los de que a prevenção do suicídio envolve o ouvir o alcançar, o compreender, o acreditar, ou não menosprezar, a introdução da equipe multidisciplinar disciplinar na vida desse paciente, mas nunca sozinho a medicação pois só assim é possível enfrentar essa condição.* (Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro)

A importância da escuta qualificada está em deixar o paciente falar sem ser interrompido, estar atento, calmo e sem julgamentos. Esses requisitos possibilitam que o paciente se sinta acolhido. Essa atitude é eficiente na redução de ideação suicida em um primeiro atendimento, sendo importante respeitar a ambivalência do paciente e deixá-lo expressar seus sentimentos e, se possível, intervir no espaço em que o paciente tem razões para continuar a viver (Botega, 2015).

Ao final do Primeiro Encontro solicitou-se o preenchimento da folha de avaliação e a entrega da Narrativa 1, descrevendo como foi a experiência desse encontro.

As narrativas solicitadas ao término deste encontro permitiram identificar que o primeiro encontro possibilitou a sensibilização dos participantes quanto à relevância do cuidado aos usuários com comportamento suicida:

*Eu, na verdade, quando foi convidada para este encontro, para ouvir sobre suicídio, eu fiquei em dúvida se aceitava ou não de pronto. Fiquei imaginando, mais ou menos cinco minutos e decidi: eu vou porque eu acho que nada acontece por acaso e aprender ao ouvir nunca é demais. Quando fomos separados em grupos, o que foi lido sobre uma história de uma mulher que tinha sua vida desassossegada o marido violento e um filho na cadeia... foi passando um filme na minha cabeça me lembrei das pessoas do meu convívio familiar, amigos e pacientes do meu trabalho, situações vividas até mesmo por mim.* (Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro)

*Acredito que essa primeira oficina foi um disparador, em que nós nos inquietou em despertou o interesse para*

*mais, por isso aguarda ansiosa para as próximas.*  
(Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro)

As abordagens realizadas pelos pesquisadores possibilitaram a sensibilização dos participantes em relação à problemática do comportamento suicida, representando a reflexõesobre a ação por parte dos participantes. Fato atribuído ao desenvolvimento da oficina e à utilização da problematização como ferramenta capaz de mobilizar a mudança de atitudes (Naka et al., 2018).

Ressalta-se que, frente à pessoa com comportamento suicida, os participantes conseguiam realizar apenas o encaminhamento para a atenção especializada, por julgarem que não tinham competência suficiente ou por serem inseguros em lidar com os pacientes em sofrimento, de modo que se esqueceram que uma das ações da atenção primária é a de prevenção e atenção à saúde mental, de modo que podem ter o auxílio da equipe multiprofissional (Sousa et al., 2019).

O primeiro encontro possibilitou aos participantes o entendimento e a mudança de atitude relacionada ao desenvolvimento da capacidade de intervir por meio de algumas ações na atenção primária, podendo contar como o cuidado especializado sem deixarem de ser corresponsáveis pelo paciente. Este mesmo continuará sendo morador da área de abrangência da ESF. (Sousa et al., 2019, Cescon, Capazzolo, Lima, 2018).

As habilidades também podem ser apreendida de outras reflexões oriundas das narrativas observadas quando os participantes declararam suas fragilidades profissionais, pessoais e em comum na equipe de saúde:

*No encontro realizado foi abordada a temática do atendimento à pacientes de saúde mental na atenção básica de saúde. Constatado que existe uma grande dificuldade por parte da equipe multidisciplinar de abordar, identificar e muitas vezes se fazer um diagnóstico; pois o próprio paciente muitas vezes não aceita e não sinaliza para a equipe o real motivo da presença as consultas.*  
(Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro)

*Mas o que ficou claro entre os participantes foi uma grande insegurança para abordar um paciente em situação de risco, delegando ao CAPS essa função.*  
(Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro)

*Desde quando me formei, sempre teve o receio de como saber lidar com as pessoas em situação de tentativa de suicídio, sentindo-me totalmente despreparada impotente. (Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro)*

*Porém, mesmo com essa vontade de construir de alguma forma para essas pessoas, ainda me sinto insegura e receosos em relação ao assunto, acredito que necessito de uma capacitação para aprimorar essa relação com os pacientes e lidar da melhor forma possível com esse assunto que ainda é um tabu na sociedade. (Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro)*

A consciência da fragilidade torna as pessoas capazes de procurar por conhecimentos e mudanças. O primeiro encontro possibilitou que esses profissionais se deparassem com as suas fragilidades pessoais e profissionais, relacionadas à falta de capacitação para lidar com as pessoas com comportamento suicida. No entanto, esta fragilidade possibilitou que os participantes questionassem seus medos, preconceitos e tabus, permitindo que estes fossem discutidos e problematizados para construírem um novo meio de cuidado (Freire, 2018, Cescon, Capazzolo, Lima, 2018).

A educação permanente é capaz de produzir novos conhecimentos aos trabalhadores, pois possibilita espaços de reflexão da prática por meio do processo de trabalho e de discussões que possibilitam trocas de saberes e corresponsabilização dos profissionais (Naka et al., 2018).

Dentre as reflexões registradas nas narrativas, foi possível observar a disposição dos profissionais para mobilizarem suas concepções acerca do cuidado ao usuário com comportamento suicida:

*Mas, o final ficou claro que o suicídio pode ser prevenido em todas as esferas lidamos com pessoas suscetíveis ao ato ou intenção e que a notificação compulsória passa despercebido em todas as equipes. (Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro).*

*“No entanto, ao iniciar a oficina, compreendi o que não enxergava, pois não precisa estar na prática no assunto para ajudar, mesmo que de forma indireta ponto o que as conversas o carinho e atenção dada aos pacientes, em momentos de consultas individuais ou em grupos já são benéficas, e que a empatia é o melhor remédio. (associada acompanhamento com profissionais capacitados).” (Fragmento de Narrativa do Primeiro Encontro).*

Estudos demonstram que profissionais de saúde despreparados em relação ao atendimento a pessoa com comportamento suicida podem se sentir desrespeitado por esses pacientes, além de realizarem acolhimento com estigma e depreciação do sofrimento (Ferreira et al., 2018, Souza et al., 2019).

As atitudes e crenças do profissional de saúde podem influenciar no modo como ele atende as pessoas. No primeiro encontro da oficina, foi possível mobilizar os trabalhadores por meio do conhecimento da realidade e da reflexão da ação, permitindo dessa forma a mudança de percepção, levando-se à mudança de atitudes e descoberta de habilidades para atender pessoas com comportamentos suicidas (Freire, 2018).

A educação permanente é importante, pois trabalha as questões que estão causando problemas ou sendo negligenciadas nos serviços, pois são formuladas por meio destes problemas. O desenvolvimento da oficina possibilitou que participantes trouxessem suas experiências e, por meio da problematização e discussão, conseguissem transformar os saberes. Dessa forma, ressalta-se que é possível a mudança na prática profissional (Naka et al., 2018).

## **Segundo Encontro - A Descoberta da Equipe**

O segundo encontro está ligado a Pontos Chaves e Teorização, conforme pode ser observado no Quadro 3. O objetivo desse encontro foi construído levando em consideração as avaliações dos participantes e as respostas do questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida aplicado no primeiro encontro. Diante disso, foi possível observar que os participantes gostariam de melhorar o manejo do sofrimento psíquico e do comportamento suicida. Sendo assim, os pesquisadores optaram pelo desenvolvimento do *Role Play*.

**Quadro 3-** O planejamento das atividades realizadas no segundo encontro.

| Horário     | Atividades                       | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ações dos facilitadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Recursos                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7h50 – 8h15 | Acolhimento                      | Recepcionar os participantes, explicando que vamos ter um tempo de tolerância.                                                                                                                                                                                                         | Boas-vindas aos participantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Afetividade                                                                                                                                                                                                                            |
| 8h15 – 9h   | Aquecendo os motores e a memória | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resgatar as construções realizadas na Oficina 1;</li> <li>- Verificar a reflexão-ação produzida pelas discussões realizadas na Oficina 1;</li> <li>- Apresentar o processamento do conteúdo da Avaliação da Oficina 1 e da Escala.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como vocês passaram desde a última Oficina?!</li> <li>- O que discutimos na última oficina mexeu com vocês? E na prática?!</li> <li>- Vejam como nossos trabalhos foram avaliados!</li> <li>- Condução da atividade:</li> <li>- Observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Apresentação da avaliação;</li> <li>- Apresentação da escala;</li> <li>- Multimídia;</li> </ul> |
| 9h – 9h10   | Quem fez o dever de casa?!       | Recolher as narrativas e explicar sucintamente o motivo pelo qual estamos solicitando-as                                                                                                                                                                                               | - Condução da atividade: Daniele                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | E quem não fez?!                                                                                                                                                                                                                       |
| 9h10 – 9h20 | No bloco do <b>EU SOZINHO...</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre o que o profissional precisa “ter” para dar conta dos casos de tentativa de suicídio?</li> <li>- Delimitar em habilidades pessoais, sem contar com equipe (saberes) e outros serviços. (fazer)</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir que os participantes não conversem entre si;</li> <li>- Garantir que os participantes não registrem ações que considerem membros da equipe ou da rede. (por ex., não pode encaminhar, não pode chamar o psicólogo, o médico... É VOCÊ CONSIGO MESMO)</li> <li>- Condução da atividade: Daniele</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pinceis atômicos e/ou Canetinhas;</li> <li>- <i>Post it</i> coloridos;</li> <li>- Pedir para colocar o nome da Unidade de Saúde em cada <i>Post it</i></li> </ul>                             |

|             |                                            |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                            |                                                                                                                                                                                                                 | - Observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9h20 – 9h40 | E(u)quipe: Quebra-cabeça interprofissional | Estimular os participantes a perceberem a importância de “encaixar” os fazeres/saberes que foram elencados na etapa individual.                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar os grupos pelas mesmas equipes.</li> <li>- Provocar: o que eu tenho encaixa na peça do outro?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotos da Unidades</li> <li>- ½ do Papel para flip para cada grupo;</li> <li>- Pinceis atômicos e/ou Canetinhas;</li> <li>- Post it coloridos</li> <li>- Gravar áudio</li> </ul>                                                              |
| 9h40 – 10h  | <i>Coffebreak</i>                          | Vamos nos alimentar!                                                                                                                                                                                            | Respire/Hidrata-se/Alimente-se/Descanse!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Comidinhas do coffee!                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 10h – 11h15 | <i>Role Play</i>                           | Simular uma cena de atendimento entre paciente e profissional.                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantem os mesmos grupos (3)</li> <li>- <i>Role-play</i>: (1) criação dos personagens (10 minutos), (2) ação (atuação – 10 min); (3) congela cena (vão para os grupos – 5 minutos); (4) volta à cena (5 a 10 minutos); (5) síntese e experiências por grupo (15 a 20 minutos).</li> <li>- Tempo (colocar alarme) - Thiago</li> <li>- Condução da atividade: Thiago</li> <li>- Observação e registro: atentar-se à organização das pessoas na sala, sua distribuição: Thiago</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Comandas do <i>role-play</i> (paciente, profissional e observadores)</li> <li>- Filmagem (celular) / Gravar áudio (Rúbia e Daniele)</li> </ul> |
| 12h – 12h15 | Avaliação e Tarefa de Dispersão            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a oficina de trabalho realizada no primeiro dia;</li> <li>- Articular a construção da narrativa sobre a reflexão do aprendizado da primeira oficina</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuir o formato de avaliação;</li> <li>- Distribuir o diário da viagem (pastinha!)</li> </ul> <p>Condução da atividade:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impressos de avaliação (1/participante);</li> <li>- Diário de viagem (1/participante).</li> </ul>                                                                                                                                            |

## Avaliação Geral



#### Avaliação Geral



**Figura 6- Avaliação da Primeira Oficina Período da tarde**

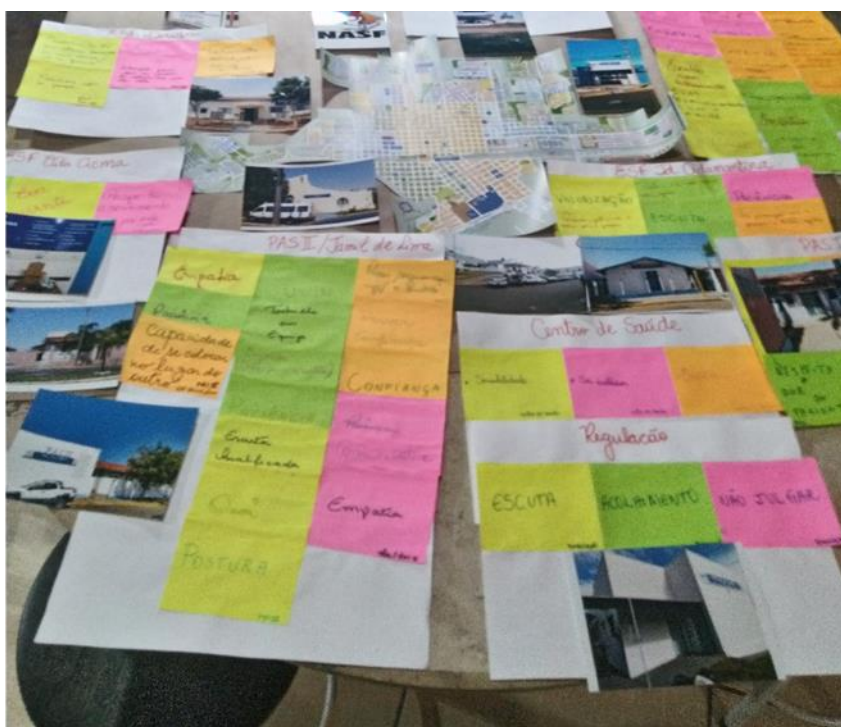
Iniciar resgatando aspectos do primeiro encontro foi considerado importante, conforme pode ser observado no fragmento abaixo:

*na segunda oficina, foi importante o feedback do questionário aplicado anteriormente, além de destacar sobre a abordagem relacionada à religiosidade /fé, ou seja, deixar as crenças pessoais de lado (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

Observou-se que, durante a avaliação, os participantes tiveram dificuldade de escrever a palavra suicídio, que foi substituída por “assunto”. Fato que demonstra a dificuldade dos participantes em dialogar sobre a tentativa de suicídio, o que reflete na sua prática profissional.

Foi proposta uma atividade chamada “No bloco do eu sozinho” em que os profissionais tiveram que elencar três habilidades pessoais, que os mesmos acreditavam utilizar durante o atendimento de pacientes com tentativas de suicídio realizada individualmente. Essas três habilidades foram descritas em cada *post it* e foi identificado apenas o local de trabalho (Figura 6).

Posteriormente os participantes foram divididos em três pequenos grupos, onde cada participante apresentou suas habilidades e atitudes, e os facilitadores ajudaram no processo de reflexão. O objetivo foi mostrar ao grupo que ao somar as habilidades dos participantes é notável o ganho que se tem no atendimento à pessoa com transtorno psíquico e comportamento suicida.



**Figura 7-** Construção das habilidades por equipe de saúde.

Nesse momento, o grupo percebeu o quanto o trabalho em equipe é importante neste processo.

De volta ao grande grupo, propôs-se o desenvolvimento do *Role Play*, que foi proposto para que os participantes tivessem a oportunidade de visualizar e participar de uma cena de atendimento.

Cada grupo recebeu uma consigna (Apêndice 04) e tiveram quinze minutos para planejar a encenação:

Grupo 1: responsável por montar o personagem “profissional” responsável

Grupo 2: responsável por montar o personagem “o paciente”;

Grupo 3: responsável pela observação.

Após a preparação dos personagens os três grupos deram início à encenação. Quando os facilitadores perceberam que já não tinham mais argumentos na consulta, foi estabelecida uma pausa de 10 minutos para que os personagens pudessem discutir com seu grupo quais as estratégias que poderiam ser utilizadas para dar continuidade ao atendimento.

Após o retorno, os participantes estavam melhores preparados e alguns até com auxiliares.

Ao termino do *Role Play*, os participantes falaram sobre a experiência e sobre como haviam imaginado o paciente com sofrimento psíquico e comportamento suicida. Tanto a turma da manhã, quanto a da tarde tiveram muita dificuldade no momento de realizar as perguntas que pudessem possibilitar mais abertura ao paciente, para que o mesmo tivesse a oportunidade de falar melhor sobre o seu sofrimento. Nenhuma das duas turmas conseguiu tirar informações essenciais do paciente.

O momento da dramatização das ações reproduziu fielmente a prática profissional dos participantes em relação ao cuidado ao usuário com comportamento suicida, o que possibilitou a análise da própria prática:

*Neste encontro tivemos um ótimo exemplo do nosso real dia-a-dia, deu para ver onde erramos como profissionais e ouvintes sem perceber, acabamos questionando a paciente de forma que ele responda rápido, e não é disso que ele necessita. (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

*Nos grupos para as atividades (role play) ficou evidente como o trabalho de atendimento está mecânico, sempre as mesmas perguntas, mesmo paciente dando pistas de sua ideia, o atendimento foi focado em perguntas rotineiras, em nenhum momento chegou perto*

*de uma interrogação pontual (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

*Oficina demonstrou de forma interativa que a realidade da atenção básica não é fácil, assim como é visualizado nas unidades, porém, o olhar atento aos sinais do paciente (boa escuta comunicação verbal e não verbal) e a união de profissionais estar na rotina mais leve prazerosa (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

*O segundo encontro da oficina foi bastante interessante, pois, através de um teatro que foi realizado, conseguimos identificar as dificuldades que encontramos no dia-a-dia das unidades com esses pacientes e pensar criar a melhor abordagem para ser realizada com eles (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*



**Figura 8- – Encenação Role Play**



**Figura 9** – Encenação *Role Play*

Os participantes ressaltaram a importância da pausa para poder consultar a equipe e neste momento os pesquisadores exploraram esta possibilidade no atendimento realizado na ESF, pois os participantes não têm o hábito de recorrer à equipe para pedir auxílio sobre as questões referentes aos casos mais complexos. Geralmente, os profissionais da ESF recorrem ao encaminhamento para a especialidade.

Na plenária, as reflexões mais importantes foram referentes à importância do trabalho da equipe. Os participantes puderam observar e vivenciar o quanto a troca de informações e discussão com a equipe pode auxiliar no atendimento a pessoa com sofrimento psíquico. Também foi enfatizada a importância das discussões dos casos em reuniões de equipe, a resolubilidade da atenção primária e o auxílio da equipe do NASF.

A técnica do *Role Play* possibilitou a reflexão sobre e como as habilidades e atitudes profissionais podem ser complementadas com as habilidades de outros profissionais da equipe. Identificar as dificuldades e as possibilidades de mudança por meio da problematização em grupo permite a compreensão de habilidades e atitudes, para o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico e comportamento suicida (Silva et al., 2010).

Este encontro oportunizou aos participantes elencar alguns aspectos que não estavam sendo realizados nas ESF, sendo o principal deles a falta de acolhimento inicial, pois a principal conduta era o agendamento de consulta médica seguida de encaminhamento para a especialidade. Enfatizou-se o atendimento automatizado e compartimentalizado, trabalho em equipe fragilizado, sentimento de impotência, frustração e sobrecarga de trabalho.

Esses fatos ocorrem devido ao processo de trabalho que se mantém na lógica curativista e biomédico centrada, com algumas profissões sendo mais valorizadas que outras e causando sobrecarga de alguns profissionais. É importante que se trabalhe em equipe de maneira interprofissional, considerando a integralidade do cuidado e a não sobrecarga de alguns membros da equipe (Gelbcke et al., 2012).

Em uma das narrativas, é possível resgatar o processo reflexivo provocado pela técnica de *Role Play*:

*A técnica da dramatização foi bastante proveitosa onde foi possível observar:*

- cada usuário tem sua característica;*
  - na abordagem evitar perguntas fechadas, cuja resposta seja sim ou não;*
  - caso esteja com dificuldade de resolver tentar congelar a situação (“dar um tempo”);*
  - prestar atenção no comportamento não verbal, treinar a sensibilidade para captar as mensagens não verbais expressadas pelo paciente;*
  - captar o que se ouve. (ouvir, estar atento o tempo todo a cada palavra dita, para identificar o real problema do paciente);*
  - tentar fugir do padrão de atendimento, onde o paciente entra pela receita dito, pelo exame e sai pela receita; [...]*
  - ter a abertura de escutar, tempo para ouvir o paciente com paciência e atenção;*
  - o usuário é ambivalente e muitas vezes nem ele sabe ao certo o que quer, eu por que está na UBS;*
  - questionar o sigilo do que o paciente confia, aqui foi esclarecido que não se quebra o sigilo quando se conta para outro profissional ou equipe;*
  - ter receio de abordar o paciente sobre o tema suicídio foi algo comum para o grupo, devido à falta de preparo;*
  - para demanda psicossocial, exames não auxiliam no diagnóstico*
- Conclusão: para um bom atendimento ao paciente de saúde mental, precisamos aprimorar nossa escuta. Ouvir, ouvir, ouvir ... (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

A APS é espaço de promoção e prevenção à saúde. As equipes de saúde da família estão localizadas no território do indivíduo, onde há vínculos estabelecidos, sendo também a porta de entrada das pessoas que requerem

atenção à saúde em todos os âmbitos. No que se refere à saúde mental, com a implantação da RAPS, a ESF passa a atender a demanda de saúde mental, pois possibilita maior autonomia, inclusão social e superação do modelo hospitalocêntrico (Fernandes, Matsukura, Lourenço, 2018).

No entanto, as ações de saúde mental ainda seguem a lógica do encaminhamento para a especialidade. A insegurança dos profissionais em atender pessoas com comportamento suicida, a falta de preparo da equipe e um modelo biomédico centrado, dificultam o atendimento desta demanda que necessita ser tratada pela equipe multiprofissional (Fernandes, Matsukura, Lourenço, 2018).

Nesse sentido, a equipe multidisciplinar na ESF é relevante na construção de um atendimento abrangente e não fragmentado, que contribua de forma eficaz para o atendimento de forma integral do sofrimento psíquico e comportamento suicida, pois os vários saberes da equipe são capazes de planejar ações com maior resolubilidade (Peruzzo, 2017; Gelbcke et al., 2012).

É necessário e urgente que as equipes da atenção primária estejam preparadas para atender as pessoas em sofrimento psíquico. Enfatiza-se, assim, a importância do desenvolvimento de oficinas de educação em saúde com objetivo de capacitar os profissionais da APS, principalmente em municípios menores que não contam com todos os dispositivos da RAPS. A APS precisa detectar precocemente e atuar na prevenção e atendimento das pessoas com ideação e tentativa de suicídio (Soalheiro, 2017).

Ao final do segundo encontro, solicitou-se a realização da avaliação do dia e também a entrega da Narrativa 2 para o próximo encontro.

Ao utilizar os dados qualitativos das narrativas do segundo encontro, é possível afirmar que houve um incremento no processo de construção de competências baseadas no desenvolvimento de habilidades e atitudes:

*Meu ponto de vista para com o paciente desde o início do curso mudou muito, para melhor atendê-lo. Nossa evolução como ouvintes com certeza é gigante (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

*Neste último encontro foi muito bom e de grande aprendizado. Aprendi que devemos nos colocar no lugar do outro, compreender o sentimento a reação de outras pessoas. Que devemos desempenhar determinadas tarefas ponto e ser um profissional com habilidade de compreender uma pessoa com o pensamento suicida. Que devemos fazer uma escuta qualificada (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

*Entendo que prestar um bom acolhimento em saúde quer dizer que o profissional tem que ouvir o paciente de uma forma receptiva, atenciosa e solidária, sendo capaz de promover maior efetividade e eficiência no cuidado. É fundamental entender que a “ética humana” é uma importante ferramenta para compreender e se sensibilizar com o problema e sentimento do outro, independente se já vivemos ou não tal situação. Outro fator relevante, não menos importante é que temos que atuar como tradutores de pedidos pois quem sofre muitas vezes não conseguem pedir e temos que ter a sensibilidade de perceber linguagens não verbais (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

A prevenção do suicídio pode ser realizada pela escuta qualificada, sendo que o profissional com capacitação é capaz de detectar um comportamento suicida por meio da escuta atenta e interessada. Também podem ser realizadas visitas domiciliares para ver como o paciente está em casa e, ainda, mostrar disponibilidade para que ele retorne a ESF quando for necessário, além de considerar a construção do PTS com a equipe (Souza et al., 2019, Carvalho et al., 2017).

No que se refere às atitudes, identificou-se uma sensibilização para a importância do trabalho em equipe:

*A partir da participação da segunda oficina problematizadora sobre a abordagem a pessoa em sofrimento psíquico com o comportamento suicida na atenção primária, foi possível entender a importância do trabalho da equipe de ESF- Estratégia de Saúde da Família, no cuidado ao paciente com o comportamento suicida, sensibilizando os profissionais das equipes da importância do comprometimento da empatia com o ser humano, trabalhando sempre na lógica do acolhimento e não da especialidade [...]. É importante que toda equipe tenha conhecimento e motivação para atuar frente aos pacientes com comportamento suicida; realizando um trabalho compartilhado com ações conectadas; encaminhando menos e acolhendo mais. [...] Ficou claro a importância do trabalho da equipe ESF ao paciente com comportamento suicida, pois é no território que tudo acontece que tem potencialidades diversas de atuação; auxiliando assim; no processo de diagnóstico local, na identificação dos problemas e necessidades de saúde da população (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

*É necessário toda uma equipe se junta consegue verificar as necessidades do paciente, intervir para melhorar o quadro dele. Sendo assim, para um bom atendimento de pacientes que pensam em suicídio, é essencial a escuta correta e abrangente e ação em equipe multidisciplinar para ajudá-lo (Fragmento de Narrativa do Segundo Encontro).*

Após a problematização, discussões e reflexão entre os participantes e pesquisadores, observou-se que esse encontro permitiu um olhar mais sensível do profissional e da equipe multidisciplinar, pois perceberam que juntos

conseguem potencializar as ações de cuidados por meio da construção coletiva. Isto permite maior motivação para o trabalho e conquistas de espaços antes desconhecidos, com a intenção de melhorar a resolutividade do cuidado ao paciente com comportamento suicida (Kodjaoglanian; Magalhães, 2019).

### **Terceiro Encontro – Descoberta da rede**

O terceiro encontro está ligado à Hipóteses de Solução e Aplicação na Realidade. Seu objetivo foi atingido por meio das avaliações efetuadas no segundo encontro e da construção do fluxograma de atendimento, que foi desenvolvido em ato, no decorrer desse encontro, conforme explicita o Quadro 4:

**Quadro 4-** O planejamento das atividades realizadas no terceiro encontro.

| Horário     | Atividades                       | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ações dos facilitadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Recursos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7h50 – 8h15 | Acolhimento                      | Recepcionar os participantes, explicando que vamos ter um tempo de tolerância.                                                                                                                                                                                                            | Boas-vindas aos participantes. Lembrar que está acabando, as relações vão e vêm!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Afetividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 8h15 – 8h30 | Aquecendo os motores e a memória | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resgatar as construções realizadas na Oficina 2;</li> <li>- Verificar a reflexão-ação produzida pelas discussões realizadas na Oficina 2;</li> <li>- Apresentar o processamento do conteúdo da Avaliação da Oficina 2 e da Narrativa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como vocês passaram desde a última Oficina?!</li> <li>- O que discutimos na última oficina mexeu com vocês? E na prática?!</li> <li>- Vejam como nossos trabalhos foram avaliados!</li> <li>- Conseguimos trabalhar com a narrativa da Oficina 1</li> <li>- Condução da atividade:</li> <li>- Observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal</li> </ul>                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Apresentação da avaliação;</li> <li>- Apresentação da narrativa;</li> <li>- Multimídia;</li> <li>- Fotos da última Oficina!</li> </ul>                                                                             |
| 8h30 – 8h40 | Quem fez o dever de casa?!       | Recolher as narrativas e explicar sucintamente o motivo pelo qual estamos solicitando-as                                                                                                                                                                                                  | - Condução da atividade: Daniele                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | E quem não fez?!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 8h40 – 9h10 | Tecer a rede de trama fina       | <p>Constituir uma Rede de Atenção à pessoa com comportamento suicida para a cidade de Adamantina.</p> <p>Desenvolver o raciocínio crítico nos participantes de que são “agenciadores da rede”, são a rede em si. Quanto mais</p>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividade no grande grupo: mapa de Adamantina “Rede de Adamantina”;</li> <li>- Como peças para montar a rede: uma fotografia de cada serviço, atentar-se para serviços que comportam duas equipes (portanto, duas fotos);</li> <li>- <i>Post it</i> para escrever as ações que serão oferecidas pela equipe (<b>discutir que eu espero mais da Rede do que oferto para a Rede</b>);</li> <li>- Condução da atividade:</li> </ul> | <p><b>DEVE ESTAR TUDO PRONTO</b></p> <p>Mapa de Adamantina projetado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- ½ Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Pardo grande;</li> <li>- Fotografia dos serviços;</li> <li>- <i>Post it</i> grande de diversas cores;</li> <li>- Fita crepe;</li> </ul> |

|              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                           |
|--------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                           | <p>souberem da rede, melhor constituirão um cuidado.</p> <p>Desenvolver o raciocínio crítico de que a Rede é composta de gente (rede viva), a rede sou eu, somos nós.</p> <p>Deixar evidente as habilidades de todos os participantes – divididos nas unidades de saúde</p>                                                                                              | <p>- Discussão: o que a equipe dar conta. O que está no <i>post it</i> mostra que eles dão conta dos casos leves/moderados de sofrimento psíquico.</p> <p>- Observação: registrar no <i>flip</i>;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>- Entregar a RAPS</p>                                                                                                                                                  |
| 9h10 – 10h00 | Criando um fluxo de ações | <p>Construir um fluxograma com ações REAIS voltadas às pessoas que estão em sofrimento psíquico com comportamento suicida (objetivo: atenção à saúde).</p> <p>ATENÇÃO: As ações de prevenção deveriam surgir espontaneamente em consideração a todo o conteúdo que já foi produzido nas Oficinas 1 e 2 (se surgir, interpretar como indicador positivo do trabalho).</p> | <p>Trabalho em Pequenos Grupos!</p> <p>- Estimular à construção de ações que vão compor o fluxograma voltado ao cuidado à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida.</p> <p>- Incentivar o espírito competitivo, por meio de ser a equipe que apresente o melhor fluxograma com ações voltadas ao cuidado à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida.</p> <p>- Resgatar outras políticas que possam sustentar a ação: por exemplo, política nacional de humanização; RAPS; Política de Promoção à Saúde; Reforma Psiquiátrica etc...</p> <p>- Criar um logo e um título criativo para a ação</p> <p>- Condução da atividade: nós três</p> <p>- Observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal</p> | <p>- Papel para <i>flip</i> para construção do fluxograma;</p> <p>- Pinceis atômicos;</p> <p>- Folhas (1/participante);</p> <p>- <i>Post it</i>;</p> <p>- Canetinhas;</p> |

| 10h – 10h15   | Coffebreak                                            | Vamos nos alimentar!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Respire/Hidrata-se/Alimente-se/ Descanse!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Comidinhas do <i>coffee</i> !                                                                                                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10h15 – 11h25 | <i>SharkTank</i> da saúde: vendendo um fluxo de ações | <p>Aprimorar, por meio da avaliação entre pares, o fluxograma criado pelas equipes para o cuidado a pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida</p> <p>Construir a partir das três apresentações anteriores um único fluxograma com objetivo de realizar o cuidado a pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida</p> | <p>- Os três grupos vão apresentar os fluxogramas. Após as três apresentações o grande grupo vai eleger o que está mais completo. A partir disso o grande grupo fará indicações de melhoria.</p> <p>- Para o fluxograma escolhido:</p> <p>- Com quem temos que falar?</p> <p>- Como oficializar essa ação na coordenação local (APS e SM)?</p> <p>- Quem fará o que e quando?</p> <p>- Quando faremos uma primeira aplicação?</p> <p>- Como vamos avaliar se o nosso fluxograma está dando certo?</p> <p>- O que vamos ganhar com ele?</p> <p>- E as próximas estratégias?</p> <p>- Condução da atividade:</p> <p>- Observação e registro: atentar-se à organização das pessoas na sala, sua distribuição;</p> | <p>- Papel para <i>flip</i> para construção do fluxograma;</p> <p>- Criar fichas de interesse pela ação;</p> <p>- Criar fichas para escrever os aprimoramentos;</p> |
| 11h30- 12h    | Avaliação e Encerramento                              | <p>- Realizar o pós-teste</p> <p>- Avaliar a oficina de trabalho realizada na última oficina;</p> <p>- Articular a construção da narrativa coletiva e afetiva para finalizar a intervenção.</p>                                                                                                                                              | <p>- Distribuir o formato de avaliação – pós-teste;</p> <p>- Distribuição das avaliações</p> <p>Condução da atividade:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>- Impressos de avaliação (1/participante);</p>                                                                                                                   |

O encontro aconteceu no dia 16 de setembro de 2019 e iniciou com acolhimento e apresentação das avaliações da oficina anterior (Figura 10 e 11).



**Figura 10 – Avaliação da segunda oficina período da manhã**



**Figura 11 – Avaliação da segunda oficina período da tarde.**

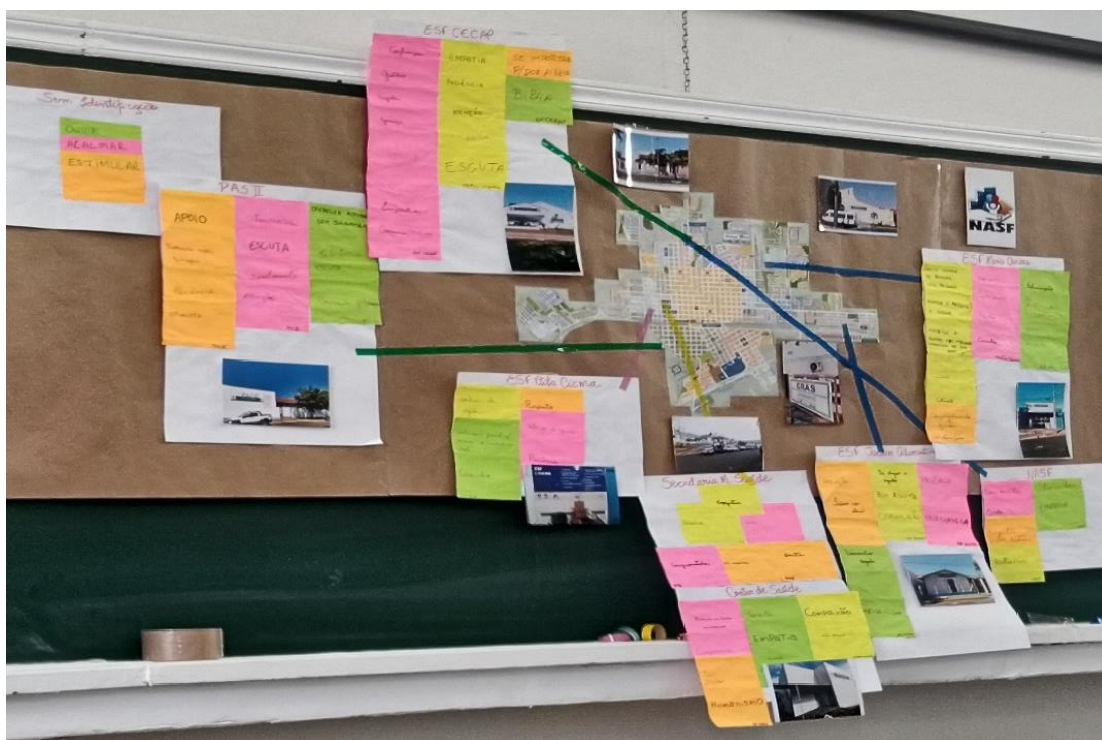
Solicitou-se a entrega das narrativas relembrando o motivo das mesmas estarem sendo incluídas como tarefa dispersão. Disponibilizou-se a sua entrega via correio eletrônico no *e-mail* para a pesquisadora.

As atividades foram iniciadas com a apresentação da composição do mapa da cidade em que estavam distribuídas as ESFs ligadas por fitas adesivas coloridas próximas aos bairros de onde estavam instaladas.

Ao lado da foto da Unidade de Saúde, uma composição de todos os *post it* com as habilidades elencadas pelos trabalhadores da ESF que foram solicitadas individualmente na oficina anterior. Com a apresentação dessa composição, os participantes conseguiram se perceber como integrantes da RAS do município, sensibilizando-os à construção de ações integradas entre os diferentes serviços que a compõe. Essa atividade facilitou o desenvolvimento de uma atitude corresponsável em relação àquilo que é oferecido pelos serviços.

Nesse mesmo mapa, além de fotos das ESFs, também havia fotos das unidades do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que compunham a rede intersetorial do município de Adamantina.

**Figura 12-** Elaboração da rede de atenção à saúde e intersetorial do município de Adamantina. Referente ao período da manhã.



Em conjunto a esse mapa da RAS, foi entregue aos participantes a matriz diagnóstica da RAPS e foi proposta a construção de um fluxograma de atendimento para os casos de sofrimento psíquico e comportamento suicida. Para tanto os participantes foram separados em três grupos para o desenvolvimento da proposta de fluxograma.

As três propostas de fluxogramas foram apresentadas em plenária (Figura 13). Nessa oportunidade, os participantes perceberam que poderiam ter realizado um maior detalhamento do fluxo de ações se tivessem mais conhecimento sobre as funções dos órgãos que compoem a RAS, principalmente a RAPS. Ressaltaram, no processo de reflexão, que os equipamentos de saúde de conhecimento de todos não são bem utilizados, o que gera grande número de encaminhamentos para especialistas.



**Figura 13-** Planos de atendimento das equipes

A RAPS visa à integralidade do cuidado a partir da rede de serviços visto que um o CAPS não é capaz de atender o sujeito de forma integral. A falta de articulação e a comunicação inefetiva entre os serviços proporcionam pouca resolubilidade no atendimento ao usuário (Carvalho et al., 2018).

Além de ter possibilitado o reconhecimento de uma lacuna no saber acerca da RAPS, o desenvolvimento do fluxograma foi importante por auxiliar no processo administrativo e organizacional, sendo uma representação clara dos possíveis serviços que podem auxiliar no atendimento de forma integral (Tabile et al., 2015).

Após as exposições dos três fluxogramas, os facilitadores apresentaram a síntese das reflexões e, durante essa atividade, completou-se o mapa com as unidades, estabelecendo as possíveis ligações e interligações entre os serviços. No sentido figurado, quanto maior foram os números de ligações (fitas adesivas coloridas) estabelecidas entre os serviços, melhor seria a articulação da rede (“trama-fina”). Como isso, ficou evidente e concreta a importância que o trabalho em rede exerce para a efetividade na produção de cuidado e para as equipe e usuários. A Figura 14 representa o final desse processo:



**Figura 14-** Elaboração da rede de “trama fina” referente ao período da tarde

A integralidade do cuidado será efetiva quando a articulação da APS e dos CAPS e dos demais serviços que compõe a rede estiverem trabalhando de forma articulada e dinâmica. Este é um grande desafio, pois ainda se trabalha de forma burocrática, fragmentada e pouco resolutiva (Silveira, Costa, Jorge, 2018, Carvalho et al., 2017).

Nesse viés, esta pesquisa vem de encontro aos objetivos da nova política de saúde mental, uma vez que a defesa parte do fato de que a formação é o melhor meio para promover e melhorar a qualidade do atendimento das pessoas com sofrimento psíquicos e comportamento suicida e de seus familiares. Desse modo, amplia-se o acesso para o atendimento e para o reconhecimento dos riscos do comportamento suicida no território em que estão inseridos. Aponta-se

para a criação do fluxograma intersetorial no município para atendimento dos casos de comportamento suicida envolvendo saúde, assistência, educação, cultura, pois se entende que somente trabalhando em rede poder-se-á dar a melhor assistência aos pacientes em sofrimento psíquico e comportamento suicida (Fernades, Matsukura, Lourenço, 2018).

A oficina foi finalizada enfatizando a importância do trabalho em equipe e intersetorial. Os participantes relataram que estavam acostumados à lógica dos atendimentos individuais, encaminhamentos e pouca responsabilização. Dessa forma, deixavam de aproveitar os recursos disponíveis em suas unidades de saúde e também puderam perceber que o trabalho em equipe potencializa o atendimento aos usuários.

Os participantes pactuaram algumas ações a serem desenvolvidas até o final de 2019. Dentre elas, a reunião intersetorial para esclarecimento do papel e das funções de cada serviço, o desenvolvimento de grupos de saúde mental em algumas unidades, a discussão dos casos de sofrimento psíquico e comportamento suicida em reunião de equipe, e a elaboração de classificação de risco em casos de sofrimento psíquico. Em consonância com a proposição do cuidado integral, aponta-se que as hipóteses de soluções incluem aspectos da promoção à saúde mental, prevenção do suicídio e estratégias de pósvenção, todas alinhadas à lógica intersetorial.

As oficinas possibilitaram novas perspectivas a assuntos antes vistos como tabu, estigmas e preconceitos. O sofrimento psíquico e o comportamento suicida foram ressignificados para os participantes por meio das experiências em grupo com auxílio dos facilitadores.

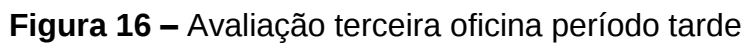
As oficinas foram capazes de contribuir para a construção de competências aos profissionais pra atender as pessoas em sofrimento psíquico com comportamento suicida, pois trabalhou aspectos como conhecimentos, habilidades e atitudes (Ruthes, Feldman, Cunha, 2009).

Os participantes realizaram a terceira avaliação ao final da oficina (Figura 15 e 16) e realizaram a Narrativa 3.

#### Avaliação Geral



#### Avaliação Geral





**Figura 17-**Grupo da manhã



**Figura 18 –** Grupo da tarde

### **Contribuições para a Enfermagem e a Saúde**

O desenvolvimento dessa pesquisa, fundamentada metodologicamente no referencial participativo (Thiollent, 2011), proporcionou uma proposta de qualificação aos profissionais da APS quanto à notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada e à abordagem ao comportamento suicida, utilizando-se de espaços para problematização e reflexão do processo de trabalho dos próprios participantes, situação que os posiciona como protagonista e corresponsáveis da transformação.

Gradualmente, os três encontros da Oficina para Abordagem do Comportamento Suicida da Atenção Primária desencadearam um processo em que os participantes puderam: (1) construir e compartilhar uma problemática comum do município estudado e que está diretamente articulada com uma agenda de prioridades no âmbito da APS; (2) sensibilizar-se acerca do trabalho em equipe como estratégia para responder a situações complexas, representada aqui como comportamento suicida; e (3) compreender o trabalho em saúde como dependente da articulação robusta entre os serviços que compõem a RAS.

Como contribuições para a APS e para a Enfermagem, o desenvolvimento do produto dessa dissertação, isto é, a Oficina propriamente dita, contribuiu como uma forma de intervenção educativa e participativa relacionada a uma fragilidade central para o trabalho das Equipes de Saúde da Família, compreendida como formação em saúde mental para a equipe multiprofissional. Esse produto responde diretamente à necessidade de estratégias de formação que qualifiquem os trabalhadores da APS para o cuidado de saúde mental.

O produto dessa dissertação permite sua reprodutibilidade, de modo que novas implementações poderão ser efetivadas em outras realidades e cujos resultados podem favorecer para o aprimoramento dessa oficina. Em curto prazo, na realidade local, após a oferta da Oficina, observou-se fortalecimento da RAPS, pois os profissionais conheceram por meio das oficinas os outros dispositivos da rede, fortalecimento das Equipes e Estratégia de Saúde da família, que construíram grupos de escuta de pacientes em sofrimento psíquico.

### **Limitações do Estudo**

As fichas de violência interpessoal/autoprovoçada estavam preenchidas de forma inadequada, com muitos dados não preenchidos e ou ignorados, essa situação pode incorrer em viés sobre o perfil das violências autoprovocadas no município.

As oficinas, como estratégias de formação, possibilitaram o desenvolvimento de atitudes e habilidades por parte dos participantes em relação ao comportamento suicida. Contudo, observou-se uma fragilidade no desenvolvimento dos conhecimentos teóricos envolvidos nesse processo.

Assim, sugere-se para outras oportunidades a associação de ações que visem a atender a lacuna do desenvolvimento de saberes.

Por fim, a avaliação das atitudes frente ao comportamento suicida ao término da oficina representou uma possibilidade de verificar a curto prazo a efetividade no que se refere às concepções dos participantes quanto ao comportamento suicida. Similarmente, o uso das narrativas possibilitou uma apreensão em curto prazo dos processos reflexivos desencadeados pela Oficina. Aponta-se para a necessidade de estabelecer uma forma de verificar a aquisição e fixação do conhecimento obtido na Oficina a médio e longo prazos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar os dados das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do município de Adamantina/ SP. Com esses resultados, foi possível depreender que os dados encontrados condizem com os dados nacionais, mesmo com as fragilidades observadas no preenchimento dos referidos documentos.

Os encontros da oficina foram importantes para promover a capacitação e a sensibilização dos participantes no que se refere ao sofrimento psíquico e comportamento suicida. Essas atitudes são fundamentais para qualificar as habilidades dos profissionais da APS quando do atendimento do usuário em sofrimento psíquico e comportamento suicida.

Como resultados da Oficina, foi identificado que os participantes desenvolveram estratégias para conduzir o atendimento a esta demanda, articulando trabalho em equipe e apoio da RAS e da rede intersetorial. Vislumbrar essa possibilidade, levou os participantes a ter criticidade acerca da lógica biomédica centrada de encaminhamento para a especialidade.

No processo reflexivo acerca do trabalho em saúde, os participantes puderam observar que no município havia uma desarticulação entre a APS e a atenção especializada, representada pelo CAPS. Essa fragilidade produzia uma dificuldade de entendimento sobre o perfil da população atendida no CAPS, dificultando o estabelecimento de integração deste serviço junto à APS.

Defende-se que os resultados obtidos por meio da implementação da Oficina para Abordagem do Comportamento Suicida da Atenção Primária estão diretamente ligados à proposição metodológica. Nesse sentido, importa destacar a utilização de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem nas estratégias de formação para trabalhadores da área da saúde. Observou-se que o protagonismo dos participantes foi um dos fatores responsáveis pela implicação dos mesmos.

Os resultados a curto prazo observados a partir da Oficina permitem afirmar uma mudança na concepção dos participantes frente ao comportamento suicida. Para além dos encontros na Oficina, identificou-se o desenvolvimento

de ações, dentre elas, grupos de acolhimento e escuta de algumas equipes de ESF.

Embora este estudo tenha sido realizado com profissionais de saúde do município de Adamantina, pesquisas demonstram que há falta de capacitação dos profissionais em relação ao sofrimento psíquico e comportamento suicida na maior parte dos municípios do Brasil. O suicídio é uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo, de modo que é importante haver a capacitação sobre a temática para todos os profissionais municipais.

Nesse sentido, imprescindível se faz a continuidade de estratégias de formação que oportunizem espaços de aprendizagem, reflexão e ação. Durante os encontros da Oficina, os participantes elencaram a importância das discussões de casos durante as reuniões de equipe da APS, o matriciamento do NASF e CAPS para as equipes da APS. Identifica-se, contudo, a centralidade da EPS como dispositivo para a reconfiguração do modelo de atenção à saúde por meio da protagonismos dos trabalhadores, gestores e usuários.

Instituiu-se, no decorrer desta pesquisa, a Lei 13.819 de 26 de abril de 2019, que versa sobre a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Sua implementação perpassa pela cooperação entre a união e os estados por meio do incentivo para o desenvolvimento de políticas públicas para pesquisa, capacitação e prevenção do suicídio em todo Brasil. Com isso, fundamenta-se a importância do produto dessa pesquisa e sua consonância às políticas públicas que vem sendo desenvolvidas em torno da problemática do comportamento suicida.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (org.). Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.
- Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.
- Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface (Botucatu) [Internet]. 1998 [citado 10 Dez 2019];2(2):139-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>.
- Berbel, NA. A Metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Rev. Diálogo Educ [Internet]. 2012 [citado 10 Dez 2019];12(35):101-18. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/5014/14063>>.
- Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Ed. Unesp; 2012.
- Bordenave JD, Pereira AMP. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
- Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativas de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;12(25):2632-8.
- Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais CFS, Rapeli CB, Mauro MLF, et al., Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2005 [citado 10 Dez 2019];27(4):315-318. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000400011>.
- Botega NJ. Crise suicida avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- Brasil. Lei no. 13.819, 26 Abr 2019. Instituiu a Política Nacional de Prevenção de Automutilação e de Suicídio. Diário Oficial da União. 29 de Abr 2019. Seç. 1, p.1.
- Brasil. Ministério da saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, 21 Set 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 22 Set 2017. Seç 1, p. 68.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 4.279, 30 Dez 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União. 30 Dez 2010. Seç. 1, p. 88.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [citado 10 Dez 2019]; Disponível em: [https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha\\_agenda-estrategica-publicada.pdf](https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf).

Brasil. Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. 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. Diário Oficial da União. 18 Feb 2016. Seç. 1, p. 23.

Brasil. Portaria no. 154, 24 Jan 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário oficial da União. 4 Mar 2008. Seç. 1, p. 38.

Brasil. Portaria no. 2.488, 21 Out 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 27 Dez 2011. Seç. 1, p. 45.

Brasil. Portaria no. 3088, 23 Dez 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União. 23 Dez 2011. Seç. 1, p. 230.

Brasil. Portaria no. 336, 19 Feb 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário oficial da União. 20 Feb 2002. Seç. 1, p. 22.

Carr MJ, Ashcroft DM, Kontopantelis E, Awenat Y, Cooper J, Chew-Graham C, et al., The epidemiology of self-harm in a UK-wide primary care patient cohort, 2001-2013. BMC Psychiatry [Internet]. 2016 [citado 10 Dez 2019];16(1):1–10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0753-5>.

Carvalho MFAA, Coelho EAC, Oliveira JF, Araújo RT, Barros AR. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [citado 10 Dez 2019];51:e03295. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>

Carvalho MFAA, Coelho EAC, Oliveira JF, Araújo RT, Barros AR. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [citado 10 Dez 2019];51:e03295. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>.

Cescon LF, Capozzolo AA, Lima LC. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. Saude soc. [Internet]. 2018 Jan [citado 15 Jan 2020];27(1):185-200. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000100185&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100185&lng=en).

Clandinin, D J. Pesquisa Narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. 2. ed. 2015. doi: 10.14393/EDUFU-978-85-7078-279-3.

Cohn, A. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova. 1989;(19):123-140.

Coupland C, Hill T, Morriss R, Arthur A, Moore M, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. Bmj [Internet]. 2015 [citado 10 Dez 2019];350(feb18 32):h517–h517. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.h517>.

Farrelly S, Brown G, Szmukler G, Rose D, Birchwood M, Marshall M, et al. Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? Psychiatry Res [Internet]. 2014 [citado 10 Dez 2019];220(1–2):585–Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.032>.

Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lourenço MSG. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2018 [citado 10 Dez 2019];26(4):904-Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1162>.

Fernandes DRF, Telles FPCP. Oficina de mobilização social em Hanseníase: relato de experiência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [citado 10 Dez 2019];61(spe):764-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000700018>.

Freire P. Educação e Mudança. 38th ed. Ver. e atual. São Paulo: Paz e Terra; 2018.

Freire P. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 57. ed. Ver. e atual. São Paulo: Paz e Terra; 2018.

Giovanella L. Basic health care or primary health care?. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 10 Dez 2019];34(8):e00029818. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00029818>.

Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. 4th ed. Chinchester: Wiley-Blacwell; 2016.

Indu PS, Anilkumar TV, Pisharody R, Russell PSS, Raju D, Sarma PS, et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2017 [citado 10 Dez 2019];27(2017):48–52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.02.008>.

Kiriakidis SP. Elderly Suicide: Risk Factors and Preventive Strategies. *Ann Gerontol Geriatr Research*. 2015;2(2):1–6.

Kodjaoglanian VL, Magalhães PM. Reflexões: a construção do plano de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso do Sul. *Saúde debate* [Internet]. 2019 Aug [citado 15 Jan 2020]; 43(spe1): 127-133. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000500127&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500127&lng=en). Epub Sep 16, 2019.

Marcolan J, Silva D. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer** [Internet]. 2019 Sep 1 [citado 15 Jan 2020]; 4(7):31-44. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9290>.

Markova I. A fabricação da teoria de representações sociais. *Cad Pesqui* [Internet]. 2017 [citado 10 Dez 2019];47(163):358-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143760>.

Marquetti, FC. O suicídio e sua essência transgressora. *Psicol. USP* [Internet]. 2014 Dec [citado 10 Dez 2019];25(3):237-245. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300237&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300237&script=sci_abstract&lng=pt).

Oneib B, Sabir M, Otheman Y, Abda N, Ouanass A. Suicidal ideations, plans and attempts in primary care: Cross-sectional study of consultants at primary health care system in Morocco. *Pan Afr Med J*. 2016;24:4–7.

Organização Mundial da Saúde. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: OMS; 2014.

Peyron PA, David M. *Presse Méd* [Internet]. 2015 [citado 10 Dez 2019]; 44(6): 590-600. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2014.12.009>.

Pinto, LF, Giovanella, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica

(ICSAB). Ciênc. Saúde Colet. 2018;23(6):1903-13. doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas J. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2018 [citado 10 Dez 2019];27(2):e2110016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>.

Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas V J. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2018 [citado 15 Jan 2020];27(2):e2110016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lng=en). Epub May 03, 2018.

Riihimäki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsä E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: A 5-year prospective study. Psychol Med. 2014;44(2):291–302.

Saini P, Chantler K, Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. Health Soc Care Community [Internet]. 2016 [citado 10 Dez 2019];24(3):260–9. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/hsc.12198>

Silva AP, Munari DB, Brasil VV, Chaves LDP, Bezerra ALQ, Ribeiro LCM. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. Ciênc Cuid Saúde [Internet]. 2012 [citado 10 Jan 2017];11(3):549-56. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16609/pdf>.

Silveira CB, Costa LSP, Jorge MSB. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. Rev. port. enferm. saúde mental [Internet]. 2018 Jun [citado 15 Jan 2020];(19):61-70. Disponível em:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602018000100008&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000100008&lng=pt).

Simon GE, Coleman KJ, Rossom RC, Beck A, Oliver M, Johnson E, et al. Risk of suicide attempt and suicide death following completion of the patient health questionnaire depression module in community practice. J Clin Psychiatry. 2016;77(2):221–7.

Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(2):329–39. Sousa JF, Sousa VC, Carvalho CMS, Amorim FCM, Fernandes MA, Coelho MCVS, et al. Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros. Revista Cuid [Internet]. 2019 [citado 10 Dez 2019];10(2): e609. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.609>

Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo, Brazil) [Internet]. 2010 [citado 10 Dez 2019];8(1):102–6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Thiollent M. Metodologia da pesquisa ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Vergílio MSTG, Toledo VP, Silva EM. Workshops as a democratic proposal in order to change the supervision work in nursing. Rev Bras Enferm [Internet].

2018[citado 10 Dez 2019];71(4):2050-4. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000402050&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000402050&lng=en&tlng=en).

Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chan CC. Attempted and completed suicide in primary care: Not what we expected? *J Affect Disord* [Internet]. 2015 [citado 10 Dez 2019];170(2015):150–4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.037>.

## Anexo 1

### Instrumento de Coleta de Dados/Roteiro de Entrevista

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Tempo que atua na Atenção Primária: \_\_\_\_\_

Realizou pós-graduação: ( ) Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado

( ) Doutorado ( ) não

Se sim, em que área? \_\_\_\_\_

Realizou alguma formação (palestras, capacitações) na área de saúde mental?

( ) sim ( ) não Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Realizou alguma formação (palestras, capacitações) com abordagem da temática do suicídio? ( ) sim ( ) não Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Quanto tempo trabalha na área de abrangência:

\_\_\_\_\_

Casos de suicídio que teve contato (detalhar com grau de parentesco, envolvimento, há quanto tempo, experiência pessoal sucinta):

\_\_\_\_\_

Já realizou notificação compulsória quando lhe foi relatado tentativa de suicídio?

\_\_\_\_\_

Qual a sua abordagem em caso de tentativa de Suicídio? \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida (versão estendida)

Este questionário pesquisa atitudes em relação ao comportamento suicida. Evite pensar demais para responder. Estamos interessados em sua resposta espontânea, a primeira ideia que lhe ocorrer. Você não será pessoalmente identificado quando da análise e publicação dos dados. Alguma informação pedida é para criar um código que lhe representa. Agradecemos sua participação.

Sexo: ☐ MASC ☐ FEM

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sua profissão: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                    |          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 1.É difícil diferenciar se os pacientes se apresentam simplesmente infelizes, ou se têm uma depressão que necessita de tratamento? | Concordo | Discordo |
| 2. Ficar deprimido é a maneira como pessoas mais frágeis lidam com dificuldades da vida                                            |          |          |
| 3. A depressão reflete uma característica do paciente que é difícil modificar                                                      |          |          |
| 4.Ficar deprimido faz parte do processo de envelhecimento                                                                          |          |          |
| 5. Me sinto capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar                                                                         |          |          |
| 6. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata                                                                                     |          |          |
| 7. Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar                                                                  |          |          |
| 8. Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho                              |          |          |
| 9. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio                                                   |          |          |
| 10. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar                                                                                   |          |          |
| 11. Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar                                                            |          |          |
| 12. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental                                                                              |          |          |

|                                                                                                                                          |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 13. Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso                                             |  |  |
| 14. Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio                                                   |  |  |
| 15. Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar                                                                             |  |  |
| 16. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio                                                                  |  |  |
| 17. Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer                                            |  |  |
| 18. Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra |  |  |
| 19. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar                                                                    |  |  |
| 20. Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar                                                                                    |  |  |
| 21. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio                  |  |  |
| 22. Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela                                                          |  |  |
| 23. Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar                                                                               |  |  |
| 24. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo pra isso                                                    |  |  |
| 25. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio                                                                         |  |  |

1. Você se considera uma pessoa religiosa? ☐ NÃO ☐ SIM

2. Qual é sua religião? \_\_\_\_\_

3. Com que frequência você vai à igreja? ☐ Uma vez por semana ☐ Uma vez por mês  
☐ 2 a 3 vezes por ano ☐ Aproximadamente uma vez por ano ☐ Quase nunca

4. Em sua opinião, entre as pessoas que cometeram suicídio, quantas você estima que sofriam de doença mental? \_\_\_\_\_%

## ANEXO 3

### Matriz diagnóstica da rede de atenção psicossocial

| MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL |                                                                    |             |            |         |                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região:                                         |                                                                    |             |            |         |                                                                                                                                                                                     |
| Município:                                      |                                                                    |             |            |         |                                                                                                                                                                                     |
| População:                                      |                                                                    |             |            |         |                                                                                                                                                                                     |
| COMPONENTE                                      | Ponto de Atenção                                                   | Necessidade | Existentes | Déficit | Parâmetro                                                                                                                                                                           |
| I. Atenção Básica em Saúde                      | Unidade Básica de Saúde                                            |             |            |         | Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011                                                                                               |
|                                                 | Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas |             |            |         | Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua                                                             |
|                                                 |                                                                    |             |            |         | Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório                                                                                               |
|                                                 |                                                                    |             |            |         | 1- Municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município. |
|                                                 | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                                 |             |            |         | Conforme orientações da Política Nacional de                                                                                                                                        |

|                                                      |                                |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                      |                                |  |  |  | Atenção Básica<br>- 2011                                                                                                                                            |
|                                                      | Centro de<br>Convivência       |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
| II. Atenção<br>Psicossocial<br>Especializada         | Centro de Atenção Psicossocial |  |  |  |                                                                                                                                                                     |
|                                                      | CAPS I                         |  |  |  | Municípios ou<br>regiões com<br>pop. acima de<br>20 mil hab.                                                                                                        |
|                                                      | CAPS II                        |  |  |  | Municípios ou<br>regiões com<br>pop. acima de<br>70 mil hab.                                                                                                        |
|                                                      | CAPS III                       |  |  |  | Municípios ou<br>regiões com<br>pop. acima de<br>200 mil hab.                                                                                                       |
|                                                      | CAPS AD                        |  |  |  | Municípios ou<br>regiões com<br>pop. acima de<br>70 mil hab.                                                                                                        |
|                                                      | CAPS ADIII                     |  |  |  | Municípios ou<br>regiões com<br>pop. acima de<br>200 mil hab.                                                                                                       |
|                                                      | CAPS I                         |  |  |  | Municípios ou<br>regiões com<br>pop. acima de<br>150 mil hab.                                                                                                       |
| III. Atenção de<br>Urgência e<br>Emergência          | UPA / SAMU                     |  |  |  | Conforme<br>orientações da<br>Portaria da<br>Rede de<br>Atenção às<br>Urgências, de<br>07 de julho de<br>2011.                                                      |
| IV. Atenção<br>Residencial de<br>Caráter Transitório | UA ADULTO                      |  |  |  | 1 UA (com 15<br>vagas) para<br>cada 10 leitos<br>de enfermarias<br>especializada<br>sem hospital<br>geral por<br>município.                                         |
|                                                      | UA INFANTO-<br>JUVENIL         |  |  |  | Municípios com<br>mais de 100 mil<br>habitantes e<br>com mais de<br>2500 crianças e<br>adolescentes<br>em potencial<br>para uso de<br>drogas ilícitas<br>(UNODC, 20 |

|                                           |                          |  |  |  |                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------|--------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |                          |  |  |  | 11). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.                                    |
|                                           |                          |  |  |  | Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes. |
|                                           | COMUNIDADE TERAPÊUTICA   |  |  |  |                                                                                                                                                 |
| V. Atenção Hospitalar                     | LEITOS                   |  |  |  | 1 leito para cada 23 mil habitantes<br>Portaria nº 1.101/02                                                                                     |
|                                           | ENFERMARIA ESPECIALIZADA |  |  |  |                                                                                                                                                 |
| VI. Estratégias de Desinstitucionalização | SRT                      |  |  |  | A depender do nº de municípios longamente internados                                                                                            |
|                                           | PVC                      |  |  |  | A depender do nº de municípios longamente internados                                                                                            |
| VII. Reabilitação Psicossocial            | COOPERATIVAS             |  |  |  |                                                                                                                                                 |

(\*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

## Anexo 4

### Ficha de Notificação de Violência

|  REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DA SAÚDE<br>ESTADO DE SÃO PAULO<br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    |  SINAN<br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO<br>FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL<br>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS |     | Nº                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| <b>Definição de caso:</b> Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).<br><b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, Lei nº 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei nº 10.741/2003). |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                          |
| Dados Gerais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                                                  | Tipo de Notificação                                                                                                                                                                                                                              |     | 2 - Individual           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2                                                  | Agravado/doença                                                                                                                                                                                                                                  |     | Código (CID10)           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS |                                                                                                                                                                                                                                                  | Y09 | 3                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 4                                                  | UF                                                                                                                                                                                                                                               | 5   | Município de notificação |
| Notificação Individual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 6                                                  | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)                                                                                                                                                                                                   |     | Código (CNEs)            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 7                                                  | Data da ocorrência da violência                                                                                                                                                                                                                  |     | 8                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 8                                                  | Nome do paciente                                                                                                                                                                                                                                 |     | 9                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 10                                                 | (ou) Idade                                                                                                                                                                                                                                       |     | 11                       |
| Dados de Residência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 12                                                 | Sexo                                                                                                                                                                                                                                             |     | 13                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 14                                                 | Gestante                                                                                                                                                                                                                                         |     | 15                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 16                                                 | Ração/Cor                                                                                                                                                                                                                                        |     | 17                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 18                                                 | Escolaridade                                                                                                                                                                                                                                     |     | 19                       |
| Dados Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 20                                                 | Número do Cartão SUS                                                                                                                                                                                                                             |     | 21                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 22                                                 | Nome da mãe                                                                                                                                                                                                                                      |     | 23                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 24                                                 | UF                                                                                                                                                                                                                                               |     | 25                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 26                                                 | Município de Residência                                                                                                                                                                                                                          |     | 27                       |
| Dados da Pessoa Atendida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 28                                                 | Código (IBGE)                                                                                                                                                                                                                                    |     | 29                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 30                                                 | Distrito                                                                                                                                                                                                                                         |     | 31                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 32                                                 | Bairro                                                                                                                                                                                                                                           |     | 33                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 34                                                 | Logradouro (rua, avenida,...)                                                                                                                                                                                                                    |     | 35                       |
| Dados da Ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 36                                                 | Número                                                                                                                                                                                                                                           |     | 37                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 38                                                 | Complemento (apto., casa,...)                                                                                                                                                                                                                    |     | 39                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 40                                                 | Geo campo 1                                                                                                                                                                                                                                      |     | 41                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 42                                                 | Geo campo 2                                                                                                                                                                                                                                      |     | 43                       |
| Dados da Ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 44                                                 | Ponto de Referência                                                                                                                                                                                                                              |     | 45                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 46                                                 | Zona                                                                                                                                                                                                                                             |     | 47                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 48                                                 | Hora da ocorrência                                                                                                                                                                                                                               |     | 49                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 50                                                 | Local de ocorrência                                                                                                                                                                                                                              |     | 51                       |
| Dados da Ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 52                                                 | Ocorreu outras vezes?                                                                                                                                                                                                                            |     | 53                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 54                                                 | Alesão foi autoprovocada?                                                                                                                                                                                                                        |     | 55                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 56                                                 | Local de ocorrência                                                                                                                                                                                                                              |     | 57                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 58                                                 | Local de ocorrência                                                                                                                                                                                                                              |     | 59                       |

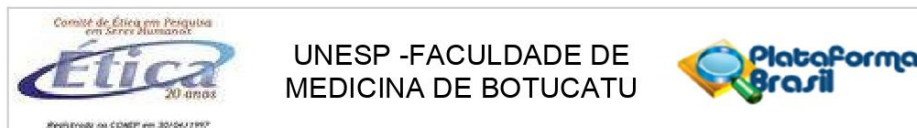
VIOLÊNCIA 03/09/2008 MR COREL

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| Tipologia da violência                                                                                                                                                                             | <b>61</b> Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal<br><input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |               | <b>62</b> Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo<br><input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça<br><input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>63</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Ateamento violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual<br><input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               | <b>64</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |  |
| Violência Sexual                                                                                                                                                                                   | <b>65</b> Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência<br><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
| Consequências da violência                                                                                                                                                                         | <b>66</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático<br><input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
| Lesão                                                                                                                                                                                              | <b>67</b> Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)<br>01 - Contusão      04 - Fratura      07 - Traumatismo crânio-encefálico      10 - Queimadura<br>02 - Corte/perfuração/laceração      05 - Amputação      08 - Politraumatismo      11 - Outros<br>03 - Entorse/luxação      06 - Traumatismo dentário      09 - Intoxicação      88 - Não se aplica<br>99 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>68</b> Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)<br>01 - Cabeça/face      04 - Coluna/imedula      07 - Quadril/pelve      10 - Órgãos genitais/ânus<br>02 - Pescoço      05 - Tórax/dorso      08 - Membros superiores      11 - Múltiplos órgãos/regiões<br>03 - Boca/dentes      06 - Abdome      09 - Membros inferiores      88 - Não se aplica<br>99 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
| Dados do provável autor da agressão                                                                                                                                                                | <b>69</b> Número de envolvidos<br>1 - Um <input type="checkbox"/><br>2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               | <b>70</b> Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/ agente da lei<br><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa<br><input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Madrinha <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pai/so/chofe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional<br><input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>71</b> Sexo do provável autor da agressão<br>1 - Masculino <input type="checkbox"/><br>2 - Feminino <input type="checkbox"/><br>3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               | <b>72</b> Suspeita de uso de álcool<br>1 - Sim <input type="checkbox"/><br>2 - Não <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |  |
| Evolução e encaminhamento                                                                                                                                                                          | <b>73</b> Encaminhamento no setor saúde<br>1 - Encaminhamento ambulatorial      2 - Internação hospitalar      8 - Não se aplica      9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>74</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1-Sim 2-Não 9-Ignorado<br><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher<br><input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prof. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS<br><input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)<br><input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>75</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               | <b>76</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/><br>1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>77</b> Classificação final <input type="checkbox"/><br>1 - Confirmado<br>2 - Descartado<br>3 - Provável<br>8 - Inconclusivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |               | <b>78</b> Evolução do caso <input type="checkbox"/><br>1 - Alta      3 - Óbito por Violência<br>2 - Evasão / Fuga      4 - Óbito por outras causas<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |  |
| <b>79</b> Se óbito por violência, data: _____<br><b>80</b> Data de encerramento: _____<br><b>CID 10 - Cap XX</b> _____                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
| <b>Informações complementares e observações</b><br>Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____<br>Observações Adicionais: _____<br>_____<br>_____<br>_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
| <b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997 <b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180 <b>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes</b> 100           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |  |
| Notificador                                                                                                                                                                                        | Município/Unidade de Saúde: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               | Cód. de Unid. de Saúde/CNES: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                    | Nome: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Função: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Assinatura: _____ |  |
| Violência doméstica, sexual e/ou outras violências                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SINAN NET     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SVS 10/07/2008    |  |

## Anexo 5

### Parecer comitê de ética e pesquisa



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROPOSTA E IMPLEMENTAÇÃO DE OFICINAS PROBLEMATIZADORAS SOBRE A ABORDAGEM À PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** DANIELE CRISTINA RIBEIRO DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 09835719.5.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.270.569

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta da pesquisadora às solicitações e questionamentos do parecerista constantes no Parecer nº 3.239.213, de 02 de abril de 2019, do Projeto intitulado "PROPOSTA E IMPLEMENTAÇÃO DE OFICINAS PROBLEMATIZADORAS SOBRE A ABORDAGEM À PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE".

Na ocasião foram solicitadas adequações no TCLE e no cronograma de execução e questionou-se o cuidado com os profissionais participantes do estudo, caso haja algum desconforto, constrangimento, conforme salientado nos riscos do estudo.

Os questionamentos foram respondidos de forma clara e satisfatoriamente, não restando nenhuma pendência.

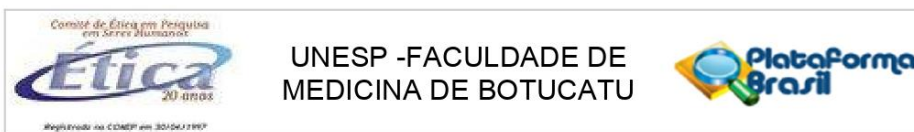
##### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa foram relatados anteriormente, em Parecer nº 3.239.213, de 02 de abril de 2019.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram relatados em Parecer nº 3.239.213, de 02 de abril de 2019.

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior  
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609 **CEP:** 18.618-970  
**E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.270.569

Em relação aos riscos, considerando a temática do estudo, há possibilidade de danos à dimensão psíquica do participante, como constrangimento ao responder o questionário, desconforto, estresse.

Diante dessa possibilidade, são previstos escuta e acolhimento imediato e in loco pelos facilitadores da oficina (pesquisadores). E, caso necessário, o participante da pesquisa será encaminhado para o serviço de psicologia do município.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Já relatado por esse Colegiado em Parecer nº 3.239.213, de 02 de abril de 2019.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos obrigatórios foram anteriormente apresentados e relatados (Parecer nº 3.239.213). Na ocasião, foi sugerida a adequação do TCLE, colocando-o em forma de convite e acrescentando todas as informações pertinentes.

Todas as adequações solicitadas em relação ao TCLE foram prontamente atendidas pela pesquisadora.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme deliberação do Colegiado em reunião EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 16 de ABRIL de 2019, o projeto reanalisado está APROVADO para ser iniciado sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, ao final da execução do projeto de pesquisa, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades", na forma de "NOTIFICAÇÃO", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior  
**UF:** SP  
**Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609  
**CEP:** 18.618-970  
**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 3.270.569

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                           | Postagem               | Autor                                     | Situação |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_1305091.pdf | 03/04/2019<br>20:24:22 |                                           | Aceito   |
| Outros                                                    | CartaResposta.pdf                                 | 03/04/2019<br>20:23:53 | DANIELE CRISTINA<br>RIBEIRO DOS<br>SANTOS | Aceito   |
| Cronograma                                                | CRONOGRAMA.pdf                                    | 03/04/2019<br>20:21:44 | DANIELE CRISTINA<br>RIBEIRO DOS<br>SANTOS | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                                          | 03/04/2019<br>20:21:16 | DANIELE CRISTINA<br>RIBEIRO DOS<br>SANTOS | Aceito   |
| Outros                                                    | autorizacao.pdf                                   | 06/03/2019<br>23:44:27 | DANIELE CRISTINA<br>RIBEIRO DOS<br>SANTOS | Aceito   |
| Outros                                                    | TermoDeAnuencialInstitucional.pdf                 | 02/03/2019<br>01:54:44 | DANIELE CRISTINA<br>RIBEIRO DOS<br>SANTOS | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto.pdf                                       | 02/03/2019<br>01:50:42 | DANIELE CRISTINA<br>RIBEIRO DOS<br>SANTOS | Aceito   |
| Folha de Rosto                                            | FolhaDeRostoAssinada.pdf                          | 02/03/2019<br>01:47:41 | DANIELE CRISTINA<br>RIBEIRO DOS<br>SANTOS | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 17 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1609

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

## **Apêndice 1**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

#### **(TCLE)RESOLUÇÃO 466/2012**

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado **“Risco de suicídio pelo olhar dos trabalhadores de Saúde da Atenção Primária”**, que será desenvolvido por mim, Daniele Cristina Ribeiro dos Santos, aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, com orientação da Profa. Dra. Rúbia de Aguiar Alencar, docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Estou estudando a temática do suicídio no contexto da atenção primária. Para a identificação do participante no que se refere aos aspectos da formação e do trabalho em saúde, será aplicado um questionário sociodemográfico, com duração de 10 minutos. Com a intenção de especificar o conhecimento e o comportamento do participante frente à temática do suicídio, será utilizado o Questionário sobre Atitude Frente ao Comportamento Suicida, com duração de 15 minutos. Serão realizados três encontros para o desenvolvimento de oficinas de trabalho, que serão audiogravadas. Após a transcrição dos dados, as gravações serão destruídas. As datas e horários das oficinas serão agendadas com antecedência.

Seu benefício em participar será de aprimorar a discussão sobre a abordagem à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida para os trabalhadores e gestores dos serviços da Atenção Primária à Saúde no município de Adamantina/SP. Entende-se que com a sua participação poderemos melhorar a rede de atenção ao paciente em sofrimento psíquico com comportamento suicida.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Ressalta-se que o desenvolvimento do presente estudo não causará constrangimentos e/ou desconforto aos participantes. Se eventualmente isso acontecer a orientadora do estudo irá acolher o participante e tomar as devidas providências.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a

6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO** em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardos através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas.

Adamantina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Pesquisador**

---

**Participante da Pesquisa**

**Nome:** Daniele Cristina Ribeiro dos Santos

**Endereço:** Rua Zequinha de Abreu, 340

**Telefone:** (18)35211566

**Email:**ribeiro\_82@hotmail.com

**Nome (orientador):** Rúbia de Aguiar Alencar

**Endereço:** Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687

**Telefone:** (14) 3880-1710

**E-mail:** rubia.alencar@unesp.br

## Apêndice 2

### Instrumentos de Avaliação das Oficinas

- **Avaliação realizada no Primeiro Encontro**

O que conheci? \_\_\_\_\_

Pensei? \_\_\_\_\_

Construí? \_\_\_\_\_

E Senti? \_\_\_\_\_

No encontro de Hoje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Avaliação realizada no Segundo Encontro**

Que bom que: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que pena que: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que tal se: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Avaliação realizada no Terceiro Encontro**

Quais contribuições da oficina de hoje levo para o trabalho?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Apêndice 3

### Disparador Caso Dona Iris



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Câmpus de Botucatu



Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem

#### DISPARADOR

Dona Iris, 57 anos, do lar, tem uma vida desassossegada. Está em um relacionamento abusivo, em que o companheiro é agressivo, contudo, permanece nessa relação pela dependência financeira.

Seu sofrimento se intensificou com a prisão de um filho por tráfico de drogas e a saída das filhas de casa por não aceitarem o comportamento do pai. Essas situações geraram sensação de abandono e se associaram às perdas por mortes e à dificuldade de se fazer compreender pelos familiares.

Após esses episódios dona Iris passou a frequentar repetidamente a ESF, sempre referindo dor no peito e sensação de morte. Na unidade, enquanto se queixa da situação de sua vida, pede que lhe verifiquem a pressão, como os resultados sempre estão normais, dona Iris é orientada e liberada do serviço.

Nesse contexto, dona Iris efetivou uma tentativa de suicídio por intoxicação exógena.

## Apêndice 4

### Consignas *Role Play*



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Câmpus de Botucatu



Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem

#### CONSIGNA – GRUPO A

Neste momento vocês são convidados a serem autores de um roteiro. A cena é um acolhimento em uma Estratégia Saúde da Família entre um(a) profissional de saúde e um(a) usuário(a).

Vocês vão construir **UM(A) PERSONAGEM PROFISSIONAL DE SAÚDE** com as habilidades que vocês considerarem necessárias para acolher um(a) usuário(a) que já é conhecido nessa Estratégia de Saúde da Família por já ter realizado um atendimento anterior e este(a) lhe procura novamente.

**1. FICÇÃO POSSÍVEL** - Usem a imaginação, mas não esqueçam da realidade, tragam dados que foram explorados em aula;

**2. IDEIA** - comecem com uma ideia pequena que possa ser expandida;

**3. PESQUISA** - Mergulhem na situação e ativem sua memória de fatos e emoções;

**4. STORY LINE** - Tente imaginar o início, o meio e o final da cena;

**5. PERFIL DO PERSONAGEM –PROFISSIONAL DE SAÚDE** - coloquem as características físicas e psicológicas, os fatos que marcam a vida deste(a) Enfermeiro(a), sua experiência, seus desejos, suas certezas.... Tudo que puder escrever, escreva! Mesmo sabendo que será um(a) de vocês a representá-lo(a).

**6. OS 3 ATOS** – construam e descrevam tópicos para a apresentação, o encontro e a despedida;

**7. ESCOLHA DO(A) ATOR/ATRIZ** – busquem identificar aquele(a) que está mais apto(a) a representar o personagem e não aquele(a) que é como o personagem.

**Tempo para esta etapa: 10 minutos!**

**DIVIRTAM-SE!**

Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Enfermagem  
Distrito de Rubião Júnior, s/n CEP 18618-970 Botucatu São Paulo Brasil  
Tel /Fax 55 14 3880-1325/1326/1328/1329 curso.enfermagem.fmb@unesp.br

Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem

**CONSIGNA – GRUPO B**

Neste momento vocês são convidados a serem autores de um roteiro. A cena é um acolhimento em uma Estratégia Saúde da Família entre um(a) profissional de saúde e um(a) usuário(a)..

Vocês vão construir **UM(A) PERSONAGEM USUÁRIO(A)** com necessidades de saúde que caracterizem sofrimento psíquico. Essa personagem já é conhecida pelo(a) profissional de saúde que irá atendê-lo(a) nessa Estratégia de Saúde da Família, pois, já o(a) atendeu anteriormente.

**1. FICÇÃO POSSÍVEL** - Usem a imaginação, mas não esqueçam da realidade, tragam dados que foram explorados em aula;

**2. IDEIA** - comecem com uma ideia pequena que possa ser expandida;

**3. PESQUISA** - Mergulhem na situação e ativem sua memória de fatos e emoções;

**4. STORY LINE** - Tente imaginar o início, o meio e o final da cena;

**5. PERFIL DO PERSONAGEM – USUÁRIO(A)** - coloquem as características físicas e psicológicas, os fatos que marcam a vida deste(a) usuário(a), sua experiência, seus desejos, suas certezas.... Tudo que puder escrever, escreva! Mesmo sabendo que será um(a) de vocês a representá-lo(a).

**6. OS 3 ATOS** – construam e descrevam tópicos para a apresentação, o encontro e a despedida;

**7. ESCOLHA DO(A) ATOR/ATRIZ** – busquem identificar aquele(a) que está mais apto(a) a representar o personagem e não aquele(a) que é como o personagem

**Tempo para esta etapa: 10 minutos!**

**DIVIRTAM-SE!**

Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem

CONSIGNA – GRUPO C

Neste momento vocês são convidados a serem observadores de uma cena de acolhimento em uma Estratégia Saúde da Família entre um(a) profissional de saúde e um(a) usuário(a).

Vocês vão construir o que esperam que esse profissional de saúde ofereça para o(a) usuário(a) em seu demanda. Criem uma lista com algumas tarefas que precisam ser cumpridas durante o acolhimento, ela será um guia para vocês compararem o que esperam do que de fato irá acontecer durante o acolhimento.

Não interfiram no trabalho dos grupos e não antecipem o que esperam que eles façam. **APENAS OBSERVEM.**

Quando a cena entrar em ação, **CONTINUEM OBSERVANDO**, mas coloquem foco no desempenho, na comunicação e na relação que está sendo dramatizada entre profissional e o(a) usuário(a).

**FOCO da OBSERVAÇÃO:**

**Conseguem se escutar?**

**As demandas são acolhidas de forma aberta?**

**Como ocorre a comunicação do profissional?**

**Tempo para esta etapa: 10 minutos!**

**DIVIRTAM-SE!**

## Apêndice 5

### Planejamento da Oficina– Os três encontros

#### PRIMEIRO ENCONTRO

| Horário      | Atividades                                            | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ações dos facilitadores                                                                     | Recursos                                                                                                             |
|--------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7h50 – 8h15  | Acolhimento                                           | Recepcionar os participantes, explicando que vamos ter um tempo de tolerância.                                                                                                                                                                                                 | Boas-vindas aos participantes.                                                              | Afetividade                                                                                                          |
| 8h15 – 8h30  | Apresentação dos facilitadores                        | Introduzir o percurso profissional                                                                                                                                                                                                                                             | Olá, nós somos... nós estamos...                                                            | Humildade                                                                                                            |
| 8h30 – 9h15  | Dinâmica de apresentação dos participantes (pendente) | Iniciar o contato dos participantes entre si, aumentar o contato humano-humano                                                                                                                                                                                                 | - condução da atividade:<br>- observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal | - Ver materiais da dinâmica (pendente)<br>- <i>Flip-chart</i> ;<br>- Papel para <i>flip</i> ;<br>- Pinceis atômicos; |
| 9h15 – 9h45  | TCLE<br>Contrato de Convívio                          | - Contextualizar os participantes sobre a pesquisa, evidenciando aprovação ética<br><br>- Coletar a assinatura no TCLE<br><br>- Construir contrato de convívio, reforçando aspectos da certificação e condições para receber o certificado<br><br>- Aplicar escala da pesquisa | - condução da atividade: Daniele<br>- observação e registro:                                | - Cópias do TCLE (2/participante);<br><br>- Cópias da escala da pesquisa (1/por participante)                        |
| 9h45 – 10h15 | <i>Coffee</i>                                         | Vamos nos alimentar!                                                                                                                                                                                                                                                           | Respire/Hidrata-se/Alimente-se/Descanse                                                     | Comidinhas do <i>coffee</i> !                                                                                        |
| 10h15 – 11h  | Processamento da situação problema                    | Identificar as concepções dos participantes em torno do comportamento suicida                                                                                                                                                                                                  | Distribuir a situação problema; Dividir as tarefas entre os participantes (relator);        | - Cópias da situação problema;                                                                                       |

|             |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Problematizar a situação problema, questionando o grupo de maneira indireta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por que a pessoa recorre à tentativa de suicídio?</li> <li>- Quem está mais exposto à tentativa de suicídio?</li> <li>- Em Adamantina, quem comete mais tentativa de suicídio?</li> <li>- Quais serviços deveria atender as tentativas de suicídio?</li> <li>- O que eu posso fazer na perspectiva da prevenção e atendimento?</li> </ul> | - Papéis para anotação (facilitadores);                                                                                                                                                                                                   |
| 11h – 11h30 | Plenária “Será que a gente pensa igual?!” | Comparar as concepções que foram apresentadas nos pequenos grupos sobre o comportamento suicida em Adamantina                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar a apresentação de cada grupo, controlando tempo;</li> <li>- Registrar a apresentação de cada grupo</li> <li>- Condução da atividade:</li> <li>- Observador:</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> </ul>                                                                                                    |
| 11h30 – 12h | O que dizem os dados?!                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar a análise das fichas de notificação compulsória;</li> <li>- Discutir aspectos que aproximam e distanciam das concepções</li> <li>- Provocar questionamentos sobre o preenchimento da Ficha</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condução da atividade: Daniele</li> <li>- Observador:</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Máquina e os vagões;</li> <li>- Dados das fichas de notificação;</li> <li>- Multimídia;</li> </ul> |
| 12h – 12h15 | Avaliação e Tarefa de Dispersão           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a oficina de trabalho realizada no primeiro dia;</li> <li>- Articular a construção da narrativa sobre a reflexão do aprendizado da primeira oficina</li> </ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuir o formato de avaliação;</li> <li>- Distribuir o diário da viagem</li> </ul> <p>Condução da atividade</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impressos de avaliação (1/participante);</li> <li>- Diário de viagem (1/participante).</li> </ul>                                                                                                |

## SEGUNDO ENCONTRO

| Horário     | Atividades                       | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ações dos facilitadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Recursos                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7h50 – 8h15 | Acolhimento                      | Recepcionar os participantes, explicando que vamos ter um tempo de tolerância.                                                                                                                                                                                                         | Boas-vindas aos participantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Afetividade                                                                                                                                                                                                                            |
| 8h15 – 9h   | Aquecendo os motores e a memória | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resgatar as construções realizadas na Oficina 1;</li> <li>- Verificar a reflexão-ação produzida pelas discussões realizadas na Oficina 1;</li> <li>- Apresentar o processamento do conteúdo da Avaliação da Oficina 1 e da Escala.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como vocês passaram desde a última Oficina?!</li> <li>- O que discutimos na última oficina mexeu com vocês? E na prática?!</li> <li>- Vejam como nossos trabalhos foram avaliados!</li> <li>- Condução da atividade:</li> <li>- Observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Apresentação da avaliação;</li> <li>- Apresentação da escala;</li> <li>- Multimídia;</li> </ul> |
| 9h – 9h10   | Quem fez o dever de casa?!       | Recolher as narrativas e explicar sucintamente o motivo pelo qual estamos solicitando-as                                                                                                                                                                                               | - Condução da atividade: Daniele                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | E quem não fez?!                                                                                                                                                                                                                       |
| 9h10 – 9h20 | No bloco do <b>EU SOZINHO...</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre o que o profissional precisa “ter” para dar conta dos casos de tentativa de suicídio?</li> <li>- Delimitar em habilidades pessoais, sem contar com equipe (saberes) e outros serviços. (fazer)</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir que os participantes não conversem entre si;</li> <li>- Garantir que os participantes não registrem ações que considerem membros da equipe ou da rede. (por ex., não pode encaminhar, não pode chamar o psicólogo, o médico... É VOCÊ CONSIGO MESMO)</li> <li>- Condução da atividade: Daniele</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pinceis atômicos e/ou Canetinhas;</li> <li>- <i>Post it</i> coloridos;</li> <li>- Pedir para colocar o nome da Unidade de Saúde em cada <i>Post it</i></li> </ul>                             |

|             |                                            |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                            |                                                                                                                                                                                                                 | - Observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 9h20 – 9h40 | E(u)quipe: Quebra-cabeça interprofissional | Estimular os participantes a perceberem a importância de “encaixar” os fazeres/saberes que foram elencados na etapa individual.                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar os grupos pelas mesmas equipes.</li> <li>- Provocar: o que eu tenho encaixa na peça do outro?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotos da Unidades</li> <li>- ½ do Papel para flip para cada grupo;</li> <li>- Pinceis atômicos e/ou Canetinhas;</li> <li>- Post it coloridos</li> <li>- Gravar áudio</li> </ul>                                                          |
| 9h40 – 10h  | <i>Coffebreak</i>                          | Vamos nos alimentar!                                                                                                                                                                                            | Respire/Hidrata-se/Alimente-se/Descanse!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Comidinhas do coffee!                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 10h – 11h15 | <i>Role Play</i>                           | Simular uma cena de atendimento entre paciente e profissional.                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantem os mesmos grupos (3)</li> <li>- <i>Role-play</i>: (1) criação dos personagens (10 minutos), (2) ação (atuação – 10 min); (3) congela cena (vão para os grupos – 5 minutos); (4) volta à cena (5 a 10 minutos); (5) síntese e experiências por grupo (15 a 20 minutos).</li> <li>- Tempo (colocar alarme) - Thiago</li> <li>- Condução da atividade: Thiago</li> <li>- Observação e registro: atentar-se à organização das pessoas na sala, sua distribuição: Thiago</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Comandas do <i>role-play</i> (paciente, profissional e observadores)</li> <li>- Filmagem (celular)/ Gravar áudio (Rúbia e Dani)</li> </ul> |
| 12h – 12h15 | Avaliação e Tarefa de Dispersão            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a oficina de trabalho realizada no primeiro dia;</li> <li>- Articular a construção da narrativa sobre a reflexão do aprendizado da primeira oficina</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuir o formato de avaliação;</li> <li>- Distribuir o diário da viagem (pastinha!)</li> <li>Condução da atividade:</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impressos de avaliação (1/participante);</li> <li>- Diário de viagem (1/participante).</li> </ul>                                                                                                                                        |

### TERCEIRO ENCONTRO

| Horário     | Atividades                       | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ações dos facilitadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Recursos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7h50 – 8h15 | Acolhimento                      | Recepcionar os participantes, explicando que vamos ter um tempo de tolerância.                                                                                                                                                                                                            | Boas-vindas aos participantes. Lembrar que está acabando, as relações vão e vêm!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Afetividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 8h15 – 8h30 | Aquecendo os motores e a memória | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resgatar as construções realizadas na Oficina 2;</li> <li>- Verificar a reflexão-ação produzida pelas discussões realizadas na Oficina 2;</li> <li>- Apresentar o processamento do conteúdo da Avaliação da Oficina 2 e da Narrativa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como vocês passaram desde a última Oficina?!</li> <li>- O que discutimos na última oficina mexeu com vocês? E na prática?!</li> <li>- Vejam como nossos trabalhos foram avaliados!</li> <li>- Conseguimos trabalhar com a narrativa da Oficina 1</li> <li>- Condução da atividade:</li> <li>- Observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Apresentação da avaliação;</li> <li>- Apresentação da narrativa;</li> <li>- Multimídia;</li> <li>- Fotos da última Oficina!</li> </ul>                                                      |
| 8h30 – 8h40 | Quem fez o dever de casa?!       | Recolher as narrativas e explicar sucintamente o motivo pelo qual estamos solicitando-as                                                                                                                                                                                                  | - Condução da atividade: Daniele                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | E quem não fez?!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8h40 – 9h10 | Tecer a rede de trama fina       | <p>Constituir uma Rede de Atenção à pessoa com comportamento suicida para a cidade de Adamantina.</p> <p>Desenvolver o raciocínio crítico nos participantes de que são “agenciadores da rede”, são a rede em si. Quanto mais souberem da rede, melhor constituirão um cuidado.</p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividade no grande grupo: mapa de adamantina “Rede de Adamantina”;</li> <li>- Como peças para montar a rede: uma fotografia de cada serviço, atentar-se para serviços que comportam duas equipes (portanto, duas fotos);</li> <li>- <i>Post it</i> para escrever as ações que serão oferecidas pela equipe (<b>discutir que eu espero mais da Rede do que oferto para a Rede</b>);</li> </ul> | <p><b>DEVE ESTAR TUDO PRONTO</b></p> <p>Mapa de Adamantina projetado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flip-chart</i>;</li> <li>- ½ Papel para <i>flip</i>;</li> <li>- Pinceis atômicos;</li> <li>- Pardo grande;</li> <li>- Fotografia dos serviços;</li> <li>- <i>Post it</i> grande de diversas cores;</li> </ul> |

|              |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                    |
|--------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                           | <p>Desenvolver o raciocínio crítico de que a Rede é composta de gente (rede viva), a rede sou eu, somos nós.</p> <p>Deixar evidente as habilidades de todos os participantes – divididos nas unidades de saúde</p>                                                                                                                                                       | <p>- Condução da atividade:</p> <p>- Discussão: o que a equipe dar conta. O que está no <i>post it</i> mostra que eles dão conta dos casos leves/moderados de sofrimento psíquico.</p> <p>- Observação: registrar no <i>flip</i>;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>- Fita crepe;</p> <p>- Entregar a RAPS</p>                                                                                                                      |
| 9h10 – 10h00 | Criando um fluxo de ações | <p>Construir um fluxograma com ações REAIS voltadas às pessoas que estão em sofrimento psíquico com comportamento suicida (objetivo: atenção à saúde).</p> <p>ATENÇÃO: As ações de prevenção deveriam surgir espontaneamente em consideração a todo o conteúdo que já foi produzido nas Oficinas 1 e 2 (se surgir, interpretar como indicador positivo do trabalho).</p> | <p>Trabalho em Pequenos Grupos!</p> <p>- Estimular a construção de ações que vão compor o fluxograma voltado ao cuidado à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida.</p> <p>- Incentivar o espírito competitivo, por meio de ser a equipe que apresente o melhor fluxograma com ações voltadas ao cuidado à pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida.</p> <p>- Resgatar outras políticas que possam sustentar a ação: por exemplo, política nacional de humanização; RAPS; Política de Promoção à Saúde; Reforma Psiquiátrica etc...</p> <p>- Criar um logo e um título criativo para a ação</p> <p>- Condução da atividade: nós três</p> <p>- Observação e registro: atentar-se ao comportamento não verbal</p> | <p>- Papel para flip para construção do fluxograma;</p> <p>- Pinceis atômicos;</p> <p>- Folhas (1/participante);</p> <p>- <i>Post it</i>;</p> <p>- Canetinhas;</p> |

| 10h – 10h15   | Coffebreak                                             | Vamos nos alimentar!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Respire/Hidrata-se/Alimente-se/ Descanse!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Comidinhas do <i>coffee</i> !                                                                                                                                       |
|---------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10h15 – 11h25 | <i>Shark Tank</i> da saúde: vendendo um fluxo de ações | <p>Aprimorar, por meio da avaliação entre pares, o fluxograma criado pelas equipes para o cuidado a pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida</p> <p>Construir a partir das três apresentações anteriores um único fluxograma com objetivo de realizar o cuidado a pessoa em sofrimento psíquico com comportamento suicida</p> | <p>- Os três grupos vão apresentar os fluxogramas. Após as três apresentações o grande grupo vai eleger o que está mais completo.</p> <p>A partir disso o grande grupo fará indicações de melhoria.</p> <p>- Para o fluxograma escolhido:</p> <p>- Com quem temos que falar?</p> <p>- Como oficializar essa ação na coordenação local (APS e SM)?</p> <p>- Quem fará o que e quando?</p> <p>- Quando faremos uma primeira aplicação?</p> <p>- Como vamos avaliar se o nosso fluxograma está dando certo?</p> <p>- O que vamos ganhar com ele?</p> <p>- E as próximas estratégias?</p> <p>- Condução da atividade:</p> <p>- Observação e registro: atentar-se à organização das pessoas na sala, sua distribuição;</p> | <p>- Papel para <i>flip</i> para construção do fluxograma;</p> <p>- Criar fichas de interesse pela ação;</p> <p>- Criar fichas para escrever os aprimoramentos;</p> |
| 11h30- 12h    | Avaliação e Encerramento                               | <p>- Realizar o pós-teste</p> <p>- Avaliar a oficina de trabalho realizada na última oficina;</p> <p>- Articular a construção da narrativa coletiva e afetiva para finalizar a intervenção.</p>                                                                                                                                              | <p>- Distribuir o formato de avaliação – pós-teste;</p> <p>- Distribuição das avaliações</p> <p>Condução da atividade:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>- Impressos de avaliação (1/participante);</p>                                                                                                                   |

