



ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Lucas Gonçalves da Silva

**Cuidado à saúde de usuários com comportamento suicida a partir da percepção dos
profissionais na atenção primária à saúde**

Brasília-DF
2021

Lucas Gonçalves da Silva

Cuidado à saúde de usuários com comportamento suicida a partir da percepção dos profissionais na atenção primária à saúde

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-PROFSAUDE e apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, na Escola Superior de Ciências da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa composto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituição de ensino superior associadas em rede nacional.

Orientadora: Prof. Dr^a Maria de Fátima de Novais Gondim

Co-orientador: Prof Dr Fábio Ferreira Amorim

Catálogo na fonte

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Escola Superior de Ciências da Saúde

Biblioteca Central da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Silva, Lucas Gonçalves

Cuidado à saúde de usuários com comportamento suicida a partir da percepção dos profissionais na atenção primária à saúde/ Lucas Gonçalves da Silva; orientador Maria de Fátima de Novais Gondim; coorientador Fábio Ferreira Amorim – Brasília, 2021

59p

Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2021

1.suicídio. 2.saúde mental. 3.saúde pública. 4.atenção primária à saúde. I
Título.

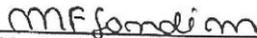
TERMO DE APROVAÇÃO

LUCAS GONÇALVES DA SILVA

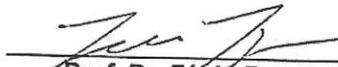
Cuidado à saúde de usuários com comportamento suicida a partir da percepção dos profissionais na atenção primária à saúde

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE)**, pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovada em: 23/11/2021.



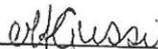
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima de Novais Gondim
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientadora



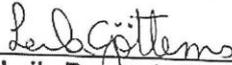
Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Coorientador



Prof. Dr. Heleno Rodrigues Correa filho
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinador Interno



Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Gussi
Universidade de Brasília (UNB)
Examinadora Externa



Prof.^a Dr.^a Leila Bergarda Donato Gottens
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Suplente

Dedico este trabalho aos participantes que se dispuseram em responder os questionários e a todos os pacientes que já atendi apresentando sofrimento mental.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus pois ele tem sido minha fortaleza durante toda a vida e não seria diferente neste período da realização do mestrado.

Aos meus pais, que dedicam amor, carinho, cuidado e respeito a mim e aos meus irmãos. Além de terem se empenhado durante duros anos para nos proporcionar a melhor educação possível dentro das suas possibilidades. Hoje colhemos bons frutos graças a dedicação deles.

Aos meus irmãos, Teresa e Guilherme, que mesmo longe fisicamente sempre me dão palavras de motivação e conforto e são espelhos de profissionais dentro de suas áreas.

Ao meu esposo, Felipe, por ter segurado minha mão neste período e me fazendo acreditar que seria possível mesmo quando eu duvidava. O seu companheirismo, carinho, dedicação e paciência são fundamentais.

Aos colegas de trabalho da atenção primária da região administrativa de Planaltina no Distrito que compartilham comigo o anseio por uma APS fortalecida e eficiente associada a valorização perante os gestores e sociedade.

À minha orientadora Prof Dra Fátima por ter me auxiliado desde o início da idealização deste trabalho sendo presente em todas as fases apresentando-se sempre solícita e com grande conhecimento sobre o tema.

Ao meu co-orientador Prof Dr Fábio por estar sempre disponível nos momentos de dúvidas e por ter proporcionado a estatística do trabalho.

Aos colegas do mestrado PROFSAUDE que compartilhamos a ansiedade, medo e vitórias durante esses anos e em especial a Laisa, uma amiga que conheci na residência de medicina de família e foi quem me incentivou a fazer a inscrição no mestrado.

Nunca encarei o suicídio como uma solução, porque eu odeio a vida por amor a ela.

FERNANDO PESSOA

RESUMO

Referência: Cuidado à saúde de usuários com comportamento suicida a partir da percepção dos profissionais na atenção primária à saúde

Introdução: O suicídio constitui um fenômeno complexo, com múltiplas facetas e diversas determinações, podendo afetar sujeitos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero. É considerado um problema de saúde pública que vêm sendo mundialmente debatido. **Objetivo:** Analisar os aspectos relacionados ao cuidado à saúde de usuários com comportamento suicida na atenção primária à saúde a partir da percepção dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado por meio da aplicação do questionário aplicado a profissionais que atuam na estratégia de saúde da família (ESF) de quatro unidades básicas de saúde (UBS) na cidade de Planaltina, Distrito Federal (DF). **Resultados:** Foram incluídas 57 respostas ao questionário; a idade média foi de $41,7 \pm 9,8$ anos, sendo a maioria do sexo feminino ($n = 41, 71,9\%$). A mediana do tempo de atuação na APS foi de 1,5 (IQ25-75% 1,0-2,0 anos). As questões que apresentaram melhor desempenho foram as relacionadas a percepção que a ideação suicida leva a consequências para o usuário e sua família ($n = 53, 93,0\%$), que o tratamento requer mais do que medicações ($n = 52, 91,2\%$) e conseguir acolher pessoas com ideação suicida ($n = 47, 87,7\%$). As questões que apresentaram pior desempenho foram relacionadas a necessidade de atualização sobre o atendimento em saúde mental ($n=2, 3,5\%$), acesso a dados sobre a quantidade de pacientes com ideação suicida ($n = 12, 21,1\%$) e treinamento para atuar no atendimento a pacientes com ideação suicida ($n = 19, 33,3\%$). Em relação aos domínios da avaliação dos cuidados à saúde de pacientes com comportamento suicida, foi observada correlação negativa e significativa entre a idade e a “Identificação” ($r = -0,306, p = 0,022$), a “Capacidade Profissional” ($r = -0,439, p = 0,001$) e o “Acompanhamento do Paciente” ($r = -0,305, p = 0,022$). **Conclusão:** Os profissionais de saúde através do trabalho têm a percepção de segurança para oferecer os cuidados à saúde de pacientes com comportamento suicida em relação à identificação, acolhimento e acompanhamento, porém a maioria não se sentia capacitada profissionalmente para o atendimento. Uma das lacunas apontada foi a falta de treinamentos e atualização profissional para o atendimento a esses usuários.

Palavras chave: Saúde mental; Atenção primária à saúde; Suicídio; Comportamento Autodestrutivo.

ABSTRACT

Reference: The health care to suicidal behavior based on the perception of professionals working in primary health care.

Introduction: Suicide is a complex phenomenon, with multiple facets and different determinations, which can affect subjects from different origins, social classes, ages, sexual orientations and gender identities. It is considered a public health problem that has been debated worldwide. **Objective:** To analyze the aspects of health care to suicidal behavior person at primary health care based on the perception of professionals working in the family health strategy. **Methods:** This is a cross-sectional study conducted through the application of a questionnaire applied to professionals who work in the family health strategy (FHS) of four basic health units (UBS) in the city of Planaltina, Distrito Federal (DF). **Results:** Fifty-seven responses to the questionnaire were included; the median age was 41.7 +/- 9.8 years, with the majority being female (n = 41, 71.9%). The median length of experience in PHC was 1.5 (IQ25-75% 1.0-2.0 years). The questions with the best performance were those related to the perception that suicidal ideation leads to consequences for the user and his family (n = 53, 93.0%), that treatment requires more than medications (n = 52, 91.2%), and being able to accommodate people with suicidal ideation (n = 47, 87.7%). The questions that showed worst performance were related to the need for updating on mental health care (n=2, 3.5%), access to data on the number of patients with suicidal ideation (n = 12, 21.1%), and training to work in the care of patients with suicidal ideation (n = 19, 33.3%). Regarding the domains of assessment of care for patients with suicidal behavior, a negative and significant correlation was observed between age and Identification ($r = -0.306$, $p = 0.022$), Professional Capacity ($r = -0.439$, $p = 0.001$) and Patient Monitoring ($r = -0.305$, $p = 0.022$). **Conclusion:** Health professionals, through work, have the perception of security to offer health care to patients with suicidal behavior in relation to identification, reception and follow-up, but most did not feel professionally qualified for care. One of the gaps pointed out was the lack of training and professional updating to serve these users.

Keywords: Mental health; Primary health care; Suicide; Self-Destructive Behavior.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Regionais de Saúde do Distrito Federal.....	25
Figura 2 – Correlação entre a idade e a avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida.....	32
Figura 3 – Correlação entre o tempo de atuação e a avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos profissionais de saúde.....	29
Tabela 2 – Avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida e de seus domínios de acordo com o instrumento aplicado.....	30
Tabela 3 – Distribuição das respostas positivas de acordo com os itens do instrumento de avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida.....	30
Tabela 4 – Assistência a pacientes com comportamento suicida de acordo com gênero e categoria profissional.....	33
Tabela 5 – Correlação entre a idade e os domínios da avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida.....	34
Tabela 6 – Correlação entre o tempo de atuação na APS e os domínios de avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida.....	34
Tabela 7 – Domínio de identificação, acolhimento e encaminhamento da avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida de acordo com o gênero e categoria profissional.....	35
Tabela 8 – Domínio empatia, capacidade profissional e acompanhamento do paciente com comportamento suicida de acordo com o gênero e categoria profissional.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
ESF	Estratégia Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 SUICÍDIO.....	15
2.2 SUICÍDIO E SAÚDE PÚBLICA.....	16
2.3 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
3 JUSTIFICATIVA	21
4 HIPÓTESE.....	22
5 OBJETIVOS	24
5.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	24
5.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	24
6 METODOLOGIA.....	25
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
6.2 LOCAL DO ESTUDO	25
6.3 PARTICIPANTES	26
6.3.1 Critério de inclusão	26
6.3.2 Critérios de exclusão	26
6.4 COLETA DOS DADOS.....	26
6.5 COLETA DOS DADOS.....	27
6.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
7 RESULTADOS	28
8 DISCUSSÃO	35
9 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE B.....	50
ANEXO A.....	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um fenômeno complexo, com múltiplas facetas e diversas determinações, podendo afetar sujeitos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero. É considerado um problema de saúde pública que vêm sendo mundialmente debatido.

Segundo o Ministério da Saúde (2017) o suicídio é reconhecido como ato de tirar a própria vida deliberadamente, tentativa de suicídio como a conduta suicida que não causou morte e ideação suicida os comportamentos que incluem pensar/planejar o ato suicida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), em seu primeiro relatório sobre prevenção do suicídio, alerta que mais de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, apontando o Brasil como oitavo país com maior índice de suicídio.

Estima-se que a cada 45 segundos um suicídio ocorre em algum lugar do mundo. O Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios. No ano de 2017 foi publicado o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, chamando a atenção para o crescimento gradativo e contínuo dos números de morte por suicídio ano após ano. Em 2011 foram registradas 10.490 mortes por suicídio, em 2012 este número aumentou para 11.017, 2013 registrou-se 11.186 óbitos, 2014 teve-se 11.220 mortes e 2015 atingiu o número de 11.736 mortes por suicídio no país. Deve-se considerar também que o número de tentativas de suicídio ultrapasse entre 10 a 20 vezes o número de mortes (BRASIL, 2017).

O ato suicida traz consigo fragilidades resultantes de estigmas, rótulos e diversas formas de preconceito que trazem consequências graves para a pessoa com comportamento suicida, bem como para seus familiares e amigos. O comportamento suicida constitui em fenômeno complexo, podendo incidir em todas as idades e ciclos vitais afetando intensamente a comunidade, família e amigos que também precisarão de ajuda para lidar com o sofrimento (BOTEGA, 2015).

Em relação à prevenção ao comportamento suicida, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica, devendo ela ser o contato preferencial e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS); sua proximidade e vínculo deveriam facilitar a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e viabilizar intervenção da equipe multiprofissional em concepção ampliada e interagindo com os diferentes campos do conhecimento (FERREIRA, 2018).

O suicídio e a ideação suicida são um problema de saúde pública e que nos últimos anos vem ganhando mais evidência, pois tem repercussões na vida e na rotina de todo um grupo de pessoas que compõe a família e amigos da pessoa com este comportamento porque pode resultar também no adoecimento desses outros indivíduos. A atenção básica tem um importante papel no acolhimento, acompanhamento e no tratamento dessas pessoas, pois representa o serviço de saúde mais próximo da população e com potencial capacidade de intervenção nos mais variados casos.

Torna-se imprescindível que os serviços de saúde estejam cada vez mais bem estruturados e capazes de promover resolutividade no que se refere a agravos, tais como tentativas de suicídio. Dessa forma, torna-se mister que os profissionais da atenção básica sejam capazes de identificar precocemente os sinais e sintomas inatos do paciente, dedicando a atenção merecida ao mesmo, haja vista que, por meio do acolhimento adequado, é possível promover a garantia da qualidade do atendimento direcionado e eficácia do tratamento (SILVA et al., 2017).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SUICÍDIO

O tema “Suicídio”, seu impacto social é de extrema importância, seja em termos numéricos, seja em relação a familiares, amigos ou conhecidos das pessoas que fazem uma tentativa ou ameaçam se matar. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio tem aumentado nas últimas décadas. Nas últimas quatro décadas, o suicídio cresceu significativamente em todos os países, envolvendo todas as faixas etárias e, também, vários contextos socioeconômicos. Pode-se dizer que o suicídio está entre as dez principais causas de morte (CFP, 2013).

Classificado pelo Código Internacional das Doenças, (capítulo XX da CID10) como morte violenta por causas externas, isto é, morte não decorrente de doença (OMS, 10ª Revisão, CID-10, 1995), o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial no qual a interação de fatores individuais, sociais e culturais será determinante na decisão de tirar a própria vida (CFP, 2013).

Conforme Magalhães e Andrade (2019), o comportamento suicida refere-se ao estado em que a pessoa passou pelo processo de ideação e intenção, e já realizou uma ou mais tentativas de suicídio. Constitui então, ato de causar lesão a si mesmo, independentemente do nível da lesão e da motivação, podendo se conceber por comportamento suicida pensamentos de autodestruição, e atitudes de autoagressão capaz de levar à morte.

Os países menos desenvolvidos são os que têm a maior parte da carga suicida global, incluindo o Brasil – cujo índice anual ultrapassou os nove mil em 2011. Estes locais estão relativamente menos equipados para impedir o suicídio, pois estão pouco capacitados para acompanhar a demanda crescente que vai da assistência à saúde, em geral, até a assistência especializada em saúde mental. Outra questão refere-se aos serviços, que são escassos e, quando existem, são de difícil acesso e contam com poucos recursos econômicos. As atenções apropriadas são essenciais para a saúde e bem estar, bem como a acessibilidade a profissionais capacitados para identificar os sintomas e a intervir no processo antecipadamente (CFP, 2013).

O suicídio não apenas está entre as dez principais causas de morte, mas também está entre as duas ou três causas mais frequentes de morte para o grupo de adolescentes e adultos jovens, sendo esse um assunto impactante, por influenciar tanto em termos emocionais quanto em termos econômicos (CFP, 2013).

O suicídio, constitui manifestação humana, uma forma de lidar com o sofrimento, uma saída para livrar-se da dor de existir (CFP, 2013). Ou seja, é o que o sujeito pode dispor quando a vida lhe parecer insuportável. Ao longo da história da humanidade, o suicídio sempre esteve presente, tendo adquirido significados e valores diversos, a depender da civilização e do momento histórico. Na atualidade, o fenômeno do suicídio vem ganhando proporções alarmantes, com taxas que ultrapassam um milhão de mortes por ano no mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde.

Estudos prévio também relacionaram o suicídio a transtornos mentais (CFP, 2013). Entre eles, a maior incidência de suicídio é nos casos de depressão, esquizofrenia e alcoolismo. A depressão, por sua vez, figura como o mais prevalente entre esses transtornos. Outros estudos mostram que apenas 15% a 20% das pessoas com depressão se suicidam. O que leva a duas conclusões: nem todo deprimido se suicida e nem todas as pessoas que cometeram o suicídio cursavam com depressão. Deste modo, parece mais prudente considerar a depressão como um fator de risco, não como causa do suicídio.

Ferreira (2018) aponta que em relação aos fatores de risco psicopatológicos, destacam-se a depressão, esquizofrenia, alcoolismo, toxicod dependência ou distúrbios de personalidade, bem como, estar sujeito a modelos suicidas no âmbito familiar ou social, ou seja, ter casos de comportamentos suicidas prévios e/ou a intenção deste. A junção de dois ou mais fatores de riscos aumentam a probabilidade de ocorrer a ideação suicida e até mesmo o suicídio.

Segundo Melo *et al.* (2019), dentre os fatores de risco para o desencadeamento da ideação/comportamento suicida, tem-se a presença de um ou mais transtornos mentais, abuso de substâncias psicoativas, casos de suicídio de pessoas do círculo social e familiar, onde associados ou não, representam um elevado risco de autoextermínio.

O fenômeno do suicídio é extremamente complexo, pois, no mundo ocidental, a morte, por si só, já é um tema difícil de ser trabalhado nos diversos espaços sociais, como na escola, na família, no contexto acadêmico, e nos cursos profissionais da área de saúde em geral. Portanto, falar de um comportamento relacionado à morte, que vai na contramão da ciência, é mais difícil ainda, porque a ciência emprega grandes esforços para alongar os dias de vida e a pessoa que comete o suicídio vai de encontro a essa ideia, provocando um choque, um paradoxo (CFP, 2013).

2.2 SUICÍDIO E SAÚDE PÚBLICA

Do ponto de vista clínico, é importante compreender o sofrimento para entender como se chega ao ato do suicídio. É um processo que envolve tanto o indivíduo que tentou e não alcançou a morte, como também os familiares, os amigos e demais pessoas. Sabe-se que cerca de seis a dez pessoas são afetadas quando acontece um suicídio de uma pessoa próxima. Constitui um importante problema de saúde pública (CFP, 2013).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) o suicídio corresponde a um grave problema de saúde pública, sendo responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. Por isto, é considerado como prioridade na agenda global de saúde, incentivando aos países a potencializarem suas intervenções para prevenção por meio da desmistificação de conceitos e tabus sobre esta temática (BRASIL, 2016).

E, ao se considerar que metade das pessoas que se suicidam, realizaram uma tentativa anterior, isso faz da tentativa de suicídio um importante fator de risco do suicídio. Por essa razão, o tratamento de pessoas que tentaram contra a própria vida se torna uma ação essencial na prevenção do suicídio. Diante desses números, o suicídio passou a ser considerado pela Organização Mundial de Saúde como um grave problema de saúde pública mundial, resultando na criação do *Suicide Prevention Program* (Supre), um manual de prevenção do suicídio, em que a OMS propõe recomendações para que os países-membros desenvolvam ações e políticas próprias que englobem assistência e prevenção do suicídio.

Para Stellita-Lins *et al.* (2018), apesar dos modelos biomédicos de atenção à saúde estigmatizarem pacientes em estado mental suicida apenas como “pacientes suicidas”, novos modelos de atenção concordam que o mais correto seria a ideia de algo momentâneo e limitado temporalmente, uma vez que nem todos os pacientes possuem pensamentos suicidas constantemente. Para os autores, uma abordagem eficaz do estado mental suicida objetiva a prevenção do risco à vida, mas também redução dos estigmas que o próprio paciente adquire em relação a si mesmo.

Segundo Botega (2015), as linhas de cuidados apresentam-se como estratégias de enfrentamento, uma vez que objetiva a integralidade do cuidado por meio da pactuação de fluxos e reorganização dos processos de trabalho, facilitando o percurso do usuário na rede. Fazem parte deste processo as referências e contrarreferências, porém, não se restringe a elas.

É essencial ainda, uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) atuante, a qual é composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar,

Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial, apresentando como objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial, articulação de ações entre os serviços e ações intersetoriais, regulação e organização das demandas e fluxos de assistência (BRASIL, 2017).

2.3 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No ano de 2005, o Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de organizar diretrizes nacionais para trabalhar com o comportamento suicida. Esse GT foi integrado por pesquisadores (CFP, 2013).

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações que visam promoção e proteção da saúde, por meio de atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional, tendo grande impacto na saúde individual e coletiva. Este serviço configura-se como a principal porta de entrada das pessoas na busca pela assistência à saúde, firmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade e integralidade de acesso aos serviços, inclusive àqueles com transtornos psíquicos ou portadores de transtorno mental (MELO *et al.*, 2019).

Em um sistema de hierarquização da saúde, a AB deve compreender regularmente entre seus serviços indispensáveis: o reconhecimento precoce de transtornos mentais, a terapêutica dos transtornos mentais comuns, o manejo dos pacientes psiquiátricos, a referência aos serviços de níveis maiores caso seja necessário, a assistência às necessidades de saúde mental de sujeitos com problemas físicos e, por fim, mas não menos importante, a prevenção e promoção da saúde mental da população (MELO *et al.*, 2019).

A APS contribui para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio de suas atribuições, a saber, ser base, efetivando a descentralização e capilaridade; promover a resolutividade através da identificação dos riscos e demandas de saúde, realizar intervenções clínicas e sanitárias, potencializando a autonomia dos sujeitos e coletividades; gerenciar o cuidado, construindo projetos terapêuticos singulares, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, como também, entre outros setores (BRASIL, 2008).

A prevenção do comportamento suicida pode começar na família, pois ela lida com a morte e seus integrantes sofrem com isso. Esse é um assunto que a família esconde muitas vezes, por achar que os filhos pequenos não terão recursos psíquicos para encarar a situação. Seguido da família, o trabalho nas escolas é tão importante quanto e deve ser iniciado desde a

pré-escola. É essencial trabalhar com as crianças, questões sobre a valorização da vida e as escolas podem organizar programas psicoeducativos que possam mostrar que certos valores precisam ser resgatados. A fraternidade, a harmonia e o respeito são elementos que, quando trabalhados da forma correta, preparam a criança para enfrentar as dificuldades (CFP, 2013).

É essencial que se possam fazer trabalhos de treinamento com as equipes de saúde, com as equipes de educação, com engenheiros, arquitetos, com pessoas da área do Direito, com bombeiros e policiais, dentre outros profissionais. Se esses profissionais estiverem preparados e souberem identificar qualquer coisa que estiver relacionada ao comportamento suicida, já poderão intervir. Vale ressaltar que, para se identificarem e intervir no comportamento suicida, os profissionais devem trabalhar em rede (CFP, 2013).

Stellita-Lins *et al.* (2016) apontam que a equipe de saúde deve ter alta sensibilidade na suspeição de um comportamento suicida, baseados nos principais fatores de risco, sendo necessário, portanto, avaliar os seguintes aspectos:

- estado mental atual,
- diagnósticos prévios,
- uso de medicamentos,
- uso de álcool e outras drogas,
- pensamentos sobre morte e suicídio,
- plano suicida atual (como se chegou a esse plano, como se planeja realizar e quando o ato será realizado), e
- apoio social (família, amigos, escola, instituições religiosas, grupos comunitários).

Magalhães e Andrade (2019) referem que proceder à caracterização do comportamento suicida em usuários da atenção primária torna-se essencial em virtude do aumento da procura por usuários pelo atendimento e a solicitação da rede, às dificuldades da atenção especializada e à inexistência de ações próprias da atenção primária para a abordagem e cuidados adequados a essa clientela, pois os pacientes com comportamento suicida têm histórico de negligências tais como: privação de alimentos, roupas, abrigo, castigo físico, abuso sexual, entre outros traumas na infância e adolescência, situações essas caracterizadas como fatores situacionais em eventos que lhes provocam depressão, melancolia e tristeza. Os autores citam ainda que situações de ordem interna, o transtorno mental, em algumas situações, pode ter como desdobramento o suicídio. O suicídio é um fato complexo, tem múltiplas causas, sendo de difícil aceitação cultural.

Para o Ministério da Saúde (2006), ações de saúde mental na atenção primária devem obedecer ao modelo de rede de cuidado, com outras políticas que busquem o estabelecimento de vínculo. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde e nos princípios da Reforma Psiquiátrica, cuja responsabilidade compartilhada exclua a lógica do encaminhamento, e a ampliação da clínica na equipe signifique o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica.

Tem-se ainda no primeiro nível de intervenções preventivas, a Campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio, o Setembro Amarelo, que acontece desde o ano de 2015, cujo objetivo direto é alertar a população a respeito do suicídio no Brasil e no mundo e suas maneiras de prevenção. Acontece por meio de identificação de locais públicos e particulares com a cor amarela e ampla divulgação de informações (CVV, 2016).

Fazer promoção da saúde é imprescindível, haja vista a promoção à saúde buscar a realização de competências e recursos para o enfrentamento de vulnerabilidades, e a prevenção objetiva a redução dos riscos de surgimento de problemas ou transtornos, avaliados de acordo com os níveis de exposição ao risco citados anteriormente, já o tratamento refere-se ao atendimento assistencial (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014).

A relevância da APS nesse processo de promoção e prevenção ao suicídio é imprescindível, já que se apresenta como um de seus princípios o primeiro acesso dos sujeitos ao sistema de saúde, incluindo os que possuem demandas relacionadas à saúde mental. Dessa forma, as ações são realizadas no território geograficamente conhecido, propiciando aos profissionais de saúde a construção de vínculos com a população e o conhecimento de sua história de vida. Dessa maneira, o cuidado em saúde mental na APS apresenta-se como estratégico, uma vez que já existe uma relação entre a equipe e o usuário (BRASIL, 2013).

3 JUSTIFICATIVA

O suicídio é considerado um problema de saúde pública que se encontra relacionado a diversos fatores, como os biológicos, psicológicos, culturais, sociais e econômicos, além da escassez de instrumentos que auxiliem os profissionais de saúde no atendimento de pessoas com ideação suicida, possibilitando a identificação dos riscos e a posterior intervenção. É um fenômeno responsável por milhares de óbitos e o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios.

A partir desse prisma, do ponto de vista da prevenção ao suicídio, equipes de saúde que atuam no espectro da atenção básica, que representa o nível primeiro dos recursos de atenção à saúde, têm elevado potencial para desenvolver estratégias e ações que visem à identificação e intervenção precoce em riscos de suicídio. A potencialidade dessas equipes decorre do modelo de organização definido pelo Ministério da Saúde, que aponta que a atenção básica é a porta de entrada preferencial dos usuários ao sistema de saúde, promovendo vínculo e acolhimento.

Percebe-se então o quão é importante a atenção primária à saúde na detecção e/ou prevenção do suicídio, já que está voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à grande parte das demandas do setor saúde de uma população. É nesse nível de atenção que são integradas ações preventivas e curativas, além de atenção a indivíduos e comunidades, atendendo especialmente a um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que é o princípio da integralidade que considera as pessoas como um todo. Para que isso ocorra, é essencial que haja a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. A escolha da cidade de Planaltina/DF deu-se especialmente pelo fato de o pesquisador atuar na referida localidade. Planaltina, distante 38,5 quilômetros do Plano Piloto, sendo a mais antiga das regiões administrativas do Distrito Federal.

Conserva, em suas ruas estreitas, centenários casarões. É uma cidade que tem crescido muito nos últimos anos. Atualmente, já existem mais de 200 mil habitantes. Na cidade, a população concentra-se nos que têm ensino fundamental incompleto, 39,43%, assim como a cidade do Goiás, onde o número é de 36,44%. De acordo com informações do Conselho Tutelar da cidade, o maior motivo da evasão escolar está relacionado com o bullying.

4 HIPÓTESE

Os profissionais da atenção básica precisam de uma melhor orientação e direcionamento no acolhimento, acompanhamento, manejo e no encaminhamento, quando necessário, dos pacientes com ideação suicida e seus familiares no âmbito da atenção primária.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar os aspectos relacionados ao cuidado à saúde de usuários com comportamento suicida a partir da percepção dos profissionais na atenção primária à saúde.

5.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Analisar aspectos relacionados à identificação, acolhimento, encaminhamento, empatia, capacidade profissional e acompanhamento da pessoa com comportamento suicida a partir da percepção dos profissionais na atenção primária à saúde.
- Propor formas de enfrentamento na atenção primária à saúde para melhoria dos cuidados aos usuários com comportamento suicida.
- Construir um fluxograma de atendimento de pessoas com ideação suicida na atenção primária à saúde a partir das dificuldades e experiências relatadas pelos dos profissionais de saúde.

6 METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal realizado por meio da aplicação do questionário aplicado a profissionais que atuam na estratégia de saúde da família (ESF) de quatro unidades básicas de saúde (UBS) na cidade de Planaltina, Distrito Federal (DF), no período de abril/2021 a junho de 2021.

O questionário do tipo likert aplicado foi formulado pelos pesquisadores participantes desta pesquisa utilizando um trabalho de mestrado anterior intitulado: “A percepção e a prática dos profissionais da atenção básica sobre saúde mental” da autora Rafaela Miranda Proto Pereira como influência para a criação do instrumento de coleta de dados, ainda não validado e criado exclusivamente para esta pesquisa.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O Distrito Federal está situado na região centro-oeste e possui uma população de 2.974.703 habitantes (IBGE, 2019). Ele é dividido em regiões administrativas. Planaltina é uma dessas regiões administrativas que se situa há 38,5 km do plano piloto. Tem como limites territoriais Sobradinho I, Sobradinho II, Planaltina de Goiás, Formosa-GO, Itapuã e Paranoá. Tem extensão territorial de 1534,69 km² e é a maior região administrativa. Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios realizado em 2018 a região possui uma população estimada em 177.986 pessoas (PDAD, 2018).

Segundo dados da Secretária de Saúde do Distrito Federal os serviços de saúde são divididos em regionais: Central, Norte, Sul, Centro-sul, Leste, Oeste, Sudoeste. A Região Norte é constituída por Sobradinho I e II, Planaltina e Fercal. Ao todo o DF possui 176 UBS, destas 21 encontram-se instaladas em Planaltina.



Figura 1: Regionais de Saúde do Distrito Federal

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DIVEP/SES-DF)

6.3 PARTICIPANTES

Foi realizada uma amostragem por conveniência, na qual foram incluídos os profissionais atuantes na ESF (médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos-bioquímicos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, gestores e técnicos administrativos) de quatro UBS na cidade de Planaltina, DF, abordados no momento da visita do pesquisador a cada unidade de saúde.

6.3.1 Critério de inclusão

O critério de inclusão foi:

- Ser profissional de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos-bioquímicos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, gestores e técnicos administrativos) atuante nas quatro UBS incluídas no estudo.

6.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram:

- Profissionais de férias ou licença,
- Qualquer condição que prejudicasse a responder de forma fidedigna às questões apresentadas, e/ou
- Respostas aos questionários de forma incompleta, com mais de 10% de questões não respondidas,

6.4 COLETA DOS DADOS

O instrumento de pesquisa foi entregue pelo pesquisador aos profissionais para autopreenchimento na UBS no momento de sua visita e recolhido em momento posterior. Antes

de iniciar a coleta de dados, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante da pesquisa e a outra foi arquivada com o pesquisador principal.

O questionário foi elaborado pela equipe de pesquisa, sendo composto por 20 questões em escala Likert com alternativas “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Concordo em parte”, “Concordo” e “Concordo totalmente”, incluindo os subdomínios “Identificação” (questões 4, 12 e 10), ‘Acolhimento’ (questões 2, 3, 4, 7, 11, 14, 16 e 20), “Encaminhamento” (questões 7, 11, 18 e 20), “Empatia” (questões 3, 9, 13, 14 e 17), “Capacidade Profissional” (questões 1 a 6, 10, 11, 13 a 15, e 20) e “Acompanhamento” (questões 7 a 11, 15, 16 e 18).

6.5 COLETA DOS DADOS

Para avaliação do questionário e seus domínios, foi atribuído a cada item um valor de 0 a 100% de acordo a avaliação da resposta quanto ao melhor ou menor desempenho no cuidado à saúde do usuário com comportamento suicida na escala Likert, sendo 0% para “Discordo totalmente”, 25% para “Discordo”, 50% para “Concordo em parte”, 75% para “Concordo” e 100% para “Concordo totalmente”, exceto para as questões 3, 13 e 19 na qual os valores foram atribuídos de forma inversa. O escore total do questionário, assim como de seus domínios, foi calculado a partir da média aritmética das questões.

A normalidade da distribuição dos dados foi avaliada pelo teste de *Kolmogorov–Smirnov*. De acordo com sua distribuição, os dados quantitativos foram expressos como média \pm desvio padrão (DP) ou como mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQ25-75%). As variáveis categóricas foram expressas em número e porcentagem (%).

Como as variáveis contínuas não apresentavam distribuição normal, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para comparar variáveis quantitativas em dois grupos e o teste de *Kruskal-Wallis* para comparar acima de dois grupos, quando apropriado. Quando o teste *Kruskal-Wallis* era estatisticamente significativo, foi realizada análise post hoc.

Variáveis contínuas foram comparadas por meio da Correlação de *Spearman*.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences 20.0 for Mac*[®] (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). O nível de significância estatística foi definido como valor de p bicaudal menor ou igual a 0,05.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu a orientação da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CAE nº 40292320.0.0000.5553), Anexo A.

Antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa, foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo ainda informado que a participação seria voluntária. Em qualquer tempo, foi permitida a solicitação de retirar-se da pesquisa sem qualquer prejuízo e respeitado o anonimato e o sigilo individual a respeito das informações fornecidas.

7 RESULTADOS

Dos 57 profissionais de saúde que responderam o questionário, a idade foi de $41,7 \pm 9,8$ anos, sendo a maioria do sexo feminino ($n = 41, 71,9\%$). As categorias profissionais mais frequentes foram técnicos de enfermagem ($n = 15, 26,3\%$), enfermeiros ($n = 12, 21,0\%$), agentes comunitário de saúde ($n = 11, 19,3\%$) e médicos ($n = 8, 14,0\%$). A mediana do tempo de atuação na APS foi de 1,5 (IQ25-75% 1,0-2,0 anos), sendo que metade dos que responderam o tempo de atuação na APS apresentava até 5 anos de atuação na APS ($n = 28$).

Tabela 1. Características dos profissionais de saúde ($n=57$).

Variável	Valor
Idade, anos, média (DP) ^a	41,7 (9,8)
Gênero, n (%)	
Feminino	41 (71,9)
Masculino	13 (22,8)
Outro	3 (5,3)
Tempo de Atuação na APS, mediana (IQ25-75%) ^a	1,5 (1,0-2,0)
Categoria Profissional, n (%)	
Enfermagem	12 (21,0)
Medicina	8 (14,0)
Odontologia	3 (5,3)
Assistente social	1 (1,8)
Farmácia-Bioquímica	1 (1,8)
Técnico de enfermagem	15 (26,3)
Agente comunitário de saúde	11 (19,3)
Gestão	2 (3,5)
Técnico administrativo	2 (3,5)

APS: atenção primária à saúde; DP: desvio padrão, IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

^a 1 profissional de saúde não respondeu

A Tabela 2 mostra o escore do instrumento de avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida e dos domínios Identificação, Acolhimento, Encaminhamento, Empatia, Capacidade profissional, e Acompanhamento do Paciente. A mediana da assistência a pacientes com comportamento suicida foi de 57,0% (IQ25-75% 49,0%-67,0%). Em relação aos domínios, a mediana da Identificação foi 60,0% (IQ25-75%: 46,7%-66,7%), Acolhimento 57,5% (IQ25-75%: 50,0%-67,5%), Encaminhamento 60,0% (IQ25-75%: 47,5%-65,0%), Empatia 68,0% (IQ25-75%: 62,0%-76,0%), Capacidade profissional 55,4% (IQ25-75%: 51,5%-66,2%), e Acompanhamento do Paciente 57,5% (IQ25-75%: 47,5%-68,8%),

Tabela 2. Avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida e de seus domínios de acordo com o instrumento aplicado ($n=57$).

Variável	Valor
Assistência a pacientes com comportamento suicida, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	57,6 (10,6) 57,0 (49,0-67,0)
Identificação, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	57,7 (14,4) 60,0 (46,7-66,7)
Acolhimento, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	58,5 (11,8) 57,5 (50,0-67,5)
Encaminhamento, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	57,9 (14,7) 60,0 (47,5-65,0)
Empatia, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	68,1 (9,3) 68,0 (62,0-76,0)
Capacidade Profissional, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	57,9 (9,9) 55,4 (51,5-66,2)
Acompanhamento do paciente, % Média (DP) Mediana (IQ25-75%)	57,9 (13,0) 57,5 (47,5-68,8)

DP: desvio padrão, IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

A Tabela 3 mostra a distribuição das respostas positivas de acordo com os itens do instrumento de avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida. As questões que apresentaram melhor desempenho foram as relacionadas a percepção que a ideação suicida leva a consequências para o usuário e sua família (n = 53, 93,0%), que o tratamento requer mais do que medicações (n = 52, 91,2%) e conseguir acolher pessoas com ideação suicida (n = 47, 87,7%). As questões que apresentaram pior desempenho foram relacionadas a necessidade de atualização sobre o atendimento em saúde mental (n=2, 3,5%), acesso a dados sobre a quantidade de pacientes com ideação suicida (n = 12, 21,1%) e treinamento para atuar no atendimento a pacientes com ideação suicida (n = 19, 33,3%).

Tabela 3. Distribuição das respostas positivas de acordo com os itens do instrumento de avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida (n=57).

Item	Respostas Positivas, n (%)
-------------	-----------------------------------

1) Já recebi treinamentos que me tornaram APTO a atuar no atendimento de pacientes com ideação suicida?	19 (33,3)
2) Eu me sinto capacitado para trabalhar no atendimento de usuários com comportamento suicida na APS?	38 (66,7)
3) Tenho dificuldades para atender pacientes com queixas suicidas?	40 (70,2)
4) Consigo identificar pessoas com potencial suicida através de linguagem não verbal?	29 (50,9)
5) Minha prática no atendimento desses pacientes é baseada em protocolos?	21 (36,8)
6) Minha prática no atendimento desses pacientes é baseada em treinamentos?	19 (33,3)
7) Sua equipe continua acompanhando os pacientes que são encaminhados para a referência de saúde mental?	41 (71,9)
8) Tenho acesso a dados sobre a quantidade de pacientes da minha equipe identificados com ideação suicida?	12 (21,1)
9) Acho que esses pacientes estão satisfeitos com o atendimento ofertado pela UBS?	33 (57,9)
10) Consigo explorar as queixas de pacientes com ideação suicida?	39 (68,4)
11) Sinto que a equipe da UBS é resolutiva na maioria dos casos de ideação suicida?	43 (75,4)
12) Consigo definir o que é ideação suicida?	43 (75,4)
13) Tenho limitações para manter um diálogo com pacientes com ideação suicida?	47 (82,5)
14) Consigo acolher pessoas com ideação suicida?	50 (87,7)
15) Percebo que o tratamento destes usuários requer mais do que medicações?	52 (91,2)
16) A equipe da minha UBS se reúne para discutir o caso dessas pessoas?	22 (38,6)
17) Percebo que a condição de ideação suicida traz consequências para o usuário e para seus familiares?	53 (93,0)
18) Minha UBS recebe apoio do NASF, CAPS e atenção secundária?	33 (57,9)
19) Sinto que preciso me atualizar sobre o atendimento em saúde mental?	2 (3,5)
20) Os serviços de saúde estão preparados para abordar um paciente com ideação suicida?	34 (59,6)

APS: Atenção Primária à Saúde; UBS: unidade básica de saúde; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.

A idade e o tempo de atuação na APS tiveram correlação negativa e significativa com a avaliação do atendimento a pacientes com ideação suicida, embora fracas, $r = -0,316$ e $p = 0,006$, e $r = -0,427$ e $p = 0,001$, respectivamente, Figuras 1 e 2.

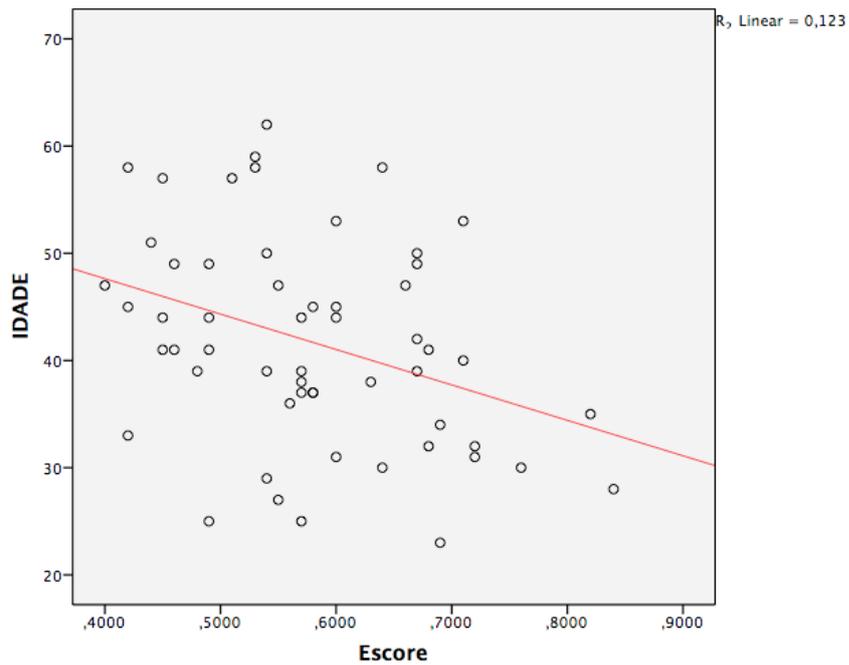


Figura 2. Correlação entre a idade e a avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida (n=57).

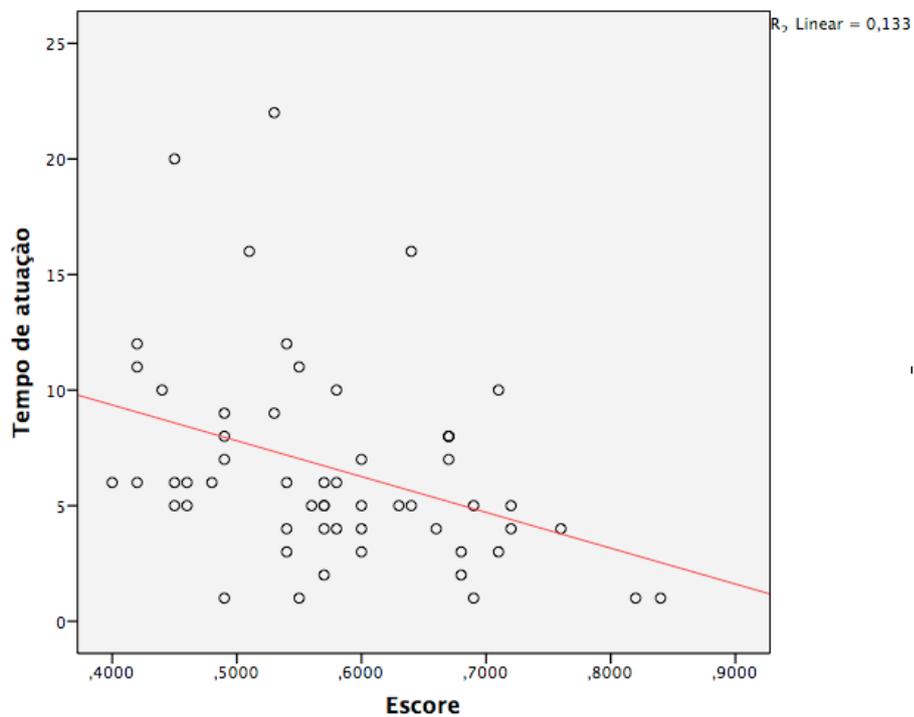


Figura 3. Correlação entre o tempo de atuação e a avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida (n=57).

Não houve diferença significativa na avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida entre as categorias profissionais (n = 233) e os gêneros (p = 0,118), Tabela 4.

Tabela 4. Assistência a pacientes com comportamento suicida de acordo com o gênero e categoria profissional (n=56).

Variável	Conhecimento, %, mediana (IQ25-75%)	Valor de p
Gênero		
Feminino	57,0 (49,0-65,0)	0,233
Masculino	57,0 (47,0-68,0)	
Outro	67,0 (60,0-72,0)	
Categoria profissional		
Medicina	67,5 (56,5-75,0)	0,118
Enfermagem	61,0 (55,5-70,5)	
Outras profissões de níveis superior	46,0 (45,0-67,0)	
Técnicos assistenciais	57,0 (50,0-61,5)	
Agente Comunitário de Saúde	53,0 (48,0-58,0)	
Administrativo / Gestor	54,0 (50,2-58,5)	

IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

Em relação aos domínios da avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida, foi observada correlação negativa e significativa entre a idade e a Identificação ($r = -0,306$, $p = 0,022$), a Capacidade Profissional ($r = -0,439$, $p = 0,001$) e o Acompanhamento do Paciente ($r = -0,305$, $p = 0,022$), Tabela 5.

Tabela 5. Correlação entre a idade e os domínios da avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida (n=57).

	Coefficiente	Valor de p
Idade versus Identificação	-0,306	0,022
Idade versus Acolhimento	-0,221	0,101
Idade versus Encaminhamento	-0,233	0,084
Idade versus Empatia	-0,118	0,388
Idade versus Capacidade Profissional	-0,439	0,001
Idade versus Acompanhamento do Paciente	-0,305	0,022

Já, em relação ao tempo de atuação na APS, foi observada correlação negativa e significativa com os domínios: Identificação ($r = -0,366$, $p = 0,006$), Acolhimento ($r = -0,355$, $p = 0,007$), Encaminhamento ($r = -0,359$, $p = 0,007$), Capacidade Profissional ($r = -0,440$, $p = 0,001$) e Acompanhamento do Paciente ($r = -0,414$, $p = 0,002$), Tabela 6.

Tabela 6. Correlação entre o tempo de atuação na APS e os domínios da avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida (n=57).

	Coefficiente	Valor de p
Idade versus Identificação	-0,366	0,006

Idade versus Acolhimento	-0,355	0,007
Idade versus Encaminhamento	-0,359	0,007
Idade versus Empatia	-0,177	0,191
Idade versus Capacidade Profissional	-0,440	0,001
Idade versus Acompanhamento do Paciente	-0,414	0,002

A Tabela 7 mostra a avaliação dos domínios Identificação, Acolhimento e Encaminhamento de acordo com o gênero e categoria profissional. Não foram observadas diferenças significativas em relação ao gênero ou a categoria profissional.

Tabela 7. Domínios Identificação, Acolhimento e Encaminhamento da avaliação da assistência a pacientes com comportamento suicida de acordo com o gênero e categoria profissional (n=57).

Variável	Identificação, % mediana (IQ25-75%)	Valor p	Acolhimento, % mediana (IQ25-75%)	Valor p	Encaminhamento, % mediana (IQ25-75%)	Valor de p
Gênero						
Feminino	60,0 (46,7-66,7)	0,257	57,8 (50,0-66,2)	0,167	60,0 (45,0-65,0)	0,074
Masculino	53,3 (46,7-66,7)		52,5 (47,5-67,5)		60,0 (50,0-67,5)	
Outro	66,7 (60,0-80,0)		75,0 (60,0-80,0)		80,0 (65,0-80,0)	
Categoria profissional						
Medicina	70,0 (51,7-83,3)	0,070	63,8 (55,0-66,9)	0,467	65,0 (60,0-68,8)	0,256
Enfermagem	66,7 (60,0-73,3)		63,8 (55,6-74,4)		65,0 (51,2-70,0)	
Outras profissões de níveis superior	46,7 (33,3-63,3)		50,0 (41,2-70,0)		50,0 (37,5-57,5)	
Técnicos assistenciais	53,3 (46,7-66,7)		55,0 (46,2-62,5)		60,0 (45,0-65,0)	
Agente Comunitário de Saúde	53,3 (46,7-60,0)		52,5 (47,5-67,5)		60,0 (55,0-70,0)	
Administrativo / Gestor	50,0 (46,7-58,3)		57,5 (53,1-65,6)		50,0 (41,2-73,8)	

IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

A Tabela 8 mostra a avaliação dos domínios Empatia, Capacidade Profissional e Acompanhamento do Paciente de acordo com o gênero e categoria profissional. Não foram observadas diferenças significativas em relação ao gênero nos três domínios. No domínio Capacidade Profissional, foi observado diferença significativa em relação as categorias

profissionais ($p = 0,047$), na qual Médicos apresentaram os maiores escore significativamente maior em relação as outras profissões.

Tabela 8. Domínios Empatia, Capacidade Profissional e Acompanhamento do Paciente com comportamento suicida de acordo com o gênero e categoria profissional ($n=57$).

Variável	Empatia, % mediana (IQ25-75%)	Valor p	Capacidade Profissional, % mediana (IQ25-75%)	Valor p	Acompanhamento do Paciente, % mediana (IQ25-75%)	Valor de p
Gênero						
Feminino	68,0 (62,0-74,0)	0,223	55,4 (50,8-66,9)	0,693	55,0 (47,5-66,2)	0,085
Masculino	72,0 (56,0-76,0)		58,5 (50,8-66,9)		57,5 (47,5-67,5)	
Outro	76,0 (72,0-80,0)		63,1 (53,8-66,2)		70,0 (70,0-82,5)	
Categoria profissional						
Medicina	76,0 (66,0-80,0)	0,056	71,5 (62,3-77,7)	0,047*	66,2 (51,2-71,9)	0,087
Enfermagem	70,0 (65,0-76,0)		60,0 (53,8-67,3)		66,2 (50,6-76,2)	
Outras profissões de níveis superior	64,0 (52,0-68,0)		50,8 (43,8-68,5)		47,5 (40,0-48,8)	
Técnicos assistenciais	72,0 (64,0-74,0)		53,8 (50,8-62,3)		47,5 (57,5-70,0)	
Agente Comunitário de Saúde	64,0 (56,0-72,0)		55,4 (49,9-58,5)		57,5 (50,0-62,5)	
Administrativo / Gestor	68,0 (54,0-76,0)		53,1 (52,3-55,0)		53,8 (45,6-71,2)	

IQ25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

8 DISCUSSÃO

A partir dos resultados expostos na análise dos dados extraídos do questionário tipo *likert*, poderemos discorrer sobre o cruzamento destes dados e comparações realizados em busca de respostas e enquadramentos necessários para esta pesquisa.

Neste estudo, observa-se um predomínio de profissionais do sexo feminino, com média de idade de 41 anos e com pouco tempo de atuação na atenção básica (1-2 anos). Os que mais responderam são das categorias profissionais: técnico de enfermagem, enfermagem e medicina.

As questões de múltipla escolha do questionário aplicado trouxeram fragilidades e potencialidades dos profissionais de saúde em relação ao acolhimento, identificação, atendimento, tratamento e acompanhamento de pessoas com ideação suicida e que buscam ajuda na unidade básica de saúde. Numa análise inicial, os participantes tiveram uma certa dificuldade para entender as perguntas do questionário ou até medo de expor opinião sobre determinados assuntos contidos nas questões.

Segundo Ferreira, Fajardo e Mello (2019) a sensação de incapacidade sentida por muitos profissionais para lidar com o fenômeno da ideação suicida está associada a falta de conhecimento e capacitação sobre o tema, ocasionando insegurança e entendimento sobre questões relacionadas ao suicídio.

Para Da Silva, Sougey e Silva (2015), a ideação suicida é permeada pela fragilidade do sujeito, resultando em rótulos, estigmas e diversas formas de preconceitos que trazem graves consequências, tanto para o indivíduo, quando para seus familiares. Para os autores, esse pensamento suicida é um fenômeno bastante complexo, além disso, o comportamento suicida é um fenômeno multifatorial, podendo alcançar pessoas em todas as idades e ciclos vitais e afetando intensamente a comunidade, família e amigos que também precisarão de ajuda para lidar com o sofrimento.

Dentro desse aspecto, a Atenção Primária à Saúde tem papel relevante no que se refere ao desenvolvimento de ações cujo foco esteja no rastreamento e monitoramento de fatores de risco para indivíduos com pensamentos e comportamentos suicidas. Ocorre que, muitas vezes, sinais como depressão e transtorno mental presentes na maior parte dos casos de suicídio, acabam por ser ignorados haja vista a equipe da APS ter dificuldades em identificar ou diagnosticar (KING *et al.*, 2013; MATTOS *et al.*, 2012; DE LEO *et al.*, 2013).

A avaliação dos domínios mostra que os profissionais se sentem mais seguros na identificação, acolhimento, acompanhamento e na empatia, que teve o maior score entre os domínios e isso traduz que grande parte dos funcionários das UBS avaliadas conseguem fazer uma primeira avaliação efetiva com a identificação de usuários com as características de ideação suicida e têm empatia que é necessária para um acolhimento humanizado. Por outro

lado, a capacidade profissional teve o pior resultado e pode ter consequências negativas no atendimento às pessoas com sofrimento mental e ideação suicida.

Os questionários apontam angústias e convivências dos profissionais lotados nas UBS e muitos deles inseridos na estratégia de saúde da família: um número significativo dos participantes não se sentem capacitados para o atendimento de pacientes com ideação suicida e não recebem treinamentos para se tornarem aptos a este cuidado. De acordo com as respostas obtidas nos questionários houve a distribuição entre positivas e negativas. As com melhores desempenhos (positivas) foram percepção que a ideação suicida leva consequências para usuário e família, que o tratamento requer mais que medicações e consigo acolher pessoas com ideação suicida.

As negativas estão relacionadas se já receberam treinamentos para atuar no atendimento a estes usuários, acesso a dados sobre a quantidade de pacientes com ideação suicida e necessidade de atualização. Evidencia-se que os profissionais, em sua maioria, não recebem treinamentos que são primordiais para uma boa prestação de assistência a usuários de saúde mental e conseqüentemente reflete na necessidade de atualização neste tema. O acesso a dados relacionados a pessoas com ideação suicida é outro ponto de fragilidade, pois com estes dados os profissionais poderiam traçar estratégias de intervenção frente ao agravo de saúde estudado. Neste espectro, Freitas e Borges (2014, p. 570) apontam que é essencial que os “profissionais da saúde tenham capacitação sobre a temática de suicídio para oferecer um acolhimento e de forma adequada ofertar estratégias capazes de prevenir o suicídio”.

Embora os resultados obtidos apontem que muitos profissionais lotados na UBS não se sintam capacitados para o atendimento a esses pacientes, especialmente por falta de treinamento, Da Silva *et al.* (2015) referem que do ponto de vista da prevenção do ato suicida, equipes de saúde que atuam na porta de entrada do sistema de saúde, que representam o primeiro nível de atenção, têm elevado potencial para desenvolver estratégias e ações com vistas a identificar e intervir precocemente em casos de risco de suicídio com acolhimento, vínculo e responsabilização pela atenção às necessidades das pessoas que buscam esse nível da assistência.

No entanto, os resultados presentes nesta pesquisa, vão de encontro ao pensamento de Gonçalves, Silva e Ferreira (2015) que descrevem que tanto médicos, quanto enfermeiros e técnicos de enfermagem, na grande maioria das vezes não possuem capacitação quando se fala em relação aos pacientes com ideação suicida, ou mesmo, pós tentativa. Esses achados

evidenciam que a prática realizada se torna extremamente tecnicista, já que acontecem somente métodos técnicos baseados somente em manter vivo o paciente.

Corroborando com Gonçalves, Silva e Ferreira (2015), Da Silva *et al.* (2015, p. 73) chamam a atenção para a falta de ações de prevenção do suicídio, “(...) tais práticas não têm sido rotineiramente evidenciadas no desenvolvimento do processo de trabalho desses profissionais”. Essas atitudes revelam então, lacunas na disposição do modelo de organização dessas ações no âmbito da atenção básica.

Segundo Bahia *et al.*, (2019), é essencial que o profissional de saúde, leve em consideração não somente queixas físicas do paciente, devendo então, ponderar acerca do contexto ao qual o indivíduo está inserido, bem como questões inerentes ao bem estar mental do paciente. Para tal, a AB possui de inúmeros mecanismos para atuar de forma preventiva, destacando-se a visita domiciliar que ajuda sobremaneira no levantamento de casos possível para o suicídio. Outra forma capaz de prevenir o suicídio é por intermédio de uma escuta qualificada, livre de julgamentos, onde o profissional de saúde demonstra interesse em ouvir as angústias e anseios do paciente (FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018).

Dessa forma, cabe aos profissionais da atenção básica, desenvolver junto à comunidade, meios de informação sobre o assunto, visando disseminar informações na comunidade com vista a quebrar o tabu que foi criado, repassando informações também, a outros profissionais que atuam na unidade básica para aumentar a quantidade profissionais habilitados na temática (CAVALCANTE; CAVALCANTE, 2015).

Ressalta-se que, considerando-se os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, esta tem papel fundamental na abordagem, prevenção e tratamento de casos relacionados ao suicídio. Este nível de atenção assegura o encaminhamento, se for o caso, do indivíduo ao nível especializado (SOUSA *et al.*, 2020). Eis os achados de Gomes e Apratto (2016) acerca da importância da AB na prevenção ao suicídio:

Na Atenção Básica é possível ajudar famílias que estejam vivendo situações difíceis por meio dos recursos que ela dispõe como, por exemplo, possuir uma área adstrita, pois facilita a atuação dos Enfermeiros, porque é possível fazer um levantamento dos problemas mais frequentes no âmbito familiar e por meio da relação de confiança estabelecida entre paciente e profissional desenvolver estratégias que sejam capazes de elucidar tais conflitos (GOMES; APRATTO, 2016, p. 258).

A idade e o tempo de atuação na UBS tiveram correlação negativa e significativa, ou seja, quanto maior a idade e tempo de atuação menor a avaliação positiva para o atendimento a pessoas com ideação suicida. Fator este que pode ser explicado em virtude de muitos desses

profissionais que atuam nos centros de saúde vieram de outro modelo de atenção primária a saúde e passaram pelo curso “converte”. O modelo anterior não distribuía a populações dos territórios em equipes de saúde da família e sim centrava o atendimento dos centros de saúde e clínicas da família que eram divididos em: pediatria, clínica médica, ginecologia e odontologia (GÖETTEMS et al., 2009). E não havia a figura do agente comunitário de saúde como ponte entre a população e a equipe de saúde, então a longitudinalidade era deficiente. Porém em 2017 inspirados pela “nova” PNAB o Governo do DF lança as portarias nº 77 e nº 78 esse modelo deu lugar a implantação da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal.

Para Feres (2018), os profissionais do modelo anterior e que desejaram continuar inseridos na APS tiveram que realizar o converte que era um curso de curta duração dividido em teoria e prática, perfazendo 10 horas semanais, durante 8 semanas. Portanto, muitos profissionais mais experientes não tiveram formação específica para atuar no modelo atual da APS e pode justificar esta correlação negativa. As pessoas com menos tempo de atuação na APS e menor idade tiveram um melhor desempenho o que pode ser avaliado devido maior contato com o tema, procura por educação permanente e matriciamentos, curso de graduação e em alguns casos formação específica em saúde da família e comunidade (residência e especialização).

Nesse sentido, destacando a necessidade de capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para o manejo na prevenção do comportamento suicida, cita-se aqui um estudo realizado por Medeiros, Medeiros e Pinto (2020, s.n), junto a 38 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cujos resultados revelaram que “esses profissionais passaram a apresentar menos insegurança, bem como atitudes mais positivas sobre a maneira de lidar com os indivíduos com risco suicida após uma capacitação breve teórico-prática com duração de 04 horas”.

O Ministério da Saúde aponta que, ainda que a AB seja composta por profissionais generalistas, ela possui uma equipe multidisciplinar capaz de resolver o problema da ideação suicida, haja vista, cada um na graduação ter aprendido condutas para melhor atender o usuário dos serviços (BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2020).

Não houve diferenças significativas na análise entre categorias profissionais e gênero. Já em relação aos domínios de identificação, capacidade profissional e acompanhamento do paciente com ideação suicida em comparação com a idade houve correlação negativa e significativa, portanto quanto mais jovem o profissional mais se sente capacitado para o atendimento aos usuários que sofrem de ideação suicida. Pode ser justificado pelo que foi explanado anteriormente, pois os mais jovens podem estar mais abertos a temas com um teor

mais polêmico e sentem necessidade de atualização, procurando cursos e capacitações até mesmo nos meios eletrônicos.

Seguindo a análise em relação às categoriais profissionais não houve diferenças significativas em relação aos domínios de identificação, acolhimento e acompanhamentos de pessoas com ideação suicida, porém os médicos tiveram um melhor desempenho significativo em relação a capacidade profissional e pode ser justificado pela maioria dos entrevistados dessa classe profissional terem formação em medicina de família e comunidade e serem frutos do último concurso público da secretária de estado da saúde do distrito federal que colocou como pré-requisito a especialidade para o cargo de médico da ESF.

A equipe de saúde da família é considerada ordenadora do cuidado e é responsável prevenção, promoção e restabelecimento da saúde das pessoas que moram na área de abrangência da equipe (BRASIL, 2017). O acesso a dados sobre pacientes com ideação suicida é primordial para a realização do acompanhamento dessas pessoas e no planejamento de ações voltadas a este público. É importante a equipe de saúde utilizar-se de ferramentas tecnológicas, como por exemplo aplicativos, planilha e até mesmo preencher detalhadamente o prontuário eletrônico para assim ter dados dessas pessoas para realizar o monitoramento (CAPOTE, 2015). Essa proposta teria reflexos positivos no maior envolvimento da equipe, pois de posse dos dados esse tema surgiria mais vezes nas reuniões de equipe e haveria mais discussões de casos clínicos. Essas mudanças por si só já estimulam a atualização da prática.

Portanto, a partir do acesso aos dados sobre pacientes com ideação suicida, ações de promoção da saúde na atenção básica vêm para oportunizar à população informações relevantes sobre formas de autocuidado e prevenção a doenças que podem ser evitadas, além de poder habilitar o sujeito a realizar escolhas saudáveis e promover sua qualidade de vida (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Um ponto importante a ser discutido é a recente mudança no modelo de financiamento da atenção básica iniciada a partir de 2019 que anulou atos normativos, cessou novos financiamentos e liberou os gestores locais da obrigação de manterem as equipes de NASF funcionando. Nas UBS do Distrito Federal a presença do NASF é pequena e em muitas já não havia esse apoio. Após essa mudança pode intensificar a escassez destes profissionais prejudicando o acesso aos usuários e o acompanhamento dos pacientes. Pessoas com ideação suicida são afetados diretamente quando não tem o apoio dos profissionais dos NASF, pois necessitam de uma rede de apoio (ROLIM, 2021).

Após a análise podemos conhecer um pouco da estruturação e funcionamento de algumas unidades básicas de saúde de Planaltina no Distrito Federal em relação ao atendimento de pessoas com ideação suicida e identificar potencialidades e fraquezas que os profissionais sentem em relação a este atendimento, visto que o funcionamento dela se dá por meio de relações sociais complexas que podem ser influenciadas por convicções sociais, porém não individuais (GISELE, 2009).

Houve algumas lacunas na pesquisa, pois esperava-se um número aproximado de 120 participantes para responder o questionário, porém devido o número alto de atestados médicos, funcionários de férias, outros afastamentos e os que se recusaram responder ou assinar o termo de consentimento livre e esclarecido resultou no total de 57 participantes. Outra limitação foi a falta ou pouca presença do NASF nas UBS pesquisadas e assim não houve uma maior diversificação das classes profissionais. E isso é uma reclamação das equipes de saúde que necessitam também do apoio desses profissionais para a condução dos casos de usuários com queixas suicidas.

9 CONCLUSÃO

Pode-se perceber através da pesquisa que muitas vezes os profissionais de saúde se sentem seguros para a abordagem de pacientes suicidas em relação à identificação, acolhimento

e acompanhamento, porém a maioria não se sente capacitada profissionalmente para o atendimento. Uma das lacunas que o questionário trouxe com as respostas foi a falta de treinamentos e atualização profissional para o atendimento a este paciente.

O presente estudo trouxe elucidações em relação a prática profissional de funcionários da atenção básica de Planaltina no Distrito Federal, dessa forma espera-se espalhar essas descobertas com os profissionais da APS de Planaltina e do Distrito Federal como um todo, além dos gestores lotados nas gerências de saúde e departamento de atenção básica da secretaria de saúde para que haja a contribuição no planejamento de ações estratégicas que visão este público estudado na pesquisa.

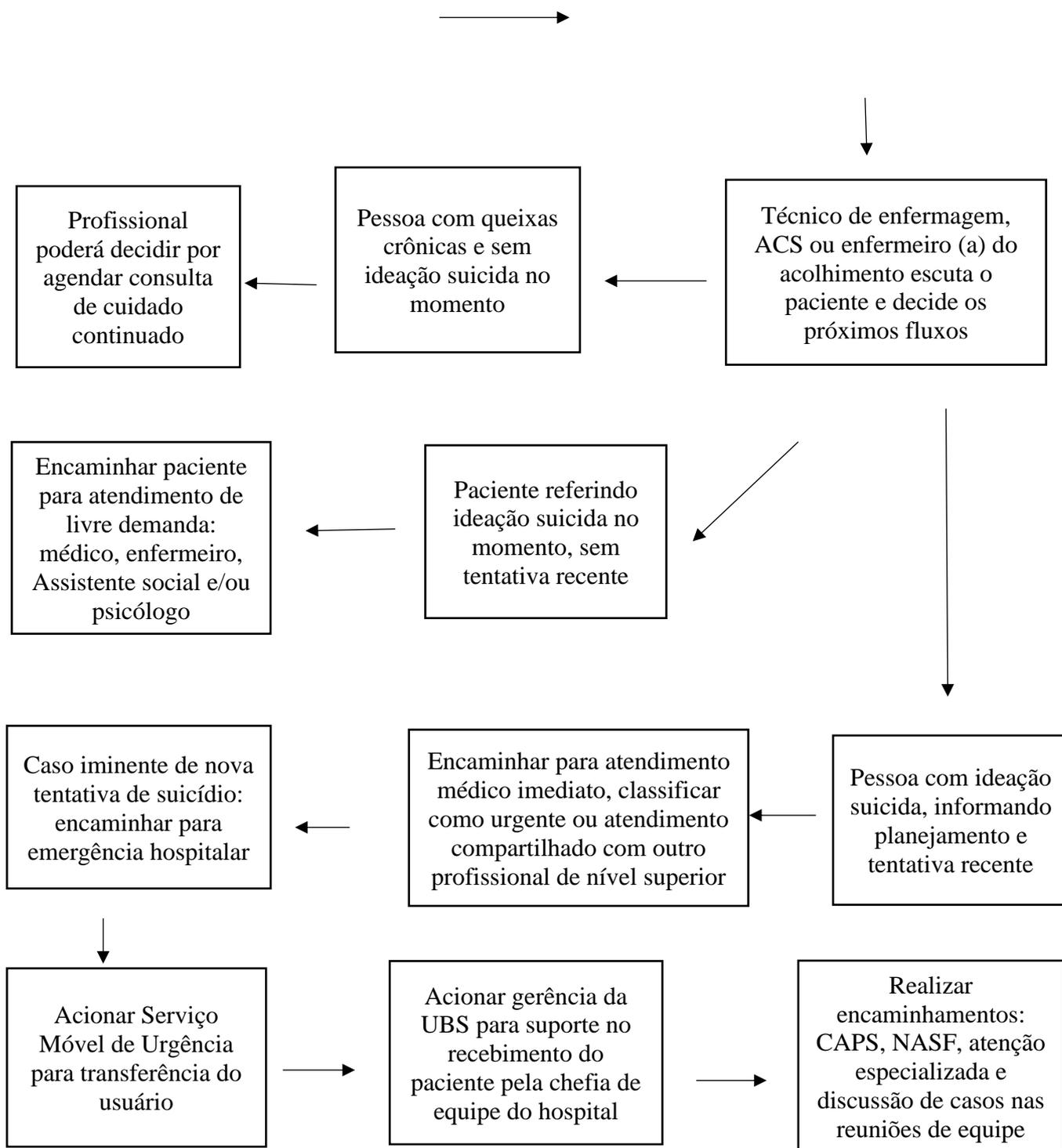
A análise deste trabalho abre possibilidade para a realização de um novo estudo que visa a avaliação do uso da proposta de fluxograma de atendimento a pessoas com ideação suicida na atenção primária em saúde, que seria uma pesquisa qualitativa. Avaliando em loco e com o depoimento dos profissionais sobre a experiência de vivência prática utilizando o instrumento proposto.

A oferta de treinamentos e cursos de capacitação profissional são essenciais para mudar a realidade vista pelo estudo, além disso é responsável pela difusão de conhecimentos e técnicas para os setores responsáveis pelo atendimento a pessoas com comportamento suicida. Deve-se estimular o investimento por parte dos gestores de saúde em educação permanente, matriciamentos e atendimentos compartilhados com profissionais de especialidades focais e assim fortalecer também tecnicamente os funcionários da atenção primária em saúde no que se refere ao tema de ideação suicida, podendo contribuir para alteração e fortalecimento dos processos de trabalho na atenção básica.

PROPOSTA DE FLUXOGRAMA PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM IDEACÃO SUICIDA NA APS

Pessoa referindo perdas* e sentimentos impotência frente a vida dá entrada na UBS

Profissional escalado no “Posso ajudar” ou recepção encaminha o usuário para o acolhimento da equipe responsável



*Perdas: financeiras, relacionamentos, espirituais, trabalho, dentre outra

REFERÊNCIAS

BAHIA, C. A. et al. **Self-harm throughout all life cycles: profile of victims using urgent and emergency care services in Brazilian state capitals.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841–2850, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/63k5xJZTD5DZ4JKvLcgXbbD/?lang=en>>. Acesso em: 30 out. 2021.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/1mTMIS3>>. Acesso em 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1241.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº77, de 14 de fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017.

CAPOTE, Y. S. **Protótipo de Aplicativo para dispositivo Móvel para o Acompanhamento das famílias pelo Enfermeiro na Estratégia de Saúde da família**. 2015. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

CAVALCANTE, F. G.; CAVALCANTE, A. C. S. **Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 20, v.6, p. 1667–1680, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/XvSXsLpfwK63BvDdTWNr8VL/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 30 out. 2021.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. **Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG).** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 16, v.1, p. 1547–1554, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/RdyTCQt4Nn9DtKVYgk6B98L/?lang=pt>>. Acesso em 11 nov. 2021.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia:** capítulo III. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em 11 nov. 2021.

CVV. Centro de Valorização da Vida. **Falar é a melhor solução.** 2016. Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/blog/categorias/falar-e-a-melhor-solucao/>>. Acesso em: 30 out. 2021.

DA SILVA, T. P. S.; SOUGEY, E.B.; SILVA, J. **Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas.** *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 419–426, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/g6qpyJxh5Dkx9ZyhWKJLFrR/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 11 nov. 2021.

DE LEO, D. et al. **Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention?** *Comprehensive psychiatry*, San Diego, v. 54, n. 7, p. 1117–1123, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X13001168?via%3Dihub>>. Acesso em 11 nov. 2021.

FERES, C. M. **Curso para Mudança do Modelo da Atenção Primária em Região de Saúde do Distrito Federal.** *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 51–53, 2018. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/173>>. Acesso em: 18 out. 2021.

FERNANDES, M. A.; LIMA, G. A.; SILVA, J. S. **Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência.** *Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí*, Piauí, v.7, n.1, 75–79, 2018. Disponível em: <<https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6597/pdf>>. Acesso em: 18 out. 2021.

FERREIRA, G. S.; FAJARDO, A. P.; MELLO, E. D. **Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família.** *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. e2904132017, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/LMbr6VVBDHVXzn3yBYXZkSy/?lang=pt>>. Acesso em: 18 out. 2021.

FERREIRA, M. L. et al. **Comportamento suicida e atenção primária à saúde.** *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 9, n. 4, p. 50–54, 2018. Disponível em: <<https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6597/pdf>>. Acesso em: 18 out. 2021.

FERREIRA, C. **O desejo de morrer.** 2018 Disponível em: <https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/O_desejo_de_morrer.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. **Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 560–577, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200010>. Acesso em: 18 out. 2021.

GISELE, O. D.; RUBEN, A. M. **Teoria da Estruturação e os estudos de práticas avaliativas.** Physis, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 609–623, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/qNvPYJF8FnDLZKGB65qQwMp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 out. 2021.

GÖETTEMES, L. B. D et al. **Trajatória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007):** análise a partir do marco teórico do neo institucionalismo histórico. Caderno de Saúde Pública, São Paulo, p. 1409-1419, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/C85pQdC5s4JzZynWpz3yRpg/?lang=pt#>>. Acesso em: 18 out. 2021.

GOMES, S. R.; APRATTO, P. C. **Educação continuada ao cuidador familiar:** Intervenção do enfermeiro da estratégia de Saúde da família. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico, São Paulo, v. 2, n. 18, p.58–77, 2016. Disponível em: <<http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/113/76>>. Acesso em: 18 out. 2021.

GONÇALVES, P. I. E.; SILVA, R. A.; FERREIRA, L. A. **Comportamento suicida:** percepções e práticas de cuidado. Psicologia Hospitalar, São Paulo, v. 13, n.2, p. 64–87, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200005>. Acesso em: 18 out. 2021.

KING, K.; et al. **Suicide prevention: evaluation of a pilot intervention in a primary care context.** Journal of Mental Health., San Francisco, v. 22, n. 5, p. 439–438, 2013. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638237.2013.815334>>. Acesso em: 18 out. 2021.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S. G. **Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento:** conceitos e intervenções. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 34, n. 2, P. 318–329. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/GnQzV9V5t9GBYjwJxVyGYkH/?lang=pt#>>. Acesso em: 18 out. 2021.

MAGALHAES, L. S; ANDRADE, S. M. O. **Depressão e comportamento suicida:** atenção primária em saúde. Revista de Psicologia e Saúde, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 99–107, abr. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100008>. Acesso em 11 nov. 2021.

MATTOS, L. D. et al. **Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 194–197, 2012. Disponível

em: <<https://www.scielo.br/j/rpc/a/PhszbyTJCdXHzfvmSV4g5h/?lang=pt#>>. Acesso em 11 nov. 2021.

MEDEIROS, B. G.; MEDEIROS, N. S. B.; PINTO, T. R. **Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde.** Pesquisa e práticas psicossociais, São João Del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1–16, 2020. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n2/11.pdf>>. Acesso em 11 nov. 2021.

MELO, M. M. et al. **Prevenção ao suicídio na atenção básica: discutir para prevenir.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, Cianorte, vol.26, n. 1, p. 72–75, 2019. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_114805.pdf>. Acesso em 11 nov. 2021.

ROLIM, A. C. A.; MARTINS, F. E. S. Importância do Nasf para as ações de enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus na Atenção Básica: um relato de experiência. In: **Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, 4., 2021, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: Abrasco, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/33077/1/NasfEnfrentamentoPandemia_Rolim_2021.pdf>. Acesso em 11 nov. 2021.

SANTOS, J. G. et al. **Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos.** Texto Contexto Enfermagem, Santa Catarina, vol. 26 n. 3, p. e1590016, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/cXFB8wSVvTm6zMTx3GQLWcM/?lang=pt#>>. Acesso em 11 nov. 2021.

SILVA, N. K. N. et al. **Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio.** Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 71–77, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1806-69762017000200003>. Acesso em 11 nov. 2021.

SOUSA, J. F.; *et al.* **Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro, v.10 n. 2, p. e602, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200201>. Acesso em 11 nov. 2021.

STELLITA-LINS, C. et al. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção.** Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DO TIPO LIKERT

Você entra em contato permanente com pessoas que possuem comportamento suicida, e por isso, estamos interessados em sua opinião sobre o atendimento desses pacientes na atenção primária.

Leio com atenção e responda livremente.

Função na UBS:

Sexo: () M () F () Outros

- 1) Já recebi treinamentos que me tornaram APTO a atuar no atendimento de pacientes com ideação suicida?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 2) Eu me sinto capacitado para trabalhar no atendimento de usuários com comportamento suicida na Atenção Básica?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 3) Tenho dificuldade para atender pacientes com queixas suicidas?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 4) Consigo identificar pessoas com potencial suicida através de linguagem não verbal?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 5) Minha prática no atendimento desses pacientes é baseada em protocolos?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 6) Minha prática no atendimento desses pacientes é baseada em treinamentos?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 7) Sua equipe continua acompanhando os pacientes que são encaminhados para a referência de saúde mental?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 8) Tenho acesso a dados sobre a quantidade de pacientes da minha equipe identificados com ideação suicida?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 9) Acho que esses pacientes estão satisfeitos com o atendimento ofertado pela Unidade Básica?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 10) Consigo explorar as queixas de pacientes com ideação suicida?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 11) Sinto que a equipe da Unidade Básica é resolutiva na maioria dos casos de ideação suicida?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 12) Consigo definir o que é ideação suicida?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 13) Tenho limitações para manter um diálogo com pacientes com ideação suicida?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 14) Consigo acolher pessoas com ideação suicida?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

- 15) Percebo que o tratamento destes usuários requer mais que medicações?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

16) A equipe da minha UBS se reúne para discutir o caso dessas pessoas?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

17) Percebo que a condição de ideação suicida trás consequências para o usuário e para seus familiares?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

18) Minha UBS recebe apoio do NASF, CAPS e atenção secundária?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

19) Sinto que preciso me atualizar sobre o atendimento em saúde mental?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente

20) Os serviços de saúde estão preparados para abordar um paciente com ideação suicida?

1)Discordo Totalmente	2) Discordo	3)Concordo em parte	4) Concordo	5)Concordo Totalmente



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IDEAÇÃO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Pesquisador: LUCAS GONCALVES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40292320.0.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.513.093

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão do projeto (Mestrado Profissional em Saúde da Família da ESCS).

Os dados que constam dos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram extraídos do arquivo

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630439.pdf.

Introdução:

"O ato suicida traz consigo fragilidades resultantes de estigmas, rótulos e diversas formas de preconceito que trazem consequências graves para a pessoa com comportamento suicida, bem como para seus familiares e amigos. O comportamento suicida constitui em fenômeno complexo, podendo incidir em todas as idades e ciclos vitais afetando intensamente a comunidade, família e amigos que também precisarão de ajuda para lidar com o sofrimento (BOTEGA,2015). Em relação à prevenção ao comportamento suicida, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica, devendo ela ser o contato preferencial e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS); sua proximidade e vínculo deveriam facilitar a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e viabilizar intervenção da equipe multiprofissional em concepção ampliada e interagindo com os diferentes campos do conhecimento (FERREIRA et al., 2018). O suicídio e a ideação suicida são um problema de saúde pública e que nos últimos anos vem

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.513.093

ganhando mais evidencia, pois tem repercussões na vida e na rotina de todo um grupo de pessoas que compõe a família e amigos da pessoa com este comportamento porque pode resultar também no adoecimento desses outros indivíduos. A atenção básica tem um importante papel no acolhimento, acompanhamento e no tratamento dessas pessoas, pois representa o serviço de saúde mais próximo da população e com potencial capacidade de intervenção nos mais variados casos. (...) Torna-se imprescindível que os serviços de saúde estejam cada vez mais bem estruturados e capazes de promover resolutividade no que se refere a agravos, tais como tentativas de suicídio. Dessa forma, torna-se mister que os profissionais da atenção básica sejam capazes de identificar precocemente os sinais e sintomas inatos do paciente, dedicando a atenção merecida ao mesmo, haja vista que, por meio do acolhimento adequado, é possível promover a garantia da qualidade do atendimento direcionado e eficácia do tratamento (SILVA et al., 2017)."

Hipótese:

"Os profissionais da atenção básica precisam de uma melhor orientação e direcionamento no acolhimento, acompanhamento, manejo e no encaminhamento, quando necessário, dos pacientes com ideação suicida e seus familiares no âmbito da atenção primária."

Metodologia:

"Trata-se de um estudo descritivo, de investigação de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa, por meio de questionário com perguntas fechadas destinado aos profissionais da atenção básica e posteriormente serão selecionados alguns destes profissionais para aplicar entrevistas semiestruturadas."

"Critério de Inclusão:

- Profissionais lotados nos centros de saúde pertencentes a qualquer equipe de saúde que compõe as referidas unidades básicas;
- Profissionais que concordarem participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Profissionais concursados, contratados por período temporário e participantes do Programa Mais Médicos.

Critério de Exclusão:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.513.093

- Profissionais que não aceitem participar da pesquisa e não assinarem o TCLE;
- Profissionais que não pertençam às Unidades de Saúde da GESAP 1,2 ou 3;
- Profissionais que estejam de atestado médico, licença ou férias durante a aplicação dos instrumentos da pesquisa;
- Profissionais que por ventura decidirem abandonar a pesquisa mesmo após a assinatura do TCLE."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Construir um fluxograma de atendimento de pessoas com ideação suicida na atenção básica a partir das dificuldades e experiências dos profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

- Apontar aspectos relacionados à ideação suicida na atenção primária em saúde (APS) que os profissionais identificam durante as suas abordagens;
- Identificar através da percepção dos funcionários da APS os fatores de risco ou proteção dos pacientes com ideação suicida que utilizaram o serviço de atenção básica (AB);
- Propor formas de enfrentamento na estratégia de saúde da família (ESF) em relação ao suicídio."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Há a possibilidade de riscos como a quebra do sigilo ou anonimato, possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário e cansaço ao responder as perguntas, porém será realizada estratégias para prevenção destes riscos como: os participantes serão orientados sobre a pesquisa e receberão o TCLE, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, será garantida a privacidade do participante para

responder às perguntas e as respostas serão confidenciais e guardadas pelo sigilo dos pesquisadores. Ainda para minimizar os riscos será adotada a estratégia de realizar a aplicação do questionário e a entrevista um de cada vez, em ambiente calmo e reservado, e não haverá perguntas sobre a vida pessoal do participante. Os participantes do estudo terão apoio do pesquisador responsável para suporte emocional e espaço de conversa. Só

terão acesso ao material da pesquisa (questionário e entrevista gravada) o pesquisador

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.513.093

responsável e seus orientadores protegendo o sigilo dos participantes."

Benefícios:

"Há benefícios para os participantes, pois com a pesquisa há a possibilidade de levantar dados com a intenção de identificar fragilidades na abordagem de pessoas com comportamento suicida e propor formas de adequar esse atendimento, e com isso, fortalecer a APS no manejo desses casos. Para o pesquisador existe o benefício de aprofundar os seus conhecimentos sobre o assunto e aumentar sua formação em saúde da família. Para a comunidade científica há o benefício do acréscimo de acervo sobre o tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No parecer anterior, haviam sido apontadas as seguintes pendências:

1- Em relação aos riscos da pesquisa, afirmou-se que "há a possibilidade de riscos como a quebra do sigilo ou anonimato, possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário e cansaço ao responder as perguntas, porém será realizada [sic] estratégias para prevenção destes riscos como: os participantes serão orientados sobre a pesquisa e receberão o TCLE, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, será garantida a privacidade do participante para responder às perguntas e as respostas serão confidenciais e guardadas pelo sigilo dos pesquisadores".

De acordo com a Norma Operacional CNS/MS 001/2013, item 3.4.1.12, "todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente, os riscos envolvidos na execução da pesquisa, avaliando sua gradação e descrevendo as medidas para sua minimização e proteção do participante da pesquisa".

Solicita-se que a forma de minimização dos riscos seja melhor explicitada. Explicar, por exemplo, como se garantirá que, tanto em relação aos questionários como nas entrevistas realizadas por Zoom ou Google Meet, não haja vazamento dos dados dos participantes, o que comprometeria o sigilo e a confidencialidade. Tanto os riscos como a forma de minimizá-los deverão constar do TCLE.

RESPOSTA: "A adequação solicitada foi ajustada no TCLE e na metodologia da pesquisa e encontra-se na página 21, 1º parágrafo e no TCLE em anexo."

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2 - Sobre a hipótese do estudo, afirmou-se: ""A atenção primária à saúde é estratégica em relação

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Página 04 de 08



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.513.093

à prevenção do comportamento suicida. Deve ser ela o contato preferencial do usuário, pois sua proximidade e vínculo com a comunidade facilitam a identificação precoce de situações de vulnerabilidade no caso de ideação suicida. Os profissionais que atuam na atenção primária devem atentar-se para identificar fatores de risco para o suicídio junto aos usuários do Sistema de Saúde que procuram a unidade, como por exemplo, história de tentativas anteriores de suicídio, transtornos psiquiátricos, história de abuso físico ou sexual, desesperança e impulsividade, dentre outros fatores. No enfrentamento ao suicídio, a atenção primária tem papel fundamental na abordagem, prevenção e tratamento dos casos, especialmente por ela corresponder ao nível preferencial de primeira escolha para o acesso à rede de atenção à saúde e pode

realizar o encaminhamento, caso seja necessário, de referenciamento do indivíduo para o nível especializado e assim fazendo o atendimento conjunto desse indivíduo, através da referência e contra referência."

Levando em conta que a hipótese de um estudo é uma resposta suposta, provável e provisória ao problema, que poderá ser testada verdadeira ou falsa por meio do estudo delineado, sugere-se reformulação da hipótese apresentada.

RESPOSTA: "A hipótese do estudo foi reformulada e encontra-se disponível na página 17, parágrafo único."

PENDÊNCIA ATENDIDA.

3- Levando em conta que as entrevistas com os participantes da pesquisa serão gravadas, solicita-se que seja apresentado Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa, conforme modelo disponível no site da FEPECS/CEP/Formulários.

RESPOSTA: "O Termo de Autorização para Utilização de Imagem de Som e de Voz para fins de pesquisa encontra-se nos anexos do projeto na página 34, de acordo com o modelo disponibilizado na página eletrônica do CEP-FEPECS."

PENDÊNCIA ATENDIDA.

4- Em relação ao TCLE:

4.1- No TCLE, afirmou-se que "nosso objetivo é analisar a ideação suicida na atenção primária em saúde em unidades básicas de saúde de Planaltina-DF", o que não coincide com o objetivo primário da pesquisa apresentado no Documento de Informações Básicas da Plataforma Brasil.

Solicita-se que as informações sobre o objetivo da pesquisa sejam padronizadas nos dois

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.513.093

documentos.

RESPOSTA: "As informações sobre o objetivo foram padronizadas no Documento de Informações Básicas e no TCLE."

PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.2- Quando o TCLE for de mais de uma página, as páginas deverão ser numeradas (1/2 e 2/2, no caso de serem duas páginas). Além disso, no momento da assinatura do TCLE pelo(a) participante da pesquisa, todas as páginas devem ser rubricadas por ele(a).

RESPOSTA: "O TCLE foi alterado para uma única página e está disponível nos arquivos de documentos do projeto."

PENDÊNCIA ATENDIDA.

5 - Alterar o cronograma da pesquisa conforme provável aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pois a coleta de dados só poderá ser iniciada após aprovação do projeto pelo CEP/FEPECS, conforme explicitado na Norma Operacional CNS/MS 001/2013, item 3.3.f.

RESPOSTA: "O cronograma foi alterado como solicitado e encontra-se disponível no texto do projeto nas páginas 23 e 24 e nas informações do projeto na Plataforma Brasil."

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresentada carta em resposta às pendências.
- Apresentado novo cronograma de execução da pesquisa: adequado.
- Apresentado TCLE com as adequações solicitadas.
- Apresentado Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa: adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Pendências atendidas (conforme explicitado no item Comentários e Considerações sobre a Pesquisa).

*O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.513.093

obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo. O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

**Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630439.pdf	09/01/2021 20:35:20		Aceito
Outros	carta_resposta_as_pendencias_do_cep_lucas.doc	09/01/2021 20:34:05	LUCAS GONCALVES DA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_com_correcoes_do_cep.pdf	08/01/2021 19:14:57	LUCAS GONCALVES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_lucas.docx	08/01/2021 18:55:46	LUCAS GONCALVES DA SILVA	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao_de_imagem_e_som_lucas.doc	08/01/2021 18:48:36	LUCAS GONCALVES DA	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	18/11/2020 10:37:54	LUCAS GONCALVES DA	Aceito
Outros	Curriculo_Lucas_Goncalves_da_Silva.pdf	16/11/2020 21:21:50	LUCAS GONCALVES DA	Aceito
Outros	Curriculo_orientadora_Maria_de_Fatima_de_Novais_Gondim.pdf	16/11/2020 21:14:16	LUCAS GONCALVES DA	Aceito
Outros	1Termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	16/11/2020 21:03:22	LUCAS GONCALVES DA	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_lucas_goncalves.pdf	04/11/2020 20:25:20	LUCAS GONCALVES DA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/09/2020 22:17:01	LUCAS GONCALVES DA SILVA	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.513.093

Folha de Rosto	FolhaderostoLucas.pdf	22/09/2020 22:00:19	LUCAS GONCALVES DA	Aceito
----------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Maria Cristina de Paula Scandiuzzi
(Coordenador(a))

<p>Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS Bairro: ASA NORTE UF: DF Município: BRASILIA Telefone: (61)2017-2127</p>	<p>CEP: 70.710-904 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com</p>
--	---