



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

SAMARA MACHADO PAIVA

**ITINERÁRIO, CUIDADO E VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ATENÇÃO À PESSOAS EM RISCO E CRISE SUICIDA**

Belém - PA
2024

SAMARA MACHADO PAIVA

**ITINERÁRIO, CUIDADO E VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ATENÇÃO À PESSOA EM RISCO E CRISE SUICIDA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Fenomenologia, teoria e clínica

Orientadora: Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva.

BELÉM - PA
2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M149i Machado Paiva, Samara.
ITINERÁRIO, CUIDADO E VIVÊNCIA DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À PESSOAS EM
RISCO E CRISE SUICIDA / Samara Machado Paiva. — 2024.
64 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Maria de Nazareth Rodrigues
Malcher de Oliveira Silva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, Belém, 2024.

1. RAPS. 2. suicídio . 3. saúde mental. 4. profissionais de
saúde mental. 5. serviços de saúde mental . I. Título.

CDD 150

SAMARA MACHADO PAIVA

**ITINERÁRIO, CUIDADO E VIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ATENÇÃO À PESSOA EM RISCO E CRISE SUICIDA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao programa de Pós-graduação
em Psicologia da Universidade Federal do Pará – UFPA, como
requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva.

DATA DA DEFESA: ____/____/____

CONCEITO: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria de Nazareth R. Malcher de O. Silva
(UFPA – Orientadora)

Profa. Dra. Karol Veiga Cabral
(Membro Interno)

Profa. Dra. Ingrid Bergma da Silva Oliveira
(UEPA – Membro Externo)

Profa. Dra. Adelman do Socorro Gonsalves Pimentel
(Membro Interno - Suplente)

Aos Sobreviventes.

AGRADECIMENTOS

Cursar o Mestrado não foi um caminho fácil, e várias foram as vezes que pensei em desistir, a falta de tempo hábil para produzir, a necessidade de conciliar pesquisa e assistência, a mudança de tema, a exaustão, foram necessárias muitas adaptações e muita ajuda prática para que esse ciclo fosse finalizado. Por isso, destino esses agradecimentos aos que estiveram nas trincheiras comigo.

Aos amigos e padraсто, que são família, que são rede de cuidado, que se preocupam se durmo, se como, se sobrevivo. Que incentivam, socorrem, inspiram, se orgulham e corrigem sempre que necessário.

À minha Mãe Lene, e minha tia Maria que sempre acreditam que é possível, não importa o que aconteça, mas, que respeitam meu tempo e me oferecem consolo todas as vezes que não é.

Ao meu pai, *In Memoriam*, que fez de mim uma cuidadora da vida, antes de qualquer faculdade, que se faz vivo nas minhas escolhas, sonhos e memórias. Esse caminho só tem sentido por ele, e por nós.

Sou grata aos usuários e profissionais do SUS, que cruzam meu caminho todos os dias, que fortalecem a terapeuta em mim, e me ensinam diariamente a potência do “estar” para o outro. Em especial à Ana Paula Souza Bichara Leite que com delicadeza, sensibilidade e competência, me fez ver que era possível acolher e manejar o risco de suicídio em um “postinho”.

Às minhas colegas de Programa, que deixaram as coisas mais leves, com desabafos, trocas e conselhos. Aos meus professores de graduação que sempre mantiveram as portas, os braços e ouvidos abertos para todas as minhas angústias, sejam elas acadêmicas ou existenciais, talvez eles não saibam o quanto é importante saber que posso contar com eles.

Aos caminhos e narrativas, que me conduziram a essa pesquisa, aos encontros e afetos que foram fôlego e impulso para esse caminhar.

À São José que é padroeiro de todo acaracense e caminha ao meu lado protegendo meu trabalho, sem deixar que nenhuma injustiça me toque e à Nossa Sra. de Nazaré que sempre enxuga minhas lágrimas com seu manto, e protege meus sonhos em seu divino e feminino amor.

Minha sincera e respeitosa gratidão.

“O que move o teu coração?”
(Fresno)

RESUMO

O suicídio é um fato social, considerado um problema de saúde pública, de alta complexidade e multicausal, que comumente gera impactos significativos na sociedade, em grupos e a nível individual, seja, em aspectos biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e/ou pessoais. Buscou-se por meio deste estudo, conhecer o itinerário percorrido pelo usuário em risco ou crise suicida na RAPS de Belém, como também conhecer a percepção de profissionais de saúde que atuam em pontos de atenção da rede de cuidado à crise suicida. Para isso, utilizou-se como método uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva, de estratégia fenomenológica, em duas etapas: (1) estudo teórico, na literatura científica e em documentos governamentais e não governamentais; e (2) estudo empírico com profissionais que atuam com pessoas em risco e crise suicida. Os dados do estudo teórico foram organizados em planilhas temáticas e analisados quanto ao conteúdo; enquanto o estudo empírico foi analisado conforme o método de análise do discurso proposto por Amedeo Giorgi. O itinerário de cuidado ao usuário em risco e crise suicida na RAPS de Belém-Pa é desenhado de modo desarticulado entre os dispositivos, os pontos de atenção apresentam ausência/carência de comunicação entre si, devido a barreiras tecnológicas, mas também relacionais. Enquanto, que os profissionais apresentam vivências pragmáticas em relação a cada papel operacional que exercem no dispositivo em que atuam, e mostraram sua subjetividade sobre seu processo de trabalho experienciado no cuidado de uma crise. Finalmente, este estudo evidenciou a necessidade de expansão da Rede de Atenção Psicossocial no cuidado da pessoa em risco de suicídio que extrapole o enfoque hospitalar, de internação, para um cuidado com dispositivos que foquem nas dimensões e demandas reais da pessoa, no território e em sociedade, por meio de uma clínica ampliada.

Palavras-Chave: serviços de saúde mental; profissionais de Saúde; RAPS; suicídio; intervenção na crise.

ABSTRACT

Suicide is a social fact, considered a public health problem, of high complexity and multicausal, which commonly generates significant impacts on society, groups and individuals, whether in biological, psychological, economic, social and/or personal factors. Through this study, we sought to know the itinerary taken by the user at risk or in suicidal crisis in the RAPS of Belém, as well as to know the perception of health professionals who work in points of care of the suicide crisis care network. To this end, descriptive exploratory qualitative research was used, with a phenomenological strategy, in two stages: (1) theoretical study, in the scientific literature and in governmental and non-governmental documents; and (2) an empirical study with professionals who work with people at risk and in suicidal crisis. The data from the theoretical study were organized into thematic spreadsheets and analyzed for content; while the empirical study was analyzed according to the method of discourse analysis proposed by Amedeo Giorgi. The itinerary of care for users at risk and suicidal crisis in the RAPS of Belém-Pa is designed in a disjointed way between the devices, the points of care present absence/lack of communication with each other, due to technological barriers, but also relational barriers. On the other hand, the professionals present pragmatic experiences in relation to each operational role they play in the device in which they work, and showed their subjectivity about their work process experienced in the care of a crisis. Finally, this study evidenced the need to expand the Psychosocial Care Network in the care of people at risk of suicide that goes beyond the hospital focus, hospitalization, to care with devices that focus on the real dimensions and demands of the person, in the territory and in society, through an expanded clinic.

Keywords: mental health services; health professionals; RAPS; suicide; intervention in the crisis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	19
Figura 2 - Caracterização do fluxo de Cuidado ao risco de suicídio na RAPS	20
Figura 3 - Mapa do Território de Saúde do DASAC.....	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil de literatura sobre as abordagens do cuidado ao suicídio	24
Quadro 2 - Conteúdo integrativo da literatura sobre abordagens no cuidado ao risco e crise suicida (2019 a 2022)	24
Quadro 3 - Documentos governamentais e não governamentais que discorrem sobre risco e crise suicida e os cuidados em saúde mental da RAPS	25
Quadro 4 - Perfil das características sociodemográficas das participantes	31
Quadro 5 - Perfil de Formação Inicial, continuada e permanente das participantes	32
Quadro 6 - Perfil de Encaminhamento das condições de saúde mental na APS	33
Quadro 7 - Perfil Profissional das Participantes	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Caracterização sobre Contextos do Suicídio	15
2.2 Abordagens e estratégias de cuidado à pessoa em risco de morte por suicídio.....	17
3 MÉTODO	21
3.1 Estudo Teórico	22
3.2 A Pesquisa Empírica.....	27
3.2.1 Participantes.....	27
3.3 Aspectos Éticos.....	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
4.1 Sujeito e Território: Quem compõem a rede?.....	31
4.2 Entre a técnica e o afeto: tessituras sobre o itinerário de cuidado	34
4.2.1 Coordenação do Cuidado	34
4.2.1 Estratégias de Cuidado.....	36
4.2.3 Itinerário de cuidado	40
4.3 Narrativa afetiva: autorrelato vivencial	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	53
APÊNDICE B - OFÍCIO AO MUNICIPAL DE SECRETÁRIO	55
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA	56
ANEXO A - Figura 1: Fluxo de atendimento da pessoa em risco para o suicídio na RAPS de Belém-Pa ...	58
ANEXO B - Filtros utilizados para busca de dados no SISAB.....	59
ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP	60

1 INTRODUÇÃO

Este estudo objetivou identificar as abordagens e itinerários de cuidado da pessoa em risco ou crise suicida na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Administrativo de Saúde da Sacramenta (DASAC) do município de Belém-PA.

O suicídio é um fato social, considerado um problema de saúde pública, de alta complexidade e multicausal, que comumente gera impactos significativos na sociedade, em grupos e a nível individual, seja, em fatores biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e/ou pessoais (Conte *et al.*, 2012; Ferreira Junior, 2015; Fukumitsu, 2015).

Comportamento suicida é o termo que se refere a um espectro de atitudes inter-relacionadas ao suicídio, entre essas, os pensamentos suicidas, a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o ato propriamente dito (Bertolote *et al.*, 2010).

Segundo o Relatório “Prevenção do suicídio: um imperativo global”, publicado em 2014 e com última atualização feita no ano de 2018, ocorrem 79% de mortes por suicídio em países de baixa e média renda no mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos, tendo como um dos principais e mais comuns métodos a nível global a ingestão de pesticidas, o enforcamento e o uso de armas de fogo (OPAS/OMS, 2018).

Considerando todas as faixas etárias, o suicídio se apresenta entre as 10 principais causas de morte. Quando se pensa na faixa etária de 19 a 25, chega a ser a segunda ou terceira maior causa de óbito, sendo a mais recorrente entre homens, devido a maior impulsividade e acesso a meios letais, enquanto a tentativa de suicídio sem desfecho fatal é comumente mais realizada por mulheres (Ferreira Junior, 2015; Fukumitsu *et al.*, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a cada 40 segundos ocorre um suicídio no mundo; sendo que o número de mortes por suicídio em um ano, equivale a quase o dobro do número de mortes por homicídio (OPAS/OMS, 2014).

Outro dado relevante é que a cada ano, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio, e para cada caso de suicídio, há mais pessoas que realizam a tentativa; em decorrência da subnotificação de casos, considera-se que esse número seja ainda mais expressivo (OPAS/OMS, 2014).

A partir desse contexto, a fim de diminuir a subnotificação, e gerar informações para embasar as Políticas de Saúde Nacionais, a Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, que estabelece no nº

48b a obrigatoriedade para médicos e profissionais da saúde da notificação de tentativas de suicídio para a Secretaria Municipal de Saúde em até 24h (Brasil, 2016).

De acordo com dados gerados pelo Tabnet/Datasus, no ano de 2022 foram notificadas no Pará, 1.484 lesões autoprovocadas, destas, 235 em Belém, estima-se que esse número seja mais elevado devido a barreiras como as subnotificações, e falta da realização da notificação de forma correta, uma vez que dados como evolução do caso e sobre encaminhamentos realizados nos serviços de saúde não foram registrados ou não estão atualizados ou disponíveis (TABNET/DATASUS, 2024).

A subnotificação dos casos de óbito por suicídio, numericamente mascara a incidência das mortes autoprovocadas e sua dimensão, ao mesmo tempo em que torna invisível grupos de risco e características específicas, como é o caso de pessoas LGBTI que se suicidam, e são categorizadas por sexo masculino e feminino, demonstrando que o fenômeno do suicídio perpassa por vários tabus sociais (Ferreira Junior, 2015).

A conduta de manejo do risco ou crise suicida, deve ser orientada a partir da avaliação do nível de risco, nos casos de risco moderado e grave, cabe o encaminhamento para serviços especializados, garantindo a intervenção e acompanhamento a longo prazo. Nos outros casos, sugere-se que as medidas de prevenção sejam implementadas por outros pontos da rede (Brasil, 2021).

O Fluxo de atendimento da pessoa em risco para o suicídio na Rede de Atenção Psicossocial de Belém - RAPS, (Figura 1) informado pela Coordenação de Referência Técnica em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, da Secretaria de Saúde Municipal de Belém, estabelece que os usuários que apresentam ideação suicida devem ser encaminhados para o Hospital de Referência da RAPS, Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana (FHCGV), para que o mesmo seja estabilizado. Em seguida, esse usuário deve ser encaminhado ao CAPS vinculado ao bairro onde reside, para dar continuidade ao seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Cunha, 2020).

O PTS consiste em um dos principais instrumentos de trabalho utilizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir do princípio de construção de uma clínica interdisciplinar e que garanta a autonomia e participação do usuário, o Projeto é composto por quatro momentos: I - Diagnóstico; II - Definição de metas; III - Divisão de responsabilidades; e IV - Reavaliação. É primordial para a construção do PTS que a equipe tenha um vínculo fortalecido com o usuário e a família, entende-se que o caminho terapêutico deve ser escolhido pelo usuário e que este, de forma individual ou coletiva é quem aceita ou nega as medidas escolhidas pela equipe (Brasil, 2004; Ferreira *et al.*, 2014).

Os CAPS como dispositivos que pertencem ao Componente Atenção Especializada da RAPS, destinam-se ao atendimento de usuários com transtornos mentais graves e persistentes, visando a reinserção social dos sujeitos nas comunidades a que pertencem. Quando o usuário estável recebe alta do CAPS, o mesmo é encaminhado para a Atenção Primária em Saúde, onde deve ser acompanhado de forma holística pela equipe multidisciplinar e inserido em grupos de convivência (Cunha, 2020).

Em estudo realizado por Storino *et al.* (2018), acerca das atitudes de profissionais de saúde frente ao comportamento suicida, evidenciou-se a necessidade de potencializar nas formações em saúde habilidades e competências que contemplem a capacidade de empatia e compreensão relacionadas aos comportamentos de risco para o suicídio, buscando com uma formação efetiva dos profissionais de saúde da atenção básica, garantir a detecção precoce e tratamento adequados, a fim de diminuir a incidência de mortes por suicídio.

O interesse pela realização deste estudo surgiu a partir de questionamentos instigados durante a graduação em Terapia Ocupacional, onde, de formas pontuais, porém significativas, me deparei com a temática e em consonância, com profissionais preceptores ou do serviço que apresentavam condutas inadequadas e/ou negligentes no acolhimento de pessoas em processos de sofrimento psíquico e existencial. Através de vivências proporcionadas por projetos extracurriculares, foi possível observar a necessidade de abordar ainda na graduação a formação para o cuidado do usuário em sofrimento existencial, presente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal interesse foi potencializado durante a Residência em Saúde da Família, área que segue sendo meu principal contexto de atuação, e por conseguinte, segue proporcionando encontros e confrontos com o usuário em risco e crise suicida, assim como, as reverberações das abordagens utilizadas no seu processo de cuidado – ou na falta dele – o que me impele a pensar em: quais abordagens são utilizadas pelos profissionais que entram em contato com usuários do SUS que pensam e/ou tentam realizar o suicídio? O sofrimento existencial é levado em consideração quando o usuário entra nas redes de atenção em saúde?

A partir desses questionamentos, elaborou-se a Questão de Pesquisa, que conduz esse estudo: **Como se caracteriza a abordagem e o itinerário de pessoas em risco e crise suicida e a vivência dos profissionais da RAPS?**

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2024), a palavra itinerário consiste em um substantivo masculino, que significa: I - o caminho percorrido quando se vai de um local a outro; II - Indicação dos pontos onde se passa ou demora quando se vai de um lugar a outro; III - Qualquer tipo de percurso ou sequência. Também são atribuídos à palavra significados

relacionados a trajetos de ônibus e preces, que não possuem relação com o uso da palavra nesta pesquisa (ABL, 2024).

No campo de pesquisas em saúde, do ponto de vista fenomenológico, o termo itinerário terapêutico envolve entre suas vertentes, o percurso desde a descoberta do processo de adoecimento até a escolha e acesso as estratégias de cuidado, assim como os serviços, condutas terapêuticas e trajetos vivenciados pelos atores envolvidos nesse percurso de cuidado (Alves, 2016).

O itinerário terapêutico no âmbito da saúde mental está entrelaçado às vivências individuais do sujeito, ao modo como ele vivencia o território, e aos diversos arranjos e estratégias de atendimento estabelecidos pelos serviços que compõem a rede de cuidado psicossocial (Moreira *et al.*, 2016).

Nesse contexto, propôs-se, através deste estudo, conhecer o itinerário percorrido pelo usuário em risco ou crise suicida na RAPS de Belém, e em paralelo, ouvir os profissionais de saúde que ofertam esse cuidado nos pontos de atenção da rede, identificar, assim, as abordagens que os mesmos utilizam, e as experimentações de suas vivências no processo de cuidado. Ir em busca disso, pode contribuir na reflexão crítica dos profissionais acerca do seu processo de trabalho, assim como, sob a ótica teórica, proporcionar embasamento para a compreensão do prisma que envolve o cuidado do sofrimento existencial no âmbito do SUS.

A disposição estrutural deste estudo compreende dois capítulos referenciais, sendo o primeiro “Caracterização sobre contextos do suicídio”, que explana acerca dos conceitos e compreensão teórica do suicídio enquanto fenômeno; e o segundo capítulo “Política Pública Governamental sobre o cuidado ao suicídio” que dialoga sobre as iniciativas governamentais de Prevenção e Cuidado do suicídio enquanto problema de saúde pública.

Após os capítulos teóricos é descrito o percurso metodológico utilizado no estudo. Por conseguinte, é apresentada a triangulação dos resultados encontrados na pesquisa teórica e empírica, em discussão com os autores da temática abordada. Organizados em três eixos temáticos: (I) Sujeito e Território: quem compõem a Rede? (II) Entre a técnica e o afeto: tessituras sobre o itinerário de cuidado; e (III) Narrativa afetiva: auto relato vivencial.

Por fim, são descritas as considerações finais do estudo, com apresentação das conclusões obtidas, das barreiras de pesquisa e direcionamentos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Caracterização sobre Contextos do Suicídio

A morte por suicídio é um fenômeno multifatorial, considerada uma morte violenta, de domínio público e privado, devendo, portanto, ser discutido considerando-se seus fatores predisponentes, como atributos individuais e de caráter sociodemográfico, ou seja, que estão distantes do ato em si, e os fatores precipitantes, tais como questões ambientais, cargas estressoras recentes e fatores psicológicos, que estão mais próximas ao acontecimento (Fukumitsu, 2019).

Compreende-se como ideação suicida quando o indivíduo idealiza a sua própria morte, como única possibilidade de enfrentamento ou resposta ao sofrimento ou falta de sentido da vida, podendo estar acompanhada de planejamento ou não; enquanto a tentativa de suicídio, é caracterizada por um comportamento auto lesivo, com desejo de morte, mas consequências não fatais (Ferreira, 2016).

A crise suicida é caracterizada emocionalmente pela presença de forte sentimento de ambivalência, desesperança, e restrição perceptiva, apresentando períodos de curta duração (horas ou dias) e maior nível de letalidade e comportamento autodestrutivo (Brasil, 2020).

As alterações nas atividades cotidianas dos sujeitos, podem ser um dos aspectos que devem ser analisados no desenvolvimento da intenção e do planejamento do ato suicida; devendo ser incluído nas práticas de cuidado, tanto por profissionais de saúde, quanto por familiares, como estratégias preventivas (Marquetti *et al.*, 2014).

Marquetti *et al.* (2014) afirmam que comumente, o caminho a ser percorrido para a efetivação do suicídio pelo indivíduo é longo, indo desde a ideação até a tentativa com desfecho fatal. A autora aponta que neste processo há sinais deixados pelas pessoas que morrem por suicídio, como inúmeros e persistentes comportamentos de risco e alerta, mas que devido ao tabu das mortes voluntárias, e suas repercussões, geram a não intencionalidade de enxergar os sinais, sendo invisibilizados pelo seu meio.

Os fatores predisponentes do suicídio são complexos e variáveis, sendo comum, mas, não determinante, a existência de transtornos mentais associados, entre eles: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. A esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco, tal condição de risco pode ser agravada quando mais de um dos fatores citados, coexistem em um mesmo período (Botega, 2014).

A Pandemia de Covid-19 também pode ser visualizada como um fator relacionado ao risco de suicídio, devido as mudanças ocorridas durante este período, como por exemplo o isolamento social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, devido as medidas sanitárias de prevenção à Covid-19.

No ano de 2020 a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) emitiu uma nota de alerta para o aumento dos fatores de risco para o suicídio em decorrência da Pandemia Covid-19, considerando a possibilidade de maior ocorrência de sintomas como ansiedade, angústia e depressão, assim como de episódios de violência doméstica e de uso abusivo de álcool e outras drogas (OPAS, 2020).

Uma pandemia gera repercussões para além do número de óbitos, em consonância ao colapso dos sistemas de saúde dos países, advém a exaustão dos profissionais de saúde em razão das prolongadas horas de trabalho expostos às cargas de estresse, e devido ao método definido como mais efetivo no enfrentamento da doença - o isolamento social - gerar impactos à saúde mental da população em geral (Faro *et al.*, 2020; Jianyu Que *et al.*, 2020).

A Covid-19, inicialmente detectada em 2019, consiste em uma síndrome respiratória ocasionada pelo novo coronavírus, de fácil propagação, e diversos níveis de complexidade clínica, nos casos mais graves de acometimento requer cuidados hospitalares intensivos, incluindo entre estes o uso de ventilação mecânica. Devido aos aspectos clínicos somados ao crescimento exponencial de contágios, e à falta de conhecimento da comunidade científica sobre a doença, foi elevada no ano de 2020, pela Organização Mundial de Saúde ao status de pandemia (Faro *et al.*, 2020; Jianyu Que *et al.*, 2020).

Autores como Silva *et al.* (2022) e Jianyu Que *et al.* (2020) apontam acerca desse período o aumento de sintomas de estresse, ansiedade e comportamentos obsessivos-compulsivos, assim como a interrupção de tratamentos psiquiátricos, e aumento de sintomas de abstinência, destacando que alguns sobreviventes da pandemia apresentaram um quadro de sintomas pós-traumáticos. Portanto, os estudos apontaram que houve um aumento significativo proporcional nas taxas de tentativas de suicídio com desfecho fatal durante e após o período pandêmico.

Jianyu Que *et al.* (2020) apontam em seu estudo que maior ocorrência e exposição ao sentimento de desconexão, dificuldade em promover a sensação de pertencimento a grupos, a piora na situação econômica e aumento nas taxas de desemprego durante a pandemia, foram fatores que contribuíram de forma direta para o risco de suicídios.

Quanto aos fatores precipitantes, podem ser considerados o nível de acesso a métodos letais, separação conjugal, processo de perda e luto, perdas ocupacionais e/ou mudança de papel

social (Fukumitsu, 2019). Além disso, em comparativo as estimativas de suicídio relacionadas a população geral, considera-se que após uma tentativa de suicídio, o risco aumente em pelo menos cem vezes (Botega, 2014).

No Manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, parte das ações da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde, publicado em 2006, são listadas três características prevalentes em pessoas com risco ao suicídio, são elas: (i) ambivalência, que consiste no dubia vontade de viver e morrer que assola internamente a pessoa que pensa e/ou tenta o suicídio; (ii) impulsividade, caracterizada pelo impulso de realizar o ato, sensação que pode durar minutos ou horas, e ser transitória, normalmente desencadeada por eventos recentes; e (iii) rigidez, o estado cognitivo que faz com que o indivíduo compreenda as possibilidades somente na dicotomia do “tudo ou nada”, e visualize o estreitamento das oportunidades de vivenciar a diminuição do sofrimento (Brasil, 2006).

Historicamente, à medida que ocorreu o processo de modernização da vida urbana, os rituais e manifestações de vida, assim como a morte e seus atravessamentos passam a ser reservados para espaços privados dos sujeitos e desta forma, tornam-se temas interditos no ocidente. Nesse contexto, as mortes presenciáveis, culturalmente, são as mortes violentas, como homicídios, acidentes, atropelamentos e suicídios públicos (Marquetti, 2012).

A morte por suicídio é, portanto, uma transgressão ao interdito da morte ocidental, transpassando as barreiras do privado, e encontrando lugar nas suas características avessas, no qual o evento torna-se público, indiscreto, visível, determinado e comandado em sua totalidade pelo sujeito (Marquetti, 2012).

Fukumitsu (2013) aponta o fenômeno do suicídio como uma morte atravessada por concepções e formas de vivenciar o sofrimento, seja enquanto fuga, punição, libertação, coerção ou alívio, tendo assim seus sentidos e significados constituídos pelo próprio sujeito.

Nesse contexto, a morte por suicídio, ainda na contemporaneidade, costuma possuir ritos e rituais de passagem, velados. Ao mobilizar sentimentos e percepções variadas, o fenômeno torna-se um tema interdito e negado (Fukumitsu, 2013). Marquetti (2011), apresenta como características do interdito relacionado à morte por suicídio, a rapidez e serviços técnicos utilizados nos procedimentos de retirada e manejo dos corpos, e as subnotificações em decorrência da mudança de causa ou do local de morte.

2.2 Abordagens e estratégias de cuidado à pessoa em risco de morte por suicídio

Entre as abordagens utilizadas no cuidado à pessoa em risco de morte por suicídio,

destacam-se as estratégias de prevenção. Na prevenção ao suicídio trabalha-se com enfoque em dois vieses, evitar o que pode ser evitado e amenizar o que não pode, o período entre a ideação e a tentativa é o momento crucial de intervenção, de acessar os significados que compõem a intencionalidade de morrer por suicídio, e da construção de um plano de segurança junto ao paciente. Esse trabalho deve ser realizado de forma interdisciplinar, considerando que diversas categorias profissionais podem agregar ao acompanhamento da pessoa em risco ou crise (Fukumitsu, 2014).

A OPAS (OMS, 2014), organiza as estratégias de prevenção do suicídio em três categorias: universal, seletiva e indicada, com características bem definidas entre si.

As estratégias de prevenção universal estão relacionadas às ações com a finalidade de atingir a toda a população, potencializando a promoção da saúde, de modo a reduzir os riscos de suicídio, a partir da melhora no acesso à ajuda, fortalecimento dos fatores protetivos, como por exemplo, o apoio social.

Já as estratégias de prevenção seletiva, se caracterizam por ações dirigidas a grupos de risco para o suicídio, tendo como base as características relacionadas à idade, sexo, situação ocupacional e antecedentes familiares. Ou seja, indivíduos, que independente de apresentarem comportamentos suicidas, estão em risco elevado, devido a fatores biológicos, psicológicos ou socioeconômicos. Enquanto nas estratégias de prevenção indicada referem-se às ações preventivas e de cuidado direcionadas a indivíduos com potencial risco para o suicídio, devido a histórico de tentativas pregressas ou comportamento suicida atual.

Segundo Botega (2014), as possibilidades de cuidado no âmbito da saúde pública, devem considerar a implementação de estratégias relacionadas à conscientização e discussão de tabus que cercam o tema, identificação e tratamento precoce dos transtornos mentais, assim como, a capacitação de profissionais de saúde, segurança e educação para a prevenção do suicídio.

No Brasil o cuidado à pessoa em risco para o suicídio foi estabelecido na Portaria Nº 1.876 (Brasil, 2006), que regulamentou as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, e que preveem no Art. 2º:

- I - Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II - Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV - Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações

intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

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

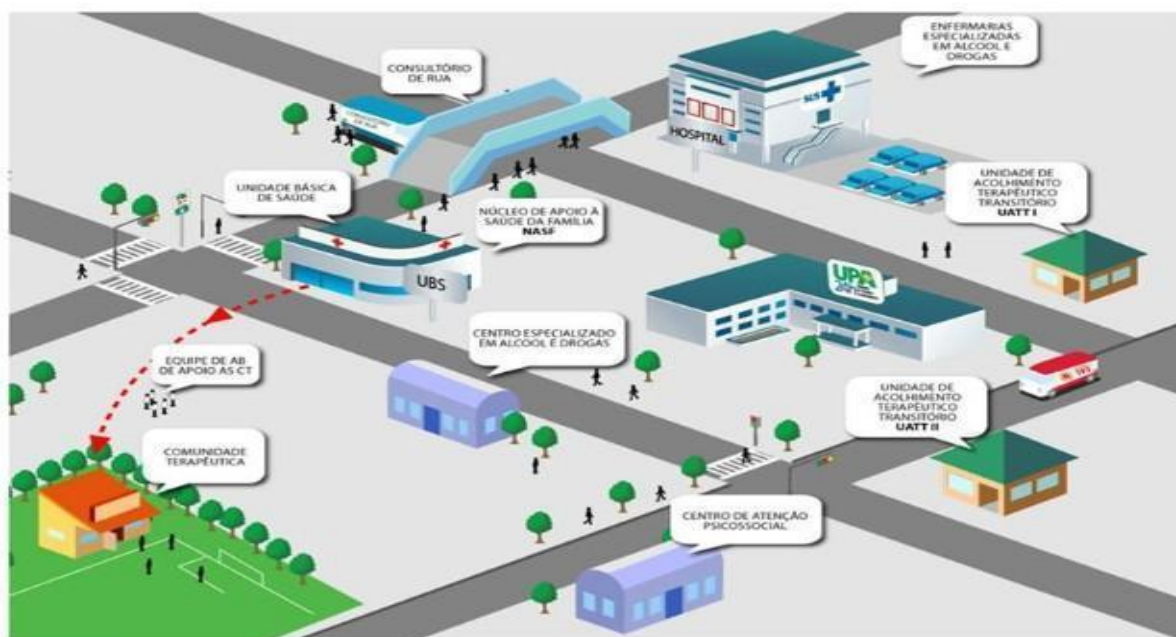
VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

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

Por sua vez, a Lei Nº 13.819 (Brasil, 2019) instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, para a prevenção desses eventos e tratamento de seus condicionantes, que no seu artigo terceiro, estipula entre seus objetivos, garantir o acesso à atenção psicossocial de pessoas em sofrimento mental agudo ou crônico.

Esse cuidado da pessoa em risco ao suicídio deve ser realizado pelos diversos níveis de atenção e seus respectivos dispositivos da RAPS da Política Nacional de Saúde Mental, com ações de cuidado integral da saúde mental, ancoradas pelos direitos humanos, e por diretrizes de cidadania, rede social, território, autonomia e protagonismo, como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

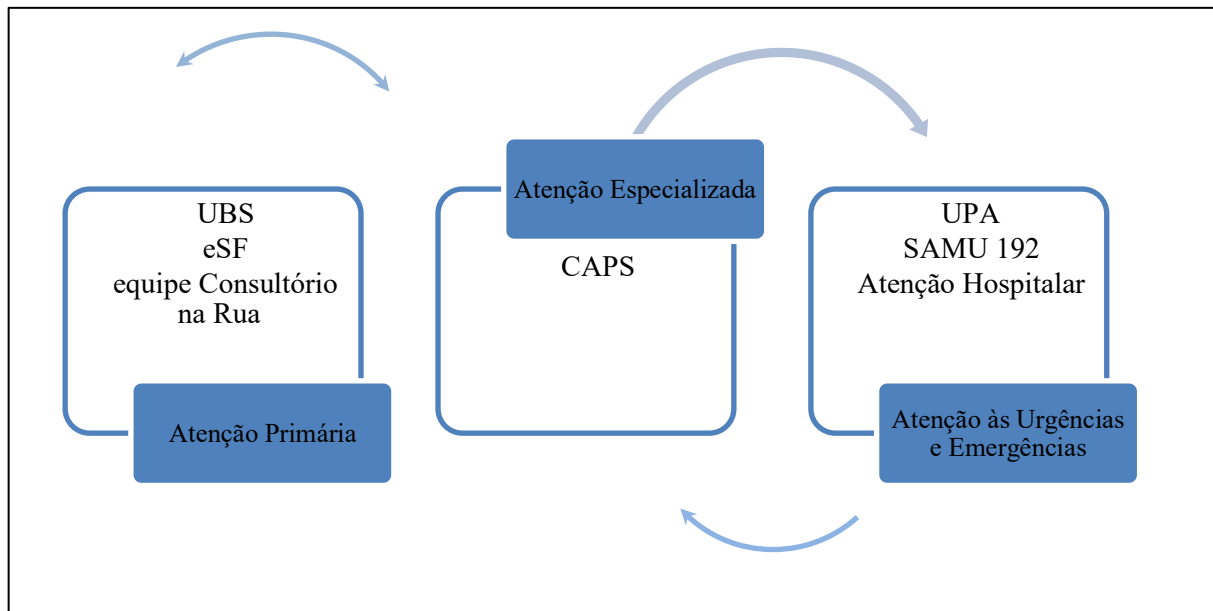


Fonte: Soares e Cruz (2016).

Nesse contexto, o Protocolo de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (2020), apresenta o Fluxograma geral de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial, considerando

como porta de entrada na RAPS, todos os serviços da Rede, inclusive a APS. Na prática profissional, a APS recebe os usuários que obtiveram alta do atendimento no CAPS, enquanto o CAPS e os dispositivos de atendimento de Urgência e Emergência regulam o usuário entre si, conforme a seguinte disposição:

Figura 2 - Caracterização do fluxo de Cuidado ao risco de suicídio na RAPS



Fonte: Pesquisa (2024).

Os dispositivos da Atenção Primária em Saúde, são constituídos por equipes multidisciplinares, com foco na proteção e promoção da saúde, na prevenção e cuidado dos transtornos mentais, com ações em contexto individual e coletivo, que ofertam o suporte ao diagnóstico, ao tratamento, reabilitação e manutenção dos condicionantes de saúde, com estratégias compartilhadas sempre que possível e necessário com outros pontos de atenção da rede para a garantia do cuidado integral (Brasil, 2011).

Na RAPS, o componente de Atenção Primária é constituído pelas Unidades Básicas de Saúde, equipes de Estratégia Saúde da Família e equipes de Consultório na Rua, funcionando como coordenadora e ordenadora do cuidado no âmbito do SUS, e responsáveis pelo acolhimento e atendimento humanizados de quadros clínicos e psicossociais estáveis, leves e moderados, e conforme o fluxo local encaminhar os usuários de quadros clínicos mentais mais graves (Brasil, 2022).

O CAPS é um serviço com enfoque no acolhimento e cuidado dos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, possui uma equipe interdisciplinar, com diversidades de atividades terapêuticas, com prioridade em abordagem *coletiva*, sendo organizados em função de sua tipologia, público-alvo e porte (Brasil, 2022).

Sendo um dispositivo responsável pelo matriciamento da construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários, e pela organização e hierarquização do cuidado (Brasil, 2011). Sade *et al.*, (2021, p. 13) apontam em seu estudo, o declínio nas ações da Política Nacional de Saúde Mental, a partir de 2017, principalmente com a ampliação no número de leitos em hospitais psiquiátricos e com o sucateamento do incentivo às estratégias de saúde pensadas sob a ótica do cuidado centrado na pessoa e na comunidade, como o CAPS. Nesse paradigma, o CAPS atua em caráter de atenção diária, sendo articulador do usuário nas ações intersetoriais. Considerando o contexto de cuidado ao risco de morte por suicídio, cabe aos CAPS ainda, o atendimento a pessoa em crise e risco agudizado, assim como, o rastreamento da rede de suporte social e a efetivação de estratégias para fortalecimento da mesma, com enfoque na prevenção e identificação do nível de risco (Brasil, 2011).

Os dispositivos da Atenção de Urgência e Emergência consistem nas Unidades de Pronto Atendimento 24h, SAMU 192, os Hospitais Municipais de Pronto Socorro, e Hospitais Gerais com serviço de emergência psiquiátrica, estes são responsáveis em seu nível de complexidade de atuação por acolher, classificar o risco em saúde, e oferecer suporte às situações de emergência das pessoas com transtornos mentais ou necessidades relacionadas ao uso do álcool e outras drogas; além de construir parceria de cuidado junto ao CAPS do território do usuário como regulação do cuidado na RAPS (Brasil, 2011).

No serviço hospitalar, as enfermarias especializadas, devem garantir o suporte clínico quando há necessidade de tratamento hospitalar, em especial para casos de abstinência ou intoxicações severas. Enquanto os serviços hospitalares de referência, oferecem o suporte para casos de internação por período de curta duração, quando há indicativo de comorbidades clínicas ou psíquicas. A orientação e o cuidado hospitalar deve ser organizado e coordenado pelo PTS realizado no CAPS de referência do usuário. Quando o mesmo não é acompanhado pela rede, é necessário que seja realizado a vinculação do usuário aos componentes de referência em saúde mental que estão em seu território (Brasil, 2011).

3 MÉTODO

Este estudo consiste em uma pesquisa descritiva, com desenho metodológico qualitativo de estratégia fenomenológica, organizado em dois estudos: (1) teórico, da literatura científica e documental em sites governamentais e não governamentais; e (2) empírico com os profissionais de dispositivos da RAPS que atuam com pessoas em risco e crise suicida.

Conforme Camargo Junior *et al.* (2011), a pesquisa qualitativa em saúde “valoriza a compreensão dos complexos processos subjetivos e simbólicos subjacentes aos mesmos”, possibilitando, desse modo, a oportunidade de expressão dos diversos atores e contextos do fenômeno, para além dos desfechos objetivos e mensuráveis.

Bello (1998) refere que na pesquisa fenomenológica as experiências vividas são identificáveis na sua forma essencial, funda-se, portanto, na capacidade intuitiva do ser humano, a fim de refletir sobre como as experiências vividas constituem o mundo do sujeito. A descrição utilizada pela fenomenologia, busca captar o sentido e significado das coisas. “É uma arqueologia que visa uma reconstrução” (Bello, 1998).

De acordo com Minayo *et al.* (2016), ao estabelecer relações entre conceitos, crenças, comportamentos e representações, a pesquisa qualitativa torna-se adequada, assim como fundamental para o entendimento e compreensão do fenômeno dentro do seu contexto, auxiliando no processo de construção e resolução crítica das fragilidades do sistema de saúde.

Este estudo, propõe como método de investigação, a pesquisa qualitativa, a qual, baseia-se em dois pilares de organização: a investigação teórica – de base teórica e/ou documental – e a investigação empírica, efetuada diretamente com os sujeitos participantes da pesquisa (Gerhardt, 2009).

3.1 Estudo Teórico

A pesquisa teórica foi realizada em duas etapas: (1) Revisão de Literatura sobre a temática do estudo; e (2) Estudo Documental em sites governamentais e não governamentais.

Este estudo foi do tipo qualitativo teórico de revisão de literatura do tipo integrativa, que Mendes, Silveira e Galvão (2008) explicam que se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para os pesquisadores, na qual neste estudo foi “como a literatura apresenta sobre as abordagens dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa em risco de suicídio?”

Para a realização da revisão integrativa, foram cumpridas seis etapas de acordo com as descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), sendo: (i) Identificação do tema e seleção da hipótese; (ii) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; (iii) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (iv) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (v) interpretação dos resultados e (vi) apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Para este estudo foram selecionados descritores conforme a pesquisa de termos relacionados ao mesmo nos Descritores em Ciências da Saúde (DECs), sendo selecionados os seguintes: “suicídio ou ideação suicida; serviços de saúde mental; e intervenção em crise”. Estes descritores foram empregados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nos Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Periódicos CAPES) para a execução da pesquisa.

Os critérios de inclusão estabelecidos para essa revisão, foram: a) artigos empíricos ou teóricos, publicados nos idiomas: inglês, português ou espanhol; b) publicações nos últimos cinco anos; A partir dessa seleção, foram encontrados 286 artigos na BVS, e 190 artigos nos Periódicos CAPES.

Dessa forma, após a aplicação dos critérios de exclusão previamente estabelecidos: a) não possuir no título do artigo o termo “suicídio ou ideação suicida”; b) artigo não estar disponibilizado na íntegra, foram selecionados 115 artigos na BVS e 145 nos Periódicos CAPES.

Para a seleção dos artigos que compõem a terceira etapa da Revisão, foi realizada a leitura dos resumos, tendo como critério de seleção: a) artigos que abordam sobre estratégias e/ou abordagens de cuidado do risco ou crise suicida.

A partir da leitura do resumo de cada artigo, foram selecionados 48 artigos na BVS e 86 nos periódicos CAPES. Sendo assim, a amostra final para leitura na íntegra foi composta por 134 artigos. Descartou-se os artigos onde a ideação suicida aparecia como enfoque secundário de discussão, principalmente como possível risco ou comorbidade em outra temática, não sendo apresentadas pelos autores estratégias e/ou abordagens de cuidado.

Após a leitura na íntegra foram selecionados 34 (trinta e quatro) artigos, destes, somente um artigo publicado em português e o restante em inglês no período de corte da pesquisa, houve forte expressão no ano de 2021, sendo 10 artigos publicados neste ano.

Foram definidas as seguintes categorias para sumarização e organização das informações extraídas dos trabalhos selecionados: conteúdo principal, resultados, as principais conclusões, as abordagens utilizadas, cenário, serviços, e práticas e estratégias terapêuticas, conforme orientado pelos estudos de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

O resultado do estudo dos 34 artigos foi organizado em quadro temático (Quadro 1) para formulação do perfil de literatura de forma quantitativa e de conteúdo integrativo encontrado.

Quadro 1 - Perfil de literatura sobre as abordagens do cuidado ao suicídio

Dados	Características	N:34 (100%)
Tipo de estudo	Teórico	05 (15%)
	Empírico	28 (85%)
Ano de Publicação	2018	05 (15%)
	2019	04 (12%)
	2020	07 (21%)
	2021	11 (32%)
	2022	07 (20%)
Cenários	APS	02 (6%)
	Ambiente Escolar	05 (15%)
	Serviços Ambulatoriais	06 (18%)
	Serviços de Internação	08 (23%)
	Atendimento online/virtual	13 (38%)

Fonte: Pesquisa (2023).

Os dados tratados neste estudo foram analisados de acordo com a análise de conteúdo temático de Bardin (2011), que se caracteriza por um conjunto de técnicas aplicadas a discursos, utilizando-se do método de categorização para a análise dos componentes da mensagem, extraindo seus significados e interpretações de forma sistemática e objetiva.

O resultado da análise dos conteúdos sobre as abordagens no cuidado à pessoa em risco de suicídio destacou três categorias temáticas: (i) prevenção do suicídio na pandemia Covid-19; (ii) uso de tecnologias na prevenção do suicídio; e (iii) prevenção do suicídio nas instituições, estas abordagens são comuns na execução das estratégias de cuidado consideradas pelos estudos selecionados.

Diante desse contexto, as principais estratégias propostas como replicáveis e eficientes para o cuidado do risco ao suicídio são apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Conteúdo integrativo da literatura sobre abordagens no cuidado ao risco e crise suicida (2019 a 2022)

Autores	Práticas e Estratégias utilizadas no cuidado ao risco de suicídio
Alvarez, et al (2022); Lesage, et al (2021); Tachibana, et al (2020); Ranahan (2020) Raimundo, et al (2020); Gould, ; et al (2022); Bryan, et al (2018)	Estratégias de Prevenção com enfoque na Educação em Saúde e Educação Permanente
Silva, et al (2022); Kruzan, et al (2021); Finlayson, et al (2021), Martinengo, et al (2019); Garraza, et al (2019); Jianyu Que, et al (2020); Klonoff-Cohen, (2022); Knagg, et al (2022); Dubov, et al (2021); Batterham, et al (2021); Jeong, et al (2020); Bruen, et al (2020); Högberg, et al (2018); Carras, et al (2021)	Abordagem preventiva com enfoque nas estratégias de enfrentamento e rastreio do estresse e sofrimento mental.
Andrade (2018); Doran, et al (2021); Gould, et al (2021); Gupta, et al. (2021); Crawford (2021).; Lindkvist, et al (2021); Ogbolu, et al (2020); Whiteside, et al (2019); Lindkvist, et al (2019); Givon, et al (2018); Kohls, et al (2022), Wilkinson, et al (2018); Sreedaran, et al (2022)	Suporte e intervenção durante a crise

Fonte: Pesquisa (2023).

No estudo ou pesquisa documental, os autores utilizam-se da análise de dados obtidos essencialmente a partir de documentos, com a finalidade de compreender um fenômeno através das informações neles contidas (Kripka *et al.*, 2015).

Nesta pesquisa realizou-se o estudo em documentos governamentais e não governamentais que discorrem sobre risco e crise suicida e os cuidados em saúde mental da RAPS.

A pesquisa foi realizada em sites de domínio público que continham portarias, manuais, relatórios, e folders sobre os temas relacionados aos descritores: suicídio ou ideação suicida; serviços de saúde mental; e intervenção em crise suicida. Os conteúdos foram tratados em planilhas temáticas, que possibilitaram compreender as abordagens e itinerários de cuidado a atenção em risco ou crise suicida utilizados no Brasil.

Quadro 3 - Documentos governamentais e não governamentais que discorrem sobre risco e crise suicida e os cuidados em saúde mental da RAPS

Ano de Publicação	Domínio	Tipo	Título
2000	Abeps	Manual	Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária - OMS Prevenção do suicídio: Manual para Professores e Educadores - OMS Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia – OMS
2006	MS	Guia	Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros - OMS
	Abeps	Manual	Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental – OMS
2017	MS	Cartilha	Cartilha de Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020
2019	Abeps	Lei	LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019
	IPPES	Boletim	Boletim de Notificações de mortes violentas intencionais e tentativas de suicídios entre profissionais de segurança pública no Brasil
2020	MS	Boletim epidemiológico	Boletim epidemiológico vol 51 nº38 “Tentativas e suicídios na população idosa do Brasil” nº 37 “Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018”

			nº 04 “Vigilância de violências e acidentes no Brasil: análise da cobertura da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos municípios brasileiros”
	IPPEs	Boletim	Boletim de Notificações de mortes violentas intencionais e tentativas de suicídios entre profissionais de segurança pública no Brasil
2021	MS	Boletim Epidemiológico	Boletim epidemiológico vol. 52 - Nº 33 “Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil”.
	Abeps	Manual	Manual de Orientações para o Atendimento à Pessoa em Risco de Suicídio - GDF.
	IPPEs	Boletim	Boletim de Notificações de mortes violentas intencionais e tentativas de suicídios entre profissionais de segurança pública no Brasil
2022	MS	Nota técnica	Nota Técnica Nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS
	IPPEs	Boletim	Boletim de Notificações de mortes violentas intencionais e tentativas de suicídios entre profissionais de segurança pública no Brasil

Fonte: Pesquisa (2023).

Os domínios consultados nesta pesquisa, foram os hospedados no site do Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (Abeps), e do Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPEs). Diante desse contexto, segundo as publicações do Ministério da Saúde, não houve a realização de Campanha de Saúde Nacional nos últimos três anos, direcionadas aos temas deste estudo. Nos anos de 2018 a 2022, e 2016 não há registros de publicações de cartilhas direcionadas ao tema no mesmo site. Na categoria de guias e manuais também não há registros de publicações no mesmo período.

Em 2020 e 2021 foram publicados Boletins Epidemiológicos sobre mortalidade relacionada ao suicídio, sem publicações hospedadas dos demais anos. Na categoria de notas informativas, não há publicações direcionadas ao tema no período de 2014 a 2023.

Em 2022 foi publicada a Nota Técnica Nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS, concebida para prestar esclarecimentos sobre aspectos da Notificação Compulsória de Violências Interpessoais e Autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), relativos à obrigatoriedade da notificação, definição de caso, preenchimento, fluxos e prazos para a notificação. Sem registros de publicação de outras notas técnicas nos demais anos.

No site da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio foram encontradas sete publicações direcionadas à temática do estudo, entre elas, a LEI Nº 13.819, de 26 de abril de 2019 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

O IPPES publicou anualmente desde o ano de 2019, o Boletim de Notificações de mortes violentas intencionais e tentativas de suicídios entre profissionais de segurança pública no Brasil.

3.2 A Pesquisa Empírica

A investigação empírica desse estudo foi realizada através de entrevistas semiestruturadas. Na pesquisa fenomenológica a entrevista é utilizada como instrumento para a construção de reflexão sobre a ação humana, tornando-se um espaço dialético entre pares, objetivando assim, a descrição mais próxima possível, da experiência vivida dos participantes sobre determinado fenômeno (Giorgi; Sousa, 2010).

Este estudo foi realizado nos estabelecimentos municipais de saúde do Distrito Administrativo de Saúde da Sacramenta, que compõem a RAPS compreendendo o território dos bairros do Barreiro, Fátima, Maracangalha, Miramar, Pedreira, Sacramenta e Telégrafo.

De acordo com o Fluxograma Geral de Atendimento da Rede De Atenção Psicossocial, proposto no Protocolo de Saúde Mental da Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Belém (SESMA, 2020), os serviços que compõem a RAPS, consistem nas Estratégias de Saúde da Família, Equipes de Atenção Primária, Unidades Básicas e Municipais de Saúde, Casas Especializadas, Consultório de Ruas, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais de Pronto Socorro Municipal, e a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

3.2.1 Participantes

O município de Belém, segundo dados do Tabnet (DATASUS, 2022), possui 331 equipes de saúde cadastradas no CNES, sendo estas organizadas em oito Distritos Administrativos de Saúde, considerando todos os níveis de atenção e categorias profissionais. Neste estudo participaram 3 (três) profissionais de saúde, sendo uma de cada dispositivo de assistência da RAPS que compõe o território, são esses: Atenção Primária em Saúde - Unidade Municipal de Saúde do Telégrafo; Atenção Especializada - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e Atenção à Urgência e Emergência - UPA Sacramenta.

O mapa do território de saúde pode ser visualizado na Figura abaixo:

um recurso comumente utilizado, por possibilitar ao pesquisador o alcance da compreensão do fenômeno pesquisado, a partir da vivência e sentido de mundo vivido atribuídos pelo entrevistado. Permitindo, em paralelo, que o pesquisador tenha a percepção de como um fenômeno comum a um grupo de indivíduos pode se apresentar e ser vivenciado de modo distinto por eles (Andrade; Holanda, 2010).

Para Rollemberg (2013), o uso desse instrumento pode possibilitar aos entrevistados, o encontro de um espaço e momento de validação, construção, e reconstrução dos significados de suas experiências através e durante o ato da entrevista.

Portanto, foi utilizado neste estudo o Roteiro de Entrevista (APÊNDICE C), composto por (i) questões fechadas: dados sociodemográficos, de formação e de atuação; e (ii) questões abertas: abordagem, encaminhamentos e a vivência no cuidado com pessoas em risco e crise suicida, utilizando os seguintes comandos: 1. *“Faça uma narrativa de qual cuidado você realiza no seu serviço junto ao usuário em risco e/ou crise suicida:”* com o objetivo de conhecer quais as estratégias de cuidado são utilizadas pelo profissional participante; 2. *“Faça uma narrativa de como a RAPS - DASAC desenvolve o trabalho com o usuário em risco e/ou crise suicida”*; objetivando compreender como se dá o fluxo e itinerário de cuidado e 3. *“Como é a sua vivência no dia a dia no cuidado de usuários em risco e/ou crise suicida?”*, com esse questionamento se teve como objetivo conhecer como o fenômeno se apresenta e é vivenciado pelos profissionais entrevistados.

Os dados das questões fechadas foram tratados em planilha temática e analisados descritivamente por meio de frequência numérica simples.

O método adotado para análise do conteúdo do discurso das questões abertas, proposto por Amedeo Giorgi - método fenomenológico empírico - é composto por 4 etapas de procedimentos, iniciada anteriormente ao contato com os dados de coleta, através da Suspensão Fenomenológica ou *“Epoché”* que consiste na retirada das *“a priori”* envolvidas na pesquisa, suas hipóteses e fundamentação teórica, a fim de se chegar à compreensão da vivência do sujeito da pesquisa, garantindo que o fenômeno investigado manifeste-se livremente, sem manipulação (Branco, 2014).

No segundo momento do processo, foi realizada a descrição concreta e detalhada do fenômeno pesquisado, conforme a compreensão de quem o vivência ou vivenciou, através da transcrição na íntegra das entrevistas realizadas.

A terceira etapa do processo, constitui-se em uma segunda suspensão do que se conhece a respeito do fenômeno, questionando-o ao final da leitura de cada transcrição, e após a construção de uma síntese geral a partir do que é percebido e evidenciado pelo pesquisador.

Na quarta etapa da análise e a partir da releitura das transcrições foram elaboradas unidades de significação, conforme as mudanças de sentido estabelecidas pelo texto. Diante desse contexto, foram identificadas três principais unidades de significação: (i) Coordenação do Cuidado; (ii) Estratégias de Cuidado; e (iii) Itinerário de cuidado.

3.3 Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado seguindo as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que ampara a pesquisa com seres humanos, e respeitando as diretrizes da Declaração de Helsinque (Associação Médica Mundial [do inglês World Medical Association, WMA], 2013) e do Código de Nuremberg (1947).

De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda e qualquer pesquisa com seres humanos tende a oferecer riscos para os participantes. No entanto essa pesquisa tem como premissas os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, previstos pela bioética em pesquisa na área da saúde, oferecendo assim, riscos mínimos aos participantes.

Nesse sentido, os possíveis riscos oferecidos por essa pesquisa, fazem referência a exposição de relatos e identificação dos participantes, ao passo que a pesquisadora se compromete, a utilizar quaisquer informações da pesquisa somente em eventos e trabalhos científicos, fazendo uso de nomes fictícios ou combinações alfanuméricas, dessa forma, garantindo, o sigilo dos dados pessoais e de identificação de todos os participantes.

São considerados benefícios desta pesquisa durante e após sua realização, os diálogos tecidos acerca da temática proposta, fomentando o processo formativo referente a atuação junto ao usuário em risco para o suicídio e/ou em crise suicida.

Além disso, compreende-se que a divulgação dos resultados desta pesquisa, contribuirá para a produção científica na área e como base teórica para novas abordagens, e ampliação de pesquisas e produção de conteúdo nesse contexto.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob número: 6.483.018 (Anexo C).

Os resultados obtidos a partir da execução das duas etapas da pesquisa foram apresentados com triangulação das etapas, e ilustrados com as narrativas dos colaboradores, possibilitando, desta forma, melhores reflexões sobre a temática da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os Resultados e Discussões foram agrupados em três eixos temáticos: (I) “Sujeito e Território: quem compõem a Rede?” que descreve os dispositivos e caracteriza os profissionais que compõem a Rede de cuidado a pessoa em risco de morte por suicídio em Belém do Pará, dialogando com as Políticas Públicas que preveem esse cuidado; (II) “Entre a técnica e o afeto: tessituras sobre o itinerário de cuidado” que apresenta as unidades de significação encontradas nas narrativas das participantes assim, como dialoga com a construção dos itinerários de cuidado, os quais ativamente elas compõem e constroem; por último o (III) “Narrativa afetiva: auto relato vivencial”, no último item é construída uma narrativa pessoal, com as reflexões que o fenômeno instiga e atravessa, no cotidiano de pesquisa e trabalho no SUS.

4.1 Sujeito e Território: Quem compõem a rede?

As entrevistas foram realizadas no período de 30 de novembro de 2023 a 16 de fevereiro de 2024, conforme a disponibilidade dos colaboradores, participaram deste estudo três profissionais de saúde, sendo todas mulheres, com idade entre 32 e 55 anos, das categorias profissionais de Psicologia, Terapia Ocupacional e Enfermagem, que foram identificadas neste estudo por combinação alfanumérica de acordo com a sequência de realização das entrevistas. Os dados são apresentados conforme a estruturação da entrevista realizada:

Quadro 4 - Perfil das características sociodemográficas das participantes

Participante	Idade	Gênero	Raça	Religião
P1	55	F	Parda	Católica
P2	47	F	Parda	Católica
P3	32	F	Parda	Católica

Fonte: Pesquisa (2024).

Devido à complexidade do suicídio enquanto problema de saúde pública, cabe a necessidade de que o SUS e seus profissionais possuam nível de formação e informação apropriada para embasar a avaliação do risco e manejo de um usuário em crise suicida, e em caso de identificadas lacunas nesse processo de formação, é papel do gestor do serviço de saúde, articular junto à Secretaria de Saúde, à Escola de Aperfeiçoamento do SUS e aos demais setores,

formações e capacitações que possam instrumentalizar os profissionais para o acolhimento e cuidado (Brasil, 2021).

Entretanto, quanto à Formação teórica para atuação no campo da saúde mental e manejo do suicídio, todas as participantes da pesquisa afirmam não terem tido em sua grade curricular de formação inicial aulas ou estágios acerca do tema da pesquisa, no entanto todas realizaram cursos ou capacitações na área de maneira independente, somente uma das participantes não teve acesso à Educação Permanente ofertada pela Secretaria Municipal de Saúde sobre a temática, conforme ilustrado no quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Perfil de Formação Inicial, continuada e permanente das participantes

Nome	IES	Ano de Formação	Pós-Graduação	Capacitações	EPS	Conteúdo da RAPS	Conteúdo suicídio
P1	Pública	2005	Sim	Sim	Não	Não	Não
P2	Pública	2001	Sim	Sim	Sim	Não	Não
P3	Privada	2017	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

Fonte: Pesquisa (2024).

A Revisão de literatura, acerca da temática, elucidou que as estratégias de cuidado ao risco de suicídio estão entrelaçadas ainda em sua maioria aos níveis de prevenção, apostando no uso de capacitação de profissionais das diversas áreas de atuação, na difusão de informações, e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Os déficits apresentados na formação inicial dos profissionais de saúde para o acolhimento e manejo do risco ao suicídio são compreendidos como uma das principais barreiras para o atendimento qualificado e humanizado (Fontão *et al.*, 2020; Stoppa *et al.*, 2020).

Para que essas práticas preventivas aconteçam de forma efetiva, é necessário que esses indivíduos orientem e direcionem suas atividades de forma comprometida junto às lideranças comunitárias e estabeleçam rotinas fortalecidas em torno da comunicação sobre a prevenção do suicídio e da diminuição do estigma relacionado à busca de ajuda e tratamento para o sofrimento psíquico, assim como formações, capacitações e avaliações periódicas do processo formativo das pessoas, que sendo profissionais da saúde ou não, assumem o papel de mediar as problemáticas da comunidade, intermediando o acesso aos serviços de cuidado, os “guardiões” (Estellita-Lins *et al.*, 2017).

Para compreensão do funcionamento da Rede de Cuidado para o risco e crise suicida em Belém-PA, realizou-se pesquisa nos Relatórios Públicos contidos no banco de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), objetivando compreender como os pacientes com demandas em saúde mental e risco/tentativa de suicídio são coordenados dentro da Rede. Para tanto foram utilizados os filtros de pesquisa apresentados no Quadro 5 (ANEXO B).

A Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), a coleta dos dados inseridos no SISAB é realizada através de dois softwares: I - Coleta de Dados Simplificado (CDS); e II - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que são implementados de forma gratuita em território nacional, a fim de consolidar as informações da APS.

Quadro 6 - Perfil de Encaminhamento das condições de saúde mental na APS

Encaminhamento	Filtro	Saúde Mental	Reabilitação
CAPS	Saúde Mental em Geral	53	2
	Saúde mental e contexto de Suicídio/Tentativa De Suicídio	0	0
Serviço Especializado	Saúde mental em geral	280	131
	Saúde mental e contexto de Suicídio/Tentativa De Suicídio	1	1
Internação Hospitalar	Saúde mental em geral	0	0
	Saúde mental e contexto de Suicídio/Tentativa De Suicídio	0	0

Fonte: Pesquisa (2023).

Quando aplicados os mesmos filtros somados ao **Ciap (P77) Suicídio/Tentativa De Suicídio**, não ocorreram encaminhamentos para o CAPS e para internação hospitalar e no caso de encaminhamentos para o serviço especializado os números caem drasticamente, apontando que ou os usuários com queixas relacionadas a tentativa de suicídio ou não foram atendidos e regulados a partir da Atenção Primária ou esses dados não estão sendo registrados de forma correta.

Dessa forma, entendendo que o fluxo de atendimento do usuário com demandas de Saúde Mental se dá com início nas portas de entrada da RAPS, e que o do usuário em risco para o suicídio apresenta a atenção básica somente na contrarreferência, cabe refletir, que a compreensão da Rede sobre quem é o usuário em risco para o suicídio, está restrita a quem apresenta ideação ou tentativas de suicídio, desconsiderando o usuário exposto a fatores de

risco, e por sua vez as estratégias preventivas e as características de prevenção e promoção da saúde, e da Atenção Primária em Saúde enquanto ordenadora do cuidado.

As participantes da pesquisa apresentam conhecimento do fluxo de atendimento e da ficha de notificação compulsória, porém pode-se visualizar no Quadro 7 a falta de interação do serviço especializado com a Atenção Primária à Saúde, comprometendo assim o acompanhamento integral dos sujeitos, as estratégias de matriciamento em saúde, e os itinerários de cuidado acessados por esses usuários.

Quadro 7 - Perfil Profissional das Participantes

Nome	Profissão	Serviço	Tempo profissão (Ano)	Tempo no serviço (Ano)	Not. compulsória	Interação RAPS
P1	Psicóloga	UMS Telégrafo	20	Mais de 05	Sim	APS/Caps/Urgência e Emergência
P2	Terapeuta Ocupacional	Caps - Renascença	05	Mais de 05	Sim	Urgência e Emergência
P3	Enfermeira	UPA - Sacramento	06	Mais de 05	Sim	APS/CAPS/Urgência e Emergência

Fonte: Pesquisa (2024).

4.2 Entre a técnica e o afeto: tessituras sobre o itinerário de cuidado

O uso das narrativas nas pesquisas em saúde constitui-se como forma de acesso à experiência vivida, considera-se que ao narrar, ou seja, contar histórias, o sujeito participante da pesquisa é levado a lembrar e colocar em sequência o que aconteceu, atribuindo significados individuais e coletivos à sua visão de mundo e às estratégias de resposta aos problemas da vida cotidiana (Moreira *et al.*, 2016).

A vivência dos sujeitos entrevistados, quando narrada ao pesquisador, é o que sustenta e expressa as características de um determinado mundo social, auxiliando nesse processo para o compartilhamento e compreensão do fenômeno (Branco, 2014).

Nesse sentido, através da análise de discurso, foram identificadas nas narrativas dos profissionais entrevistados três principais unidades de significação: (i) Coordenação do Cuidado; (ii) Estratégias de Cuidado; e (iii) Itinerário de cuidado.

4.2.1 Coordenação do Cuidado

Sobre o cuidado realizado nos serviços de saúde junto aos usuários em risco ou crise suicida, as participantes apontam como sentido geral a atuação na perspectiva de coordenação

do cuidado prestado, perpassando pela observação dos sinais de risco, e encaminhamento para a rede especializada e de urgência, como pode ser observado no relato de P1:

“O cuidado na verdade é esse, o acompanhamento é observando essa necessidade desses atendimentos mais específicos, digamos assim”.

O que corrobora com as sugestões do Manual de orientações para o atendimento da pessoa em risco de suicídio (Brasil, 2021), que considera a APS como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado integral na rede, apontando como papel desse nível de complexidade a identificação dos fatores de risco e articulação do encaminhamento para o CAPS, com estratégias que permitam a ampliação e qualificação da assistência. A conduta utilizada para manejo do risco de suicídio deve ser modificada de acordo com o nível de risco e quanto ao nível de complexidade do serviço acolhedor, no caso do CAPS, faz parte do protocolo de conduta encaminhar para serviços hospitalares quando indicado, assim como o exposto no relato de P2:

“Para algumas pessoas indicamos o leito do CAPS e nos casos mais graves chamamos a ambulância para levar pro HC”.

Existem medidas preventivas a serem tomadas em qualquer nível de suporte em saúde mental que o usuário em risco seja atendido, fazem parte das mesmas, a escuta qualificada, o contato e orientação com uma pessoa da rede de suporte social do usuário, a documentação de toda a abordagem e procedimentos realizados, o acolhimento e estabelecimento de vínculo terapêutico (Brasil, 2021).

A narrativa de P2 sobre o estabelecimento do cuidado acompanha esses fundamentos:

“A maioria dos casos no CAPS chegam com ideação, alguns com tentativa ou várias tentativas. Nesse caso avaliamos o risco, o grau de suporte familiar ou de outra rede de apoio. Algumas vezes quando o usuário está só, nós ligamos para algum familiar e aguardamos junto com o usuário (...) quando está no leito do CAPS, toda a equipe é alertada para um cuidado mais próximo. É feito um alerta no prontuário” (P2).

Whiteside *et al.*, (2019) defende que os profissionais de saúde precisam ter acesso a recursos que possam ser utilizados de forma imediata no acolhimento e manejo do usuário em risco para o suicídio, portanto, os recursos disponíveis de forma gratuita na internet seriam de grande auxílio para o acompanhamento dos pacientes no período entre o rastreio do risco ao suicídio e do atendimento efetivo em um dispositivo de cuidado especializado em saúde mental, principalmente em casos onde os usuários dos serviços de saúde apresentam dificuldade em ter acesso ao cuidado especializado, seja por barreiras geográficas, burocráticas ou relacionadas ao tabu sociocultural e de gênero refletidos nesse tipo de cuidado.

A intervenção na crise suicida considera a intencionalidade de cessar o sofrimento, a letalidade e o acesso que o sujeito tem a meios de realizar uma tentativa, sendo assim, deve apresentar técnicas diretivas, através da abordagem multidisciplinar, restringir o acesso a meios letais, identificar e comunicar rede de suporte, pactuar acompanhamento de emergência, internação hospitalar e/ou atendimento ambulatorial a depender do caso (Brasil, 2020).

Cabe considerar que as diferenças encontradas nas estatísticas de mortes por suicídio entre jovens a depender do grupo racial/étnico, sugere que o risco de suicídio é impactado por fatores sociais, de desenvolvimento, culturais e ecológicos (Alvarez *et al.*, 2022).

Alvarez *et al.*, (2022) acrescentam ainda como aspecto relevante preventivo ao cuidado ao suicídio a expansão de políticas de prevenção que englobem também práticas que promovam a justiça racial e econômica. Corroborando com Botega (2014) que salienta em seu estudo a necessidade de se atentar para as variações regionais embutidas nos coeficientes de mortalidade regional, fazendo alusão a estudos epidemiológicos brasileiros das décadas de 80-90 que confirmaram taxas mais elevadas de morte por suicídio em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e de médio porte populacional.

Ainda nesse recorte, Crawford (2021), aponta como fundamental que as abordagens utilizadas em programas de prevenção ao suicídio sejam baseados na comunidade, a exemplo do Serviço Nacional de Prevenção ao Suicídio em implementação no Canadá, que garante a participação comunitária através das “linhas de crise” constituídas por linhas telefônicas tanto para escuta qualificada individual, quanto para notificação de alguém em potencial risco. O programa também compreende como primordial garantir o acesso a serviços de prevenção ao suicídio contextualizado a cada território e a grupos populacionais específicos, como a população LGBTQIA +.

4.2.1 Estratégias de Cuidado

Nas narrativas realizadas a partir do comando “Faça uma narrativa de como a RAPS - DASAC desenvolve o trabalho com usuário em risco e/ou crise suicida”, as participantes atribuem a compreensão coletiva que a RAPS efetiva é constituída por serviços especializados e de urgência. Somente uma das participantes citou a APS como parte do fluxo, no entanto a apontando como ineficiente no processo:

“A APS não tem atendido às necessidades em saúde mental da população no DASAC. Eles encaminham tudo pro caps, até as questões mais leves como luto, ansiedade leve, conflitos familiares, etc. Inclusive os laudos eles mandam pro caps.”

As upas atendem nas tentativas de suicídio e depois encaminham pro caps. Isso tem funcionado” (P2).

Nesse cenário, Cescon *et al.* (2018), apresentam as fragilidades da RAPS no acolhimento e cuidado do usuário em risco para o suicídio, considerando que mesmo quando os profissionais sentem-se capacitados, encontram dificuldades no fluxo das redes de atenção e ainda, no número de técnicos por território. A autora alerta ainda que muitos casos que poderiam e/ou deveriam ser competência da APS, acabam por chegar aos CAPS por demanda espontânea, sendo encaminhados para outras instituições, devido à dificuldade de assimilar essa demanda.

Na perspectiva dos estudos de Estellita-Lins *et al.* (2017) o suicídio deve ser considerado como possibilidade de intervenção, até mesmo antes de uma tentativa, para os autores o fluxo de cuidado não deve iniciar após a alta da hospitalização daqueles que sobreviveram à tentativa, mas sim, com qualquer pessoa que pense em se matar, e em qualquer dispositivo de saúde. Mesmo nos de baixa complexidade, os profissionais devem estar aptos para garantir a continuidade do cuidado de forma efetiva e os autores sugerem também a criação de protocolos para grupos específicos, que possam ser usados de forma conjunta com o cuidado clínico individualizado.

No entanto, visualizamos na narrativa de P3, que o cuidado efetivado nos pontos de atenção da rede tem acontecido por vezes sem a articulação com os serviços de baixa complexidade:

“A gente faz a medicação para estabilizar, regula para o HC, liberado, o médico acompanha nossa ambulância e aí é feita a avaliação lá. Se o paciente tiver que ficar lá, o paciente fica, ou quando não, ele retorna para a unidade dependendo de como ele estiver, se ele já estiver estabilizado, o médico dá alta. É isso, o nosso fluxo daqui” (P3).

A avaliação de Risco para o suicídio é o que deve nortear a condução clínica de cada caso e envolve a identificação e rastreio de transtornos mentais, histórico de tentativas pregressas, a presença da ideação suicida, se há planejamento e acesso aos recursos do plano, se há motivação para viver, uso inadequado/abusivo de álcool e outras drogas, entre outros fatores (CRP/DF, 2020; SMS/RJ, 2016).

Entre as estratégias de cuidado utilizadas nos artigos empíricos e recomendadas nos artigos teóricos, estão as estratégias de prevenção com enfoque na Educação em Saúde e em Educação Permanente, a abordagem preventiva com enfoque nas estratégias de enfrentamento e rastreio do estresse, e sofrimento mental e as possibilidades de suporte e intervenção durante a crise.

No discurso de P1, a participante descreve como é realizado o cuidado continuado de pessoas em sofrimento mental que realizam acompanhamento após uma tentativa sem desfecho fatal.

“Na primeira melhora, a gente já acha que tem que... ..já quer abandonar. Não quer mais ir pro psiquiatra, mas às vezes nunca quer mais vir realmente pro psicólogo. Já acha que já tá bem. Aí quando dá um tempo, depois aí volta de novo. Com as mesmas queixas, ou até se sentindo pior. Aí quer dizer, passa tudo de novo. E aí que meio que a pessoa vai perceber que não deveria realmente ter parado por conta própria, né?”
P1.

É importante destacar que alguns estudos apresentam na discussão sobre as abordagens de cuidado na crise suicida aspectos importantes a considerar sobre recomendações na prevenção, intervenção e pósvenção. Lesage *et al.* (2021) e Alvarez *et al.* (2022), defendem o uso de diversas estratégias para a prevenção do suicídio, como: a implementação de equipes para intervenção na crise em ambientes de internação e domiciliares; a qualificação de profissionais de saúde de todos os níveis de atenção para o rastreio e cuidado dos transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias; o incentivo à procura de ajuda para o cuidado de depressão e outros transtornos de saúde mental, através de campanhas públicas; garantia de acesso universal ao tratamento de psicoses, com diminuição das barreiras estruturais, principalmente de idade; e a garantia de acesso ao atendimento médico na saúde primária, com incentivo principalmente à população masculina.

Parte dessas abordagens podem ser visualizadas na proposta apresentada por Fukumitsu (2019) que na elaboração do Programa de Ressignificações e Acolhimento Integrativo do Sofrimento Existencial (RAISE) objetiva ampliar a compreensão social da prevenção ao suicídio, desmistificando o tabu de a considerar de caráter psicoterapêutico, clínico e/ou médico, e trazendo a abordagem para os espaços escolares, implementando um protocolo para situações de crise provocadas por um suicídio.

Fukumitsu (2019), apresenta como parte do protocolo de cuidado e prevenção ao suicídio, implementado no ambiente escolar, a necessidade de que os pais ou responsáveis por crianças e adolescentes informem à escola qualquer episódio de “vulnerabilidade emocional”, o que a autora conceitua como diagnósticos de transtorno mental, uso abusivo de álcool ou outras drogas, tentativa pregressa de suicídio e automutilação.

De acordo com Fukumitsu (2019), cabe ainda à escola a disponibilização de uma listagem para recomendação de profissionais que possam acolher e intervir junto a pessoas que apresentem características de comportamento suicida ou em processo de luto por suicídio

Diante desse cenário, observa-se a integralização do cuidado aos espaços para além das instituições formais de cuidado, estendendo-o para os espaços escolares, comunitários, e principalmente para o protagonismo das famílias no processo de rastreio e alarme de risco.

Considera-se ainda que, para que as práticas preventivas de um país aconteçam de forma efetiva, cabe como estratégia capacitar, além de profissionais de saúde, educadores, profissionais de segurança pública, líderes comunitários e religiosos, assim como qualquer outro que possa ser incluído em serviços de gerenciamento de crises, e estratégias de posvenção, a fim de que estes profissionais possam ser “guardiões da vida” (OPAS/OMS, 2014).

Os chamados guardiões são pessoas que não necessariamente possuem alguma formação profissional específica, mas que estão em contínuo contato com as pessoas da comunidade em situações críticas e cotidianas e que conseguem trabalhar como um meio de acesso entre o SUS e os usuários. Dessa forma, pode-se potencializar a identificação de crises e sinais de risco para o suicídio, assim como aumentar o acesso desses usuários antes do agravamento dos casos e com o uso de recursos de menor complexidade (Estellita-Lins *et al.*, 2017).

A exemplo do que ocorreu na China, onde foram instituídos níveis de atenção psicológica durante a pandemia Covid-19, com o estabelecimento de diretrizes que objetivavam a redução dos danos em saúde mental e a promoção da estabilidade social, por grau de exposição e contato com o fator de contágio, os níveis foram categorizados como (i) pacientes hospitalizados ou em quadro clínico grave, profissionais de saúde e equipe de administração; (ii) pessoas em isolamento por terem sido rastreadas como contato; (iii) indivíduos que próximos do nível um ou dois, e equipes de resgate; (iv) população em geral que não apresenta os critérios anteriores (Faro *et al.*, 2020).

Nessa proposta de intervenção, as estratégias de cuidado expandem-se de acordo com a classificação utilizada, sendo assim, o nível 1 tem prioridade no acesso aos cuidados emergências de atenção psicológica, devido ao grau de vulnerabilidade física e emocional, incluindo avaliações oportunas quanto ao risco de suicídio e condutas auto lesivas, no que concerne aos profissionais de saúde, recomenda-se avaliações e treinamentos prévios para manejo e gestão de estresse, regulação de emoções, enfrentamento de situações adversas e capacidade de busca por ajuda psicológica (Faro *et al.*, 2020).

As intervenções dos profissionais de saúde mental junto ao público classificado em nível 2 são direcionadas para o encorajamento às medidas protetivas em saúde mental, enquanto que para o nível 3 é incentivado o rastreio e a busca por serviços *online* para redução dos sintomas psicológicos. Quanto ao nível 4, que consiste na população geral, as intervenções possuem

enfoque nas orientações e sobre o acesso a serviços em saúde mental e sobre o evitamento de estratégias não saudáveis de enfrentamento como o uso do álcool e outras drogas (Faro *et al.*, 2020).

Nesse aspecto, Faro *et al.* (2020), elucidam a necessidade de ao longo de um surto pandêmico para além das estratégias de contenção e enfrentamento da pandemia, garantir-se o acesso aos serviços de cuidado em saúde mental, proporcionando a diminuição e controle dos processos de sofrimento durante o período de crise em saúde.

Diante desse contexto, Silva *et al.* (2022) propõem abordagens e estratégias de cuidado, que possam ser breves e replicáveis na Atenção Primária à Saúde, estratégias estas, direcionadas à capacitação dos profissionais de saúde, restrição do acesso a métodos letais, e ainda educação em saúde e suporte para os sobreviventes de si e pessoas emocionalmente próximas.

Jianyu Que *et al.* (2020) apresenta como possibilidade estratégica de prevenção ao suicídio no período da pandemia, a divulgação em massa na imprensa e redes sociais de notícias precisas relacionadas a pandemia, descobertas clínicas positivas e combate aos rumores e desinformação difundidos na rede.

4.2.3 Itinerário de cuidado

No item “Como é a sua vivência no dia a dia no cuidado de usuários em risco e/ou crise suicida?” O termo “vivência” foi compreendido pelas participantes como “processo de trabalho” ou até mesmo como “itinerário de cuidado”, ou seja, a experiência vivida do fenômeno se apresenta para as mesmas, de modo atrelado às estratégias identificadas como padrões operacionais do cuidar.

No entanto, conforme Andrade e Holanda (2010), o sentido atribuído à experiência do vivido é particular ao sujeito, estando interligado ao modo da pessoa existir no mundo, podendo, portanto, ser percebido e descrito pelo pesquisador. Compreende-se que as abordagens e estratégias de cuidado evidenciadas nos discursos das entrevistadas, assumem características relacionadas à expertise de cada categoria profissional, e de acordo com as possibilidades de cada serviço:

“Muita escuta, apoio, companhia e atendimentos individuais e em Grupo, com as atividades terapêuticas que façam sentido pro usuário e que tragam os resultados terapêuticos planejados. Ultimamente tenho trabalhado com crochê e outras tecelagens. Pintura em papel e em tela, e outras artesanais, além de práticas corporais e integrativas como Relaxamento, Yoga, auto massagem, exercícios respiratórios, meditação, dança circular, etc.” (P2).

A partir deste entendimento, o terapeuta ocupacional pode atuar também por meio de abordagens corporais, que surgem como importante instrumento de promoção da expressão de sentimentos, vivências, experiências, novas formas de relação e cuidado com o corpo e elaboração de estratégias de enfrentamento de questões relacionadas ao próprio corpo e a seu modo de ser e estar no mundo (Silva; Gregorutt, 2014).

A Terapia Ocupacional, a partir da formação e do objetivo de olhar os diferentes modos de existir do sujeito e por considerar suas formas de organização, suas atividades, seus vínculos e pontes constituídos com a família, ambiente de trabalho, comunidade e outras dimensões da rede social, torna-se o profissional capacitado para a intervenção junto a este público de maneira preventiva e na clínica, onde um dos fatores a serem trabalhados é a corporeidade.

Liberman (2002) considera o corpo e sua corporeidade “um indicador fundamental para o conhecimento das histórias do sujeito, seus modos de funcionar, sua vida cotidiana, suas dores, tensões, anseios” tornando o trabalho corporal uma forma de intervenção indicada em diversos âmbitos, dentre eles o da Saúde do Trabalhador.

Enquanto a vivência do processo de trabalho no CAPS está atrelada a experiências corporais e manuais, na UPA a intervenção tem características imediatistas e com foco na medicalização.

“(...) Aqui geralmente a gente faz o Diazepam, Clonazepam, geralmente são esses medicamentos que a gente faz pro paciente. E aí com relação a nossa vivência, aqui a gente tem um índice muito alto da questão, principalmente agora, a gente está com um... de suicídio (...)” (P3).

No momento da entrevista, a equipe estava atendendo um caso de tentativa de suicídio com automutilação, segundo o relato de P3, esse público faz parte do cotidiano de atendimentos do serviço.

Comumente os casos de tentativa de suicídio com episódio de autolesão são atendidos nos serviços de urgência e emergência, antes da ocorrência de uma tentativa de suicídio com desfecho fatal, o vínculo criado nesse contato pode auxiliar tanto na intervenção imediata para minimizar as repercussões dessa tentativa, quanto na percepção do usuário em buscar ou não esse serviço na ocorrência de uma nova tentativa (Fontão *et al.*, 2020).

Em Revisão de escopo realizada por um estudo de Stoppa *et al.* (2020), são apresentadas como práticas realizadas nos serviços de urgência e emergência a estabilização dos sinais vitais, lavagens gástricas, acesso venoso e medicação, os procedimentos por vezes, são realizados ao mesmo tempo que a estratificação de risco.

Cabe ressaltar, que na atualidade estudos propõem o uso de Cetamina no tratamento de pessoas em risco para o suicídio e de seus sintomas, que é defendido por Andrade (2018), para

intervenção em crise, tendo sido observado em estudo controle que uma única dose diminui em nível importante a ideação suicida, estabilizando os sintomas por pelo menos uma semana, o autor considera ainda que devido à alta eficácia em tratamento dos sintomas depressivos, é relevante a realização de mais pesquisas que comprovem o uso da medicação para tratamento de médio a longo prazo dos sintomas de comportamento suicida.

Para Hall (2013), o uso de medicação psiquiátrica deve ser considerado após a análise da relação entre a eficiência do medicamento e os riscos envolvidos no seu uso, o autor defende a utilização de outras estratégias para a estabilização dos quadros de crise, como higiene do sono, realização de exercícios, rastreio de desequilíbrios hormonais, dentre outras, explanando que o uso de medicações psiquiátricas, envolvem efeitos adversos, que podem se apresentar em curto, médio e longo prazo.

Na área da Psicologia o acompanhamento pode ser realizado com base na Terapia Cognitivo Comportamental, Terapia Comportamental Dialética, Terapia Psicodinâmica e apoio familiar, sendo possível de forma interdisciplinar a aplicação de outras estratégias, como o controle ambiental dos fatores de risco, tratamento dos transtornos mentais, e a educação em saúde da comunidade. Compreende-se também as possibilidades de atuação no suporte para o enfrentamento das cargas emocionais, pensamentos e ações autodestrutivas, ao passo que se encoraja a autonomia e autoestima pessoal, e o fortalecimento dos fatores protetivos (Ferreira, 2016).

O vínculo terapêutico consiste em uma importante ferramenta a ser utilizada na psicoterapia, Faleiro *et al.* (2021) aponta que ao estabelecer um vínculo forte, o psicoterapeuta proporciona ao cliente, condições e segurança para que este possa tomar atitudes protetivas como pedir ajuda e aceitar as orientações, como foi narrado por uma das entrevistadas.

“(...) um amigo que estava junto, e eu estava orientando esse amigo para levar para o hospital de clínicas, acho que foi mais de uma hora no telefone com essa situação, mas graças a Deus ele conseguiu, aceitou, ia para o hospital de clínica, depois ele voltou para continuar o acompanhamento já bem melhor, foi um negócio bem tenso, assim, que eu nunca tinha presenciado, vivenciado uma situação dessas” (P1)

A APS apresenta como diferencial no estabelecimento do cuidado, a proximidade dos sujeitos acompanhados, possibilitando novas estratégias de intervenção, assim como uso das intervenções digitais.

“já ocorreu que eu pude atender no final de semana, no sábado, um paciente em risco realmente que ligou para mim tipo, para dizer assim, “olha, não aguento mais, eu estou com vontade realmente de terminar com a minha vida”, e tal, então foi todo um manejo pelo telefone” (P1)

Kruzan *et al.* (2022) e Silva *et al.* (2022) discutiram sobre o uso de intervenções digitais nos serviços formais de saúde mental considerando-a uma estratégia clínica significativa para o enfrentamento do comportamento suicida, consistindo em uma abordagem viável, flexível e com possibilidade de atingir maiores camadas da sociedade.

A flexibilidade dessa abordagem foi relevante, durante a Pandemia de Covid-19 quando a forma de ofertar serviços em saúde mental também foi alterada, diante da necessidade apresentada pelas restrições sanitárias preventivas, principalmente por conta do isolamento social e mudança para formato *online* das terapias em geral nos diversos serviços de saúde mental, que surgiu como uma resposta às novas demandas de atendimento, entremeadas à necessidade de adaptação, tanto dos terapeutas como dos usuários a essas mudanças (Finlayson *et al.*, 2021).

Outros autores propõem o uso de tecnologias *online* para rastreio de risco e acolhimento dos usuários dos serviços da APS, na qual defendem a importância do trabalho multidisciplinar na avaliação e acompanhamento das tentativas de suicídio e crise (Silva *et al.*, 2022; Whiteside *et al.*, 2019). Assim como Crawford (2021) que aponta como eficaz o uso de chamadas telefônicas regulares para acompanhamento de quadros de risco e crise de suicídio, como apoio aos serviços de saúde mental.

Na atualidade, o uso de estratégias tecnológicas torna-se cada vez mais relevante no cotidiano dos serviços, tanto relacionado ao acesso no cuidado em ambiente virtual como no manejo e rastreio dos potenciais cenários e situações suicidas, fazendo dos espaços virtuais, também parte dos itinerários de cuidado possíveis.

Nesse contexto, Kruzan *et al.* (2021) elucida que se deve ter o cuidado na escolha da tecnologia a ser utilizada pelos serviços de saúde, pois considera a necessidade de segurança dos dados do usuário e respectivo contexto de sofrimento; além da acessibilidade tecnológica, como possibilidade de melhor integração com estas estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde mental.

Corroborando com Whiteside *et al.* (2019), que identificam a necessidade da realização de mais estudos baseados em evidência que comprovem a eficácia do uso de recursos para rastreio e prevenção do risco ao suicídio, assim como maior facilidade no acesso, visto que atualmente alguns ainda apresentam barreiras como o critério de criar uma conta/cadastro e fornecimento de dados sobre a identidade do usuário, os autores apontam que apesar destes recursos apresentarem boas estratégias de prevenção, ainda, em sua maioria não são adaptados para o uso clínico.

Sendo assim, a compreensão das práticas atuais de intervenção em crises, e da forma como essas práticas podem ser traduzidas e adaptadas para o atendimento *online* consiste na melhora da eficácia dos serviços prestados pelos profissionais de saúde mental no atual cenário (Finlayson *et al.*, 2021).

Nesse sentido Crawford (2021), apresenta também a necessidade de formação e atualização baseada em evidências para os “chamadores” profissionais que ficam sob a responsabilidade de atendimento das chamadas de crise, para que estes possam ser efetivos em suas orientações.

4.3 Narrativa afetiva: autorrelato vivencial

“Por amor às causas perdidas”
- Engenheiros do Hawaii

A pesquisa em essência, é por diversas vezes o constructo da relação entre a teoria e a experiência, relação esta, elaborada em torno de um fenômeno, partindo do pressuposto de Schmidt (1990) citado por Dutra (2002), a conclusão de uma pesquisa, consiste no relato do itinerário de um pesquisador.

A narrativa é por sua vez, um modo de “intercambiar experiências” sendo assim, neste capítulo, busca-se narrar a experiência vivida do fenômeno pesquisado e seus atravessamentos no percurso desta pesquisadora.

O cuidado à pessoa em risco ou crise suicida no SUS está entrelaçado à minha prática profissional desde as vivências da graduação, durante a Residência e enquanto trabalhadora da Atenção Primária no SUS.

Assim como a maioria dos profissionais de saúde, não houve durante a graduação grade curricular que contemplasse aspectos da suicidologia, no entanto, esse contato foi proporcionado através da formação complementar e espaços como ligas acadêmicas e projetos de extensão, devido à uma demanda identificada principalmente por escolas, faculdades e espaços de trabalho formal.

Sendo filha sobrevivente de um pai que morreu por suicídio, essa temática já atravessava minha história, e a partir dessas práticas extracurriculares, iniciei o processo de atribuir novos sentidos a essas vivências.

Na Residência em Saúde da Família, no dia a dia dos atendimentos, era comum acompanhar pessoas em sofrimento existencial, em ideação suicida, ou sobreviventes, nesse

período eu pude vivenciar a potência que a APS poderia ter nesse acompanhamento, entender na prática, como poderiam ser executadas as possibilidades e orientações teóricas.

Desde 2021, semanalmente atendo pessoas que já tentaram o suicídio, que pensam em se matar ou que perderam alguém que morreu por suicídio. E assim como muitos dos profissionais que dividem o cotidiano comigo, a busca pela capacitação do cuidar veio de forma individual e solitária, quando deveria ser coletiva, veio motivada pelas minhas próprias inquietações, pelo chamado daqueles que sofrem e sentam à minha frente, esperando encontrar do outro lado da mesa amparo e direção.

Dessa forma que o cuidado é construído, com escuta e afeto, com encaminhamentos para os outros serviços da Rede quando necessário, mas, de forma corresponsável. Algumas vezes quando encaminhados esses usuários voltam relatando que tiveram o acompanhamento negado, ou que foram medicados, internados até, e que após, esse sofrimento aumentou, que houveram novas tentativas, ou que a burocracia foi muita e o cuidado não chegou.

A partir disso, eles retornam ao serviço de TO, e ficando em acompanhamento, tecemos juntos estratégias para o cuidado continuado e integral, à medida que o acesso aos serviços no território permite. Na Atenção Primária eles deixam de ser um número de prontuário, não são um código de entrada no sistema, são pessoas, com nomes, com endereço, é o neto de alguém, a esposa de alguém, um vizinho ou vizinha, e fica mais fácil de rastrear, de visualizar os sinais e níveis de risco, e de estar disponível pra escuta.

Entre as estratégias de intervenção são utilizadas as práticas integrativas e complementares pra manutenção da saúde mental, a estimulação do acesso às práticas de lazer, estruturação e readaptação do cotidiano considerando as demandas de sofrimento psíquico e de ciclo da vida, o encorajamento ao autocuidado, o mapeamento de objetivos para curto, médio e longo prazo, além de investigação e reforço dos fatores protetivos da vida.

Nesses anos, a maior barreira do cuidado tem sido a interlocução em rede, seja no acesso aos serviços de saúde, seja no diálogo com outros setores, como educação e assistência social. O suicídio, apesar de tantos esforços coletivos para a mudança de paradigmas, ainda é visto como um tabu, o que faz com que seja um fenômeno negligenciado, caindo nas barreiras do diagnóstico compulsório e medicalização do sofrimento e da vida.

É um trabalho de beija-flor atuar em Saúde Mental na Atenção Primária, mas, tem sido realizado por mim e por tantos outros, essa pesquisa, portanto, ocupa esse lugar de semente, como parte e processo do caminho para o cuidado da pessoa em risco ou crise suicida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Who cares if one more light goes out?
Well, I do”.
(One more Light – Linkin Park)

Por meio deste estudo, pôde-se visualizar quais os itinerários percorridos pelos sujeitos em risco de morte por suicídio, no município de Belém-PA. Através das narrativas de profissionais que atuam em distintos pontos de atenção da rede, foi possível compreender como esse cuidado é ofertado na RAPS do usuário belenense, ao passo que se vislumbrou também como o cuidar de quem pensa em morrer, é vivenciado por essas profissionais.

Conforme ampliam-se os estudos acerca das abordagens e estratégias de cuidado da pessoa em risco ao suicídio, cada vez mais torna-se evidente a necessidade e potência das intervenções preventivas, seja no campo da educação em saúde, seja no campo das estratégias virtuais de rastreio e alerta das condições de risco.

Nota-se também a maior utilização dos conceitos de multidisciplinaridade, corresponsabilidade do cuidado, e de participação da família e da comunidade no processo de cuidado, caracterizando a morte por suicídio como multicausal, com pluralidades epistemológicas, e um fenômeno a ser contemplado por uma ótica transversal a todos os contextos e cuidadores.

O cuidado ao usuário em risco e crise suicida na RAPS de Belém-Pa, ocorre de modo desarticulado, em pontos de atenção com pouca comunicação entre si, seja devido a barreiras tecnológicas, ou a barreiras relacionais.

Nesse aspecto, evidencia-se a expansão do cuidado da pessoa em risco de suicídio do ambiente hospitalar e de internação, para o cuidado em sociedade, entremeado ao cotidiano e aos espaços vivenciados pelos sujeitos, estando inclusos nesses, o virtual.

Como limitações deste estudo, são identificadas, barreiras institucionais e tecnológicas, no âmbito institucional, a burocratização das pesquisas em saúde, visualizadas na necessidade de autorização das gerências dos três serviços envolvidos no estudo, assim como das três coordenações técnicas dos mesmos, para que o projeto pudesse ser analisado e aprovado pelo núcleo de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde, sendo repetidas vezes questionado a relevância da realização da pesquisa em pontos diferentes da rede, reforçando, assim, a perspectiva cultural, limitante e equivocada de que o cuidado ao risco de morte por suicídio só pode ser realizado dentro do CAPS.

Houve ainda falta de disponibilidade dos profissionais da rede para participação, seja por demandas pessoais de agenda, seja por interesse pessoal em colaborar com a pesquisa.

No aspecto tecnológico, a falta de um Sistema de Informações que possibilite a integralização dos registros em diferentes pontos da rede, comprometeu uma das etapas previstas para a pesquisa, considerando a dificuldade em localizar um mesmo usuário de forma crível no itinerário de saúde.

Atribuo à alcunha de desafio pessoal o afastamento do tema, para que a análise dos discursos fosse realizada de forma técnica e ética, foi necessário o “despir” de como o fenômeno se apresenta para mim, e dos significados atribuídos a ele pelas minhas próprias vivências e contato. Até mesmo para o processo de escrita e construção do texto da dissertação, foi necessário esse exercício de desligar-se da temática, para que a pesquisa não fosse “contaminada” por repertórios pessoais.

Uma das necessidades vislumbradas através desse estudo, é a da realização de mais pesquisas acerca da eficácia e utilização dos meios virtuais em diferentes níveis de cuidado, seja para rastreio ou intervenção no risco ao suicídio, considerando as demandas de segurança do usuário, assim como, o caráter clínico da abordagem.

No atual contexto histórico e sanitário surgem, portanto, de forma arraigada a necessidade de ampliar estudos com vieses raciais, de gênero e de população, trazendo os holofotes de pesquisa para as especificidades de cada recorte das populações e com as formas destas lidarem com o sofrimento. E de fomentar nas academias de formação dos profissionais de saúde discussões e diálogos sobre suicidologia, para além das campanhas de “Setembro Amarelo”.

No que tange a esta pesquisa, seus resultados serão compartilhados em formato de relatório, com as referências técnicas municipais e estaduais envolvidas neste estudo, assim como os principais grupos e ligas acadêmicas que discutem a temática na Região Metropolitana de Belém, a fim de estimular discussões sobre a efetivação dos fluxos de cuidado, e tecer maiores diálogos e contribuições sobre o cuidado ao risco de suicídio.

REFERÊNCIAS

ABL, Academia Brasileira de Letras. Itinerário. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 2024. Disponível em: DLP - DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (academia.org.br).

ALVES, P. C. Itinerário Terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; 2016. p. 125-46.

ALVAREZ, K. et al. Structural Racism and Suicide Prevention for Ethnoracially Minoritized Youth: A Conceptual Framework and Illustration Across Systems. **American Journal of Psychiatry**, v. 179, n. 6, p. 422–433, 1 jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21101001>.

ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 27(2), 259-268, abril - junho. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a13v27n2.pdf>.

ANDRADE, C. Ketamine for Depression, 6: Effects on Suicidal Ideation and Possible Use as Crisis Intervention in Patients at Suicide Risk. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 79(2), 18f12242. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4088/jcp.18f12242>.

BARCELLOS, A. A.; ZANI, A. V. Vivências do pai em face do nascimento do filho prematuro: revisão integrativa. **Journal of Health & Biological Sciences**, Jun 2017, 5(3):277. Disponível em: DOI:10.12662/2317-3076jhbs.v5i3.1198.p277-285.2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BELLO, Â. A. **Culturas e Religiões: uma leitura fenomenológica**. Bauru, SP: EDUSC, 1998.

BERTOLETE, J. M. et al., Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol 32. Supl II. out, 2010.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, 25(3), 231–236. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio** - Manual dirigido aos profissionais de Saúde Mental. D'OLIVEIRA, C. F.; BOTEGA, N. J; CALS, C. F. S.; STEFANELLO, S. (Org.). Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde - BVS-MS, 2011. Disponível em: [manual_editoracao.pdf\(saude.gov.br\)](http://manual_editoracao.pdf(saude.gov.br)).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 204**, de 17 de fevereiro de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de orientações para o atendimento da pessoa em risco de suicídio**. Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio. Brasília, 2021. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 22 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília :Ministério da Saúde, 2022.

BRANCO, P. C. C. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. **Revista abordagem gestalt**. 20(2), 189-197. 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5119832.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2024.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al., Editorial Metodologia Qualitativa e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1187-1190, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a00v21n4.pdf>.

CESCON, L. F. et al., Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.1, p.185-200, 2018.

CONTE, M. et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2017–2026, ago. 2012.

CUNHA, J. **Fluxo do atendimento ao usuário em risco para o suicídio**. Coordenação de Referência Técnica em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/NUPS/SESMA. [mensagem pessoal]. Recebida por: <samaram.paiva@gmail.com> em 05 de agosto de 2020.

CRAWFORD, M. D. Advancing Public Mental Health in Canada through a National Suicide Prevention Service: Setting an Agenda for Canadian Standards of Excellence. **The Canadian Journal of Psychiatry**. Vol. 66(5) 446-450. 2021. Disponível em: DOI: 10.1177/0706743721989153.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 371–378, jul. 2002.

ESTELLITA-LINS, C.; PORTUGAL, C.; OLIVEIRA, V. M. Linhas de Cuidado na Valorização da Vida. In: SOLHEIRO, N. (Org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica** - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2017

FALEIRO, et al. Estratégias de enfrentamento ao suicídio: a escuta terapêutica como cuidado psicossocial. In: SILVEIRA, C. et al. (Org.). **Formação em Psicologia**. Ed CRV. 2021.

FARO, A. M., et al. COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**, 37, 1–14. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF/abstract/?lang=en&format=h tml>. Acesso em: 24 jan. 2024.

FERREIRA, A. B., et al. **Entendendo o processo de construção do projeto terapêutico singular em CAPS**. 2014. Disponível em: docs.bvsalud.org/biblioref/colecciona-sus/2014/32181/32181-789.pdf.

FERREIRA JUNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 01, p. 15-28, 2015.

FERREIRA, G. S. Suicídio: Problema de Saúde Pública. **Revista Conversatio**. Xaxim – Sc. Vol. 1, Número 2, jul.-dez. 2016.

FINLAYSON, B. T., JONES, E., & PICKENS, J. C. Solution Focused Brief Therapy Telemental Health Suicide Intervention. **Contemporary Family Therapy**. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09599-1>.

FUKUMITSU, K. O. **O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, 25(3), 270–275, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>.

FUKUMITSU, K. O. et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, 02(02), Salvador, Bahia, 2015.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**. 47(1), 3-12. Porto Alegre, 2016.
Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100002.

FUKUMITSU, K. O. **Programa Raise: Gerenciamento de Crises, Prevenção e Posvenção do Suicídio em Escolas**. 1 ed. São Paulo: Phorte. 2019.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, W. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Psicologia USP**, 8 (2), 305-336. 1997.

HALL, W. **Guia de Redução de Danos e saída de Medicamentos Psiquiátricos: autonomia e saúde mental ao alcance de todos**. 2013. CENAT.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **CIAIQ2015**, v. 2, 2015.

LESAGE, A. et al. Implementing a Suicide Audit in Montreal: Taking Suicide Review Further to Make Concrete Recommendations for Suicide Prevention. **Archives of Suicide Research**, 1–14. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1965058>.

MARIANO, J. P.; MACEDO, J. **Sobreviventes: o outro lado do suicídio**. Universidade de Brasília. 2013. Acesso em: 18 de julho de 2018. Disponível em:

http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7276/3/2013_JoaoPauloMarianoSouza_JorgeHenriqueAlves_Livro_Sobreviventes.pdf.

MARQUETTI, F. C. et al. O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Psicologia**, 02(01), Salvador, Bahia, 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem** ; 17(4): 758-764, out.-dez. 2008.

MINAYO, M. C. et al., Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [2]: 417-434, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00417.pdf>.

MOREIRA, D. J. et al. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC; 2016. p. 223-36.

OMS, Organización Mundial de la Salud. **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014.

OPAS/OMS, Organização Panamericana de Saúde - Organização Mundial da Saúde. Folha informativa - **Suicídio**. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental. Agosto, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839.

OPAS/OMS, Organización Mundial de la Salud. **Prevención del suicidio: um imperativo global**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2014.

PIMENTEL, A. S. G.; OLIVEIRA, I. B.; ARAÚJO, L. S (Org.). Pesquisa Qualitativa: aplicações em Terapia Ocupacional e Psicologia. In: **Pesquisas Qualitativas em Terapia Ocupacional**. Belém: Amazônia Editora, 2009, 25-38.

QUE, J. et al. Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic. **Neuropsychopharmacology reports**, v. 40, n. 4, p. 392-395, 2020.

ROLLEMBERG, A. T. V. M. In: BASTOS, L. C. (Org.). **A entrevista na pesquisa qualitativa** – Rio de Janeiro: Quartet-Faperj, 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/30837487/a_entrevista_na_pesquisa_qualitativa__perspectivas_em_analise_da_narrativa_e_da_interacao.

SADE, R. M. S.; SASHIDHARAN, S. P.; SILVA, M. de N. R. M. O. Caminos y desvíos en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña. **Salud Colectiva**. Universidad Nacional de Lanús. 2021. ISSN 1669-2381. issn 1851-8265. doi: 10.18294/sc.2021.356.

SILVA, E. P. R. O. et. al. Fatores de risco e prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia por COVID-19: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras.**

Med. Fam. Comunidade, 3164–3164, 2022. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1379775>. Acesso em: 22 jan. 2024.

SMS/RJ. Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. 1ed. 2016.

TABNET/DATASUS, Ministério da Saúde/SVS - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** - Sinan Net. 2024. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violePA.def>

TABNET/DATASUS, Ministério da Saúde/SVS - **Sistema de Informação de Agravos de Notificação** - Sinan Net. 2022. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violePA.def>.

TAVARES, M. S. A. (Org.). Suicídio: o luto dos sobreviventes. In. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. 2013.

VINUTO, J. A amostragem em Bola de Neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

WHITESIDE, U. et al. Development and Evaluation of a Web-Based Resource for Suicidal Thoughts: NowMattersNow.org. **Journal of Medical Internet Research**, 21(5), e13183, 2019.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa - ITINERÁRIO, CUIDADO E VIVÊNCIA de profissionais de saúde na atenção às pessoas em risco e crise suicida.

Pesquisadora Responsável: Samara Machado Paiva

Orientadora: Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva.

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário deste estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem por finalidade assegurar seus direitos e deveres como participante do mesmo, portanto leia com atenção e esclareça suas eventuais dúvidas.

Caso você aceite o convite, participará de uma entrevista semiestruturada, que apresenta como objetivos: (1) Discorrer sobre as abordagens dos profissionais com pessoas em risco e crise suicida, e os itinerários de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Administrativo de Saúde da Sacramenta (DASAC) do município de Belém; (2) Conhecer a literatura sobre as abordagens de cuidado utilizadas por profissionais na atuação ao suicídio; (3) Conhecer as abordagens no cuidado ao suicídio em documentos governamentais e não governamentais; (4) Conhecer as vivências e abordagens dos profissionais no cuidado com pessoas em risco e crise suicida e os itinerários em uma das RAPS (DASAC) do município de Belém; (5) Discorrer sobre os significados das vivências dos profissionais de saúde no cuidado com pessoas em risco ou crise suicida.

Sua participação será voluntária, não havendo nenhum tipo de benefício ou incentivo monetário pela mesma. Os riscos por sua participação serão mínimos e estarão vinculados à eventual exposição pessoal, para prevenir o uso indevido dos dados os mesmos serão manuseados somente pela pesquisadora, que garante o sigilo da sua identidade durante a coleta dos dados e na divulgação dos resultados da pesquisa. Os benefícios estão relacionados à promoção de um espaço-momento de reflexão das suas práticas assistenciais e de formação, e a identificação de potências e fragilidades incluídas nesse processo. Caso você decida desistir de participar do mesmo, deverá ser comunicado à pesquisadora responsável, via e-mail: samaram.paiva@gmail.com.

Este documento será feito em duas vias de igual teor que serão assinadas e/ou rubricadas, sendo que uma ficará em sua posse, e a outra em posse dos pesquisadores. Em caso de quaisquer dúvidas ou novas perguntas, você poderá entrar em contato com a Pesquisadora Responsável pela pesquisa Samara Machado Paiva, CREFITO-12 no 20749-TO, End. Travessa das Mercês, 371, São Brás, Belém-PA, tel: (91) 984520112, email: samaram.paiva@gmail.com.

Poderá ter acesso sempre que achar necessário ao COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP. Que consiste em um órgão institucional constituído por profissionais de várias áreas, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas de acordo com sua integridade e dignidade, este órgão tem como objetivo contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos –Res. CNS no 466/12 e embasada na Res 510/16 que ampara a ética nas pesquisas na área das Ciências Humanas e Sociais). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa sobre normas éticas.

Endereço do Comitê de Ética da UFPA: Faculdade de Enfermagem/ICS - Sala 13. Campus Universitário do Guamá, nº 1, Guamá. CEP 66075-110. Belém - Tel./FAX: 3201- 7735. E-mail: cepccs@ufpa.br. Após ter recebido esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos, benefícios e potencial risco ou incômodo que esta possa acarretar, eu (nome) _____ aceito participar.

Participante da pesquisa

Belém, ____ de _____ de 2023.

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS na elaboração do protocolo e na obtenção deste termo de consentimento livre e esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante, informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura da Orientadora da Pesquisa

Belém, ____ de _____ de 2023.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____,
CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a Pesquisadora Responsável Samara Machado Paiva RG 7336309, CPF 865741672-72, CREFITO-12 no 20749-TO, da pesquisa intitulada "**C ITINERÁRIO, CUIDADO E VIVÊNCIA de profissionais de saúde na atenção à pessoas em risco e crise suicida**". a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento através de registros escritos e gravações de áudio e vídeo, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor da pesquisadora acima especificada.

Participante da pesquisa
Quebra de Página

APÊNDICE B - OFÍCIO AO MUNICIPAL DE SECRETÁRIO

OFÍCIO AO SECRETÁRIO DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE BELÉM
DEPARTAMENTO DE GESTÃO E REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Ao,
Sr. Pedro Ribeiro Anaisse,
Secretário de Saúde do Município de Belém

Solicitamos a V.Ex.^a autorização para realização do Projeto de Pesquisa, do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), que tem como título “**ITINERÁRIO, CUIDADO E VIVÊNCIA de profissionais de saúde na atenção à pessoas em risco e crise suicida.**”, de autoria da Mestranda **Samara Machado Paiva**, sob nº de matrícula: 202118970010 orientada pela **Prof. Dr^a. Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva.**, cujo os objetivos são: (1) Discorrer sobre as abordagens dos profissionais com pessoas em risco e crise suicida, e os itinerários de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Administrativo de Saúde da Sacramenta (DASAC) do município de Belém; (2) Conhecer a literatura sobre as abordagens de cuidado utilizadas por profissionais na atuação ao suicídio; (3) Conhecer as abordagens no cuidado ao suicídio em documentos governamentais e não governamentais; (4) Conhecer as vivências e abordagens dos profissionais no cuidado com pessoas em risco e crise suicida e os itinerários em uma das RAPS (DASAC) do município de Belém; (5) Discorrer sobre os significados das vivências dos profissionais de saúde no cuidado com pessoas em risco ou crise suicida.

Belém, 06 de janeiro de 2023.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação		Nº do Participante:	
1.Nome:		2.Idade:	
3.Identityde de Gênero:	4.Raça/Cor: Preta (☐) Branca (☐) Parda (☐) Amarela (☐) Índigena (☐)		5.Religião:
6.Profissão:		7.Instituição:	
8.Tempo de trabalho com pessoas em risco e/ou crise suicida:		9.Nº de contato:	
10.Tempo de atuação no serviço de vínculo atual: Menos de 1 ano (☐) 1 a 3 anos (☐) 3 a 5 anos (☐) Mais de 5 anos (☐)			
11.Instituição de Ensino Superior (IES): Privada (☐) Pública (☐)			
12.Ano de conclusão da graduação:			
13.Pós-graduação lato ou stricto sensu na mesma área de atuação? (☐) Sim (☐) Não			
14.Cursos e capacitações sobre o cuidado ao risco e/ou crise suicida: (☐) Sim (☐) Não			
15.Se sim, ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde? (☐) Sim (☐) Não			
16.Há realização de educação permanente na unidade de saúde acerca de questões de saúde mental/suicídio? (☐) Sim (☐) Não			
17.Durante sua graduação, você teve algum eixo teórico ou prático que abordasse conhecimentos acerca da RAPS? (☐) Sim (☐) Não			

18.Durante a sua graduação, você teve aulas que abordassem o manejo da pessoa em risco para o suicídio?

() Sim () Não

19.Você já preencheu a Ficha de Notificação Compulsória de Violência Autoprovocada?

() Sim () Não

20.Na sua prática profissional você interage com quais equipes que compõem a Rede de Atenção Psicossocial?

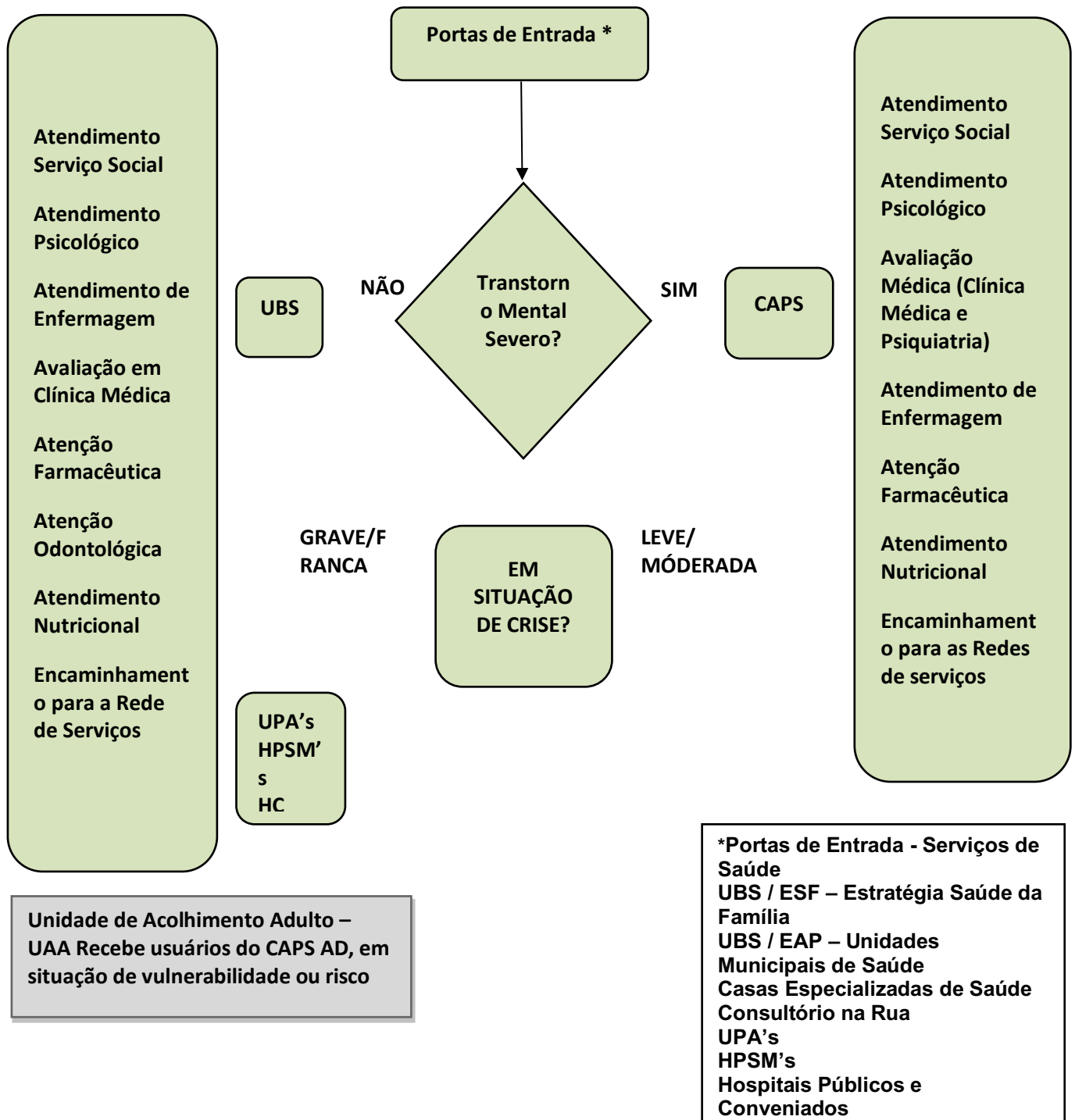
() APS () CAPS () Urgência e Emergência () Outros _____

21.Faça uma narrativa de qual cuidado você realiza no seu serviço junto ao usuário em risco e/ou crise suicida:

22.Faça uma narrativa de como a RAPS - DASAC desenvolve o trabalho com usuário em risco e/ou crise suicida:

23. Como é a sua vivência no dia a dia no cuidado de usuários em risco e/ou crise suicida:

ANEXO A - Figura 1: Fluxo de atendimento da pessoa em risco para o suicídio na RAPS de Belém-Pa



ANEXO B - Filtros utilizados para busca de dados no SISAB

Filtros utilizados para busca de dados no SISAB							
Competência	Tipo de Produção	Tipo de Equipe:	Sexo	Local de Atendimento:	Tipo de Atendimento:	Ações do NASF / Polo da Academia de Saúde:	Probl/ Condição Avaliada
Jan a Set de 2023/ Out a Dez de 2022	Atendimento Individual.	Eq. de Saúde da Família - ESF, Eq. Ag. Com. de Saúde - EACS, NASF, Eq. da Atenção Básica - EAB, Eq. Consultório na Rua - ECR, Eq. de Saúde Bucal - SB, Eq. AB Prisional - EABp, Eq. de Atenção Primária - eAP.	Masculino, Feminino.	01 - Ubs, 02 - Unidade móvel, 03 - Rua, 04 - Domicílio, 05 - Escola/creche, 06 - Outros, 07 - Polo (academia da saúde), 08 - Instituição/abrigo, 09 - Unidade prisional ou congêneres, 10 - Unidade socioeducativa.	Cons. agen. prog/cuid. cont., Consulta agendada, Dem. esp. esc. inicial/orient., Dem. esp. consulta no dia, Dem. esp. atendimento urgência.	Avaliação / diagnóstico, Procedimentos clínicos / terapêuticos, Prescrição terapêutica.	Saúde mental, Reabilitação.

ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO, CUIDADO E VIVÊNCIA de profissionais de saúde na atenção à pessoas em risco e crise suicida.

Pesquisador: SAMARA MACHADO PAIVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73577123.6.0000.0018

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.483.018

Apresentação do Projeto:

O suicídio é um fato social, considerado um problema de saúde pública, de alta complexidade e multicausal, que comumente gera impactos significativos na sociedade, em grupos e a nível individual, seja, em fatores biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e/ou pessoais. Busca-se por meio deste estudo, conhecer o itinerário percorrido pelo usuário em risco ou crise suicida na RAPS de Belém, e em paralelo, ouvir os profissionais de saúde que ofertam esse cuidado nos pontos de atenção da rede, identificar, assim, as abordagens que os mesmos utilizam, e as experimentações de suas vivências no processo de cuidado. Este estudo consiste em uma pesquisa descritiva, com desenho metodológico qualitativo de estratégia fenomenológica, organizado em três estudos: (1) teórico da literatura científica; (2) documental na literatura governamental e não governamental, e em prontuários dos serviços participantes; e (3) Estudo empírico com os profissionais que atuam com pessoas em risco e crise suicida.

Objetivo da Pesquisa:

Discorrer sobre as abordagens dos profissionais com pessoas em risco e crise suicida, e os itinerários de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Administrativo de Saúde da Sacramenta (DASAC) do município de Belém.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 6.483.018

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos oferecidos por essa pesquisa, fazem referência a exposição de relatos e identificação dos participantes, ao passo que a pesquisadora se compromete, a utilizar quaisquer informações da pesquisa somente em eventos e trabalhos científicos, fazendo uso de nomes fictícios ou combinações alfanuméricas, dessa forma, garantindo, o sigilo dos dados pessoais e de identificação de todos os participantes.

Benefícios:

Os participantes poderão se beneficiar dessa pesquisa durante e após sua realização, visto que garantirá a exposição e o diálogo acerca da temática proposta, fomentando o processo formativo referente a atuação junto ao usuário em risco para o suicídio e/ou em crise suicida. Além disso, considera-se que a divulgação dos resultados desta pesquisa, contribuirá para a produção científica na área e como base teórica para novas abordagens, e ampliação de pesquisas e produção de conteúdo nesse contexto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta todos os critérios de exigência à aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações. Parabenizo pela proposta e desejo sucesso na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2070726.pdf	26/08/2023 08:58:28		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/08/2023 08:58:08	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
Outros	orientador.pdf	23/08/2023 14:28:13	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 6.483.018

Declaração de Pesquisadores	termo.pdf	23/08/2023 14:25:58	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/08/2023 12:59:39	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.pdf	10/08/2023 12:54:25	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
Outros	isencao.pdf	10/08/2023 12:53:30	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia.pdf	20/07/2023 13:36:06	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_.pdf	20/07/2023 13:34:25	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	detalhado.pdf	23/01/2023 21:24:02	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura2.pdf	23/01/2023 21:23:36	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito
Orçamento	4ORcAMENTO.pdf	03/01/2023 19:41:49	SAMARA MACHADO PAIVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 03 de Novembro de 2023

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br