

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 14/02/2022.



**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 agravamento 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 biomédica 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

RESUMO	11
APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Comportamento Suicida	22
1.2 Atenção Primária	27
1.3 Saúde Mental	34
3 OBJETIVOS	43
3.1 Objetivo Geral	43
3.2 Objetivos Específicos	43
3 MÉTODO	44
3.1 Tipo de Pesquisa	44
3.3.1 Etapas da pesquisa	49
3.3 Procedimentos Análise	50
3.5 Procedimentos Éticos	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
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 suicida	65
4.4 Contribuições para a Enfermagem e Saúde	96
4.5 Limitações do Estudo	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES e ANEXOS	106

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 matriciar 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^a 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^a 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).

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, Dalgalarrrondo 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.

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.

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-Blackwell; 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. 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.

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. 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.

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

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.

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>.