

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na
Atenção Primária à situação de risco para o suicídio**

Álida de Castro Machado

**Formiga – MG
2011**

Álida de Castro Machado

**A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na
Atenção Primária à situação de risco para o suicídio**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Patrícia da C. Parreiras

Formiga - MG
2011

Álida de Castro Machado

**A Organização das Políticas e Gestão da Rede de Assistência na
Atenção Primária à situação de risco para o suicídio**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Patrícia da C. Parreiras

Banca Examinadora

Prof^a Patrícia da C. Parreiras

Prof^a. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte,...../...../.....

Formiga – MG
2011

Ao Marco Aurélio, por todas as maneiras com as quais me demonstrou o quanto me amava e se importava.

Aos meus filhos, Arthur e Gabriel, por entender minha ausência, por dividirem comigo alegrias e dificuldades, por terem me ajudado, mesmo de maneira inconsciente, mas sempre com muito carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me fortalece a cada dia.

A minha orientadora, Patrícia Parreiras, pela colaboração para que tornasse realidade este trabalho, dando forma através do conhecimento.

Aos meus pais e irmãos por ser elo de amor.

A todos os amigos que pude escolher como família, que me proporcionam bons momentos e me fazem compreender que nós somos responsáveis por nós mesmos.

Ao Núcleo de Valorização da Vida, que foi o despertar para o tema.

RESUMO

O presente estudo constitui-se de um estudo exploratório e descritivo. A partir de dados preocupantes de suicídio ou tentativas de, no município em Lagoa da Prata – Minas Gerais, buscamos identificar, na revisão de literatura, como as intervenções para prevenção do comportamento suicida têm acontecido na Atenção Primária. Com os descritores suicídio, fatores de risco e Atenção Primária foram levantados os artigos de periódicos, livros, programas e demais materiais em bases de dados e bibliotecas. A análise do material estudado apontou que o suicídio é um fenômeno multidimensional, presente na sociedade e que acompanha a história da humanidade, no tempo e espaço, hoje de forma mais evidente, em uma sociedade que parece cultuar a morte. Inúmeros são os fatores de risco a desencadear o desfecho do suicídio: saúde mental (desordens de humor, como a depressão; ou transtornos psicóticos como esquizofrenia); saúde mental associada ao abuso de substâncias como drogas e/ ou álcool; história familiar de suicídio; perdas (relacionamentos, saúde, identidade); eventos de muito estresse (pressão social, abuso sexual e ou corporal, instabilidade familiar, mudanças sociais, etc.); acessibilidade a métodos letais como armas de fogo; exposição ao suicídio (familiares ou amigos); problemas legais (prisão) e conflito de identidade sexual; dentre outros. Presente nos mais variados contextos, esse fenômeno apresenta hoje índices crescentes, em decorrência do alarmante número de pessoas que põe fim à própria vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio ocupa o segundo lugar entre as mortes mais violentas do mundo e se torna um problema de saúde pública. O estudo levou a inúmeras observações, sendo possível elencar: no que se refere a tratamentos e prevenção de suicídio, que há uma relação direta entre redução de morbidades psiquiátricas e risco de suicídio; que ainda é incipiente o conhecimento sobre o valor preventivo nas diversas intervenções existentes; que uma pequena parcela de pacientes com risco de suicídio recebe tratamento adequado. Faz-se necessário ainda, o conhecimento e identificação dos inúmeros fatores de risco e de proteção serem fundamentados em teorias capazes de compreenderem o comportamento humano. No Brasil o programa de saúde existente direcionado aos suicidas, em potencial, não é específico e nem eficiente. Não existem formação e preparação adequadas dos profissionais da Saúde da Atenção Primária. Acredita-se que através de um trabalho, dos profissionais da Saúde da Atenção Primária, com mais conhecimentos acerca do suicídio e seus fatores de risco, é possível detectar suicidas em potencial e fazer o encaminhamento dos mesmos ao tratamento adequado, antes que tentam ou cometam o auto extermínio.

Palavras-chave: Suicídio. Fatores de risco. Atenção Primária.

ABSTRACT

The present study constitutes an exploratory and descriptive. The data from worrying or attempted suicide in the county in Lagoa da Prata - Minas Gerais, we seek to identify, review of literature, such as interventions for the prevention of suicidal behavior have occurred in the Primary. Descriptors with the suicide risk factors were collected and primary journal articles, books, programs and other materials in libraries and databases. The analysis of the material studied indicated that suicide is a multidimensional phenomenon, present in society and follows the story of humanity in time and space, now more evident in a society that seems to worship death. Numerous are the risk factors to trigger the outcome of suicide, mental health (mood disorders such as depression, or psychotic disorders like schizophrenia), mental health associated with the abuse of substances such as drugs and / or alcohol, family history of suicide; losses (relationships, health, identity), high-stress events (social pressure, and sexual abuse or corporal, family instability, social changes, etc..) accessibility to lethal methods such as firearms, exposure to suicide (family or friends) ; legal problems (prison), and sexual identity conflict, among others. Present in various contexts, this phenomenon has now increasing rates, due to the alarming number of people who put an end to life itself. According to World Health Organization (WHO), suicide ranks second among the world's most violent deaths and becomes a public health problem. The study led to several observations, it is possible to list: with regard to treatment and prevention of suicide, there is a direct relationship between reduction of psychiatric disorders and suicide risk, which is still incipient knowledge about the preventive value in the various interventions exist, that a small proportion of patients at risk of suicide receive appropriate treatment. It is necessary to further the knowledge and identification of numerous risk factors and protective factors are based on theories able to understand human behavior. In Brazil, the health program directed to the existing suicide potential, and is not specific nor efficient. There are no adequate training and preparation of health professionals in primary care. It is believed that through a work of health professionals in primary care, with more knowledge about suicide and its risk factors, it is possible to detect suicidal potential and do route them to appropriate treatment before attempting to commit or self extermination.

Keywords: Suicide. Risk factors. Primary Attention.

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centros de Atenção Psicossocial

CCJ - Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CVV - Centro de Valorização da Vida

ENPS - Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HCFMRP–USP- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

LSMM - Laboratório de Saúde Mental e Medicina

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SUPRE - Suicide Prevention Program

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4.1 SUICÍDIO.....	16
4.1.1 Estudos epidemiológicos e causas determinantes.....	18
4.1.2 Fatores de risco.....	22
4.2 POLÍTICAS E PROGRAMAS SOBRE SUICÍDIO.....	25
4.2.1 Suicídio e a Atenção Primária.....	29
4.2.2 Intervenções para prevenção do comportamento suicida.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas as tendências suicidas têm apresentado índices mais elevados. Esse tema tem ocupado centros de estudos e discussões nos mais variados contextos, de modo especial os ligados à saúde e vida e em disciplinas como Psiquiatria, Sociologia e Saúde Mental.

O suicídio é considerado fenômeno multidimensional, presente na sociedade e que acompanha a história da humanidade, no tempo e espaço, hoje apresentando índices significativos.

Na concepção de Kaplan *et al.* (2002), o suicídio significa a tentativa de resolução de um problema ou crise, que causa intenso sofrimento, associado a não satisfação de necessidade, a sentimentos de desesperança e desamparo, a conflitos entre a sobrevivência e estresse insuportável, a falta de alternativas e busca pela fuga. É uma situação em que se percebem sinais de angústia no suicida.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000, aproximadamente um milhão de pessoas morreram no mundo por suicídio, sendo a taxa global de 16 por 100 mil habitantes, o que representa uma morte a cada 40 segundos, agravo esse presente em países desenvolvidos e emergentes (OMS, 2000).

Na opinião de Silva e Boemer (2004), é difícil dizer a forma como os profissionais devem lidar com pessoas que atentaram contra a vida. Afinal, conforme o ponto de vista de muitos autores, dentre eles, Cassorla (1991), esses profissionais são preparados para salvar vidas, não para lidar com a morte. Segundo essa autora, muitos profissionais relatam sua impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte. Em tais momentos, sentem-se como se estivessem diante da fragilidade de suas existências, reportando-se à própria terminalidade e à possibilidade de viver a mesma situação de seus pacientes. Desse modo, acredita-se que a negação possa surgir como uma forma de defesa, para não entrar em contato com essa fragilidade.

Ainda de acordo com Cassorla (1991), mesmo havendo preocupação em realizar um trabalho mais adequado com essas pessoas, admite-se ainda a existência de profissionais que chegam a lidar com o paciente com um desprezo agressivo, com proximidades de um maltrato, evidenciando uma incompreensão

relacionada à pessoa que atenta contra sua vida.

Nessa mesma linha de considerações, Sampaio e Boemer (2000) relatam como os profissionais de saúde vêm lidando com esta faceta de morte, presente na rotina dos atendimentos das urgências em clínicas médica, psiquiátrica e cirúrgica e ressaltam haver certa agressividade, desprezo, preconceito e incompreensão dos profissionais, em torno da pessoa que tenta por fim à sua existência.

Segundo Wang *et al.* (2004), a OMS estima que em 2020 aproximadamente 1,53 milhões de pessoas no mundo irão consumir o suicídio e, em relação às tentativas, esse número será de dez a vinte vezes superior. Tais índices correspondem a uma morte por suicídio, a cada vinte segundos, e uma tentativa, a cada dois segundos.

A mortalidade por suicídio tem sido responsável por mais mortes que homicídios e guerras somadas, constituindo, portanto, em um grave problema de saúde pública. E assim se constitui ao se situar entre os dez índices mais elevados de morte, com prevalência na faixa etária de 15 a 34 anos, faixa essa em que o índice chega a ser a terceira causa morte (OMS, 2000).

“As taxas de suicídio evidenciam um problema de saúde pública e ações preventivas são necessárias” (ABREU *et al.*, 2010, p. 195). Entretanto, constata-se que o tema é pouco abordado e discutido na organização da Atenção Básica, o que pode resultar em diagnósticos tardios e queda de qualidade da assistência.

Por ser importante e significativa essa temática para a Saúde Pública, observa-se no dia a dia que para a assistência ao problema do suicídio, necessita-se, cada vez mais, de serviços bem estruturados, eficientes, como também, de profissionais capazes de identificar, precocemente, os sinais e sintomas, além de bem capacitados, para conduzir cada caso, com a atenção merecida, visando uma assistência resolutiva e de qualidade. Além disso, políticas públicas e ações precisam ser desenvolvidas em cada contexto social.

Os índices estatísticos de suicídio, divulgados pela mídia e Ministério da Saúde, são preocupantes para a Saúde Pública e, no cotidiano dos serviços de saúde, vive-se concretamente essa realidade. Como sério problema de saúde pública, a prevenção do comportamento suicida não se apresenta como tarefa fácil. Uma vez que várias doenças mentais se associam ao suicídio, a detecção precoce e o tratamento apropriado dessas condições são importantes na prevenção e nem sempre isso acontece.

No Brasil em 2007, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,7 por 100 mil pessoas. No entanto, em alguns estados, a taxa é bem mais elevada como, Roraima (10,4), Rio Grande do Sul (9,9), Mato Grosso do Sul (8,1) e Santa Catarina (7,5). No período de 1980 e 2005, no país, ocorreu um aumento nesse índice de suicídio de 43,8%, passando de 3,2 para 4,6 por 100 mil pessoas (WHO, 2008).

Como coordenadora da Atenção Primária em Lagoa da Prata - MG, temos como parceiro o internato rural da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e contamos com dois acadêmicos de Medicina desenvolvendo alguns trabalhos no Município. Uma preocupação da gestão é o número de tentativas de auto extermínio que são atendidas no Pronto Atendimento Médico do Município, uma vez que, em estudo longitudinal realizado por acadêmicos de Medicina, comparando os índices de suicídio no Brasil, Minas Gerais e Lagoa da Prata, no período de 2005 a 2009, constatou-se as seguintes taxas de mortalidade por suicídio (100.000), como mostra a tabela:

TABELA 1- Mortalidade por suicídio (por 100.000) Brasil, Minas Gerais, Lagoa da Prata, 2005-2009

Ano	Brasil	Minas Gerais	Lagoa da Prata
	Taxa	Taxa	Taxa
2005	4,64	5,17	9,15
2007	4,68	5,21	30,76
2008	4,92	5,29	17,29
2009	4,76	5,48	10,64

Fonte: Adaptado do DATASUS, 2010.

Frente às informações de atentado de suicídio e de morte por suicídio no Município de Lagoa da Prata, cujos índices superam os do Estado e do país, como também às minhas observações em processo de trabalho, à consulta a literatura, e a projetos como o “Núcleo de Valorização da Vida”¹, é que surgiu o interesse por este estudo, considerando ser o suicídio não um problema individual, mas social, que envolve a família e a sociedade. Trata-se, portanto, de um problema de Saúde Pública.

A partir do exposto começamos um trabalho de coleta de dados e um plano de ação, ainda não conclusivo, através de uma equipe multiprofissional, trabalhando

¹ Núcleo de Valorização da vida: Projeto desenvolvido no município, o qual se refere a um grupo multiprofissional que se reúne uma vez por semana para estudar propostas de valorização da vida, analisar as tentativas de auto extermínio e trabalhar os fluxogramas.

com o Núcleo de Valorização da Vida. A primeira fase mostrou que realmente em Lagoa da Prata são inúmeras as tentativas de auto extermínio. Para a coleta de dados, utilizamos ainda um formulário que é preenchido no Pronto Socorro por um profissional do CAPS e é enviada uma via com sugestões de acompanhamento para a unidade de atenção primária de referência do usuário (juntamente com o CAPS). Acredito que a saúde mental deve estar inserida na Atenção Primária, trabalhando na prevenção da ansiedade, da depressão, etc.

O suicídio, enquanto objeto de reflexão teórica, leva à percepção de aspectos negativos para a família e para a sociedade. Entende-se que a identificação e o acompanhamento do evento e dos fatores que o desencadeia, podem trazer aportes importantes para a diminuição desse agravo na população, de modo especial se houver a atuação da Saúde Pública, por meio de políticas públicas e ações preventivas.

A relevância deste estudo reside assim, em refletir sobre a realidade do país, Estado e de modo especial do Município de Lagoa da Prata, tendo em vista os índices apresentados, buscando, assim, conhecer os trabalhos preventivos em desenvolvimento acerca do suicídio, principalmente no que se refere à saúde pública, podendo o conhecimento construído significar a possibilidade de mudanças e repercutir positivamente na minimização dos índices desse tipo de morte. Pretende-se também, promover interesse para que outros trabalhos venham a ser desenvolvidos, tanto pelo setor público como pelo privado, considerando ser, o fenômeno do suicídio, um mal na sociedade.

Desta forma, o trabalho se propõe a fazer uma revisão de literatura, com vistas a identificar o contexto atual da abordagem sobre o fenômeno suicídio. Analisar, como as intervenções para prevenção do comportamento suicida têm acontecido na Atenção Primária. Aprofundar as considerações sobre o tema, identificando os trabalhos preventivos já propostos, de modo a contribuir para a minimização desse problema no município de Lagoa da Prata e fortalecimento dos profissionais do município em relação ao atendimento ao paciente suicida, pois há muitos necessitando de cuidados especiais e acompanhamento para que não venham a por fim em sua vida.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar e analisar, no contexto atual, como as intervenções para prevenção do comportamento suicida têm acontecido na Atenção Primária.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura os fatores de risco para o suicídio;
- Analisar, por meio da literatura, medidas e trabalhos já desenvolvidos acerca do tema;
- Apontar ações de prevenção ao suicídio para os trabalhadores da Atenção Primária.

3 METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa, segundo Barreto e Honorato (1998), deve ser entendida como o conjunto detalhado e sequencial de método e técnicas científicas a serem executados ao longo da pesquisa, de modo a possibilitar atingir os objetivos inicialmente propostos e, ao mesmo tempo, atender aos critérios de menor custo, maior rapidez, maior eficácia e mais confiabilidade de informação.

Segundo Lakatos; Marconi (1991, p.83) a metodologia “é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo [...] traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.” Contribui para a solução do problema de maneira racional.

A escolha acertada de uma metodologia permite orientar o estudo e dar ao trabalho um sentido significativo e prático, explorando de forma clara todos os enfoques da temática abordada.

O presente estudo tem como proposta metodológica uma revisão da literatura. Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo. Acredita-se que esta abordagem vai de encontro dos objetivos e necessidades do estudo proposto.

A pesquisa bibliográfica busca na literatura existente, subsídios capazes de atribuir ao tema o entendimento para formação de uma opinião. Disponibiliza pistas de soluções para o problema além de aprofundar outros assuntos que se relacionam com o tema determinando variáveis. Investiga o problema a partir do referencial teórico existente em livros e outras publicações, sendo necessária a qualquer modalidade de trabalho científico e é também a primeira etapa de qualquer tipo de pesquisa.

Desse modo, foram reunidas informações acerca do suicídio, fatores de risco, intervenção e prevenção do comportamento suicida e Atenção Primária, de periódicos disponíveis em bibliotecas e em livros sobre a temática, como também material disponibilizado na base de dados do Google na Internet; em bases de dados de sites como Capes, SciELO, DynaMed, Medline; publicações oficiais; dentre outros, publicados nos últimos vinte anos, tendo como descritores as palavras: Suicídio, fatores de risco e Atenção Primária. Foram selecionados cinquenta e quatro (54) artigos, em português e inglês, vindo a constituir-se a fundamentação teórica

para o desenvolvimento do trabalho.

O conhecimento construído por meio da revisão bibliográfica possibilitou estruturar o trabalho em capítulos, que teve como início um capítulo sobre o suicídio discorrendo sobre o conceito de suicídio segundo diversos autores. Elencou ainda vários estudos epidemiológicos e causas determinantes, feitos em regiões diversas do Brasil, além de enumerar os fatores de risco do suicídio. O capítulo seguinte fala das políticas e programas sobre suicídio, tanto os desenvolvidos no exterior, como os desenvolvidos no Brasil, de modo especial os trabalhos da Organização Mundial de Saúde (OMS). Descreve a seguir sobre o suicídio e Atenção Primária e as diversas intervenções para a prevenção do comportamento suicida.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 SUICÍDIO

O suicídio é um fenômeno complexo que desde época remota desperta interesse e preocupação para a população, de forma geral. E como tal, além da infinidade de causas e fatores de risco, há ainda o problema de que, em muitos casos, os laudos médicos apresentam lacunas e dados relevantes são apontados como ignorados, não informando detalhes que poderiam esclarecer a realidade do ato praticado, tais como o estado civil. Outro agravante, nesse sentido, é que, em inúmeros casos, as autoridades não têm condições de apurar detalhadamente as circunstâncias da morte, limitando, portanto, a colher informações de pessoas próximas, como os familiares, conhecidos, etc. Diante disso, as estatísticas, como observa Cassorla (1991), nem sempre podem ser consideradas confiáveis.

Dados epidemiológicos são muito úteis na caracterização dos fenômenos estudados. Especificamente no caso dos suicídios, quanto mais informações houver sobre tal caracterização, como por exemplo, os dados socioeconômicos, maiores as chances dos profissionais de saúde e da população ter ferramentas no auxílio dessa problemática (BAPTISTA e BORGES, 2005, p. 430).

Esses mesmos autores, em seus estudos, chegaram à conclusão de haver dificuldades em avaliar dados mais precisos ou completos nos prontuários, tais como estado civil, grau de escolaridade, nível econômico, pré-existência de transtorno mental ou passagem em hospital psiquiátrico, ingestão de medicamentos psiquiátricos, dentre outros (BAPTISTA; BORGES, 2005).

Tanto em nível internacional como nacional esse fenômeno tem se constituído preocupante, levando organizações do mundo todo a se debruçarem sobre essa problemática, no sentido de encontrar mecanismos que promovam a minimização da tentativa, como da ocorrência desse fenômeno, que segundo Minayo, Cavalcante e Souza (2006), constitui um problema com inúmeras causas, ligado a fatores biológicos e psicológicos, associados ao contexto socioeconômico.

No Brasil, os índices de suicídio apresentados são considerados baixos. No entanto, o aumento regular, principalmente em algumas regiões do país e em algumas populações específicas, torna o suicídio motivo de preocupação em matéria

de políticas de saúde pública (OMS, 2009).

Segundo concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio refere-se ao ato humano de causar a cessação da própria vida (WHO, 2003).

Na concepção de Durkheim (2000, p.14) “[...] Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”.

Em inúmeros países, o fenômeno do suicídio e a sua tentativa constituem um problema de saúde pública de primordial importância, ao ser considerado em números absolutos, como também em termos de sofrimento humano e econômicos, mais especificamente entre adolescentes e adultos jovens (DIEKSTRA, 1995).

Muitos estudos já foram desenvolvidos e outros tanto estão em desenvolvimento no sentido de encontrar razões que levam o ser humano a por fim em sua vida. As linhas de pesquisa sobre esse tema, nos dias atuais, têm se direcionado à identificação de fatores de risco, de modo tal a apresentar o evento sob inúmeras variáveis de níveis diferentes, como já foram anteriormente mencionados. “No entanto, os trabalhos desenvolvidos não têm conseguido alterar a tendência de aumento do suicídio identificada nos vários países do planeta” (MENEGHEL *et al.*, 2004, p. 805). Conforme dados da OMS (2009) *apud* Daoli (2010, p. 254) “o número de mortes por suicídio, no mundo todo, no ano de 2003 aproximou de 900 mil pessoas”.

“Para cada suicídio efetivado estima-se que houve de 10 a 20 tentativas frustradas, e a existência de cerca de cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências sociais e econômicas” (OMS, 2009 *apud* DOOLI, 2010, p. 254).

Outros estudos apontam para a “existência de culturas suicidas, onde proliferam formas de comportamento autodestrutivas relacionadas à denominada ‘existência tóxica’” (KALINA; KOVADLOFF, 1983 *apud* MENEGHEL *et al.*, 2004, p. 805).

Para alguns autores, o suicídio se refere a um ato individual. No entanto, Durkheim (2000) referiu-se à tentativa de suicídio sob o ponto de vista social. Na concepção do autor, o suicídio não se trata apenas de um ato individual, existem causas sociais, considerando o suicida um ser social no nível da integração social dos suicidas no meio em que vivem.

Freud (1969) afirma que a tentativa de suicídio é o resultado da interação de

fatores externos com os instintos de vida e de morte internos dos indivíduos, em que os últimos se sobrepõem, culminando com a tentativa. Acredita-se na existência de situações vividas socialmente, que possam contribuir para um desfecho da vida, de modo tão brutal, como os que são vistos hoje.

Segundo Mello (2000), as estimativas mostram que para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias que exigem atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas.

Referindo-se às tentativas de suicídio, o quadro é ainda mais grave. Estudo desenvolvido na Europa mostrou que o número de tentativas de suicídio pode ser até 40 vezes maior que o de suicídios (SANTOS *et al.*, 2009).

Suicídio é considerado por McGirr *et al.* (2007 *apud* CHAMOVICH *et al.* 2009, p. 1) “como o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional, e decorrente da interação de diversos fatores”.

4.1.1 Estudos epidemiológicos e causas determinantes

Em seus estudos, Ficher e Vansan (2008) apresentam os resultados de investigação feita no período entre 1988 a 2004: foram atendidos no setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), 1.377 casos de tentativas de suicídio de adolescentes com idades entre 10 e 24 anos, sendo 75% do sexo feminino e 25% do sexo masculino. Em relação aos diagnósticos clínicos dos adolescentes foram apresentados em ordem decrescente de importância no sexo feminino, os transtornos de ajustamento e outros transtornos neuróticos; os transtornos de personalidade, sendo alguns predominantes e outros emocionalmente estáveis; os transtornos depressivos; as esquizofrenias; os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas; e os transtornos de conduta. No sexo masculino, os diagnósticos mais frequentes, em ordem decrescente de importância, foram os transtornos de ajustamento e outros transtornos neuróticos; os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, predominantemente devido ao uso de álcool; os transtornos de personalidade; as esquizofrenias e os transtornos depressivos.

Os dados revelaram que 70% dos adolescentes provinham de lares desfeitos. Eram adolescentes que se sentiam intensamente desvalorizados, rejeitados e

desprezados pelas pessoas dos seus núcleos sócio-familiares, e que apresentavam intensos e constantes problemas de relacionamentos familiares e amorosos. O uso/abuso de substâncias psicoativas esteve presente em 40% dos casos estudados.

Em estudo realizado em Campinas, por Marín-León e Barros (2003), que investigou gênero e nível socioeconômico, os resultados mostram que comparando a outros países, a mortalidade por suicídio no município foi baixa (<5 ób/100.000 hab). A sobremortalidade masculina foi superior a 2,7 suicídios masculinos para cada suicídio feminino. Em 1980-1985 as maiores taxas foram observadas nos adultos de 55 anos e mais; já em 1997-2001 as taxas são mais elevadas nos adultos de 35-54 anos. Entre os homens, os meios mais utilizados são o enforcamento (36,4%) e as armas de fogo (31,8%). Entre as mulheres predomina o envenenamento (24,2%), seguido pelas armas de fogo e enforcamento (21,2%); este último ocorreu predominantemente no domicílio (75,7%); já as mortes por arma de fogo e envenenamento ocorreram em maior proporção em hospitais.

Diferentemente dos homicídios, os suicídios não apresentam aumento progressivo das taxas com a diminuição do nível socioeconômico. As conclusões obtidas foram que as taxas são baixas, oscilando com aumentos e declínios sucessivos, sem tendência contínua de crescimento ou redução. Os riscos de morte por suicídio são maiores nos homens e não aumentam com a redução do nível socioeconômico.

Outro estudo, desenvolvido em Limeiras, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2002, por Baptista e Borges (2005), teve como dados analisados os sociodemográficos: idade, sexo, estado civil, localidade (urbano/rural), além dos dados referentes aos métodos utilizados para a execução dos suicídios. Através desse estudo foi possível averiguar que os suicídios responderam por (6,2%) de todas as mortes no período citado, sendo mais prevalente em homens (82,0%) e no meio urbano (88,9%). A faixa etária mais atingida foi a de 21 a 40 anos para ambos os sexos, respondendo por 49,4% de toda a amostra e os métodos mais utilizados para os homens foram: enforcamento (56,0%) e arma de fogo (24,0%), e para as mulheres enforcamento (39,3%) e intoxicação/veneno (21,4%). A média geral de suicídios foi de 4,88/100.000 habitantes nas oito cidades pesquisadas no período, sendo Limeira, Araras, Iracemápolis, Cordeirópolis, Leme, Santa Cruz da Conceição, Pirassununga e Conchal.

Santos *et al* (2009) desenvolveram estudo tendo como objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais em 96 casos de tentativas de suicídio atendidos em hospital de emergência no Rio de Janeiro, entre 2006 e 2007. A maioria da amostra consistiu em mulheres, jovens, baixa escolaridade e ingestão de medicamentos psicoativos como principal meio. Outros fatores: histórias prévias de tentativa e uso de álcool no momento do agravo. Os transtornos mentais mais frequentes foram: episódio depressivo (38,9%), dependência de substâncias psicoativas (21,9%), transtorno de estresse pós-traumático (20,8%), dependência de álcool (17,7%) e esquizofrenia (15,6%). A taxa total dos transtornos mentais foi de 71,9%. Tais achados são mais próximos aos estudos em países em desenvolvimento.

Em estudo realizado em Uberlândia – MG - indicou, o perfil do suicida neste município entre 2004-2008: indivíduos do sexo masculino em sua maioria (73,78%), com idade entre 25-48 anos (51,22%) e predominando os solteiros (43,00%). Quanto à atividade, a maioria era do lar (10,90%), residiam no bairro Tibery (6,09%) e a forma mais utilizada para os suicídios foi enforcamento (60,36%). Os meses de julho e agosto (21,30%) foram os mais frequentes, sendo que os sábados e domingos apresentaram maior prevalência (39,40%) (ARAÚJO, ROMERA e OLIVEIRA, 2010).

Em pesquisa realizada em Criciúma - Santa Catarina -, Techy (2007) analisou os casos de suicídios registrados no banco de dados do Instituto de Medicina Legal do município, entre os anos de 2001 e 2007, com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico da região e identificar se este local acompanha o perfil mundial e brasileiro. Os parâmetros analisados foram idade, sexo e métodos letais usados. Os resultados mostraram que o número total de óbitos por suicídio entre os anos de 2001 e 2007 (exceto novembro e dezembro) somou 171. Em todos os anos, os homens cometeram mais suicídio e o enforcamento foi a escolha mais frequente entre ambos os sexos. A faixa etária entre 15 e 46 anos apresentou o maior índice de registros de suicídios consumados. O perfil epidemiológico suicida encontrado na pesquisa segue as mesmas características brasileiras e mundiais.

Viana *et al.* (2008) apresentam o trabalho “Descrever e avaliar a incidência de suicídio em indivíduos procedentes da Associação dos Municípios da Região de Laguna (Amurel) – RS, no período de 2001 a 2005” cujos dados foram coletados no Instituto Médico Legal (IML) de Tubarão, referentes a todos os óbitos ocorridos entre

2001 e 2005, que tiveram como causa de morte o suicídio. Os dados da pesquisa foram retirados dos prontuários do IML por meio do preenchimento de uma ficha de dados. Os resultados mostraram que a média de idade dos suicidas pesquisados ficou em 44 anos e a incidência maior foi entre os homens (79,6%). A maioria dos casos não tinha união estável (38,8%); o método com maior frequência foi o enforcamento (68,4%). As profissões mais comuns entre os suicidas foram os serviços gerais e agricultores. A cidade com mais incidência foi Grão Pará com 20,2%. Verificou-se que os homens se matam quase quatro vezes mais que as mulheres.

Em 2009, Moraes e Sousa (2011) realizaram uma pesquisa no Município de Dormentes – PE, que objetivou construir um mapeamento, por meio das representações sociais, dos fatores de risco quanto ao fenômeno do suicídio no município. O estudo teve por base uma pesquisa de campo que envolveu a comunidade local, tais como familiares de suicidas, idosos, líderes comunitários, gestores e professores, totalizando 12 pessoas que responderam aos questionários e às entrevistas. Foi feito um levantamento sobre os casos de suicídio em Dormentes relativo ao período de 2006-2008 junto à polícia civil, ao cartório e à Secretaria de Saúde. Os resultados mostraram a ocorrência de 13 casos, predominando o enforcamento. As causas apontadas para o suicídio foram problemas pessoais e financeiros; falta de emprego; depressão; ansiedade; ciúme doentio; excesso de atividades; consangüinidade; falta de vitaminas e de uma alimentação adequada; uso excessivo de remédios; profunda tristeza e vontade de acabar com o sofrimento; questões psicológicas e pensamentos repetitivos.

Os estudos epidemiológicos apresentam resultados variados sobre o suicídio e as tentativas de suicídio. Sabe-se da existência de uma multiplicidade de fatores de risco capazes de levar a pessoa a tomar uma decisão que culmine com o fim de sua vida. Mas, torna-se relevante observar que em se tratando de comportamento humano a imprevisibilidade é uma de suas características. Portanto, muitos são os fatores de risco, e esses tendem a direcionar os trabalhos de prevenção, mas nunca defini-los como prontos e acabados, haverá sempre que ser inovados e adequados à realidade de cada tempo e espaço.

4.1.2 Fatores de risco

A OMS (2000), em seus estudos em países desenvolvidos e em desenvolvimento, constatou a existência de dois importantes fatores relacionados ao suicídio: em sua maioria, as pessoas que cometeram suicídio tem um transtorno mental diagnosticável e os índices de suicídio e comportamento suicida são mais elevados em pacientes psiquiátricos.

Quanto aos fatores de risco observa-se que é consensual entre pesquisadores em suicidologia, a noção de não haver um fator único capaz de responder pelo suicídio ou pela tentativa. Existem inúmeros fatores que podem, em conjunto, levar à ocorrência desse fenômeno (WHO, 2000).

Em seus estudos Quental (2008) observou que os fatores de risco diferem entre grupos da população. Em população jovem há predominância de situações de estresse ambiental (rompimento com namorados ou amigos, problemas na escola, conflitos familiares, dentre outros).

De acordo com a OMS, alguns fatores sociodemográficos indicam indivíduos sob maior risco de suicídio, quais sejam: sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, extratos econômicos extremos (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados e migrantes (WHO, 2003).

Os fatores de risco potencializam o ato suicida. Dentre os mais importantes, estudos mostram transtornos mentais (depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar) (DIEKSTRA 1995 *apud* MENEGHEL *et al.*, 2004; SUOMINEN *et al.*, 2004, *apud* BOTEGA 2006; ABREU *et al.* 2010; QUENTAL, 2008; SHIKIDA, GAZZI e ARAÚJO JÚNIOR, 2006; PRIETO e TAVARES 2005).

Segundo Prieto e Tavares (2005), os transtornos mentais estão associados com cerca de 90% de casos de suicídio, sendo de maior incidência os transtornos do humor. Também o uso abusivo de substâncias psicoativas, dependência do álcool, de drogas ilícitas foram citados, por muitos autores, como fatores de risco ao suicídio. (DIEKSTRA 1995 *apud* MENEGHEL *et al.*, 2004; ABREU *et al.* 2010, SHIKIDA, GAZZI e ARAÚJO JÚNIOR, 2006), MÁRIN-LEÓN e BARROS, 2003; PRIETO e TAVARES 2005).

No entanto, outros fatores foram mencionados: "história familiar de suicídio,

relações familiares, instabilidade familiar, conflito de identidade sexual” (ROGERS JR, 2001 *apud* MENEGHEL *et al.*, 2004, p. 805; SHIKIDA, GAZZI e ARAÚJO JÚNIOR, 2006; ABREU *et al.* 2010, p. 199).

Também constituem fatores de risco ao suicídio perda (relacionamentos, saúde, identidade), eventos de muito estresse (pressão social, abuso sexual e ou corporal, etc.). A acessibilidade a métodos letais como armas de fogo, exposição ao suicídio (familiares ou amigos), problemas legais (prisão) (SHIKIDA, GAZZI e ARAÚJO JÚNIOR, 2006). Segundo Abreu *et al.* (2010, p. 199), outros “fatores de risco para comportamento suicida são, sexo, idade, problemas físicos”. A situação social e desfavorável, mudanças sociais foram elencadas como fatores de risco. (ABREU *et al.*, 2010 ; SHIKIDA; GAZZI; ARAÚJO JÚNIOR, 2006).

Dentre às inúmeras causas que levariam uma pessoa a suicidar, Shikida, Gazzi e Araújo Júnior (2006, p. 1) “apresentam cobranças excessivas, perdas grandes de status, parentes e amigos”.

Fatores econômicos como desemprego, piora de expectativa de vida, podem contribuir para a piora da saúde mental individual; os fracassos no desempenho do homem como provedor poderiam levar a atritos familiares, e até dissolução familiar, poderiam se associar a suicídio (MÁRIN-LEÓN e BARROS, 2003, p.6;)

Consideram-se como fatores associados ao suicídio as tentativas prévias, a doença afetiva, o isolamento social, a declaração de intenções e uma série de variáveis demográficas e socioeconômicas (ROGERS JR, 2001 *apud* MENEGHEL *et al.*, 2004; QUENTAL, 2008).

Mudanças psicobiológicas, advindas da aproximação do início da puberdade; aumento no número de estressores sociais; mudança nos padrões de aceitação de comportamentos suicidas são fatores apresentados por (DIEKSTRA 1995 *apud* MENEGHEL *et al.*, 2004, p. 805).

Dentre os principais fatores de risco para o suicídio, estudos mostram as perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, certas situações clínicas (doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes), ter acesso fácil a meios letais (MESSAGGI, 2009; NUNES, 1988).

Problemas mentais e drogadições estão presentes em 90% dos suicídios na Europa e Estados Unidos (MOSICKI 1995 *apud* MENEGHEL *et al.*, 2004, p. 805).

Estudos mostram haver associação entre depressão e suicídio, uma vez que o risco de suicídio aumenta mais de 20 vezes em indivíduos com episódio depressivo maior, e é ainda maior em sujeitos com comorbidade com outros transtornos psiquiátricos ou doenças clínicas (LÖNNQVIST, 2000 *apud* BOTEGA *et al*, 2006).

A compilação de vários estudos, realizada pela OMS, mostrou que em mais de 90% dos suicídios pode ser feito um diagnóstico de transtorno mental. Os quadros clínicos mais frequentes correspondem a depressão, transtorno afetivo bipolar, dependência de substâncias químicas, notadamente álcool. Grande parte desses quadros, quando diagnosticados, são acompanhados pelo médico generalista ou pelo médico do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2009, p. 7).

Os registros na literatura revelam que a depressão é um dos muitos transtornos mentais. Está presente na vida dos indivíduos e ao longo do tempo determina o caminho a ser trilhado.

A morte através do suicídio é um sério problema de saúde pública, tendo se tornado um tema de grande relevância para a análise da situação social e de saúde do país (MINAYO, 1998). Nos serviços de saúde, a atuação das equipes na busca da identificação de fatores de risco e a utilização de estratégias preventivas para o comportamento suicida tendem a proporcionar mais segurança e confiança nos indivíduos com este agravo e suas famílias. No âmbito da atenção primária à saúde evidencia-se ainda mais a possibilidade de realização de intervenções preventivas (ABREU *et al.*, 2010).

4.2 POLÍTICAS E PROGRAMAS SOBRE SUICÍDIO

A OMS, após a organização de um simpósio internacional, em 1998, e com base na contribuição de pesquisadores, profissionais da saúde em geral e da saúde mental, sobreviventes de tentativas de suicídio e líderes comunitários, elaborou um modelo de referência para se pensar a saúde pública nesta área com recomendações que orientaram países e comunidades a estruturar ações preventivas para o suicídio. No ano seguinte foi lançado o documento *SUICIDE PREVENTION PROGRAM* (SUPRE) como uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio (BRASIL, 2009).

O SUPRE é um programa mundial para a prevenção do suicídio, constituído de vários guias que fazem parte de uma série de recursos preparados e dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos, que são de particular relevância para a prevenção do suicídio. São guias que procuram envolver várias partes de um todo, envolvendo uma variedade de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da mídia, e outros (BRASIL, 2009).

As justificativas para o surgimento desse programa segundo Botega *et al.* (2004) são: o crescimento de 60% nas taxas de mortalidade por suicídio nos últimos 45 anos, ocorrido tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, sendo que nesse período os maiores coeficientes de suicídio que se encontravam entre os idosos, mudaram para as faixas das etárias mais jovens, entre 35 e 45 anos e em alguns países, até mesmo entre 15 e 25 anos. Dentre estes, o suicídio é uma das cinco maiores causas de morte em ambos os sexos e o fato de algumas formas de intervenção, dentre as propostas pelo programa serem extremamente eficazes na redução e prevenção dos suicídios e de poderem ser aliadas a abordagens terapêuticas na atenção primária.

Os objetivos desse programa são:

[...] possibilitar a ampliação da conscientização acerca dos problemas derivados do comportamento suicida; identificar variáveis válidas e fidedignas da determinação dos fatores de risco para o comportamento suicida fatal e não fatal, enfatizando principalmente os fatores sociais, descrever os padrões comportamentais do suicídio, identificar as variáveis determinantes do comparecimento a serviços de saúde dos indivíduos que tentaram suicídio, identificar os tratamentos capazes de minimizar as tentativas de suicídio; melhorar a eficácia dos serviços de saúde através de

intervenções específicas que reduzam a quantidade de tentativas de suicídio (BOTEGA, N. J. *et al*, 2004, p. 178).

As recomendações apresentadas pelo SUPRE foram agrupadas em três aspectos fundamentais: ampliação da conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco; intensificação de programas e serviços de conscientização e de assistência e, incremento e aprimoramento da ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio (OMS, 2000).

No caso do Brasil, observa-se que quanto ao tratamento dado à questão do suicídio em termos de programas governamentais, no contexto nacional e atual, parece ter feito muito pouco desde 1999, ano do lançamento do SUPRE pela OMS, como uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio (OMS, 2000). No entanto, em 2005, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho cuja finalidade era elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades.

Em 2006, o Ministério da Saúde apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio – ENPS, a partir da Portaria GM n. 1876, de 14 de agosto de 2006, para orientar o plano, a qual instituiu diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, por considerar o fenômeno do suicídio um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido; avaliar a importância epidemiológica do registro das mortes e tentativas de suicídio e reconhecer a necessidade de promoção de estudos e pesquisas na área de prevenção do suicídio, cujo objetivo é minimizar as taxas de suicídios e tentativas (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as principais ações destacadas na elaboração das estratégias de prevenção do suicídio foram:

- desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos

de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

- contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

- promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;

- promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006, s/p).

A instituição das Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio a ser implantadas em todas as unidades federadas, deve respeitar as competências das três esferas de gestão. A portaria acima mencionada elenca vários itens legais, epidemiológicos, financeiros, e inclusive uma recomendação da OMS de que os Estados Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio.

Tal estratégia prevê sua implantação em parceria com a Atenção Básica, buscando o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, proporcionando vínculo e acolhimento. A ideia é que as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sejam apoiadas por equipes matriciais para atender os casos de saúde mental no território de sua área adstrita (BRASIL, 2006a)

A portaria 1.876 faz alusão também, à portaria 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005 que instituiu o “Grupo de Trabalho” com o objetivo de elaborar e implantar a ENPS (BRASIL, 2006a).

A ENPS é coordenada por um Comitê Gestor, formado por especialistas e entidades da sociedade civil, como o Centro de Valorização da Vida (CVV). Envolve uma série de ações que vão desde a melhora das condições de vida (saúde, educação, cultura, lazer, trabalho) e dos vínculos familiares e comunitários, até a oferta de uma rede de serviços de saúde e de saúde mental que ofereçam tratamento e reabilitação psicossocial. Sua proposta é desconstruir o tabu existente em torno do suicídio e potencializar os recursos existentes na comunidade, nas redes de atenção à saúde (atenção primária, saúde mental, urgência e emergência, hospitalar), e de apoio e proteção social (assistência social, educação, segurança

pública), garantindo que os casos sejam abordados em todos os níveis de atenção e em suas complexidades. O acompanhamento cuidadoso das pessoas que tentaram suicídio tem se mostrado uma potente estratégia de enfrentamento (prevenção secundária).

Após alguns anos da implantação dessas estratégias nacionais para a prevenção do suicídio, foi possível avaliar o impacto causado por essas ações em muitos países, a partir do qual a OMS teve melhores condições de determinar algumas recomendações gerais para lidar com o problema (BOTEGA *et al.*, 2006), que são:

- Identificação e redução da disponibilidade e o acesso aos meios que propiciam se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhoria dos serviços de atenção à saúde, reforço ao apoio social e promoção da reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhoria dos procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
- Aumento da atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus relacionados à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumento do conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Auxílio a mídia para noticiar suicídios e tentativas de suicídio;
- Incentivo à pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos;
- Promoção de treinamento a indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

Em 28 de Maio de 2009, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ) da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 498/07, que obriga os hospitais da rede pública e privada a informar ao órgão público de saúde - estadual ou municipal - os casos de atendimento a pessoas com diagnóstico de tentativa de suicídio. Esta atitude permitirá levantar dados fidedignos sobre os casos de tentativas de suicídio, e a partir disso, permitir desenvolver estratégias mais adequadas à realidade do serviço e do território.

O Laboratório de Saúde Mental e Medicina – LSMM -, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, tem

liderado várias iniciativas no campo da assistência, ensino e pesquisa visando à prevenção do suicídio. Conta com uma equipe coesa para tanto, composta por várias categorias profissionais, pós-graduandos, especializandos e alunos de graduação que se unem para a consecução dessas ações (BOTEGA, 2010).

4.2.1 Suicídio e Atenção Primária

O tema suicídio demanda a atenção de profissionais de diversas áreas que possam tratar dos riscos e das possibilidades de prevenção (MINAYO, CAVALCANTE; SOUZA, 2006). Assim, o comportamento suicida constitui-se em preocupação tanto para a sociedade como para os profissionais da área de saúde.

O médico da atenção primária deve manter contacto regular com os pacientes identificados como de risco para o suicídio. O risco de suicídio varia e deve ser reavaliado frequentemente. Como parte do monitoramento anterior de pacientes suicidas, o clínico deve determinar se ocorreram mudanças, como um ressurgimento de eventos precipitantes, as circunstâncias adversas da vida, ou agravamento dos transtornos mentais. A participação assídua em intervenções e tratamento deve ser monitorada. (VASCONCELOS, 2009, p. 2).

Na Atenção Primária à Saúde, o foco de implementação do cuidado deve ser direcionado àqueles que possam ser incluídos em situações de agravos que predisponham às tentativas de suicídio. Para a prevenção do comportamento suicida são necessárias ações como a realização de programas em escolas e na comunidade. A redução do consumo e abuso de álcool e drogas entre jovens, programas que visem à redução da violência entre homens de 25 a 55 anos e remoção de barreiras que dificultam o acesso da população à saúde mental são exemplos de ações que atuam de forma positiva para a redução dos índices de comportamento suicida (KNOX; CONWELL; CAINE, 2004 *apud* ABREU *et al*, 2010).

Dados encontrados pela OMS (2000), em vários estudos, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mostram a existência de dois fatores de risco: as pessoas que cometeram suicídio, em sua maioria, têm um transtorno mental diagnosticável e o segundo fator é que os índices de suicídio e comportamento suicida são mais elevados em pacientes psiquiátricos. Acredita-se que possa ser devido a esses resultados que a OMS conduziu seus trabalhos junto à saúde pública com o olhar voltado sobremaneira para a Saúde Mental.

Embora as pessoas com risco de suicídio, em sua quase totalidade, apresentem transtorno mental, a maioria não procura um profissional de saúde mental, mesmo em países desenvolvidos. Dado que torna vital o papel da equipe de Atenção Primária à Saúde.

É por isso que a OMS (2000), no “Manual Prevenção do Suicídio” - um manual para profissionais da saúde em Atenção Primária - refere-se aos profissionais da Atenção Primária como sendo a porta de entrada dos recursos de saúde, sendo de grande importância a capacitação de toda a equipe para identificar, abordar, manejar e encaminhar um suicida na comunidade. Por estas razões, torna-se indispensável a articulação e o apoio aos serviços de Atenção Primária à Saúde, como forma de prestar uma assistência comunitária e integral ao paciente.

Dentre esses profissionais, acredita-se que sejam os agentes comunitários de saúde os que podem dar uma parcela de contribuição maior na identificação do comportamento suicida, como cita Abreu, Kohirausch e Lima (2008 *apud* ABREU *et al*, 2010 p. 199):

Os profissionais de enfermagem consideram como os maiores responsáveis pela identificação do comportamento suicida, os agentes comunitários de saúde, embora não pertencentes à equipe de enfermagem, devido a proximidades dos mesmos com a comunidade na qual trabalham.

Silva e Costa (2010) esclarecem que compreender o processo de rede significativa como um fator de proteção para a saúde mental e organizar uma rede de serviço, que atenda a pessoa que sofre e que é cometida por um desejo ou por um ato suicida, é um dos fatores que favorece uma proximidade complexa para esta problemática.

“É possível a identificação da presença do comportamento suicida, tendo em vista que os usuários com tal comportamento tendem a procurar auxílio nos serviços de Atenção Primária antes de morrer” (ABREU *et al.*, 2010, p. 199). Na opinião de Abreu *et al* (2010), as práticas na Atenção Primária à Saúde precisam contemplar ações visando a prevenção do comportamento suicida. A fim de se conseguir planejamento e implementação dessas ações, é necessário que se tenha conhecimento sobre os fatores de risco, a estruturação e a sistematização de formas de investigação desses fatores e o acompanhamento dos casos identificados. Além

de tudo isso, os profissionais das equipes de saúde precisam ter as informações, pertinentes acerca da realidade de saúde da população que atendem. Precisam acima de tudo, de informação e formação para se capacitar e saber lidar com esse fenômeno do suicídio.

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

Estudos mostram que uma proporção substancial de pessoas que cometem o suicídio morre sem nunca terem visto um profissional de saúde mental. Desse modo, a melhora na detecção, encaminhamento e manejo dos transtornos psiquiátricos na Atenção Primária são passos importantes na prevenção do suicídio (OMS, 2009a).

O crescente índice de ocorrência do comportamento suicida nos últimos anos vem gerando demandas aos serviços de saúde. A Atenção Primária está organizada para promoção e prevenção em saúde e atendimento dos agravos de relevância, e aí se inclui o comportamento suicida. Ainda que este problema seja da área de saúde mental, é necessário que os profissionais de saúde pública estejam preparados para seu atendimento, em função das transformações sofridas na lógica do cuidado em saúde mental desde a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Desse modo, com vistas ao cuidado integral, as práticas na Atenção Primária precisam englobar ações de saúde mental visando à prevenção do comportamento suicida, utilizando principalmente técnicas relacionais, tais como o acolhimento e a escuta (KOHLRAUSCH *et al.*, 2008).

No entanto, nem sempre isso ocorre, como observou Tschidel (2009), em seus estudos. O despreparo de profissionais atuantes na área de saúde pode dificultar os resultados almejados acerca da prevenção do suicídio. No que se refere ao conhecimento das enfermeiras sobre suicídio, o autor observou que grande parte não soube caracterizar o comportamento de um paciente com risco de suicídio e algumas não souberam descrever a abordagem correta deste. Afirma-se ainda que a maioria não se sente preparada para prevenir o suicídio, no entanto, algumas conhecem parte das ações que podem ser desenvolvidas na Unidade Básica de

Saúde e reconhecem a importância destas. Resultado esse que evidencia a necessidade da qualificação dos profissionais da Atenção Primária e o empenho para que a integralidade do atendimento em saúde seja de fato concretizada.

4.2.2 Intervenções para prevenção do comportamento

A prevenção do suicídio é de suma importância no enfrentamento desta problemática na sociedade moderna, pois se sabe da importância da avaliação dos fatores de risco (impulsividade, agressividade, retraimento, falta de suporte social) e dos fatores de proteção (presença de suporte social, mecanismos de *coping*) para um melhor manejo do paciente suicida, o que exige uma abordagem não diretiva, complexa e também multidisciplinar.

Em encontro de 15 especialistas, sobre suicídio, realizado em 2004 na Austrália, foram identificadas cinco áreas de intervenções preventivas, sendo elas: 1) programas educacionais e de conscientização para o público em geral e para profissionais, 2) identificação dos possíveis métodos de tentativas, 3) tratamento das desordens mentais, 4) restrição ao acesso a meios letais e, 5) o enfoque das reportagens que aparecem na mídia sobre suicídio.

Tendo em vista os transtornos mentais ocasionarem comportamento suicida, Feldman *et al.* (2007 *apud* ABREU *et al* 2010) esclarecem que programas educativos e de conscientização para profissionais de saúde, comunidade e cuidadores de usuários com comportamento suicida, seriam eficazes na prevenção de tentativas de suicídio se associados ao acompanhamento contínuo desses indivíduos, bem como ao tratamento psicoterápico e farmacológico. Esclarecem ainda que o acesso aos possíveis meios letais deva ser restringido, e o planejamento de métodos suicidas requer investigação.

Desse modo, os profissionais da Atenção Básica precisam se apropriar de estratégias que os tornem próximos dos usuários, a fim de que estes tenham uma relação de confiança e vínculo que permita expressar seu desejo de suicídio, bem como manifestar de que forma pensam em colocar isso em prática.

O fato de o suicídio ser um ato complexo e multifatorial requer que cada caso receba intervenção específica. Pessoas diferentes podem viver uma situação semelhante e apresentar reações diferentes. Para algumas uma situação de estresse pode gerar comportamento suicida e para outras não. No entanto, o que se

propõe como intervenção, nesses casos, é a realização de acompanhamento de indivíduos com risco para suicídio, de modo a desmistificar o significado que o ato representa para os usuários (MANN *et al.*, 2005).

Embora o transtorno depressivo represente importante fator de risco para o problema, um estudo recente demonstrou que médicos que atuam na atenção primária à saúde questionam apenas metade dos usuários com depressão sobre o comportamento suicida (FELDMAN *et al.* 2007 *apud* ABREU *et al.* 2010).

O usuário com comportamento suicida, segundo a OMS (2000, 2005) apresenta três características principais: ambivalência, impulsividade e rigidez. Cabe ao profissional de saúde encontrar alguma forma de aumentar o desejo daquele pela vida, fornecendo, se possível, auxílio no momento do impulso suicida. O estabelecimento de um contrato de não suicídio entre o profissional, usuário e família pode ser firmado, visando à manutenção da vida.

Reyes (2002) esclarece que as ações auxiliares na prevenção do comportamento suicida, tais como grupos de autoajuda e a criação de condições psicossociais que estimulam a participação da comunidade por meio de atividades educativas capazes de integrar socialmente os indivíduos, de modo a promover um estilo de vida saudável, buscam a promoção da saúde mental.

A equipe de enfermagem, de modo especial na Atenção Primária à Saúde, se situa próxima à comunidade, levando ao estabelecimento de bom vínculo entre ambas, o que possibilita a identificação de fatores de risco para o suicídio e, a partir daí sua prevenção (TREBEJO; TREBEJO, 2000).

Ainda segundo os autores supracitados a atuação dessa equipe objetiva a promoção de mudanças no estilo de vida, a análise do ambiente onde o usuário se encontra inserido, a procura de fatores de risco, a ajuda na identificação e tratamento de injúrias que possam trazer complicações e auxílio na inserção dos usuários da comunidade que tentaram o suicídio (TREBEJO; TREBEJO, 2000).

No que diz respeito à divulgação de suicídios na mídia, Feldmann *et al.* (2007 *apud* ABREU *et al.* 2010, p. 199) esclarecem que a forma que determina de que maneira serão relatados casos de suicídio na mídia é importante para evitar a imitação do gesto, por outros indivíduos.

Diante do fato de ser o suicídio um ato que apresenta uma multiplicidade de possíveis fatores, torna-se relevante um atendimento amplo, focado por uma equipe de profissionais de áreas diversas. Uma abordagem interdisciplinar para

atendimento ao comportamento suicida requer um trabalho organizado e que seja em equipe, o que demanda intervenções técnicas e interação entre os profissionais, que, de maneira coordenada, coloquem em prática seus planos de ação. A comunicação, a articulação das ações e a compreensão das diferenças técnicas tornam-se indispensáveis para que a equipe consiga alcançar seus objetivos. Portanto, a soma dos saberes das diversas profissões envolvidas no ato de cuidar, possibilita que a situação seja abordada da forma mais integral possível, de tal modo a garantir a preservação da vida (ABREU *et al.*, 2010)

Tendo em vista a possibilidade do profissional da saúde, ao longo de sua carreira, se defrontar com um paciente que passe pela tragédia de suicídio ou atentado, evidencia-se a importância do conhecimento desse comportamento para que seja dado, à pessoa que apresenta esse problema, o tratamento ou o encaminhamento mais eficaz (LOUREIRO, 2006).

É de significativa relevância que o profissional da saúde, principalmente os que trabalham no setor de emergência dos hospitais, possua a adequada informação a respeito da dinâmica do fenômeno suicida e dos comportamentos patológicos precedentes e diretamente relacionados ao suicídio, para que um adequado diagnóstico possa ser elaborado e, por via de consequência, a intervenção terapêutica mais apropriada possa ser ministrada àquele que apresenta sinais característicos de comportamento suicida (LOUREIRO, 2006).

No entanto, segundo Tavares, Montenegro e Prieto (2004, p. 231), “até o momento, programas direcionados para atender pessoas em risco de suicídio representam iniciativas isoladas, de poucas pessoas, e sem respaldo institucional que lhe garanta sobrevivência em longo prazo”.

O papel da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), como um tecido mediador e fortalecedor de redes de serviços, pode ser promotor de redes significativas para o sujeito. O acompanhamento territorial dos mesmos, o entendimento de fatores de risco no território, as ações de estímulo as redes de serviço e as ações voltadas ao empoderamento comunitário territorial devem ser ações estratégicas prioritárias na prevenção das tentativas de suicídio (SILVA ; COSTA, 2010).

Conforme a OMS (2000), os usuários com comportamento suicida apresentam tendência de buscar auxílio nos serviços de Atenção Primária antes de morrer. Isso torna possível a prevenção de tentativas de suicídio. Mas, requer a

educação e a capacitação de profissionais, que atuam nessa área, a fim de contribuir na detecção de fatores de risco para suicídio, principalmente a depressão, de modo a atuar na prevenção.

A família deve ser orientada e deve-se encaminhar o usuário para acompanhamento psiquiátrico ambulatorial nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com referência para transtorno mental. Em casos graves, encaminhar para Emergência nos Hospitais locais e encaminhar ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. A prevenção do suicídio envolve toda uma série de atividades, a começar das crianças e dos adolescentes, proporcionando as melhores condições possíveis para se criar os mesmos, passando pelo tratamento eficaz de perturbações mentais, até ao controle ambiental de fatores de risco. A apropriada disseminação de informação e a conscientização são elementos essenciais para o sucesso dos programas de prevenção do suicídio (WHO, 2000).

Um exemplo do que já se está fazendo na Saúde Pública é “O Núcleo de Atenção ao Suicídio”, um projeto cujo objetivo é a prevenção do suicídio de jovens. Foi elaborado em 1999, na Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e foi implantado no Instituto Philippe Pinel, em 2001. Este desafio foi assumido por uma equipe formada por médicos e psicólogos. O projeto foi implantado no ambulatório de adultos desta instituição. Em virtude disso, foi ampliado o atendimento para os casos de tentativas de suicídio de adultos (QUENTAL, 2008).

Acredita-se que na medida em que novos projetos forem implantados os índices de suicídios e tentativas tendem a minimizar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados aqui apresentados demonstram que o objetivo geral do trabalho qual seja, “identificar e analisar, no contexto atual, como as intervenções para prevenção do comportamento suicida têm acontecido na Atenção Primária”, foi o considerado plenamente atendido.

Uma análise do suicídio leva a compreender que, embora seja um ato praticado contra o próprio autor, não se trata de um ato individual, como afirmaram Freud (1969) e Durkheim (2000) para quem a existência de situações vividas socialmente, pode contribuir para um desfecho da vida.

Nessa linha de considerações, torna-se possível hipotetizar que, embora se saiba que o suicídio acompanha a história da humanidade e em espaços e tempos diferentes, foram vistos e compreendidos à luz até mesmo da cultura do tempo. Acredita-se que os índices atuais tendem a ter raízes em fatores sociais, econômicos e financeiros associados ao capitalismo, uma vez que tal sistema, usando do marketing, tem desencadeado comportamentos consumistas por meio de propagandas coercitivas. Essas a princípio demonstram produtos vários; a seguir levam as pessoas à conscientização de serem diferentes e no desejo de serem iguais aos outros. Na impossibilidade de conseguir seu intento, tendo esse ou aquele outro produto, são levados a distúrbios de comportamentos, tais como violência e até mesmo suicídio.

Outro dado que possa desencadear esse ato está associado ao humor. Estudos mostram que a civilização contemporânea apresenta elevados índices do distúrbio do humor. Há entendimentos de que sentimentos de angústia e infelicidade potencializam a propensão ao autoextermínio.

Estudos demonstram que a incidência maior ocorre em pessoas do sexo masculino. Tal fato pode estar associado à pressão psicológica vivida em ambiente de trabalho, em que há muita cobrança e pressão social. Pode estar relacionado também ao excesso de trabalho e até mesmo à impossibilidade de não se conseguir uma boa elaboração das situações estressantes vividas, tanto no trabalho, como em família, hipótese essa sustentada por concepções de autores como Shikida, Gazzi e Araújo Junior (2006).

Os elevados índices de suicídio, em faixas de idade menores, podem ter

causas relacionadas a problemas sociais. É elevado o número de jovens que vivem crises existenciais. A não realização, as dificuldades de trabalho encontradas no mercado, a não realização pessoal, a exclusão social podem implicar comportamentos suicidas.

Diversos autores afirmam que os distúrbios mentais, como a depressão e esquizofrenia são fatores de risco do suicídio. Fundamentado em tais considerações pode-se admitir que os índices elevados de suicídio atuais, estejam associados a distúrbios mentais, dentre eles a depressão, distúrbio bipolar, esquizofrenia, tendo em vista serem elevados, na atualidade, os índices desses distúrbios.

A explanação feita evidencia, conforme esclarecem Abreu *et al* (2010) que as taxas de suicídio o definem como um problema de saúde pública, demonstrando a necessidade de ações preventivas.

Embora compreendamos tratar-se de um sério problema de saúde pública, a prevenção do comportamento suicida não se apresenta como tarefa fácil, devido ao fato do suicídio estar associado a várias doenças mentais, como verificado pelos mais variados autores estudados.

A detecção precoce e o tratamento apropriado do suicídio são importantes na prevenção, o que nem sempre acontece. Como agravante, a literatura deixa claro tratar-se de um tema pouco abordado e discutido na organização da Atenção Básica, fato que resulta em diagnósticos tardios e queda de qualidade da assistência.

Propostas de ações preventivas contra o suicídio têm sido feitas, a exemplo de organizações internacionais como a OMS, e também órgãos como o Ministério da Saúde. No entanto, sabe-se que os profissionais mais próximos das pessoas, no caso de atendimentos em Saúde Pública não apresentam a formação necessária diante da gravidade da situação e às vezes por problemas pessoais, demonstrando dificuldades em lidar com a morte, quando têm em mente serem profissionais voltados para salvar vidas, cuidar da saúde, como observou Cassorla (1991) em seus estudos.

É uma necessidade, como salienta a literatura que a Saúde Pública disponha de profissionais capacitados para lidarem com pessoas que apresentam tendências ao comportamento suicida ou que já tentaram.

Com a construção deste estudo, na busca de uma fundamentação teórica na revisão da literatura, percebe-se que as discussões e estudos sobre suicídio, segundo o que é proposto, têm a intenção de ressaltar os fatores de risco,

incidência, políticas sociais e projetos desenvolvidos no sentido de minimizar os índices do mesmo. No entanto, a realidade bem mostra as dificuldades, de diversas naturezas para lidar com esse problema, uma vez que há uma multiplicidade de fatores de risco a contribuir para a concretização do mesmo. Como mostra a literatura, as ações e projetos desenvolvidos nesse sentido não passam de ações isoladas. Ainda não foi concretizado um trabalho com profundidade capaz de contribuir à minimização desse problema de saúde pública, embora existam estratégias e manuais a esse respeito.

Em termos de tratamento e prevenção do suicídio, parece que a redução considerável de morbidades psiquiátricas, dentre elas transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, transtorno de dependência às substâncias psicoativas, transtorno de personalidade etc. na população, tende a diminuir o risco de suicídio.

Devido ao insignificante conhecimento sobre o valor preventivo das diversas intervenções existentes e que apenas uma pequena parcela de pacientes com risco de suicídio recebe o tratamento adequado, os esforços dos dirigentes de Saúde Pública devem concentrar-se em:

- Desenvolver projetos educativos, visando aumentar o conhecimento público e profissional dos fatores de risco para o suicídio;
- Buscar melhorar o sistema de saúde, a fim de garantir o acesso precoce a avaliações clínicas adequadas, aumentar a segurança e a efetividade dos tratamentos para os transtornos psiquiátricos com alto risco de suicídio;
- Buscar investigar acerca da prevenção de suicídio, pois através de pesquisas médicas podem esclarecer os benefícios e riscos específicos dos tratamentos médicos e intervenções psicossociais com possibilidade de prevenir o suicídio.

Pelo fato do suicídio ser multifatorial ele impõe, inicialmente, que se analise cada fator de risco com prudência. No entanto, as correlações estatísticas não são as causas, apenas permitem formular hipóteses de certeza variada. Somente estudo prospectivo de avaliação de métodos de prevenção que busque resposta para essas hipóteses pode permitir o engajamento de uma adequada política de profilaxia relacionada ao suicídio.

É possível inferir, diante da realidade sobre suicídio, ser necessária a identificação dos fatores de risco e de proteção seguida de teorias capazes, de modo abrangente, de agregar novos achados ao conhecimento teórico que busca

compreender e explicar o comportamento humano.

A realidade do contexto de saúde no Brasil leva a observar que, o programa de saúde existente, direcionado aos suicidas em potencial, não é específico e nem eficiente. Os profissionais de saúde, em muitos casos, ainda não possuem uma preparação humanística adequada e profissional para receber e encaminhar os sujeitos que tentaram o suicídio, a fim de atendê-los na sua integralidade e encaminhar aos setores que possam tratar de seus problemas.

No entanto, diante do que se pode detectar, mesmo considerando a forma de organização e planejamento das ações na Atenção Primária, estruturadas de acordo com territorialidade e adstrição, é possível perceber que nem sempre as equipes de saúde sentem-se preparadas para intervir em relação ao comportamento suicida, supostamente por acharem ser esse problema para os especialistas.

Mesmo que os profissionais de saúde da Atenção Primária estejam em contato direto com os indivíduos, em sua própria comunidade, com oportunidade de acesso sobre as condições de saúde, de modo especial sobre o comportamento suicida, existem muitas dificuldades. Devido a essas dificuldades de intervenção é que se torna fundamental a composição interdisciplinar da equipe, mesmo não tendo especialistas, uma vez que vários saberes se complementam para o atendimento ao comportamento suicida. A visão própria que cada disciplina tem, agregada a outras, contribui para a integralidade do atendimento.

Diante da realidade dos índices apresentados nos estudos sobre suicídio no Brasil, torna-se imperioso a colaboração dos órgãos governamentais municipais pondo em prática a Política Nacional de Saúde Mental e as metas da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, em nível da macropolítica de saúde.

Ciente de que a tarefa de prevenir o comportamento suicida não seja fácil, chegando a ser frustrante, em muitos casos, para o profissional da Atenção Primária que se sente despreparado, sem ter a quem recorrer para discutir as situações encontradas, é necessário continuar lutando para minimizar os índices desse fenômeno e o sofrimento, que a concretude do mesmo provoca em tantas famílias.

É imperioso que se faça adoção de estratégias para intervenções preventivas na área de saúde pública, para minimizar essa problemática social. Mas, faz-se necessário também, definir formas de tratamento mais eficazes, que dependem de uma combinação de medicações e psicoterapia, como também, educação em saúde e o papel de divulgação por parte das mídias, que atentem para a identificação das

pessoas com risco de suicídio e encaminhamentos possíveis.

Os dados observados levam a inferir que a formação de uma rede de atenção, onde se incluem os CAPS, os Residenciais Terapêuticos, as Oficinas de Geração de Renda, dentre outros equipamentos, que poderiam dar suporte às equipes da Atenção Primária, parece ainda ser muito tênue, dificultando o acompanhamento do usuário fora da unidade.

Além disso, é necessário as equipes da Atenção Primária estruturarem ações em Saúde Mental para serem desenvolvidas com suas comunidades, não só no sentido da identificação de psicopatologias, mas na direção da promoção da saúde, levando-se em conta a esfera da micropolítica de saúde.

Acredita-se que a formação continuada dos profissionais atuantes nos diversos segmentos da Saúde Pública precisa acontecer. É uma necessidade, uma vez que o não conhecimento impede de se alcançar os resultados esperados, além de ser obstáculo à minimização dos índices de suicídio e tentativas.

Em casos de tentativas de suicídio, além do acesso ao tratamento dos transtornos mentais, são necessárias políticas públicas que enfatizem o controle de meios e respostas sociais à redução do comportamento suicida.

Ao final do trabalho pôde-se observar que muitas propostas já foram planejadas, pelas autoridades a quem compete instituir. No entanto, a magnitude do problema requer muito mais esforços e tomadas de decisões. São necessários mais conhecimento, informação e formação aos profissionais que atuam na área, para melhor desempenharem suas atribuições e propiciarem melhores resultados para a sociedade, com um trabalho de qualidade.

Mesmo que muito já se tenha pensado e está sendo feito, não se pode fechar os olhos para negar o fato de que, inúmeros fatores de risco suicida extrapolam ao controle da Saúde Pública, por se encontrarem em outras dimensões - a econômica, a financeira, a social, e estes fatores são mais complexos de serem trabalhados, pois há casos que nem mesmo a própria pessoa querendo, não consegue se libertar do sistema, que a oprime, a escraviza, a exclui e a torna uma peça do sistema de produção. Destituída de sua individualidade, de sua subjetividade é condenada a viver na escravidão ou morrer, na busca da libertação.

REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski de; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; KOHLRAUSCH, Eglê; SOARES, Joannie Fachinelli. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>. Acesso: 10 agosto 2011.

ARAÚJO, Cristina Nelise de Paula; ROMERA, Maria Lúcia Castilho; OLIVEIRA, Paulo Roberto de. Abordagem epidemiológica sobre o suicídio no município de Uberlândia – MG, no período de 2004-2008. **ANAIS: X Encontro Interno & XIV Seminário de Iniciação Científica**. Disponível em: <https://ssl4799.websiteseuro.com/swge5/seg/ic2010/anais/?op=trabalhos&k=titulo> . Acesso: 10 de set. 2011.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BORGES, Amanda. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia Campinas**. v. 22, n. 4, p. 425-431 out/dez. 2005.

Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS – www.datasus.gov.br, 2010.

BARRETO, A. V. P.; HONORATO, C. de F. **Manual de sobrevivência na selva acadêmica**: Rio de Janeiro: Objeto Direto, 1998.

BOTEGA, Neury J. Laboratório de Saúde Mental e Medicina . **Faculdade de Ciências Médicas** - Unicamp, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Campinas SP, 2010. Relatório. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa/grupos-de-pesquisa/laboratorio-de-saude-mental-e-medicina/prevencao-do-> Acesso: 10 out 2011.

BOTEGA, Neury José; WERLANG, Blanca Susana Guevara ; CAIS, Carlos Filinto da Silva; MACEDO, Mônica Medeiros Kother. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.

BOTEGA, Neury José; MAURO, Marise L. F.; CAIS Carlos F da S. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida SUPRE/MISS – Organização Mundial da Saúde: In:WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTYEGA, N. J. Botega (Org.). **Comportamento suicida** (p. 123-140). Porto Alegre: Artmed. 2004.

BOTEGA, Neury José e cols. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para Prevenção do suicídio. Portaria n. 1876**, de 14 de agosto de 2006. Brasília, 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1876.pdf> Acesso : 16 agosto 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde Mental e de Uso de

Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros [Internet]. [citado em 2009 Out 8]. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health.> Acesso: 15 agosto 2011.

CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio** – Estudos Brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

CHACHAMOVICH, Eduardo; STEFANELLO, Sabrina; BOTEGA, Neury; TURECKI, Gustavo. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.31,supl.1. São Paulo, May, 2009.

DAOLI, Edilberto Suicídio: um alerta para uma sociedade autodestrutiva. **Saúde Coletiva**, v. 44, n. 7, p. 253-258. Editorial Bolina. Brasil, 2010.

DIEKSTRA, R. F. W; GARNFFSKI, W. On the nature, magnitude and casuality of suicidal behavior on international perspective. **Suicide LifeThreat Behav**, n. 25, p. 36-57, 1995.

DURKHEIM, É. **O suicídio, estudo de sociologia**. Tradução Monica Statel. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FREUD, S. Luto e Melancolia, v. 14, 1917, Além do Princípio do prazer. V. 18, 1920. In: **Obras Completas**: Rio de Janeiro, Imago; 1969.

FICHER, Ana Maria Fortaleza Teixeira. VANSAN, Gerson Antonio. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. **Estud. psicol.** Campinas. v. 25 n. 3. Campinas July/Sept. 2008.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências de comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2002.

KOHLRAUSCH, Eglê; LIMA, Maria Alice Dias da; ABREU, Kelly Piacheski de; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc Cuid Saude.** v.7, n. 4, p. 468-475, Out/Dez, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 270 p.

LOUREIRO, Rodrigo Moura .Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde . **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 16, n. 2, abr./jun. 2006.

MANN, J. J.; APTER, A.; Bertolote J, BEAUTRAIS, A.; CURRIER, D.; HAAS, A; et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. **J Am Med Inform Assoc.** v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.

MARÍN-LEÓN, Letícia; BARROS, Marilisa B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev. Saúde Pública** v.37, n.3, São Paulo, jun, 2003.
MELLO, M. F. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa

de seis caso de suicídio racional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 163-170, 2000.

MENEGHEL, S. N.; VICTORIA, C.G.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A.; FALK, J.W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev Saude Publica**, v. 38 n. 6, p. 804-810. 2004.

MINAYO, M. C.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad Saude Publica**. v. 22, n. 8, p. 1587-1596, 2006.

MESSAGGI, Giseli. **Suicídio**: uma revisão bibliográfica. (Monografia). Curso de Psicologia, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNSC. Criciúma, SC, 2009.

MINAYO, M. C. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.

MESSAGGI, Giseli. **Suicídio**: uma revisão bibliográfica. (Monografia). Curso de Psicologia, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNSC. Criciúma, SC, 2009.

MORAIS, Sílvia Raquel Santos de; SOUSA, Geida Maria Cavalcanti de. Representações Sociais do Suicídio pela Comunidade de Dormentes – PE. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 31, n. 1, p. 160-175, 2011.

NUNES, S.V. Atendimento de tentativas de suicídio em hospital geral. **Jornal Bras Psiq.** v.1, n.37, p. 39-41, 1988.

Organização Mundial da Saúde- OMS. Preventing Suicide: a resource for Primary Health Care workers. Genebra: OMS; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. UNICAMP. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2009 Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>> Acesso: 15 agosto 2011.

_____. Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. 2009a. Disponível em: http://www.who.int/mental_health. Acesso: 10 de out 2011.

PIETRO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídios: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **J Bras. Psiquiatr.** v.54, n. 2, p. 146-154. 2005.

QUENTAL, Isabel de Araújo. Tentativas de Suicídio: Construindo dispositivos de prevenção um desafio para o SUS. **Projeto Conviver**, 2008.

REYES, W. G. La promocion de salud ante el suicídio. **Rev Cubana Med Gen Integr.** v. 18, n. 1, p. 33-45, 2002.

SAMPAIO, M .A.; BOEMER, M. R. Suicídio – um ensaio em busca de um desvelamento do tema. **Rev Esc Enf. USP**, v. 34, n. 4, p. 325-331, 2000.

SANTOS, Simone Agadir; LOVISI, Giovanni; LEGAY, Letícia; ABELHA, Lúcia Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, set, 2009.

SHIKIDA, Cláudio; GAZZI, Rafael de Almeida Vilhena, ARAÚJO JÚNIOR, Ari Francisco de. Teoria Econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil, **Ibmec MG Working Paper – WP39**, 2006.

SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de O.; COSTA, Ileno Izidio da. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**. v. 4, n.1, p. 19-29, 2010.

SILVA, Viviane Picinato da; BOEMER, Magali Roseira - O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 143-152, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso: 12 de out 2011.

TAVARES, M., MONTENEGRO, B, PRIETO, D. Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In: MALUSCHKE, G.; BUCHER-MALUSCHKE, J.; HERMANNNS, K. **Direitos Humanos e violência**: desabafos da ciência e da prática. Fortaleza: Konrad Adenauer; 2004. p. 231-257.

TECHY, Ana Cláudia. Suicídio: Análise Epidemiológica dos Dados Obtidos no Instituto de Medicina Legal de Criciúma entre os Anos de 2001 e 2007. 2007. Disponível em: http://200.18.15.7/medicina/tcc/2007_2/2007_02_r111.pdf.> Acesso: 19 out 22011.

TREBEJO, A. L.; TREBEJO, L. A. L. Comportamento del suicidio en ciudad de la Habana. Intervencion de enfermeria en la atencion primaria de salud. **Rev Cubana Enferm**. v. 16, n. 2, p. 78-87, 2000.

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

WANG, Y. P. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRA, A. M. A., TENG, C.T., WANG, Y.P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004.

World Health Organization. **The world health report: shaping the future**. Geneva: World Health Organization; 2003.

World Health Organization. **Preventing suicide: a resource for general physicians**. Department of Mental Health, Geneva: World Health Organization; 2000.

World Health Organization. Suicide. 2008 Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso: 05 agosto 2011.

VASCONCELOS, Fábio Pires. Ideação suicida e suicídio em Atenção Básica. **Como Cometer um Suicídio Não Vale a Pena**. 2011. Disponível em: <<http://naocometasuicidio.blogspot.com/2011/06/ideacao-suicida-e-suicidio-em-atencao.html>> Acesso: 10 de out 2011.

VIANA, Greta Nazario; ZENKNER, Felipe de Moura; SAKAE, Thiago Mamôru; ESCOBAR, Bráulio Tercius. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005 **J Bras Psiquiatr**. v.57, n.1, p. 38-43. 2008.