



**Grupo Hospitalar Conceição
Residência Multiprofissional
Ênfase em Saúde da Família e Comunidade
Trabalho de Conclusão de Residência**

Notificações de tentativas de suicídio: repercussões nos processos de trabalho e nos planos de cuidado em uma Unidade de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

Residente: Martina von Mühlen Poll
Orientadora: Emanuele Luiz Proença
Co-orientadora: Elisabeth Susana Wartchow

Resumo

As tentativas de suicídio (TS) representam um grande problema de saúde pública (VIDAL e GONTIJO, 2018). A notificação dos casos é uma das ações de vigilância em saúde que visa produzir dados epidemiológicos e promover o conhecimento dos casos pelos serviços de saúde para que sejam realizadas as ações de saúde necessárias. A APS possui papel importante nesse processo, tanto de identificação dos casos quanto de coordenadora do cuidado. Este estudo objetiva descrever o perfil das notificações de TS de usuários de um dos serviços de APS do GHC e analisar o trabalho realizado por uma equipe de APS com as notificações de TS de seus usuários. A pesquisa foi realizada em duas etapas complementares: a etapa quantitativa que utilizou o banco de dados eletrônico gerado pelas notificações de violências dos serviços do GHC. Essa etapa identificou a US do GHC com maior número de usuários notificados com TS proporcional à população adscrita no período entre os anos de 2016 e 2018, além disso, realizou-se um levantamento estatístico das características desses usuários constantes na ficha de notificação. A etapa qualitativa realizou um grupo focal na US identificada na etapa anterior para conhecer o modo como a equipe se relaciona com as notificações de TS: como chegam ao seu conhecimento e o trabalho disparado pelas notificações. A partir disso, percebeu-se que as notificações e o acesso a elas facilitam a identificação dos casos de TS e auxilia na organização do cuidado, porém, há desafios a serem debatidos, como a responsabilização dos profissionais com a realização das notificações, receios em realiza-las e receios, também, com o tema do suicídio.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; notificação; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

As tentativas de suicídio (TS) são um fenômeno humano complexo e representam um grande problema de saúde pública (VIDAL e GONTIJO, 2018) que exige dos serviços de saúde ações de tratamento, prevenção, vigilância e promoção de saúde. A notificação dos casos é uma das ações de vigilância em saúde que, além de produzir dados epidemiológicos, visa promover o conhecimento dos casos pelos serviços de saúde para que possam ser realizadas as ações de saúde necessárias.

Com base na necessidade de identificação e de acompanhamento dos casos de risco de suicídio, as TS fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória definida através da Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 que define quais doenças, agravos e eventos de saúde pública devem ser notificados nos serviços de saúde, públicos e privados, em todo o território nacional (BRASIL, 2016). A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas é obrigatória para os profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde. A Portaria referida situa os casos de TS e os de violência sexual como de notificação imediata no âmbito municipal, devendo ser realizada à Secretária Municipal de Saúde em até 24 horas após o conhecimento do fato. Todos os casos suspeitos ou confirmados de TS ou mesmo automutilações devem ser notificados. Essas notificações são registradas no sistema de informação em saúde e seguem o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS. A ideação suicida não é objeto de notificação, mas requer ações de atenção em saúde.

A tentativa de suicídio pode ser definida como “qualquer tipo de comportamento auto lesivo não fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer” (SMS/RJ, p. 9, 2016), enquanto que o comportamento suicida pode ser entendido como “um conjunto de atitudes que incluem: o pensamento de que uma ação autoinfligida resulte em sua morte (ideação suicida), o planejamento, a tentativa e o próprio suicídio” (SMS/RJ, p. 9, 2018). Destacamos que nem toda a violência autoprovocada configura uma tentativa de suicídio, uma vez que essas violências podem não objetivar pôr fim a vida.

O Grupo hospitalar Conceição (GHC) possui um sistema eletrônico de fichas de notificação que geram um banco de dados composto das notificações realizadas em seus

serviços de saúde (hospitais, serviços de saúde mental, de saúde comunitária e de pronto atendimento). Esse banco de dados inclui as notificações de tentativa de suicídio de usuários dos serviços de saúde comunitária do GHC, o que pode permitir que as Unidades de Saúde (US) tomem conhecimento dos casos de seus usuários adscritos, mesmo que tenham sido atendidos e notificados em outros serviços do GHC, promovendo, a partir de então, as ações de saúde necessárias. Com base nessas considerações, os objetivos deste estudo são descrever o perfil das notificações de TS de usuários de um dos serviços de Atenção Primária do GHC e analisar o trabalho realizado por uma equipe de APS com as notificações de TS de seus usuários. O estudo permite, portanto, conhecer o modo como a equipe pesquisada se relaciona com a questão das notificações de TS e o trabalho com esses casos.

A APS realiza ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, tratamento, vigilância em saúde, etc., e possui, dentre suas diretrizes norteadoras, a longitudinalidade e coordenação do cuidado e a ordenação da rede (PNAB, 2017). Com base nessas ações e diretrizes, pode-se entender que a APS possui um importante papel na identificação, manejo e acompanhamento dos usuários com risco de suicídio.

Material e método

A pesquisa foi realizada em duas etapas complementares: uma etapa quantitativa e uma etapa qualitativa. A primeira etapa, que objetivava realizar o levantamento da US com maior número de usuários notificados com tentativa de suicídio proporcional a sua população adscrita entre o período de janeiro de 2016 e dezembro de 2018 utilizou, para tal, o banco de dados gerados pelas notificações de violência auto provocada dos serviços do GHC.

A partir da identificação da US com maior número de usuários notificados com TS proporcional à população adscrita, foram selecionadas as fichas de notificação de TS correspondentes a população dessa US para a realização de um levantamento das características dessas pessoas, foram levantados os dados referentes à: idade, cor, sexo, serviço notificador, escolaridade, situação conjugal. Esse levantamento quantitativo de dados configurou um estudo transversal retrospectivo. Utilizou-se uma análise descritiva através do programa estatístico de computador SPSS (Statistical Package for the Social Science), por meio do qual foram feitos cálculos de desvio padrão e média

para as variáveis que são contínuas (idade), e frequência e percentuais para as variáveis categóricas (cor, sexo, escolaridade, situação conjugal).

A segunda etapa da pesquisa foi qualitativa, realizada na US do GHC responsável pelo maior número de usuários com notificações de TS proporcional a sua população adscrita. Após autorização do assistente de coordenação da respectiva US, foi apresentado o projeto em reunião de equipe e os profissionais foram convidados a participar voluntariamente do estudo, respeitando o limite máximo de 6 participantes. Participaram da pesquisa 3 profissionais contratados: médico, enfermeira e assistente social; e 3 profissionais residentes de segundo ano: médico, enfermeira e psicóloga. Com esses profissionais foi realizado um grupo focal, de um único encontro e duração de 45 minutos, o qual seguiu as orientações de Minayo (2008) para a sua realização. O grupo foi gravado e posteriormente transcrito e analisado. No início do grupo foram apresentados os dados quantitativos e, em seguida, foi construída uma discussão sobre o trabalho com as notificações de TS. A realização do grupo focal com trabalhadores de uma US do GHC permitiu importantes discussões.

A condução da pesquisa e esta produção escrita atenta para os cuidados éticos na preservação do sigilo das identidades dos profissionais participantes, dos usuários cujos casos foram notificados, bem como da US em que foi realizada pesquisa. Acreditamos que tanto a US quanto os profissionais possuem falas que dizem, de alguma forma, do modo como se dá o trabalho nos serviços de APS do GHC e, portanto, dizem da organização dos serviços e não apenas de seu trabalho isolado.

Resultados e discussões

Análise quantitativa de dados das notificações de TS de uma das US do GHC

Apesar da compulsoriedade da notificação, persiste uma subnotificação dos casos de TS de suicídio consumado. Apesar dos números reais serem maiores do que os registrados, esses já demonstram a magnitude do fenômeno e alertam para a importância de estratégias de tratamento das vulnerabilidades que podem levar às TS. Minayo (2005) aponta que há interferências de ordem cultural, religiosa e moral que estariam envolvidos na subnotificação dos casos de TS e de suicídio, além da dificuldade em diferenciar algumas formas de suicídio e de TS de outras que provocam mortes ou lesões, tais como, acidentes de trânsito, que podem camuflar atos de autodestruição.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) aponta que ocorrem mais de 800 mil suicídios por ano no mundo, configurando a segunda maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, o Ministério da Saúde divulga que uma média de 11 mil pessoas tirem a vida por ano, sendo a 4º maior causa de morte entre pessoas com 15 a 29 anos. Entre os homens na faixa de 15 a 29 anos o suicídio aparece como a 3º maior causa de morte, enquanto que, para as mulheres com a mesma faixa etária é a 8º maior causa. Além disso, a mortalidade é mais prevalente em idosos com mais de 70 anos (BRASIL, 2017). Vidal e Gontijo (2018) trazem que as estimativas demonstram que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente que requerem cuidados dos serviços de saúde. Para que se possa visualizar melhor a amplitude do fenômeno, em números aproximados, de cada 100 pessoas de uma comunidade urbana, 17 pensam em suicídio em algum momento da vida, 5 planejam e 3 realizam uma tentativa. Das três pessoas que realizam a tentativa, somente uma é atendida em pronto socorro (SMS/RS, 2016).

Entre 2011 e 2016, foram notificadas 176.226 lesões auto provocadas no Brasil, das quais 27,4% (48.204) foram de tentativa de suicídio (30.013 do sexo masculino e 15.455 do sexo feminino). Desses números, os envenenamentos e intoxicações foram os principais meios utilizados pela população (57,6% dos casos). O Ministério da Saúde (2017) aponta, também, que a região Sul do país concentra 23% dos suicídios do Brasil e 14% da população.

No âmbito local, entre 2012 e 31 de agosto de 2017, as Unidades Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor tiveram 889 notificações de lesões autoprovocadas, com 813 casos de tentativa de suicídio (91,5%), com tendência crescente ao longo dos anos, uma vez que em 2012 houvera 36 casos e em 2016 foram 228 (GHC, 2017).

A partir da pesquisa quantitativa realizada, levantou-se que a US com maior número de usuários notificados com TS proporcional à sua população adscrita teve 14 notificações entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018. Dessas 14 notificações, 3 foram realizadas na própria US, 10 nos serviços de emergência do GHC e em 1 ficha de notificação não está preenchido o serviço notificador.

Destacamos que os números reais de TS podem ser superiores aos notificados, uma vez que se estima que para cada tentativa documentada existam outras quatro que não foram registradas (VIDAL; GONTIJO, 2018). Abaixo, seguem as demais informações obtidas através das fichas de notificações desses 14 usuários:

Idade

Idade	Frequência	Porcentagem
13 até 16 anos	4 pessoas	28,57%
30 até 37 anos	6 pessoas	42,85%
44 até 53 anos	4 pessoas	28,57%

Sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem
Feminino	12 pessoas	85,7%
Masculino	2 pessoas	14,3%

Escolaridade

Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	7 pessoas	50%
Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	5 pessoas	35,7%
Educação superior completa	2 pessoas	14,3%

Situação conjugal

Situação conjugal	Frequência	Porcentagem
Solteiras	12 pessoas	85,7%
Casadas/união consensual	2 pessoas	14,3%

Raça/cor

Raça/cor	Frequência	Porcentagem
Branca	11 pessoas	78,6%
Preta	2 pessoas	14,3%
Parda	1 pessoa	7,1%

Orientação sexual

Orientação sexual	Frequência	Porcentagem
Heterossexual	9 pessoas	64,3%
Ignorado	5 pessoas	35,7%

O levantamento dos dados quantitativos permitidos pelas fichas de notificação demonstra, primeiramente, a importância do preenchimento correto das fichas de notificação para que se possa conhecer o perfil dos usuários notificados e, a partir disso, pensar em estratégias de prevenção. Os dados acima vão ao encontro dos achados em outros estudos sobre o tema, como o fato de as mulheres apresentarem maior número de TS do que os homens, porém, os homens são maioria no número de suicídios consumados (SMS/RS, 2016). Botega (2015) traz, também, que na maioria dos países, o suicídio é mais frequente em homens; no entanto, as mulheres são as que mais tentam suicídio e as que mais expressam ideias sobre. O autor ressalta que as mulheres fazem menos uso de álcool, desempenham papéis sociais peculiares, são mais adeptas à religiosidade, aspectos que poderiam servir de proteção, porém, assinala Botega (2015), que as desigualdades de gênero enfrentadas pelas mulheres na sociedade aumenta o risco de suicídio.

A maior parte das 14 pessoas cujas notificações foram pesquisadas é solteira, característica essa que é considerada como fator de risco segundo estudos (SMS/RJ/2016). Podemos pensar que ter um companheiro/companheira pode servir como rede de apoio para os momentos de maior vulnerabilidade e, portanto, servir como fator protetivo, porém, no caso das pessoas cujas notificações foram estudadas, consideramos importante conhecer as vulnerabilidades e redes de proteção de cada caso, para melhor analisar.

Chama atenção que, nas 14 notificações levantadas, não há nenhum caso entre os 16 e os 30 anos, bem como entre pessoas maiores de 53 anos de idade. Minayo (2005) aponta que, na maioria dos países do mundo, o risco da morte auto infligida aumenta com o envelhecimento. Porém, para realizar uma análise mais aprofundada desse dado seria necessário conhecer a faixa etária dos usuários da US pesquisada, bem como os fatores de proteção dos idosos daquele território. A faixa etária dos 16 até os 30 anos, de adultos jovens também não apresentou notificações de TS, o que também faz pensar sobre os fatores de proteção presentes nos indivíduos dessa faixa etária no território pesquisado. Destacamos que este estudo também não analisa as informações sobre mortalidade por TS na população do território pesquisado, o que poderia trazer novas reflexões sobre esses dados.

Discussão e análise de grupo focal realizado com profissionais da APS do GHC sobre o trabalho com as notificações de TS

Acesso às notificações de TS e organização do cuidado

Os profissionais de saúde que participaram do grupo focal demonstraram conhecimento sobre a obrigatoriedade da notificação e a importância da sua realização tanto para a produção de dados condizentes com a realidade do fenômeno quanto como modo de responsabilização sobre os casos: “então qual é a utilidade de preencher? primeiro, que a gente tem que ser um país sério, com as estatísticas fidedignas (...) e a estatística é importante pra dali traçar políticas públicas pra daí atender essa situação”.

“Bah, veio com tentativa de suicídio, não notificou, só escutou, não fez nada, não pediu ajuda pra ninguém, fez nada, tu continua respondendo pelo fato de não ter feito nada, então notificar não quer dizer que tu vai sofrer retaliação, muito pelo contrário, tu tá dizendo eu sei, e tá pedindo ajuda.”

O entendimento da notificação como um pedido de ajuda pode ser visto como uma forma de promover a corresponsabilização dos diferentes profissionais e serviços sobre os casos e de busca de qualificação do trabalho prestado. O grupo possibilitou que os profissionais pudessem construir uma discussão sobre o papel das notificações de TS e sobre o modo como a equipe se relaciona com elas.

Minayo (2003) aponta que há a falta de feedback em relação às medidas desencadeadas a partir da notificação gerada. Nesse sentido, este estudo questiona os efeitos desencadeados pela notificação na Unidade de Saúde pesquisada. Questionamos se são realizados os objetivos de retirar o caso da invisibilidade para os serviços de saúde e de acionamento dos cuidados em saúde necessários. Destacamos que os cuidados no sentido de tratamento das questões desencadeadoras em cada caso transformam-se, também, em um trabalho de prevenção de novas tentativas e do suicídio consumado, uma vez que se estima que o risco de suicídio após uma tentativa aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral (BOTEGA, 2018). São as equipes de APS que, através do vínculo com os usuários, da coordenação do cuidado e da longitudinalidade da atenção, desempenham função importante no trabalho de prevenção, seja antes ou após uma TS, uma vez que um dos períodos de maior possibilidade de uma nova TS é na semana e no mês que se segue à alta do hospital, caso haja tido uma internação (SMS/RJ, 2016), o que aponta, também, para a importância de a notificação desses casos chegar com brevidade ao conhecimento das US.

Quanto a tomada de conhecimento da equipe sobre as TS de seus usuários adscritos, uma das profissionais relata que:

“A grande maioria que vem, vem de forma espontânea, e aí segunda remessa é quando a gente identifica na ficha de notificação, porque eu acompanho a notificação né, então eu sei todos que são da US, mas senão, senão a equipe não fica sabendo (...). Eu identifico no banco de dados do GHC e a gente recebe também do município.”

Os casos que a equipe diz que chegam de maneira espontânea são os que vêm através de ligações de profissionais de outros serviços:

“alguns serviços ligam neh, o IAPI (Serviço de Pronto Atendimento em Saúde Mental) às vezes liga pra passar um caso que eles acham mais grave, ou alguém que já teve várias passagens por lá (...), mas tentativa de suicídio só se for muito grave mesmo ou muito recorrente, aí eles fazem contato pra gente poder monitorar. Mas, senão, eu tô com uma tentativa de suicídio, fui lá, fui medicada e fui mandada embora, nem perguntam da onde que eu sou as vezes, pra referendar né”

Há, ainda, uma outra fala sobre o Serviço de Pronto Atendimento em Saúde Mental: “às vezes, quando eles acham que o assunto é confuso, que tá meio atrapalhado, eles ligam”. Porém, esse modo de encaminhamento dos casos de TS pode ter suas fragilidades, uma vez que depende de critérios subjetivos do profissional que faz o atendimento, não fazendo parte de um fluxo estabelecido.

Na US pesquisada, parece haver um movimento de uma das profissionais no sentido de acompanhar as notificações. Esse movimento da profissional se dá através da sua participação no GT de violência e agravos de causas externas do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC. Esse GT existe desde 2015, com encontros mensais e busca ter em sua composição um profissional de cada US do SSC do GHC para discutir questões relacionados ao tema da violência no SSC, configurando-se como uma estratégia de voltar um olhar para esse tema. Cada profissional participante toma conhecimento, no GT, das notificações de usuários de sua US.

Após isso, a profissional que diz acompanhar as notificações relata que “a gente identifica o usuário e a gente leva pra área da qual é responsável, pra poder acompanhando o caso”. Sobre esse acompanhamento: “cada equipe, cada área, age de um jeito diferente com seus casos.” Um dos profissionais relata que na equipe de referência que faz parte, há a discussão do caso e definição dos acompanhamentos que serão prestados, e identifica que, além do médico de referência, há a psicóloga e o psiquiatra que passam a acompanhar os casos, por meio de atendimentos ou por matriciamento:

“Quando chegam eu trato, faço um primeiro manejo, faço primeiro uma leitura se é um caso agudo, grave, eu encaminho pro Postão (Serviço de Pronto Atendimento em Saúde Mental). Se não tá tão grave, se já foi manejado, que já passou pra avaliação psiquiátrica do Postão, eu mantenho o tratamento e faço dois encaminhamentos: um pro Silvio, psiquiatra que vem aqui e pra psicologia.”

Os profissionais também destacam que o trabalho de busca e de construção de vínculo é auxiliado pelos Agentes Comunitários de Saúde: “a gente conta com a agente de saúde pra visitar, monitorar e trazer para um atendimento na unidade porque tem paciente que vem a notificação e não consultam aqui.” Os agentes comunitários de saúde fazem parte da APS e desempenham papel importante na efetivação dos princípios que norteiam o funcionamento desses serviços.

Porém, como dificuldades no trabalho com os casos, os profissionais citam a fragilidade da rede de cuidados e da rede familiar: “Eu acho que a maior dificuldade é o seguimento na rede”;

“Por exemplo, a gurizada, população jovem, os adolescentes, que é um grande número de casos, ai tu não tem uma rede de apoio, não tem um projeto que possa tá acolhendo, vão pensar ele é usuário da assistência, mas a assistência não tem um espaço pra inclusão dele, então ele fica muito só pra família dar conta e pra assistência. Não tem um projeto que eu possa dizer esse é um adolescente, tá com situação tal, ele precisa de uma rede de apoio, uma atividade esportiva que possa se ocupar.”

“Ai tu pega uma família toda desestruturada, uma mãe que não apoio, uma mãe que acha q tá errado “ah, não, isso é blefe, blefe, ela não vai fazer neh”, “não, ela tá dizendo, mas ela não vai fazer”, então a gente fica com esse sofrimento, porque ela tá dizendo, a gente acredita que um dia ela possa fazer, mas a família fica deixando, e ai a gente fica mais amarrado ainda.”

A fragilidade da rede para o tratamento e a prevenção das vulnerabilidades que podem levar à TS fragiliza o trabalho nesses casos, bem como dificulta o trabalho da APS de ordenadora dos cuidados de saúde do usuário com vistas à integralidade da atenção, colocando um limite nas possibilidades de articulação dos profissionais da US.

Em outras falas, os participantes do grupo apontam outras vulnerabilidades identificadas nos casos: “a rede familiar muito frágil, a questão de conflitos familiares, a questão do desemprego, vulnerabilidade social, aparece bastante”; “a sensação que eu tenho que desemprego, miséria social”. Essas falas que situam o desemprego como fator de vulnerabilidade para sofrimentos psíquicos apontam a importância de os estudos sobre a temática do suicídio se voltarem, também, para a conjuntura atual do país, do mercado de trabalho e das políticas sociais.

Além das vulnerabilidades citadas pelos profissionais participantes do grupo focal, alguns autores citam também o isolamento, a presença de algum transtorno mental, como depressão, dependência de álcool ou outras drogas psicoativas (VIDAL; CONTIJO, 2017), ter acesso aos meios de cometer suicídio, apresentar dificuldade em lidar com estresses agudos ou crônicos da vida, e sofrer violência baseada em gênero, abuso infantil ou discriminação (SVS/MS, 2016). Acreditamos na importância de atentar para as vulnerabilidades apontadas pelos autores, mas, também, nas outras possíveis que se apresentam em cada caso e o modo como os usuários se relacionam com as situações, relações e eventos da história de vida que lhes produzem sofrimentos.

Importante destacar que a TS é a expressão de um processo de crise que se desenvolve de forma gradual, e que, portanto, intervir precoce e adequadamente na situação, envolvendo a pessoa e seu conjunto de relações, é uma estratégia de prevenção (SVS/MS, 2016) e é nesse ponto que a APS se encontra em posição importante, pela sua proximidade de contato com o dia a dia e as relações dos usuários.

Questões geradoras de dificuldades na realização das notificações de TS

O grupo focal possibilitou que fossem identificados e discutidos receios e questões dos trabalhadores quanto ao trabalho com as notificações. Participantes do grupo trouxeram que há o “medo de notificar e ser identificado”; “a gente nunca sabe se por trás disso não vai ter um caso de retaliações.” Porém, como esclarecido por outra participante do grupo:

“desde que a ficha tá eletrônica, ela não identifica mais a pessoa que preencheu, claro que no sistema fica neh, mas a ficha sai assinada pelo gerente dos pacientes externos, então é a própria gestão que assina, antigamente era a gente que assinava”.

Portanto, segundo esclarecido pela trabalhadora, para os serviços externos ao GHC, as notificações e/ou informações constantes nela são enviadas sem a identificação do(a) trabalhador(a) que a realizou. Elas vão assinadas pelo diretor administrativo do GHC. Porém, tais falas sobre os receios de notificar aliam-se a fala de que “a subnotificação é falta de cultura de notificar” e sinalizam para a importância de discussões sobre o tema e demais estratégias no sentido de esclarecer os receios e produzir uma cultura de notificações e registros, uma vez que as tentativas e os suicídios consumados são subnotificados e sub-registrados. Os participantes do grupo focal

trazem mais algumas dificuldades em realizar as notificações, além das apontadas acima: “eu fico pensando também nessa questão da correria, do tempo, né, tipo, é um paciente atrás do outro e pra tu notificar tu precisaria de mais tempo pra fazer (...) se bem que a gente também poderia fazer”. Essa fala aponta para a importância de ter profissionais em número adequado para que a demanda por atendimento não dificulte a realização da notificação, bem como de demais cuidados em saúde, como a própria abordagem do risco de suicídio com os usuários, que pode exigir maior tempo de atendimento para o acolhimento e manejo adequados. A frase com que o profissional finaliza sua fala: “se bem que a gente também poderia fazer” demonstra os efeitos positivos de discussões sobre o tema, uma vez que provocam reflexões sobre a responsabilidade de cada um nesse processo.

Além da questão do tempo, Minayo (2003) explica que pode haver uma desqualificação da tarefa de preencher os formulários de notificação por parte dos profissionais da saúde. A partir dessa desqualificação apontada por Minayo (2003) e do modo como as equipes e os profissionais de saúde administram o seu tempo de trabalho, podemos pensar que há certa desvalorização de tarefas administrativas, vistas como de menor importância, em prol de um maior número de usuários atendidos. A realização da notificação parece ser entendida como não fazendo parte do atendimento prestado aos usuários e necessário para a qualidade da atenção à saúde, mas sim, como sendo algo à parte do atendimento. Essa desvalorização vai de encontro, também, ao fato de a notificação de violências ser compulsória para os profissionais de saúde e demonstra que a obrigatoriedade, apesar de imprescindível, não é suficiente para construção de uma cultura de notificações, sendo necessários, também, outros dispositivos que conscientizem sobre a importância desse procedimento.

Na opinião de alguns dos profissionais do grupo, duas medidas seriam importantes para promover a notificação das tentativas de suicídio de modo mais condizente com o número real de casos: “prontuário eletrônico e centralização, uma pessoa estar responsável pela notificação”. Como justificativa para a centralização em um profissional, os participantes do grupo comparam aos programas da unidade que possuem a coordenação de algum profissional e que tem um funcionamento efetivo: “mas ai eu acho que tem que ser que nem a TB (tuberculose)”. Segundo as falas, parece que a equipe de saúde organizou de modo informal a centralização com os casos de TS, uma vez que um dos profissionais relata: “eu, quando tenho, eu falo com a Carla e dô pra ela, dai ela que preenche”.

Através da sugestão de centralização do preenchimento da notificação, podemos entender que os profissionais sinalizam para a importância da capacitação para o preenchimento da ficha de notificação, porém, pensamos que a centralização poderia levar a outras dificuldades. A centralização em algum(s) profissional poderia gerar uma desresponsabilização dos demais quanto à realização desse procedimento, ao passo que os procedimentos que fazem parte do atendimento, como a notificação, necessários nos casos de TS são responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Além disso, a ficha de notificação pede informações que só poderiam ser obtidas pelo próprio profissional que atendeu o caso, o que torna difícil a delegação desse procedimento para terceiros.

Dificuldades com o tema do suicídio

Os profissionais que participaram do grupo focal reconhecem a importância e a complexidade do tema do suicídio, porém, percebem que há dificuldades no trabalho com esses casos, o que pode refletir no modo como são trabalhadas as notificações. Na discussão sobre o receio de ser identificada a identidade do profissional notificador, uma das profissionais diz que: “eu notificar um caso de TB (tuberculose) é maravilhoso, não deixo escapar um, mas eu notificar um caso de suicídio, eu opa...”. Acreditamos que o tema do suicídio ainda é tido como certo tabu para a sociedade e para os serviços de saúde.

Ao encontro da fala transcrita no parágrafo anterior, os participantes do grupo explicam que percebem maior visibilidade, conhecimento sobre responsabilidades e fluxos para os agravos orgânicos de saúde, como asma e TB, por exemplo, em comparação com as TS. Tais percepções fazem pensar sobre o lugar que os sofrimentos psicológicos possuem nos serviços de saúde, os quais geralmente não possuem uma resposta exata e farmacológica, como nos agravos orgânicos, mas exigem profissionais com habilidade de escuta e atenção às singularidades de cada caso.

Aliado a essa comparação feita pelos profissionais, há, também, falas que dizem da percepção da preparação para o trabalho nesses casos: “eu fico sabendo (dos casos) nas nossas áreas de vigilância e do NASF, eu ainda me sinto muito aquém dessa situação do suicídio”; “às vezes os profissionais não são tão preparados.” Pode-se pensar que há um receio com a temática do suicídio que faz com que o tema fique invisível, ao invés de serem discutidos e construídos manejos e formas de trabalho que possam diminuir a sensação de despreparo dos profissionais. Percebe-se, portanto, a necessidade

de debater e desenvolver estudos sobre o tema que possam servir de auxílio e capacitação dos profissionais de saúde a trabalharem com esses casos.

Pode-se pensar que há certa dificuldade dos profissionais de saúde, de maneira geral, em escutarem os sofrimentos que não de origem orgânica dos usuários, como os sofrimentos psíquicos, os relacionados às vulnerabilidades sociais e às situações de violências. Aliado a isso, há, ainda, certo medo e tabu com o tema do suicídio (SMS/RJ, 2016). Destacamos que há importantes estudos feitos sobre o suicídio, com muitas informações sobre o tema, objeto inclusive de um clássico tratado sociológico (MINAYO, 2005), bem como discussões e eventos que tratam do tema com seriedade e atenção, porém, acreditamos que o tema poderia ser mais abordado nos serviços de saúde, não apenas nos de APS, tendo em vista que os casos estão presentes do dia a dia dos serviços.

O tabu com o tema do suicídio remete a forma como ele foi visto ao longo da história. Minayo (2005) explica que há escassez de registros sobre suicídio e automutilações na história universal, o que, segundo a autora, pode ser reflexo do mal-estar que esse tema costuma trazer. Nas culturas de origens judaico-cristãs, o suicídio, sob qualquer pretexto, tem uma conotação negativa (MINAYO, 2005).

Na Idade Média, o suicídio foi terminantemente condenado no Ocidente por consistir em uma afronta à onipotência divina de tirar a vida das pessoas. No Renascimento, voltaram à tona algumas ideias pluralistas contraditórias a respeito do tema, as quais haviam existido na Antiguidade também. No século XVII, as autoridades religiosas, moralistas e juristas passaram a reprimir o suicídio, na contramão ao liberalismo com que foi tratado no Renascimento. Também no século XVIII, a medicina fala sobre o tema, considerando o suicídio uma doença somática que podia estar vinculado às situações de depressão, quase sempre proveniente da presença de humor melancólico negro no sangue (MINAYO, 2005).

No século XIX, o tema foi perdendo a tutela religiosa na sua definição, a favor de seu reconhecimento como fato social. Porém, a forte cultura religiosa segue permeando as interpretações sobre o suicídio até os dias de hoje (MINAYO, 2005). Nas sociedades ocidentais modernas, segue interiorizada a idéia de que o suicídio é um ato condenável, infligindo a noção de culpa aos indivíduos e à sociedade e, portanto, Minayo (2005) aponta que não se evoluiu muito na interpretação sobre o tema desde o século XIX.

Pensamos que esse histórico possui efeitos no modo como são abordados os casos de TS, gerando silenciamentos e/ou explicações baseadas em julgamentos morais e simplistas. Os serviços de saúde tem o papel de dar visibilidade ao tema, construir abordagens, responsabilizações e trabalho em equipe para trabalhar com os casos. Dentre os serviços de saúde, os de APS possuem função importante na identificação dos casos, das vulnerabilidades envolvidas, para chegar antes que a tentativa ou o suicídio ocorram.

No caminho da invisibilização sobre o tema, está a ideia de que falar e perguntar sobre intenções de suicídio para os usuários faz com que se dê a ideia do ato a eles, quando, na verdade, é o contrário, conversar sobre os pensamentos de suicídio costuma produzir alívio emocional transitório e aumento de confiança na equipe (SMS/RJ, 2016). Portanto, dialogar aberta e diretamente sobre a ideia suicida e seus fatores de risco é a forma mais eficaz de abordar e manejar o risco de suicídio em adultos (SMS/RJ, 2016).

Considerações finais

Com base nas discussões produzidas pelo grupo focal, percebemos que as notificações e o acesso a elas facilita a identificação dos casos e auxilia na organização do cuidado. O levantamento quantitativo das notificações de TS fez perceber que, mesmo que existam questões que podem levar a dificuldades de realizar a notificação das TS, esse procedimento já está presente nos serviços de APS, bem como o acompanhamento das notificações na US pesquisada e um trabalho de cuidado com os casos.

Sinalizamos para a importância da realização de educações permanentes e de outros dispositivos com as equipes dos serviços de saúde, não apenas nas equipes de APS, sobre a importância das notificações de TS a fim de construir uma cultura de notificações. Além disso, são importantes, também, discussões sobre fluxos e responsabilidades de todos os profissionais das equipes de APS quanto às notificações de TS e o trabalho com esses casos. Destacamos, também, a importância de dispositivos de desenvolvimento de uma escuta aberta nos profissionais de saúde para que se dê o acolhimento e a produção de fala dos sujeitos sobre as questões que produzem sofrimento para cada um, no sentido não apenas de prevenir o suicídio, mas de produzir vínculo e novas e possibilidades de vida.

Referências:

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP, Campinas*, v. 25, n. 3, p. 231-266, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231>>; Acesso em: 01 set. 2018.

BOTEGA, N. J. *Crise Suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Portaria N° 204, de 17 de Fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Acesso em: 10 nov.2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.2017. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaNotificacaoViolenciasMS2017_NucleodaPaz.pdf>; Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Acesso em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, 2017. Acesso em: 18 dez. 2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto-inflingida p. 2005-241. In. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2019.

MINAYO, M. C. S. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002>; Acesso em: 30mar. 2019.

Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. *Boletim epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. v. 48, n. 30, 2017. Acesso em: 12 nov. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. *Coleção Guia de Referência Rápida: Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção*. Rio de Janeiro/RJ, 2016. Acesso em: 15 dez. 2019. Disponível em: <https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf>.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108- 114, 2013. Disponível em: <Gontijo<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

Identificação interna do documento C03AIX11A9-FFQKLD02



Nome do arquivo: tcr_versao_final_7617029202023.pdf

Data de vinculação ao processo: 03/02/2020 17:28

Autor: MARTINA VON MÜHLEN POLL (112375)

Processo: 1703100