

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

CAMILA NIED

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NA ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

São Leopoldo

2021

CAMILA NIED

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NA ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

Coorientador: Dr. Jardel Fischer Loeck

São Leopoldo
2021

N666p Nied, Camila.
Prevenção do suicídio de adolescentes na ótica dos profissionais da rede de atenção psicossocial / por Camila Nied. – 2021.
106 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2021.
Orientador: Dr. José Roque Junges.
Coorientador: Dr. Jardel Fischer Loeck.

1. Adolescentes. 2. Suicídio. 3. Assistência à saúde mental. I. Título.

CDU: 616.89-008.441.44

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CVV	Centro de Valorização da Vida
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	2
INTRODUÇÃO	4
PROJETO DE PESQUISA.....	5
1 INTRODUÇÃO	8
1.1 TEMA.....	11
1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA	11
1.3 PROBLEMA	12
1.4 OBJETIVOS	12
1.4.1 Objetivo Geral	12
1.4.2 Objetivos Específicos	12
1.5 JUSTIFICATIVA.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 O FENÔMENO DO SUICÍDIO ENTRE OS ADOLESCENTES	15
2.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REFORMA PSIQUIÁTRICA E DESAFIOS ATUAIS.....	19
2.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	26
2.3.1 Apoio matricial	28
2.3.2 Atenção à saúde mental de adolescentes	32
2.4 SUICÍDIO: CUIDADO E PREVENÇÃO	34
3 METODOLOGIA	42
3.1 UNIVERSO DO ESTUDO	42
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	44
3.3 PRODUÇÃO DE DADOS.....	45
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....	46
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
5 CRONOGRAMA	51
6 ORÇAMENTO	52
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
RELATÓRIO DE PESQUISA	65
ARTIGO CIENTÍFICO.....	76

INTRODUÇÃO

A dissertação é composta por: Projeto de Pesquisa, o qual passou por banca de qualificação, aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e obteve anuência do município campo de estudo; Relatório de Pesquisa, o qual descreve o caminho realizado no campo para o desenvolvimento da pesquisa; e Artigo, o produto do desenvolvimento do projeto.

PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

CAMILA NIED

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NA ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**São Leopoldo
2021**

CAMILA NIED

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NA ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Qualificação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

Coorientador: Dr. Jardel Fischer Loeck

São Leopoldo

2021

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é reconhecido como um problema de saúde pública e fenômeno multidimensional que resulta da interação de diversas questões inerentes à vida, como fatores sociais, econômicos, genéticos, culturais, biológicos e ambientais (CESCON; CAPOZOLLO; LIMA, 2018). Suicídio consiste no ato deliberado que possui a intenção de terminar com a própria vida e tentativa de suicídio diz respeito a todo o comportamento suicida que não causa morte. Desse modo, um comportamento suicida envolve uma diversidade de comportamentos que incluem desde pensar no suicídio (ideação suicida), planejar o suicídio, até a tentativa e/ou o suicídio propriamente dito (WHO, 2014).

Acredita-se que o suicídio e as tentativas de suicídio são dados subnotificados no mundo todo e que para cada suicídio existam 10 a 20 tentativas de suicídio (MARCOLAN; SILVA, 2019; WHO, 2014). Segundo a World Health Organization (WHO, 2014), a cada ano morrem 800 mil pessoas por suicídio e esta é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 e 29 anos no mundo. Em relação a isso, no Brasil, entre 2011 e 2016, verificou-se aumento no número de suicídios e tentativas de suicídio entre a referida faixa etária, o que aponta para a representatividade desta violência nesta população (BRASIL, 2017a).

No que se refere ao Rio Grande do Sul (RS), o estado apresenta historicamente as maiores taxas de suicídio do país (MENEGHEL et al., 2004). De acordo com Franck, Monteiro e Limberger (2020) em estudo transversal realizado entre 2017 e 2018 no RS, constatou-se que as taxas de suicídio no estado são altas, apresentando uma taxa de 11,3 casos por 100 mil hab./ano, sendo que a taxa nacional de acordo com último boletim epidemiológico é de 5,5 casos por 100 mil hab./ano. (BRASIL, 2017a).

No que tange às crianças e adolescentes, estudo brasileiro avaliou a tendência de mortalidade por suicídio entre 2000 e 2015 na faixa etária de 10 a 19 anos, demonstrou tendência de aumento no número de óbitos por suicídio nesta população e a região Sul ficou em segundo lugar no número de suicídios (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019). Aliado a isso, no RS em 2016, a faixa etária entre 15 e 19 anos foi a que apresentou a maior taxa de tentativas de suicídio e autoagressões (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Estes dados chamam atenção para a ocorrência de suicídios e tentativas de suicídio entre os adolescentes. A tentativa de suicídio é o principal fator de risco

para o suicídio, sendo de suma importância o acompanhamento, cuidado e prevenção nestes casos, para o alcance da diminuição no número de suicídios consumados (WHO, 2014). Nesse sentido, as tentativas de suicídio e ideações suicidas que chegam até os serviços de saúde devem ser acolhidas e direcionadas para a rede de saúde, a fim de prevenir novas tentativas e o suicídio consumado (BERTOLOTE, 2012).

Em relação à prevenção do suicídio no Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a portaria que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006) e, em 2019, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (BRASIL, 2019). As duas Políticas Públicas possuem abordagens diferentes entre si, dadas as diferenças na conjuntura política de suas publicações, mas ambas são direcionadas à temática da prevenção e trazem ações que abarcam a sociedade, familiares, serviços de saúde, entidades de educação, imprensa, além de estabelecer a importância da mensuração e divulgação de dados. Porém, estes textos carecem de um enfoque em como direcionar as práticas de prevenção nos casos de indivíduos com comportamento suicida já iniciado, e mais especificadamente, quando se tratando de adolescentes (BRASIL, 2006; BRASIL, 2019).

Nesse sentido, no RS em 2019, o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do estado lançou um Guia Intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes, entendendo que este público necessita de ações específicas de apoio que abarquem as peculiaridades inerentes a essas fases de desenvolvimento. O guia dispõe de diretrizes para profissionais da saúde, da educação, assistência social, segurança pública e conselho tutelar, destacando a necessidade de abordar a prevenção do suicídio de maneira intersetorial, por meio de identificação de comportamento suicida, acolhimento e encaminhamentos, destacando a corresponsabilização dos serviços de saúde e de outros setores da sociedade na prevenção do suicídio desta população (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Nesse cenário, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é colocado como um serviço de base territorial destinado a acolher e prestar assistência integral a transtornos mentais severos (BRASIL, 2002), incluindo casos de comportamento suicida (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Atua como o serviço coordenador das demandas e da rede de cuidado em saúde mental no âmbito de seu território. Além disso, o CAPS possui diferentes regimes de tratamentos e atividades (além de

possuir um vínculo de cuidado longitudinal), incluindo acolhimento, atendimentos individuais, em grupos, acompanhamento da família, ações na comunidade e visitas domiciliares (BRASIL, 2002). Em relação aos comportamentos suicidas em adolescentes, o CAPS deve acolher e avaliar o risco que o sujeito apresenta, e a partir disso, prestar assistência ambulatorial ou realizar os encaminhamentos necessários (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Porém, estudos qualitativos sobre assistência ao suicídio realizados com profissionais do CAPS, demonstraram que os profissionais compartilham dificuldades no acolhimento e articulação com a rede de saúde (CESCON; CAPOZOLLO; LIMA, 2018; CONTE et al., 2012), e reconhecem que a prevenção ao suicídio deve ser realizada de maneira intersetorial, com o fortalecimento de ações da rede de saúde e também das redes sociais na comunidade (CESCON; CAPOZOLLO; LIMA, 2018; HECK et al., 2012; CONTE et al., 2012). Outros estudos qualitativos demonstraram também o despreparo de profissionais da APS, urgência e emergência e de serviços ambulatoriais no acolhimento dos casos de tentativas de suicídio, atentando para a fragilidade dos encaminhamentos e acompanhamento dos casos dentro da rede de saúde (VIDAL; GONTIJO, 2013; FREITAS; BORGES, 2017; FERREIRA; FAJARDO; DE MELLO, 2019).

Tais situações apontam para o fato de que a assistência e a prevenção ao suicídio aparecem como um desafio tanto para o CAPS, quanto para a Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS) (CESCON; CAPOZOLLO; LIMA, 2018; HECK et al., 2012; CONTE et al., 2012), estando o CAPS em uma posição de articular apoio matricial, importante estratégia ordenadora do cuidado em saúde mental. O apoio matricial atua como uma das principais estratégias de articulação entre o CAPS e a RAPS, pois se configura em "um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica" (CHIAVERINI, 2011, p.13). O estabelecimento desta relação, principalmente entre CAPS e Atenção Primária à Saúde (APS), permite que a equipe de atenção primária qualifique suas ações de saúde mental dentro do território, através do apoio especializado prestado pelo CAPS. Além disso, tratando-se da temática do suicídio, a APS é de suma importância na identificação de sinais de comportamento suicida, podendo atuar juntamente com o CAPS na avaliação, manejo e prevenção do suicídio (CHIAVERINI, 2011).

Ademais, o comportamento suicida e o suicídio na adolescência são temáticas bastante exploradas por estudos epidemiológicos, preocupados em descrever fatores de risco para auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção do suicídio a partir da identificação precoce destes fatores pelos profissionais de saúde e por outros setores da sociedade (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012; BAGGIO; PALAZZO; AERTS, 2009; BORGES; WERLANG, 2006). Porém, existe uma lacuna de publicações qualitativas sobre como os profissionais da rede pública trabalham estratégias de prevenção do suicídio (HECK, et al., 2012), principalmente quando relacionado a adolescentes com comportamento suicida e, além disso, poucos estudos qualitativos exploram a assistência prestada pelo CAPS para a prevenção do suicídio nesta população (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Diante do exposto, surgem perguntas norteadoras para este estudo, que levantam reflexões importantes sobre a prevenção do suicídio de adolescentes com comportamento suicida que são assistidos pelo CAPS: de que maneira os profissionais que atuam no CAPS realizam o acolhimento e o cuidado de adolescentes com comportamento suicida? Este cuidado tem como principal objetivo prevenir que estes adolescentes cometam suicídio? O CAPS realiza apoio matricial, principalmente à APS, para trabalhar a prevenção do suicídio diante de adolescentes com comportamento suicida? O CAPS possui articulação com outros setores da sociedade em relação à temática?

Portanto, baseando-se nas questões levantadas anteriormente, o objetivo desta pesquisa consiste em analisar a assistência prestada pelo CAPS aos adolescentes com comportamento suicida.

1.1 TEMA

Assistência em saúde mental a adolescentes com comportamento suicida.

1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Assistência prestada pelo Centro de Atenção Psicossocial aos adolescentes com comportamento suicida.

1.3 PROBLEMA

A assistência prestada pelo CAPS a adolescentes com comportamento suicida engloba a prevenção do suicídio desta população?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar a assistência prestada pelo CAPS aos adolescentes com comportamento suicida.

1.4.2 Objetivos Específicos

A seguir serão listados os objetivos específicos que o presente estudo pretende alcançar.

- a) Conhecer como acontece o acolhimento realizado pelos profissionais do CAPS aos adolescentes com comportamento suicida;
- b) Analisar a articulação matricial do CAPS com a Atenção Primária à Saúde;
- c) Discutir a prevenção do suicídio em relação ao cuidado prestado aos adolescentes com comportamento suicida assistidos pelo CAPS.

1.5 JUSTIFICATIVA

O CAPS consiste em um serviço de base territorial que surge no cenário da Reforma Psiquiátrica para viabilizar a desinstitucionalização e o cuidado em saúde mental. São serviços estratégicos para a reorganização do modelo de atenção em saúde mental, através da promoção da reinserção social, ordenação da rede e apoio matricial à atenção básica e outros serviços envolvidos no cuidado em saúde mental (BRASIL, 2005a). Nesse sentido, o CAPS articula com os serviços do território em que está inserido e, mais do que isso, deve buscar na própria cidade o lugar social dos cidadãos, buscando atuar verdadeiramente como um serviço aberto, criando laços com os familiares dos sujeitos em sofrimento psíquico, com a comunidade e sociedade civil, a fim de superar estigmas e tabus que envolvem a loucura (AMARANTE; TORRE, 2018).

Considerando o suicídio neste cenário, este consiste em uma das demandas complexas de saúde mental que chegam até o CAPS e outros serviços da rede. Mesmo diante de iniciativas do Ministério da Saúde como a criação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio em 2006 e a recente Política Nacional para a Prevenção da Automutilação e do Suicídio de 2019, a assistência ao suicídio e a sua prevenção são tarefas desafiadoras para as equipes de saúde da RAPS que acolhem casos de tentativas de suicídio (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017), principalmente em situações que envolvem adolescentes (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Estudos qualitativos com profissionais de saúde de diferentes pontos da RAPS demonstraram a presença de dificuldades em relação ao cuidado, ações intersetoriais e prevenção do suicídio (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017; FERREIRA et al., 2018; VIDAL; GONTIJO, 2013; FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019). Ademais, identificou-se uma lacuna de estudos qualitativos que aprofundassem análises sobre a comunicação e articulação do CAPS em torno de apoio matricial, em especial à APS, e estratégias para a identificação, cuidado, manejo e estabelecimento de ações de prevenção do suicídio, sobretudo entre adolescentes com comportamento suicida.

Ademais, considerando a fase da adolescência como a de interesse desta pesquisa, evidenciou-se que estudos comprometidos em investigar a assistência à saúde deste público e a prevenção de violências nesta fase contribuem para superar a falta de reconhecimento dos adolescentes como sujeitos providos de direitos e em desenvolvimento biopsicossocial (GONÇALVES et al., 2015), além de sua invisibilidade em políticas públicas de saúde mental (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Vale ressaltar que os profissionais do CAPS e da RAPS atuam em um cenário de desvalorização do SUS e de seus princípios (universalização, integralidade, equidade, descentralização, participação social e regionalização e hierarquização), diante de retrocessos em relação às conquistas da Reforma Psiquiátrica (ONOCKO-CAMPOS, 2019). Torna-se necessário, portanto, o desenvolvimento de estudos atentos às demandas desses profissionais, a fim de dialogar e problematizar estratégias intra e intersetoriais além de práticas de cuidado em torno da prevenção do suicídio (HECK et al., 2012).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica da pesquisa será apresentada com as seguintes seções: 2.1) O fenômeno do suicídio entre os adolescentes; 2.2) Saúde mental no Brasil: Reforma Psiquiátrica e desafios atuais, com o subtítulo 2.2.1) Centros de Atenção Psicossocial e o apoio matricial; 2.3) Cuidado e prevenção ao suicídio.

2.1 O FENÔMENO DO SUICÍDIO ENTRE OS ADOLESCENTES

As concepções e atitudes acerca do suicídio sofreram modificações ao longo do tempo na história. Para certas culturas primitivas, o suicídio era considerado um ritual tribal. Na antiguidade, em especial na cultura greco-romana, passou a ser considerado como o exercício de um direito, diferentemente da Idade Média, que considerou o ato um pecado mortal. Tais mudanças de interpretação do fenômeno transformaram o suicídio em um assunto tabu e dilema da humanidade no século XVII (BOTEGA, 2015).

A partir do século XVIII, estudos sobre o suicídio como um fenômeno social receberam maior atenção, sendo este objeto de pesquisas históricas, filosóficas, sociológicas e econômicas. Logo, as pesquisas sobre suicídio tentam alinhar desde o entendimento do suicídio como um ato individual do ser humano, até a compreensão do ato como fruto de uma “pressão social”. Alguns estudiosos tentam não polarizar as explicações em individual ou social e realizam tentativas de articular estas duas dimensões dentro do fenômeno (RIBEIRO; MOREIRA, 2018). Ressalta-se que, no século XX o fenômeno passou a ser frequentemente associado a transtornos mentais, fato que influenciou sua prevenção no âmbito da saúde pública (BOTEGA, 2015).

Nesse contexto, é importante ressaltar que o suicídio consiste em um fenômeno multifatorial que pode estar ligado a fatores biológicos, sociais, psicológicos e culturais (WHO, 2014). O suicídio é definido pela WHO (2014) como o ato de tirar a própria vida deliberadamente, sendo que a tentativa de suicídio diz respeito ao comportamento suicida que não causa a morte e pode ter ou não a intenção de terminar com a própria vida. Por comportamento suicida, entende-se uma diversidade de comportamentos que partem desde pensar em suicídio (ideação suicida), planejar o suicídio, realizar tentativa de suicídio e o suicídio consumado.

Segundo Bertolote (2012), mais do que apenas definições de termos relevantes para a temática, o suicídio consiste em um processo. Este processo, do ponto de vista fenomenológico, inicia-se com a ideação suicida (considerações mais ou menos vagas sobre a ideia de morrer), sendo que estas ideias podem evoluir para a elaboração concreta de um plano suicida e este plano pode acabar em um ato ou comportamento suicida, podendo este resultar no suicídio consumado ou na tentativa de suicídio. Logo, o risco de cometer suicídio pode estar presente já no processo de ideação suicida.

De acordo com Botega (2015) a adolescência é um período em que os sujeitos são mais propensos a tomar decisões imediatas e impulsivas, não possuindo ainda plena maturidade emocional. Também podem apresentar pensamentos suicidas, principalmente diante de eventos estressores, como rompimento de relacionamentos, rejeição pelo grupo social, fracasso escolar, conflitos familiares, entre outros. Em sua maioria, estes pensamentos são passageiros e não necessitam de intervenção. Porém, quando estes pensamentos se tornam prolongados, os adolescentes apresentam maior risco de apresentar um comportamento suicida (BOTEGA, 2015).

No âmbito do suicídio como um fenômeno de cunho individual, pesquisas realizadas nas áreas de psicologia e psiquiatria buscam compreender características clínicas dos indivíduos que podem levá-los ao suicídio. Nesse contexto, áreas como a epidemiologia e a saúde pública tendem a analisar estes dados individuais agregados, gerando informações da ocorrência do fenômeno e de possíveis determinantes e fatores associados ao suicídio, na tentativa de identificar maneiras de prevenção (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Em relação à faixa etária, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como crianças os indivíduos com até 12 anos de idade e adolescentes aqueles entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990). Sendo assim, estudos que investigaram o fenômeno em faixas etárias que compreendiam crianças e adolescentes, demonstram que a maior parte dos suicídios ocorre na faixa etária entre 15 a 19 anos (BARROS; XIMENES; DE LIMA, 2001; CICOGNA; HILLSHEIM; HALLAL, 2019; GLENN et al., 2019). O fato da menor ocorrência nas faixas etárias mais baixas pode estar relacionado à subnotificação dos casos de suicídio em crianças e erros de classificação das mortes por suicídio nessa faixa etária (DE SOUSA et al., 2017).

Ademais, considerando características importantes para a identificação e comportamento suicida, estudo realizado por Hawton, Saunders e O'connor (2012),

publicado pelo periódico The Lancet em uma série de três trabalhos sobre suicídio, descreveu um painel que traz uma lista de fatores de risco que devem ser considerados para o suicídio entre os adolescentes:

- a) Variáveis sociodemográficas e educacionais: baixo nível econômico, orientação sexual, baixo desempenho escolar;
- b) Eventos de vida negativos a nível individual e familiar: separação ou divórcio dos pais, morte dos pais, experiências adversas na infância, pais com transtornos mentais, história familiar de comportamento suicida, complicações interpessoais;
- c) Fatores psiquiátricos e psicológicos: presença de transtorno mental (principalmente ansiedade, depressão, hiperatividade, déficit de atenção, esquizofrenia, transtorno de humor bipolar e certos transtornos de personalidade), uso de álcool e drogas e sentimento de desesperança.

Estudos também revelam que, apresentam maior chance de comportamento suicida: adolescentes não heterossexuais quando em comparação a adolescentes heterossexuais (TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012); adolescentes com uso problemático da internet (LIN et al., 2014); adolescentes insatisfeitos com a imagem corporal por excesso de peso ou magreza (CLAUMANN et al., 2018); e adolescentes submetidos a situações de *bullying* e/ou *cyberbullying* (HINDUJA; PATCHIN, 2010).

Estudo brasileiro transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, o qual objetivou examinar a prevalência de ideação suicida e seus fatores associados entre adolescentes de 11 a 15 anos, demonstrou que o sexo (feminino), consumo de álcool, uso de drogas ilícitas, sintomas indicativos de transtornos de conduta e sintomas depressivos se mostraram fatores associados à prevalência de ideação suicida. (SOUZA, et al., 2010). Corroborando com estes achados, estudo realizado na cidade de Porto Alegre, sobre a presença de ideação suicida em adolescentes, entre 15 e 19 anos, revelou que as variáveis mais associadas à ideação suicida foram o sexo feminino, possuir um amigo com tentativa de suicídio, depressão e desesperança (BORGES; WERLANG, 2006).

Em relação aos resultados produzidos na perspectiva qualitativa, estudo realizado nos Estados Unidos, entrevistou vinte adolescentes de uma unidade psiquiátrica de um hospital pediátrico, com idades entre 13 a 17 anos. Os resultados do estudo revelaram que a tensão causada por fatores históricos (história psiquiátrica e eventos traumáticos), socioculturais (estresses relacionados à escola ou suicídio de colegas de classe) e interpessoais (conflitos familiares e com outras

peças) por si só não foram suficientes para explicar as tentativas de suicídio. Sendo assim, foi necessária a interação de fatores intrapessoais, como sentimento de culpa, sobrecarga, instabilidade emocional, sentimento de invalidez, de falta de liberdade, vergonha, para que o suicídio se tornasse uma opção. Esses fatores intrapessoais atuaram como “catalisadores” no processo da ideação suicida até a execução do ato (O'BRIEN et al., 2019).

Outro estudo qualitativo, realizado no Irã, entrevistou 14 adolescentes com idades entre 12 a 19 anos, internados em hospitais após tentativa de suicídio por meio da ingestão de medicamentos, com o objetivo de investigar os fatores de risco que contribuíram para suas tentativas de suicídio. O estudo destacou três temas relacionados às tentativas de suicídio, sendo eles: fatores individuais, como depressão sentimento de culpa, raiva, vergonha, fatores familiares, relações emocionais fracas no meio familiar, histórico familiar de uso de álcool e drogas e de transtorno mental, dissolução da família (morte de um dos pais, divórcio dos pais) e fatores sociais, como falta de apoio dos serviços de saúde e exposição de suicídios na sociedade através da mídia (BAZRAFESHAN et al., 2016).

Estudo brasileiro utilizou observação participante e entrevistas semiestruturadas, abordou adolescentes entre 10 e 19 anos que foram atendidos ou encaminhados por ideação ou tentativa de suicídio a um hospital da cidade de Fortaleza, questionando-os sobre as razões que os levaram a tentar o suicídio. Os adolescentes revelaram que o “amor não correspondido” foi o principal motivador das tentativas de suicídio, sendo que este amor não estava relacionado apenas às questões conjugais, mas também às relações familiares, o que revelou a importância das relações sociais para os adolescentes. Além disso, o sofrimento psíquico foi um fator de alta influência para que os adolescentes buscassem o suicídio como única maneira de sanar seus problemas, os quais eles não conseguiam solucionar e conviver (VIEIRA et al., 2009).

É importante salientar que, a depender das diferenças sociais e culturais, o suicídio pode se comportar de maneiras distintas entre as sociedades (HONKASALO; TUOMINEN, 2014). A exemplo da Nova Zelândia, país que possui uma das maiores taxas de suicídio de jovens do mundo, apresentam-se números bastante elevados de suicídio entre jovens da população indígena Maori, principalmente do sexo masculino. Isso pode estar relacionado ao fato de que essas comunidades possuem menos acesso a serviços da sociedade como saúde, educação e assistência social (GLENN, 2019).

Mesmo dentro do Brasil é possível se deparar com o fato de condições socioculturais estarem sendo discutidas em torno do suicídio, causando diferenças entre culturas. A exemplo disso, assim como na Nova Zelândia, as taxas elevadas de suicídio entre os jovens indígenas chama a atenção. Dados revelam que de 44,8% dos suicídios ocorridos entre a população indígena foram de adolescentes de 10 a 19 anos, sendo que entre os jovens brancos e negros na mesma faixa etária, o número foi oito vezes menor (5,7%) (BRASIL, 2017a). Isso se repete em recorte de 10 a 14 anos, em que a taxa de suicídio entre indígenas foi aproximadamente 18 vezes maior do que a observada entre não indígenas (DE SOUZA, 2019).

Corroborando com a revisão de Bachega et al. (2019), a revisão de literatura realizada para este capítulo demonstrou a baixa publicação de estudos qualitativos que abordem os adolescentes acerca das motivações, pensamentos e sentimentos que pudessem estar relacionados à ideação suicida e tentativas de suicídio. Isso pode estar relacionado às questões éticas que envolvem entrevistas com menores de idade e também às questões morais implicadas na abordagem da temática do suicídio. Identificou-se uma lacuna de estudos que exploram e analisam como a rede de saúde lida com o fenômeno entre os adolescentes.

Por fim, diante do contexto atual de pandemia do COVID-19, deve-se considerar as consequências da situação para a saúde mental dos indivíduos e principalmente os possíveis impactos no número de suicídios em todas as faixas etárias. O isolamento, as incertezas, o medo de perder pessoas queridas e a recessão e crise econômica podem tornar vulneráveis crianças, adolescentes e suas famílias (GOLBERSTEIN; WEN; MILLER, 2020). Este cenário pode agravar o sofrimento e situações de depressão e ansiedade, além de afetar adversamente outros precipitantes do suicídio, como violência doméstica e consumo de álcool diante do confinamento, aumentando o risco de comportamento suicida (GUNNEL et al., 2020).

2.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: REFORMA PSIQUIÁTRICA E DESAFIOS ATUAIS

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um processo histórico que foi iniciado a partir de formulação de críticas e práticas, com o objetivo de desenvolver estratégias para superar o modelo de atenção psiquiátrica e o paradigma da psiquiatria vigente desde a época clássica e o nascimento da

psiquiatria. Para melhor compreensão, deve-se considerar que a psiquiatria como disciplina médica, surge na segunda metade do século XVIII, a partir da transformação da loucura em uma doença que necessitava de hospitalização, tratamento e exclusão social. Neste contexto o hospital/manicômio era utilizado como um instrumento terapêutico da psiquiatria, onde os pacientes eram submetidos a tratamentos por vezes desumanos e degradantes. Porém, estas instituições também simbolizavam uma reprodução da dificuldade da modernidade em lidar com a diferença, expressando a necessidade de excluí-la e escondê-la (AMARANTE, 1998).

Este cenário perdurou por décadas, até o momento em que começaram a surgir questionamentos e críticas ao modelo psiquiátrico vigente e ao saber e prática da psiquiatria. Após a Segunda Guerra Mundial, ocorreram mudanças políticas e sociais que consolidaram os direitos humanos e a democracia (GASTAL et al., 2007). Neste período, surge na França a psiquiatria de setor e nos Estados Unidos a psiquiatria preventiva ou comunitária. Ambas as psiquiatrias, de setor e preventiva, abrem o campo para a prevenção das doenças mentais na comunidade e instauram medidas sociais de identificação de sujeitos em crise e propostas de intervenções alternativas à hospitalização. Semelhante em alguns aspectos, porém com uma crítica mais radical à psiquiatria, nos anos 70 surgem na Itália as concepções de Frango Basaglia, figura ímpar da Reforma Psiquiátrica italiana, que inicia uma desconstrução do paradigma psiquiátrico de doença mental para a inserção dos conceitos e das concepções de saúde mental e psicossocial (AMARANTE, 1998).

Basaglia foi um médico italiano fundamental para a superação do modelo assistencial que perdurava na época nos hospitais psiquiátricos. Com o desenvolvimento de ações que mudaram o paradigma da doença mental e com a implantação de ações que visavam desconstruir o saber e as práticas psiquiátricas opressoras, foi figura ímpar na Reforma Psiquiátrica italiana no final da década de 70, a qual abriu novos horizontes e ganhou os olhos do mundo (SADE, 2014). Para Basaglia, não bastava apenas superar ou melhorar a estrutura física precária e as práticas de violência e isolamento dos hospitais psiquiátricos. Ele queria superar a visão reducionista da doença mental e acreditava na constituição do campo da saúde mental e psicossocial. Defendia que os saberes da psiquiatria não eram suficientes, mas que deveriam ser atravessados por questões culturais, ideológicas, morais, religiosas. Prezava pela posição do sujeito no centro da terapêutica, com seus problemas familiares, trabalho, seu cotidiano, projetos, anseios, trabalha-se na

perspectiva de recuperar o lugar social daquele em sofrimento psíquico, instaurando a integralidade como a palavra-chave para o campo da saúde mental e psicossocial (AMARANTE, 2013).

O Brasil dava os seus primeiros passos rumo à Reforma Psiquiátrica no início no final da década de 70, tendo como fator fundamental o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Estes primeiros movimentos aconteceram em cenário de redemocratização do país, o qual instigou primeiramente uma crítica ao modelo estrutural do saber e das instituições psiquiátricas vigentes (AMARANTE, 1998). Na década de 80, fatos importantes são cunhados pelo MTSM, como o II Congresso Nacional do MTSM que defendeu o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Ainda nesta década, é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo (BRASIL, 2005a). No Rio Grande do Sul, acontecia o movimento de municípios para um deslocamento dos gastos com as internações psiquiátricas para a aplicação dos recursos financeiros em outras modalidades de atendimento. Em Passo Fundo era criado o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental, serviço substitutivo às internações psiquiátricas, que articulava com o CAPS de São Paulo (PAULON; DE OLIVEIRA; FAGUNDES, 2018).

No que diz respeito à Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, no ano de 1884 é iniciada a psiquiatria gaúcha com a inauguração do Hospital São Pedro. Na década de 50, ocorre a “primeira reforma” psiquiátrica do estado, possibilitada pela introdução de antibióticos e psicofármacos. Esses medicamentos permitiram que os pacientes internados em hospitais voltassem ao convívio comunitário com suas famílias (GASTAL, 2007).

Nos anos 60, continua-se um movimento para mudar o contexto das internações psiquiátricas no RS, acompanhando as mudanças que ocorriam pelo mundo. O Hospital São Pedro começa um processo de reforma, em que uma equipe multidisciplinar inicia seus trabalhos, prezando por um enfoque social e familiar e pelo modelo de comunidade terapêutica. Na mesma década, o Hospital São Pedro iniciou um processo de “desinstitucionalização” de seus internos que eram moradores do hospital, fato que ia de encontro com a evolução da reforma psiquiátrica no RS (GASTAL, 2007).

As duas décadas seguintes foram marcantes para a reforma psiquiátrica no RS, pois introduziram uma série de mudanças como a contratação de leitos em hospitais privados para tratamentos em psiquiatria, o envolvimento dos familiares na

reinserção social dos sujeitos, capacitação de médicos e profissionais da saúde para receber os egressos dos hospitais psiquiátricos, medidas que estavam visando a concretização do processo de desinstitucionalização no estado. Nasce o “movimento antimanicomial” sugerindo a extinção dos hospitais psiquiátricos. Todos os fatos ocorridos nestas décadas no RS, e principalmente as lutas do movimento antimanicomial, culminaram na Lei Estadual n° 9716 no ano de 1992, lei que foi pioneira no cenário da Reforma Psiquiátrica nacional, que dispõe sobre a reforma e traz como principal medida a vedação da criação de novos leitos psiquiátricos no RS. Ademais, a lei ainda prevê a criação de serviços assistenciais que prestem assistência social às pessoas com transtornos mentais. Uma das maiores conquistas da lei 9716/92 consistiu na mudança no modelo assistencial em saúde mental, que previa que a atenção psiquiátrica passasse a ser extra-hospitalar, prioritariamente, sendo as internações apenas indicadas quando indispensáveis e com a menor duração possível (GASTAL, 2007).

Vale ressaltar que, no cenário nacional, a década de 90 impulsionou a Reforma Psiquiátrica através do Movimento Sanitário e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o SUS foi fruto de lutas sociais e rompeu em diversos aspectos com a visão biomédica e reducionista sobre os indivíduos e o processo saúde-doença, andando lado a lado com ideais que também impulsionavam a Reforma Psiquiátrica. A Atenção Primária à Saúde foi ampliada e fortalecida e passou a ser responsável por territórios, trazendo consigo uma visão biopsicossocial sobre a saúde, atuando como porta de entrada para o sistema de saúde. Além disso, conceitos como direito à saúde, universalidade, integralidade e equidade foram cunhados no sistema de saúde brasileiro e o controle social recebeu protagonismo perante as decisões em saúde (AMARANTE, 2013).

Importante destacar que, desde os primórdios da história e construção do SUS, este é um sistema que sofre com subfinanciamento, culminando atualmente em uma situação crônica. Logo, a política de saúde mental foi surgindo dentro de um sistema já subfinanciado, fato que refletiu e ainda reflete nas práticas de saúde e nos processos de trabalho (TRAPÉ; CAMPOS, 2017; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

No que diz respeito à APS, No Rio Grande do Sul em 2002, criou-se um Guia de Saúde Mental, que propunha a criação de uma rede de atenção à saúde mental, que seria composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF), CAPS, hospitais-dia, serviços de urgência e emergência em saúde mental, ambulatórios de saúde mental, residenciais terapêuticos e leitos

psiquiátricos em hospitais gerais. De acordo com o Guia, a APS atuaria como porta de entrada dos usuários de saúde mental para o sistema de saúde e, através de equipe multiprofissional, a seria responsável por prestar assistência contínua e personalizada. Ademais, os serviços de atenção especializada em saúde mental, deveriam trabalhar na perspectiva de contrarreferência para prestar apoio e assessoria à APS perante os casos que apresentassem esta necessidade (GASTAL, 2007).

Um ano antes, em 2001, um marco para a Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu com a sanção da Lei nº 10.216, conhecida como a Lei Paulo Delgado, que instaurou os direitos das pessoas com transtornos mentais e a reestruturou legalmente a assistência em saúde mental à nível federal. A lei traz um imperativo importante: a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem esgotados ou se mostrarem ineficientes (BRASIL, 2001). Logo, a Reforma Psiquiátrica foi consolidada e o governo federal começou a destinar recursos para a gestão e expansão de serviços substitutivos aos leitos psiquiátricos (AMARANTE, 1998).

Com isso, consolidaram-se estratégias na área de tratamento do uso de álcool e outras drogas, como a redução de danos. Foram instituídos os Serviços de Residenciais Terapêuticos para receber egressos de manicômios e ocorreu a criação do programa “De volta para casa” com o objetivo de fortalecer a reinserção social das pessoas com transtornos mentais que permaneceram muitos anos fora do convívio com a sociedade. Além disso, diante da reforma, as três esferas do governo e os movimentos sociais se esforçaram para mudar o paradigma do modelo de assistência centrado em hospitais, para um modelo de atenção comunitário (BRASIL, 2005a).

Nesse sentido, aos CAPS foi delegada uma posição estratégica nas políticas públicas de saúde mental, sendo ferramentas para a descentralização e qualificação da assistência psicossocial prestada a usuários de álcool e outras drogas e portadores de transtornos mentais. Ademais, tornaram-se espaços privilegiados de corresponsabilização sobre os sujeitos no território, sendo o cuidado construído a partir das concepções de acolhida e escuta, criação de vínculo com os usuários, em que os profissionais do CAPS e outros atores como o sujeito, a própria comunidade e familiares estejam envolvidos nesse processo social complexo que é a saúde mental (AMARANTE, 2013).

Outros esforços importantes foram feitos por parte das Políticas Públicas, como a instituição do trabalho em rede e intersetorial para envolver a saúde pública como um todo no processo social de superação de uma visão biomédica dos sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse sentido, a incorporação da Atenção Primária à Saúde no cuidado em saúde mental e psicossocial se deu a partir da instituição da RAPS em 2011, formada por serviços da APS, como UBS e ESF, atenção hospitalar, serviços de urgência e emergência, residenciais terapêuticos e CAPS. Os objetivos principais da RAPS incluem a ampliação no acesso aos serviços de atenção psicossocial aos portadores de transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, além de incorporar a articulação e integração dos pontos de atenção pertencentes aos territórios, a fim de garantir um cuidado integral e contínuo (AMARANTE; NUNES, 2018; BRASIL, 2011).

Além da RAPS, um ano antes, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) era instituída no âmbito do SUS, a fim de superar a fragmentação do modelo assistencial vigente, a partir de um modelo organizado de forma poliárquica, voltado para assistência de populações adscritas em territórios sob responsabilidade da RAS, com um modelo de gestão de governança, integrando a APS com os outros pontos de atenção e com os sistemas de apoio e logísticos, colocando-a na posição de coordenadora da atenção em saúde. Dessa maneira, a APS dentro da RAPS também trabalha como ordenadora do cuidado em saúde mental, partilhando esta responsabilidade com os CAPS, a fim de prezar pela cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos de saúde mental nos territórios (MENDES, 2011; BRASIL, 2011), sendo indispensável a atuação da APS na prevenção e cuidado aos transtornos mentais.

Por sua vez, os CAPS, junto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), devem prestar apoio matricial aos serviços de APS para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação nos casos de saúde mental, estruturando um cuidado colaborativo e corresponsável entre saúde mental e APS (CHIAVERINI, 2011). Sendo assim, ações de formação na área de saúde mental e programas que incluam os profissionais da APS e de outros pontos da rede territorial são indispensáveis para consolidar um cenário ideal dentro da Reforma (LOBOSQUE, 2011).

Nesse contexto, devem-se destacar processos estruturais que foram conquistados a partir da Reforma Psiquiátrica. Durante esses anos, ocorreu o aumento no número de CAPS e de Serviços de Residenciais Terapêuticos, além de

ampliação dos benefícios do programa “De volta para casa”, projetos de geração de renda e trabalho e diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos (PITTA, 2011; ALMEIDA, 2019). Mesmo assim, uma análise crítica deve ser exercida sobre a trajetória da saúde mental no Brasil e os desafios e retrocessos atuais, pois, como já citado anteriormente, esta é uma área subfinanciada dentro de um sistema de saúde subfinanciado cronicamente (TRAPÉ; CAMPOS, 2017; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Nesse sentido, observa-se um movimento de redução do SUS, em que ataques para o seu desmonte ganham força em um cenário de crise econômica, o qual conta com políticas de austeridade fiscal e com a Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016). A EC 95/2016 prevê um teto para as despesas e o congelamento dos gastos em saúde por 20 anos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Dentro dessa conjuntura, em 2017, um fato que marcou o atual caminho de retrocessos no campo da saúde mental foi a Portaria nº 3.588/2017 que introduz na RAPS o Hospital Dia e o Hospital Psiquiátricos, serviços que foram gradualmente substituídos pela implantação dos CAPS. Este fato evidencia uma inclinação para a retomada de serviços puramente biomédicos, indo contra as práticas psicossociais conquistadas pela implantação da RAPS. A portaria também determinou um aumento nas Autorizações de Internações Hospitalares de hospitais psiquiátricos, demonstrando claro retrocesso no sentido de inflar os hospitais, sendo que a Reforma Psiquiátrica lutou para diminuí-los dentro da rede e destaca para o fortalecimento do apoio intersetorial com os serviços de Comunidades Terapêuticas, outro espaço de possível isolamento social de dependentes químicos (ONOCKO-CAMPOS, 2019; BRASIL, 2017b). Ainda, a portaria instituiu uma equipe de atenção especializada em saúde mental, colocando a RAPS no escopo da atenção secundária, o que enfraquece a horizontalidade do cuidado em saúde mental, criando uma hierarquia entre os serviços dentro da rede, quando a prioridade da atenção psicossocial deveria ser o cuidado na comunidade, compartilhado com a APS (BRASIL, 2017b; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Em 2019, a Nota Técnica nº 11/2019 coloca a inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS, outro fato que demarca a caminhada no sentido oposto da luta que vem sendo travada pela saúde mental e psicossocial para superar o modelo hospitalocêntrico e biomédico da psiquiatria. Mesmo a nota sendo retirada do ar após inúmeras críticas, não se deve ignorar que o documento ia de encontro com a conjuntura atual de desmonte dos modelos substitutivos às hospitalizações, com um pano de fundo ideológico e político, num claro movimento de retomada da

valorização do hospital psiquiátrico e das internações psiquiátricas (DE SOUSA; JORGE, 2019).

Ademais, deve-se atentar para o risco de enfraquecimento que as políticas de promoção e prevenção da saúde sofrem perante a crise do SUS e a predominância de um modelo médico hegemônico, mais especializado do que comunitário e mais centrado na doença do que na saúde (PAIM, 2018), o que, invariavelmente, atinge também a saúde mental. Logo (e também considerando a criação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio em 2019), deve-se atentar para a ampliação de estudos que analisem os serviços de saúde mental, seu funcionamento e sua expansão dentro da rede de saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

2.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial surgem nas Políticas de Saúde Mental em 2002 como um serviço estratégico dentro da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois são estes serviços que possibilitam visualizar e trabalhar para a substituição dos Hospitais Psiquiátricos, com o objetivo de evitar as internações hospitalares. Sendo assim, são serviços que prestam atendimento clínico em regime de atenção diária, atuam dentro dos territórios promovendo ações intersetoriais, regulam a porta de entrada da rede de assistência à saúde mental e fornecem suporte para atenção em saúde mental à APS (BRASIL, 2005a).

Os CAPS são estruturados em modalidades e devem ser capacitados para atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, sob tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Importante destacar que a composição das equipes técnicas mínimas difere de acordo com a modalidade do serviço. Seguem as modalidades de CAPS que podem ser contratadas pelos municípios: (BRASIL, 2002)

- a) CAPS I: possui capacidade operacional para prestar assistência em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes, funcionando das 08h:00min às 18h:00min nos cinco dias úteis da semana.
- b) CAPS II: possui capacidade operacional para prestar assistência em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, funcionando das 08h:00min às 18h:00min nos cinco dias úteis da semana, podendo possuir um turno extra até às 21h:00min.

- c) CAPS III: possui capacidade operacional para prestar assistência em municípios com população acima de 200 mil habitantes, funcionando 24 horas em todos os dias da semana, incluindo feriados. Os usuários podem permanecer em acolhimento noturno em leito disponível no CAPS para eventual repouso ou observação, sendo a permanência máxima de sete dias corridos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias.
- d) CAPSi: destinado ao atendimento exclusivo de crianças e adolescentes, podendo ser implantado em municípios com população acima de 200 mil habitantes, funcionando das 08h:00min às 18h:00min nos cinco dias úteis da semana, podendo possuir um turno extra até às 21h:00min.
- e) CAPSad: destinado ao atendimento de dependência química (álcool e drogas), podendo ser implantado em municípios com população acima de 100 mil habitantes, funcionando das 08h:00min às 18h:00min nos cinco dias úteis da semana, podendo possuir um turno extra até às 21h:00min.

Sobre a avaliação dos CAPS, está definida uma escala para avaliação da cobertura dos CAPS a 100 mil habitantes, para avaliar a oferta de CAPS em cidades, estados e regiões. Sendo assim, a cobertura é classificada como muito boa quando o resultado está acima de 0,70 CAPS por 100 mil habitantes; boa com pontuação entre 0,50 e 0,69; baixa com 0,49 a 0,20; e insuficiente com o resultado abaixo de 0,20 CAPS por 100 mil habitantes (COSTA et al., 2011). O Relatório de Saúde Mental em Dados de 2015, demonstrou que o Rio Grande do Sul possui uma cobertura muito boa de CAPS (1,32 por 100 mil habitantes) e Porto Alegre uma cobertura boa (BRASIL, 2015).

Ademais, dentre as características de processos de trabalho estruturais que os CAPS devem conter, torna-se importante destacar algumas que são pertinentes para a atenção psicossocial: os CAPS são responsáveis por organizar a demanda em saúde mental dentro de seu território e do município; devem coordenar e supervisionar, por definição do gestor local, os serviços hospitalares psiquiátricos e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica e os programas de saúde mental dentro de seu território. Estes espaços também são diferenciados de outros da rede, pois a assistência psicossocial desenvolvida nos CAPS prevê atividades variadas para o cuidado da saúde mental, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional que pode ser composta por: médico, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico em enfermagem, psicólogo, artesão, técnico educativo, entre outros necessários para o projeto terapêutico dos usuários. A

equipe multiprofissional presta acolhimento, atendimento individual, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades na comunidade (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2002).

Considerando o escopo de trabalho do CAPS, de acordo com Amarante (2013) é necessário que estes serviços consigam acolher as pessoas em crise, ouvindo todos os envolvidos neste momento, criando vínculo e responsabilização, demonstrando atenção, cuidado e dedicação à escuta dos sujeitos que chegam aos serviços, estabelecendo uma relação de corresponsabilização entre os profissionais e os sujeitos. Essa característica demonstra uma determinada perspectiva da saúde mental e atenção psicossocial, pois considera o processo social que envolve o sofrimento mental, considerando mais do que apenas a doença em si, como na relação da psiquiatria entre médico-paciente-doença, mas abrindo as portas para a construção de um cuidado compartilhado entre sujeitos, profissionais e sociedade (AMARANTE, 2013).

Nesse sentido, o CAPS se apresenta como um serviço de base territorial, devendo atuar dentro do território através da articulação com outros setores da sociedade e estabelecendo relações na comunidade, buscando o espaço social dos sujeitos em sofrimento mental. Ou seja, deve-se buscar alianças com outros espaços, para que aquelas pessoas que são atendidas pela atenção psicossocial e outras modalidades de atenção, sejam inseridas na comunidade sob variadas formas de sociabilidade, criando assim uma “estratégia psicossocial”. Estamos falando de ações intersetoriais ou intersetorialidade, as quais dizem respeito à criação conjunta de uma rede de estratégias entre setores da sociedade e pontos de atenção da rede de saúde, visando construir uma saúde mental e uma saúde pública corresponsável dentro da sociedade como um todo (AMARANTE, 2013).

2.3.1 Apoio matricial

Os serviços de atenção psicossocial devem buscar na RAS, RAPS e no seu território vínculos intersetoriais que ampliem a assistência àqueles em sofrimento mental (AMARANTE, 2013). Logo, é imprescindível que o CAPS atue de maneira integrada com a APS para desenvolver suas ações dentro do território, entendendo o papel da APS como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora dentro RAS (BRASIL, 2010a) e sua estimada capacidade de resolução de mais de 80% das necessidades de saúde da população (OPAS, 1978), e do CAPS como

ordenador do cuidado na RAPS, em cogestão com a APS (BRASIL 2011). Isso significa que o CAPS deve estabelecer iniciativas conjuntas para levantar os dados de saúde mental do território em parceria com a APS, com o objetivo de criar ações de promoção e prevenção em saúde mental e aumentar a resolutividade da APS perante os casos. Também deve prestar apoio matricial aos serviços de atenção primária, além de realizar educação permanente sobre saúde mental (BRASIL, 2004).

Dentro dessa perspectiva, deve-se considerar também o conceito de equipe ou profissional de referência. Estes possuem a responsabilidade sobre a condução de um caso individual, familiar ou comunitário, ou seja, prestam cuidado longitudinal aos casos e pessoas adscritas no território. A equipe de referência é então composta por profissionais de múltiplas formações, trabalhando na lógica de um cuidado interdisciplinar, e faz parte dos processos de trabalho do CAPS e das Equipes de Saúde da Família, as quais conduzem os problemas de saúde mental dentro de seu campo de conhecimento. Sendo assim, *equipe de referência* e *apoio matricial* são arranjos organizacionais que ampliam o diálogo entre diferentes profissões e possibilitam uma abordagem integral, buscando ultrapassar a fragmentação dos processos de trabalho, aumentando a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pela equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007; TREICHEL; CAMPOS; CAMPOS, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Segundo Campos e Domitti (2007) o termo “apoio matricial”, composto por duas palavras, traz na segunda palavra – matricial – a essência da mudança de perspectiva nas práticas de saúde, alterando a posição do especialista em relação ao profissional que necessita do seu apoio. Isso diz respeito à superação da verticalização e hierarquização das responsabilidades, como tradicionalmente é encontrado nos sistemas de saúde, que operam na lógica de encaminhamentos de casos e referências. Sendo assim, a mudança que a postura “matricial” prevê está na instituição da horizontalidade das relações entre profissionais de referência e especialistas, instituída através de conceitos dialógicos que configuram o apoio prestado pelo especialista à referência.

O apoio matricial ou matriciamento deve ser encarado como a responsabilidade compartilhada sobre os casos e sobre a saúde mental do território. Isso diz respeito ao CAPS fornecer orientação e supervisão através de reuniões de discussão de casos com a APS, construção e condução conjunta de Projetos Terapêuticos, educação permanente das equipes, realização de atendimentos e

visitas domiciliares em apoio à APS, além de prestar cuidado no CAPS aos casos solicitados (BRASIL, 2004), atuando muito além da lógica de encaminhamentos e referências e contrarreferências dentro da rede, fornecendo retaguarda assistencial para a APS e outros serviços da rede de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Logo, o apoio matricial consiste em uma intervenção pedagógico-terapêutica que propicia a construção de um cuidado compartilhado dentro dos territórios, diante dos transtornos mentais e do sofrimento psíquico (CHIAVERINI, 2011).

Sob essa perspectiva, estudos que abordam o apoio matricial são de suma importância para avaliar os obstáculos e conquistas desta estratégia de intervenção. Revisão de literatura que abordou a produção nacional de estudos sobre apoio matricial, realizada por De Castro e Campos (2016), expôs como possíveis impasses a lógica de trabalho pautada no modelo biomédico predominante nos serviços de saúde, o que leva ao baixo investimento público nas atividades de apoio matricial e valorização do processo de referência e contrarreferência, além da dificuldade dos profissionais em mudar organização de seu trabalho e ampliar sua visão sobre o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Corroborando com De Castro e Campos (2016), estudo quantitativo realizado por Leal e De Antoni (2013) o qual investigou a estrutura, práticas interdisciplinares e articulação na rede de saúde em 51 CAPS da região metropolitana de Porto Alegre evidenciou que apenas 13 CAPS (62%) do estudo realizavam apoio matricial à APS.

De Castro e Campos (2016) e Treichel, Campos e Campos (2019) expõem alguns desafios para o apoio matricial: a estrutura e organização dos serviços de saúde, onde os profissionais enfrentam sobrecarga de trabalho (o apoio matricial acaba surgindo como mais uma tarefa a ser cumprida), falta de definição clara de papéis dos serviços e dos profissionais dentro da proposta do apoio matricial, fragmentação da rede, número de profissionais incompatível com a demanda, serviços superlotados, infraestrutura inadequada, falta de condições de trabalho e formação profissional, culminando na deficiência de articulação entre os serviços de saúde especializados e a APS (DE CASTRO; CAMPOS, 2016).

Em relação ao tema de interesse do presente estudo, evidencia-se a carência de estudos que avaliem como se dá o apoio matricial em casos de comportamento suicida, e como o CAPS articula com a APS a prevenção do suicídio nestes casos. Estudo realizado por Ferreira, Fajardo e Mello (2019) na cidade de Porto Alegre-RS, que objetivou conhecer como os profissionais de uma ESF lidam com os casos de suicídio, evidenciou que os profissionais encontram dificuldade de acessar os CAPS

para vincular os indivíduos que necessitam deste serviço. Além disso, relataram o frágil apoio da RAPS para o atendimento dos casos de suicídio, culminando em um sentimento de falta de capacitação dos profissionais da APS para se responsabilizar pelos casos. Este fato gera nos profissionais dúvidas sobre o correto manejo de pacientes com comportamento suicida, culminando em uma terapêutica focada apenas na medicalização dos casos e na psiquiatria. Sobre o matriciamento, a ESF do estudo tinha acesso a este tipo de cuidado vinculado ao NASF, porém lidavam com a demora dos atendimentos à equipe, fato que afetava a resolutividade dos casos e, na opinião dos entrevistados, acabava expondo os indivíduos com comportamento suicida a risco maior de suicídio (FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019).

Segundo Iglesias e Avellar (2019) o apoio matricial em saúde mental permite mudanças significativas no cuidado, desde que essas transformações ocorram nas equipes dos CAPS e nas equipes de referências ou Unidades de Saúde da rede. Além disso, é uma ferramenta importante para promoção da saúde e para a desinstitucionalização, uma vez que busca no território meios de ressignificar o lugar social dos sujeitos (IGLESIAS; AVELLAR, 2019). Este tipo de cuidado, envolvendo a corresponsabilização do CAPS e APS, é indicado na tentativa de reduzir o número de internações hospitalares em casos de sofrimento psíquico e de comportamento suicida (BRASIL, 2017).

Sobre os processos de trabalho do CAPS, estudo de revisão integrativa demonstrou fatores que intervêm, como a estrutura física, formação deficiente, vínculo precário e baixos salários, dificuldades em trabalhar em equipe, centralização no profissional médico e medicalização da assistência. Além disso, entre os estudos avaliados, trouxe também dissonâncias como desfechos dos processos de trabalho, destacando a articulação ineficaz com a rede e a institucionalização dentro dos CAPS. Os autores evidenciam que as atividades psicossociais do CAPS devem ser mais valorizadas, a fim de desconstruir práticas como a medicalização e a predominância do saber biomédico, desenvolver o matriciamento e estudos que avaliem a real cobertura e a atuação dos CAPS nos territórios (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

Ademais, diante dos desafios atuais que a Reforma Psiquiátrica e a atenção psicossocial enfrentam, deve-se lutar para que os CAPS continuem desempenhando o seu papel substitutivo às internações psiquiátricas, através da integração da RAPS e da articulação da saúde mental com a APS. No que diz respeito ao suicídio neste

cenário, considera-se que este é um tema que necessita de assistência integral à saúde, principalmente quando se trata de adolescentes. Sendo assim, estratégias como o matriciamento em saúde mental, articulação em rede e intersetorial, atenção psicossocial em detrimento de um modelo biomédico e a presença do CAPS inserido no território, atuando efetivamente como um serviço de base territorial junto à APS, são fundamentais para o cuidado e a prevenção deste fenômeno entre os adolescentes.

2.3.2 Atenção à saúde mental de adolescentes

Constitui responsabilidade do SUS o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde de crianças e adolescentes, assegurando a equidade de acesso ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2016). Ademais, são considerados adolescentes perante o ECA pessoas com idades entre doze e dezoito anos (BRASIL, 1990).

Estudos indicam que os adolescentes se encontram em uma faixa etária com maior vulnerabilidade para apresentar sofrimento psíquico, como depressão, transtornos comportamentais, suicídio, abuso de drogas, entre outros (BENETTI et al., 2007; WHO, 2014). Têm-se indicado que grande parte dos adultos com sofrimento psíquico já apresentava na adolescência os primeiros sinais (PATEL et al. 2007). Além disso, os jovens são mais vulneráveis à mortalidade por causas externas e violentas (IBGE, 2013).

A atenção à saúde mental de crianças e adolescentes até o final do século XX apresentava uma importante lacuna, pois não existia uma política de saúde mental para essa população até este período. Em 2001, com a promulgação da Lei 10.216 que inaugura os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e um novo modelo assistencial em saúde mental e com a ocorrência da III Conferência Nacional de Saúde Mental, as crianças e adolescentes recebem um lugar de sujeitos psíquicos e dotados de direitos nas estratégias de saúde mental e psicossocial. (COUTO; DELGADO, 2015). Sendo assim, após a Conferência são instituídos os Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi), com o objetivo de integrar esta população à política de saúde mental geral, priorizando ações em rede, ações intersetoriais e territoriais sensíveis às especificidades das crianças e adolescentes, com a inclusão social como o norte ético do cuidado (BRASIL, 2002; COUTO; DELGADO, 2015).

Nesse sentido, a atenção à saúde mental infanto-juvenil deve possuir como norte diretrizes que englobam: a criança e o adolescente como sujeitos de direito e autênticos de fala, acolhimento universal, encaminhamento corresponsável, construção da rede e da intersetorialidade, trabalho no território, construção compartilhada das necessidades de saúde mental (BRASIL, 2005b). Somado a isso, os serviços de saúde mental que acolhem crianças e adolescentes devem fazer mais do que prescrever tratamentos, trabalhando com ações de acolhimento, escuta, cuidado, enfrentamento de estigmas, promoção da emancipação dos sujeitos, inclusão social e comunitária e melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Estudo de revisão integrativa da literatura que objetivou caracterizar as produções sobre os processos de trabalho dos profissionais do CAPS demonstrou que as práticas mais encontradas como sendo desenvolvidas pelos CAPS foram: acolhimento, Projeto Terapêutico Singular, referência técnica, grupos e oficinas terapêuticas, apoio matricial, visitas domiciliares, atendimento das famílias, manejo em situações de crises, reinserção pelo trabalho e reuniões de equipe e assembleias (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018). Sendo assim, pode-se notar que o CAPS oferece uma gama de atividades terapêuticas, independente da modalidade instituída, que buscam trabalhar na ótica da clínica ampliada (BRASIL, 2004). Por clínica ampliada, entende-se uma assistência que visa aumentar a autonomia dos sujeitos, da família e da comunidade, através de um cuidado compartilhado e centrado na pessoa e não na doença, priorizando a escuta e a corresponsabilização (BRASIL, 2010b).

Em relação à assistência em saúde mental, os adolescentes costumam chegar aos serviços de atenção psicossocial por contra própria ou através de algum familiar ou encaminhados por outros pontos de atenção da RAPS, como a APS, Atenção Hospitalar (ROSSI et al., 2019) escola, Conselho Tutelar, instituições socioeducativas, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Os adolescentes passam pelo acolhimento no serviço e a partir deste primeiro contato, a terapêutica é definida: encaminhamento para a rede, participação em grupos no serviço, atendimento individual, entre outros (DA SILVA; CID; MATSUKURA, 2018). O acolhimento consiste em uma estratégia de intervenção que visa qualificar a escuta e a construção do vínculo entre profissional de saúde e sujeito, priorizando assistência à saúde humanizada, responsável e resolutiva (BRASIL, 2010b).

O desenvolvimento de práticas para a inserção dos adolescentes com sofrimento psíquico nos serviços de atenção psicossocial é aliado valioso para a terapêutica e para a reinserção social dos adolescentes. Através de ações que valorizam o estabelecimento de relações, como o acolhimento, espaços de convivência, escuta, grupos com assuntos que interessam à faixa etária, atividades esportivas, oficinas, intervenções externas em locais públicos do município, entre outras, os adolescentes realizam trocas afetivas, estabelecem laços e fortalecem suas redes sociais (FERNANDES; MATSUKURA, 2016). Além disso, é necessário efetivar estratégias de ações intersetoriais que atendam às demandas dessa população, destacando o envolvimento da família no cuidado e tratamento (BRASIL, 2004), comunicação do CAPS com a escola e a articulação com os demais pontos de atenção da RAPS (FERNANDES; MATSUKURA, 2016; DA SILVA; CID; MATSUKURA, 2018), principalmente a APS (DA SILVA et al., 2019).

Vale ressaltar que, em municípios com menos de 200 mil habitantes, onde não se encaixa a pactuação com o serviço de atenção psicossocial destinado exclusivamente às crianças e adolescentes, este público é atendido na atenção psicossocial nas outras modalidades, juntamente com pessoas de variadas idades, o que aumenta a complexidade destes serviços. Ademais, a atenção psicossocial de crianças e adolescentes envolve todos os serviços de saúde contidos na RAS e RAPS, sendo indispensável que os pontos de atenção tenham a saúde mental como condição decorrente de um cuidado de qualidade, através da humanização e proteção integral (BRASIL, 2014). Por fim, destaca-se que a produção de estudos em saúde mental focados na adolescência está crescendo, porém a produção nacional necessita de mais investimento em pesquisas que abordem estratégias de intervenção e prevenção (BENETTI et al., 2007).

2.4 SUICÍDIO: CUIDADO E PREVENÇÃO

Bertolote (2012) e Botega (2015) destacam que estratégias de prevenção do suicídio devem ser diferentes das tradicionais em níveis primário, secundário e terciário¹. No caso da prevenção do suicídio devem ser abordadas estratégias na

¹ Em saúde pública, o sentido de prevenção proposto por Leavell e Clark em 1965 é tradicionalmente utilizado e diz respeito à tomada de uma ação antecipada que objetiva interceptar as causas da doença, em qualquer etapa de evolução de sua história natural, antes que ela atinja o indivíduo ou, se a doença já está desencadeada, impedindo que ela possa progredir. Para estes autores, a prevenção é dividida em: primária, que trata de promover atividades relacionadas a saúde em geral ou direcionadas a prevenção de uma doença específica; secundária, que corresponde ao diagnóstico de

perspectiva de prevenção conforme sugerido por Gordon (1983)² para atingir as populações. Esta abordagem envolve três diferentes níveis: 1) *prevenção universal*, destinada a toda a população com o objetivo de impedir o desenvolvimento de certo comportamento – um exemplo desta prevenção seria a campanha do Setembro Amarelo, que informa a população sobre o suicídio, ou a restrição ao acesso de meios letais, divulgação responsável pela mídia; 2) *prevenção seletiva*, destinada a populações ou indivíduos que apresentam risco leve de um comportamento e objetiva diminuir os fatores de risco que possam contribuir para o seu desenvolvimento – um exemplo seria a busca ativa de pessoas com transtornos mentais já diagnosticados, como esquizofrenia e depressão, que estão fortemente associados ao risco de suicídio; 3) *prevenção indicada*, que possui como alvo pessoas que já iniciaram um comportamento suicida – por exemplo, indivíduos que tentaram suicídio devem ser acompanhados nos primeiros dias após a tentativa – e tem alto risco de se suicidar (BERTOLOTE, 2012; BOTEGA, 2015).

O tema de como prevenir o suicídio constitui um assunto de interesse global, que ganhou relevância nos anos 2000 a partir de um estudo realizado pela WHO: “*Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours (SUPRE)*”. O estudo foi executado em oito países, incluindo o Brasil, com o objetivo de identificar características socioculturais, comportamentos suicidas nas populações do estudo, e avaliar estratégias de tratamento para promover ações de prevenção ao suicídio em nível mundial. O estudo culminou com a publicação de artigos sobre o tema e com a criação de manuais de prevenção destinados a diversos públicos que estão em contato com a temática: profissionais de saúde, educadores, agentes sociais, telecomunicadores, governantes, legisladores, forças da lei, famílias e comunidades (WHO, 2000).

O manual destinado aos profissionais de saúde, fruto do SUPRE, contempla aqueles que atuam na atenção primária. Ele inicia pontuando e descrevendo quais são os transtornos mentais mais relacionados ao suicídio que merecem atenção dos profissionais, como depressão, transtornos de personalidade, alcoolismo, esquizofrenia e transtornos de origem orgânica. Cita doenças físicas que também

um processo patogênico e a instituição de um tratamento para evitar sua progressão; terciária, destinada a recuperar ao máximo a capacidade funcional da pessoa afetada pelo processo patogênico.

² GORDON, Robert. An Operational Classification of Disease Prevention. **Public Health Reports**, v. 98, n. 2, p. 107-109, 1983.

podem estar relacionadas ao fenômeno, como HIV, câncer, condições crônicas e descreve fatores sociodemográficos e ambientais associados ao suicídio, como estado civil, profissão, desemprego, estressores da vida, exposição ao suicídio, entre outros (WHO, 2000).

Em seguida, o manual traz informações sobre como ajudar uma pessoa com risco de suicídio. Uma das intervenções que merece maior empenho dos profissionais seria a escuta da pessoa em sofrimento. A comunicação efetiva, realizada com respeito, responsabilidade e empatia aparece como uma das principais estratégias a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde para a prevenção do suicídio. Ainda, o manual aborda o tema de como identificar uma pessoa sob risco de suicídio, destacando para a atenção a sinais e ao comportamento da pessoa, como sentimento de solidão, impotência, mudanças de hábitos corriqueiros, ansiedade, tentativa de suicídio anterior, ansiedade, depressão, apatia, entre outros (WHO, 2000).

No Brasil, iniciativas e políticas públicas demonstram preocupação com o tema. Em 2006 foi lançada uma portaria que instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio em todas as unidades federadas. As diretrizes foram criadas, pois se considerou que as tentativas de suicídio deveriam receber intervenções, por meio de estratégias de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção a fim de evitar mortes por suicídio. Também se enxergou a necessidade de construir uma rede de atenção à saúde que fornecesse cuidado integral aos casos de tentativas de suicídio. Nesse sentido, as diretrizes incluem, entre outras estratégias, promover o envolvimento intersetorial em ações de responsabilidade pública, sensibilizar a sociedade sobre o tema e promover educação permanente na atenção primária, serviços de saúde mental e urgências e emergências (BRASIL, 2006).

O Brasil é país signatário do Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 desenvolvido pela WHO, que prevê uma redução de 10% da taxa global de suicídios. Sendo assim, em 2017, o país divulgou sua Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020. Dentre os objetivos deste documento, consta a ampliação da articulação intersetorial entre os diferentes pontos de atenção em saúde e demais serviços da sociedade, a fim de ampliar o acesso aos serviços de atenção psicossocial para as pessoas com tentativas de suicídio, familiares e pessoas próximas àquelas que morreram por suicídio (BRASIL, 2017c).

No que diz respeito à prevenção do suicídio, a agenda conta com um eixo estratégico destinado à temática, que traz atividades relacionadas a articulação inter e intrasetorial, dentre elas, fortalecer a parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, ampliando o tema dentro do Programa Saúde na Escola, incentivando a prevenção de violências e promoção da cultura da paz, prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio de ações que envolvam a RAPS e a RAS. Além disso, o documento destaca fomentar iniciativas locais de municípios para a prevenção do suicídio e a educação permanente dentro da RAPS, destacando o acolhimento humanizado (BRASIL, 2017c).

Outra iniciativa realizada pelo Estado, diz respeito à parceria do Ministério da Saúde com o Centro de Valorização da Vida (CVV), que consiste em uma organização sem fins lucrativos que presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional para prevenção do suicídio, atendendo por ligações, e-mail, chat do site e pessoalmente em postos de atendimento, pessoas que precisam e desejam conversar (SITE CVV). Em 2017, o Ministério da Saúde acordou a gratuidade das ligações para o CVV até o presente ano de 2020 (BRASIL, 2017c).

Em 2019 foi lançada a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio que destaca a obrigatoriedade da Notificação Compulsória dos casos de violência autoprovocada (suicídio, tentativa de suicídio e o ato de automutilação com ou sem ideação suicida) e a necessidade de contato com o Conselho Tutelar frente aos casos que envolvam crianças e adolescentes. Ademais, o documento também aborda a promoção de educação permanente aos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, mesmo que não especificando as estratégias que serão adotadas, e destaca a garantia de acesso a atenção psicossocial de sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares (BRASIL, 2019).

O Rio Grande do Sul possui um Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, criado em 2016, o qual lançou o Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida em Crianças e Adolescentes no ano de 2019. O documento é destinado a este público específico entendendo que o mesmo necessita de ações de apoio que abarquem as peculiaridades dessas fases da vida. O guia dispõe de diretrizes para profissionais da saúde, da educação, assistência social, segurança pública e conselho tutelar, destacando a necessidade de abordar a prevenção do suicídio de maneira intersetorial, por meio do acolhimento e de encaminhamentos, destacando a corresponsabilização e a comunicação entre serviços de saúde e de outros setores da sociedade (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Em relação aos serviços de saúde mental especializados, estes são responsáveis por acolher, oferecer apoio emocional, classificar o risco de suicídio da criança ou do adolescente e em seguida tomar providências dentro do serviço ou na rede de saúde e território. O quadro abaixo foi criado pela pesquisadora e traz informações sobre a classificação do risco de suicídio e as possíveis ações que os profissionais podem operar frente aos casos de adolescentes que chegam até a atenção especializada em saúde mental com comportamento suicida, como os ambulatórios de saúde mental e os CAPS: (RIO GRANDE DO SUL, 2019; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014):

RISCO	CARACTERÍSTICAS	MANEJO	ENCAMINHAMENTO
Risco Baixo	Autoagressão, ideação suicida sem plano, sem história prévia de tentativa de suicídio.	Escutar; oferecer apoio emocional ao adolescente e família; vincular o adolescente a suporte e ajuda social e/ou institucional.	Encaminhar para a APS do território, observando que o serviço da APS tenha apoio matricial de serviço especializado de saúde mental, agilizar este atendimento e obter contrarreferência do caso.
Risco Médio	Ideação suicida frequente (com ou sem plano suicida, mas que não planeja cometer suicídio de imediato), com ou sem autoagressão, histórico de tentativa de suicídio e ausência de impulsividade ou abuso de álcool e outras drogas.	Escutar; oferecer apoio emocional; trabalhar a ambivalência dos sentimentos e explorar alternativas; investir nos fatores protetivos; acionar família e amigos para acompanhar o adolescente, prestar apoio, orientar família e amigos sobre medidas de prevenção como: impedir acesso a meios para cometer o ato de suicídio.	Conduzir o caso para acolhimento no serviço, para a definição de Projeto Terapêutico; pedir autorização para contatar a família e/ou amigos para informar sobre a situação e a necessidade de medidas de prevenção, como impedir acesso a facas, armas, medicamentos; evitar deixar o adolescente sozinho; manter encontros regulares entre adolescente e serviço de saúde mental.
Risco Alto	Ideação suicida persistente e com plano, ameaça ou tentativa de suicídio; tentativa de suicídio prévia; deseja cometer suicídio prontamente; presença de fatores agravantes (uso de álcool e outras drogas, impulsividade, desespero etc.).	Escutar; oferecer apoio emocional; orientar familiares/amigos/companheiro para não deixar a pessoa sozinho em nenhum momento; remover meios de suicídio; informar a família e prestar apoio à família.	Encaminhar ao acolhimento e para avaliação psiquiátrica, no caso de o médico psiquiatra estar presente no serviço; se não for possível o processo de avaliação psiquiátrica, acolher e encaminhar o

			adolescente a um serviço de urgência e emergência de ambulância; manter encontros regulares entre adolescente e serviço de saúde mental.
--	--	--	--

Fonte: criado pela autora.

Vale ressaltar que sempre que for identificada uma tentativa de suicídio deve ser feita a notificação compulsória pelo profissional que realiza o atendimento (BRASIL, 2019). Ademais, situações de maior risco e gravidade devem ser acompanhadas de maneira longitudinal pelos serviços especializados em saúde mental, e os casos de baixo risco devem ser acompanhados de preferência pela APS, contando com apoio matricial. Destaca-se que a APS tem inegavelmente a capacidade e o papel de identificação e prevenção do comportamento suicida por ser o serviço mais próximo às famílias, o que é um ponto promissor na identificação de fatores biopsicossociais que podem gerar ou que já estão causando sofrimento (FERREIRA et al. 2018).

Em relação à família, sua importância na terapêutica e prevenção do suicídio entre adolescentes com comportamento suicida é evidenciada por estudos qualitativos (ROSSI et al., 2019; VIEIRA et al., 2009; CESCÓN; CAPOZZOLO; LIMA, 2018). Rossi et al. (2019) entrevistaram adolescentes em atendimento em um CAPSi de uma cidade do interior de São Paulo e evidenciaram que o relacionamento entre o adolescente e a família se mostrou como potencial desencadeador de sofrimento psíquico em algumas situações, mas também como apoio em outras. Dentro disso, ressalta-se também que, diante de comportamento suicida em crianças e adolescentes com suspeita de motivação intrafamiliar ou por violação de direitos, é necessário comunicação e encaminhamento à rede de proteção social (FIOCRUZ, 2020).

Em entrevistas obtidas por Vieira et al. (2009) os familiares relataram momentos de perplexidade perante o atendimento nos serviços de saúde, vivenciando sentimentos, necessitando de apoio dos profissionais perante a situações e seguindo lado a lado com o adolescente um caminho de busca por cuidados. Já Cescon, Capazzolo e Lima (2018), Heck et al. (2012) e Muller, Pereira e Zanon (2017) evidenciaram que os profissionais do CAPS de seus estudos se empenham para estabelecer contato com pessoas próximas a quem tenta suicídio,

entendendo que familiares, companheiros e amigos podem acompanhar de perto este sujeito, prevenindo seu suicídio junto com o serviço de saúde mental.

Botega (2015) reconhece em seu livro “Crise suicida: avaliação e manejo” que os pais, ou outros informantes, costumam fornecer informações valiosas para a avaliação do risco de suicídio de adolescentes. Dessa maneira, quando os profissionais de saúde se atentam a conversar com alguém próximo ao adolescente, consegue-se ampliar a visão para a dinâmica da capacidade de continência da família ou da rede de apoio social em relação ao jovem. Esse fato é crucial para a definição do manejo da crise de um adolescente com comportamento suicida (BOTEGA, 2015).

Estima-se que em média 60 pessoas são afetadas a cada morte por suicídio, sendo estes familiares, amigos, colegas de classe, companheiros etc. Logo, estratégias de pós-venção, que incluem ações para cuidar de pessoas enlutadas pela morte por suicídio, são fundamentais para prevenir novas tentativas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA, 2014). Oferecer um espaço de acolhimento e escuta para as pessoas em luto faz parte da amplitude e completude das ações do CAPS, as quais iniciam na prevenção e vão até a pós-venção ao suicídio (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Estudos evidenciam que os profissionais dos serviços de saúde, em especial da APS e do CAPS, apresentam dificuldades na articulação e comunicação intersetorial sobre os casos de comportamento suicida na RAPS e com outros setores da sociedade (FERREIRA; FAJARDO; DE MELLO, 2019; CESCÓN; CAPOZZOLO; LIMA, 2018). Outra questão levantada por profissionais do CAPS em estudos qualitativos é o trabalho interdisciplinar dentro do serviço, o qual se mostra efetivo em casos de comportamento suicida (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017; HECK, 2012). Os estudos também revelaram que a medicalização é uma terapêutica presente no tratamento de pessoas com risco e comportamento suicida nos CAPS (ROSSI et al., 2019; MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017). Ademais, os profissionais que prestam assistência aos casos se mostram sensibilizados individualmente com a situação e manifestam sentimentos como empatia (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017), impotência (CESCON; CAPOZZOLO; LIMA, 2018) e responsabilidade pela vida da pessoa com o comportamento suicida (BOTEGA, 2015).

Em relação ao comportamento suicida e a APS, revisão da literatura realizada por Ferreira et al. (2018) evidenciou uma lacuna de estudos que explorem a atuação

da APS em saúde mental, especialmente diante do comportamento suicida. Os profissionais se mostram despreparados para lidar com a temática, seja por falta de capacitações, sobrecarga de trabalho, insuficiência da rede de saúde e comunicação intersetorial e/ou ausência de políticas públicas que preveem a prevenção do suicídio na APS. Corroborando, Ferreira, Fajardo e De Mello (2019) evidenciaram a necessidade de espaços de educação permanente e a inclusão da prevenção do suicídio nas discussões de equipe na APS, juntamente com o fortalecimento de ações intersetoriais no território.

Nesse sentido, Conte et al. (2012) obtiveram resultados positivos com um programa de prevenção ao suicídio realizado em um município com altos índices de suicídio no RS. O programa trabalhou com capacitações em toda a rede de saúde e incluiu também bombeiros e policiais. As ações visaram desmitificar o suicídio para os profissionais, orientando-os a como identificar situações de risco de suicídio, acolher e encaminhar, reorganizando a linha de cuidado ao suicídio no município, com o objetivo de alcançar aumento no acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações. A intervenção mostrou resultados decrescentes nas taxas de suicídio após sua implantação. Ademais, programas com intervenções realizadas em escolas diretamente com os adolescentes, por profissionais capacitados, também demonstram bons resultados na prevenção das tentativas de suicídio nessa população (WASSERMAN et al., 2015).

Por fim, diante do contexto de pandemia, conforme Gunnel et al. (2020), deve ser adotada uma resposta interdisciplinar para a situação de possível aumento no comportamento suicida, englobando ações de prevenção ao suicídio universais, seletivas e indicadas. Isto deve levar em consideração que pessoas já portadoras de transtorno mental podem ter agravamento de sua condição e estas seriam as com maior risco de suicídio, mas também aquelas pessoas sem transtorno mental podem vir a desenvolver problemas de saúde mental diante das consequências da pandemia. Além disso, os serviços de saúde mental enfrentam o desafio de reinventar maneiras de realizar intervenções e atendimentos remotos, através da realização de encontros online ou ligações aos usuários. Logo, a situação traz desafios para a saúde pública global, exigindo monitoramento eficaz da saúde mental das populações e capacitação dos profissionais de atenção primária e especializada para lidar com os efeitos da pandemia nos transtornos mentais, em especial, no comportamento suicida (GUNNEL et al., 2020).

3 METODOLOGIA

O estudo utilizará abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014), a abordagem qualitativa em pesquisas permite a geração de informações sobre o comportamento interno de atores, grupos e instituições, considerando seus valores, história, cultura, relações, movimentos sociais e processos envolvendo políticas públicas e sociais. A pesquisa qualitativa trabalha com realidades que não podem ser quantificadas, pois se ocupa dos significados que estão por trás das atitudes e crenças das pessoas, considerando as subjetividades do ser humano. (MINAYO, 2016).

3.1 UNIVERSO DO ESTUDO

A região do Vale do Rio dos Sinos, onde se localiza o município de interesse do presente estudo, apresentou em 2016 uma taxa de 11,7 suicídios por 100 mil hab., número superior à taxa nacional no mesmo ano (6,5). Em relação às tentativas de suicídio para o mesmo ano, o Vale do Rio dos Sinos apresentou uma taxa de 7,3 por 100 mil hab. (RIO GRANDE DO SUL, 2018). Para 2018, o Vale do Rio dos Sinos apresentou uma taxa de 9,2 óbitos por suicídio (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020).

No que diz respeito à cidade de realização do presente estudo, em 2012, dentre os municípios do Vale dos Sinos com mais de 20 mil habitantes, a cidade apresentou a segunda maior taxa de suicídios da região, sendo de 11,9 suicídios por 100 mil hab. e possuía a maior taxa de suicídios na faixa etária entre 15 a 29 anos, com 10 suicídios a cada 100 mil hab. (OBSERVASINOS, 2014). No ano de 2018, as quatro cidades mais populosas do Vale do Rio dos Sinos, em que está incluída a cidade de realização do estudo, acumularam 59% dos casos de suicídio da região (OBSERVASINOS, 2019).

O universo do estudo será um CAPS localizado no Vale dos Sinos à aproximadamente 60 quilômetros de Porto Alegre. O município possui uma população de quase 75 mil pessoas de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O referido CAPS está estruturado na modalidade II e é o único da cidade. De acordo com a Portaria que estabeleceu estes serviços, em municípios com população acima de 70 mil

habitantes o CAPS II possui capacidade operacional para atendimento desta população.

Segundo a Portaria, o CAPS na modalidade II deve ser constituído por um médico psiquiatra, um enfermeiro com especialização em saúde mental, quatro profissionais de nível superior entre as profissões: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e seis profissionais de nível médio (BRASIL, 2002). A equipe do CAPS II que será campo para o presente estudo, é formada por um psiquiatra, cinco psicólogas, sendo duas especializadas em atendimento infantil, dois assistentes sociais, um terapeuta ocupacional e duas técnicas em enfermagem. O serviço fornece atividades de grupos como recreação e artesanato. Objetiva-se conhecer mais atividades e ações que são desenvolvidas pelo serviço frente à entrada e aproximação com o campo.

De acordo com informações retiradas do site da prefeitura do município, o serviço possuía cerca de três mil pessoas com “algum tipo de distúrbio” adscritas em 2017. Entre estas pessoas com “distúrbios”, estão incluídas crianças, adolescentes, adultos e usuários de álcool e outras drogas. O CAPS II funciona de segunda à sexta feira, das sete horas da manhã até às dezoito horas da noite.

Vale ressaltar algumas observações exploratórias sobre o campo realizadas de antemão pela pesquisadora a respeito da localização e da fachada do CAPS do município. O serviço está localizado no centro da cidade, em uma avenida com intensa circulação de pedestre e carros, rodeada por comércios. O prédio do CAPS fica nos fundos de um escritório de advocacia. O mesmo possui junto à calçada uma placa de identificação com tamanho médio a pequeno, que se mistura a uma placa grande que sinaliza o escritório de advocacia. Ao passar em frente ao CAPS e observando estes itens, a pesquisadora se pergunta: será que este serviço tem a visibilidade “merecida” dentro do município? Quais implicações estão presentes no fato de o CAPS ser um espaço construído no centro da cidade e nos fundos de outro prédio?

Ademais, o município também conta com quatro ambulatórios de saúde mental que funcionam em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) de quatro bairros populosos, sendo um deles localizado na região central da cidade. Em relação às equipes destes ambulatórios, três contam com médico psiquiatra, todas possuem atendimento de psicólogo, sendo que um ambulatório possui apenas

atendimento com psicólogo. Apenas dois ambulatórios contam com atendimento psicoterápico infantil.

A RAPS do município também conta com as Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e um hospital geral com onze leitos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para internações psiquiátricas. O referido hospital recebe indivíduos que chegam como casos de urgências e emergências trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), encaminhados da Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e eventualmente, da atenção primária à saúde e do CAPS II. Importante ressaltar que pelo fato de a pesquisadora ser enfermeira na Rede de Atenção à Saúde do município, estes dados foram retirados a partir de informações empíricas, as quais deverão ser confirmadas e melhor exploradas durante a produção de dados no campo.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Pretende-se convidar para participar do estudo profissionais de diferentes categorias que atuam no referido CAPS do município no acolhimento, cuidado e prevenção ao suicídio de adolescentes com comportamento suicida. Os participantes serão indicados pela coordenadora do serviço, priorizando que pelo menos um profissional de cada categoria que atuam na equipe multiprofissional seja convidado a participar do estudo. Salienta-se ainda que a pesquisadora, durante a aproximação inicial com o campo em sua fase exploratória, manteve contato com a coordenadora do serviço. Tal contato permitiu algumas das inferências apresentadas no projeto.

Ademais, ressalta-se que o foco do projeto está nas entrevistas com os profissionais do CAPS, a fim de compreender a assistência prestada pelo serviço e também sua atuação na RAPS frente a temática. Porém, a partir da entrada em campo no CAPS, será avaliada a possibilidade e a necessidade de entrevistar profissionais da APS para cumprir o segundo objetivo específico proposto pelo projeto e ampliar a discussão sobre a prevenção do suicídio.

3.3 PRODUÇÃO DE DADOS

Os dados serão produzidos através de entrevistas em profundidade e registros em diário de campo. Opta-se por entrevista em profundidade, pois a mesma valoriza o estabelecimento de uma relação entre pesquisador e pesquisado permitindo que o interlocutor expresse seu ponto de vista singular sobre o tema em questão (BEAUD; WEBER, 2007). O período estimado para a produção dos dados é entre outubro de 2020 e fevereiro de 2021.

Segundo Minayo (2016), a utilização de entrevista para obtenção de dados consiste em uma estratégia amplamente utilizada em pesquisas qualitativas. As entrevistas ocorrem sempre entre duas pessoas, sendo o pesquisador a pessoa que possui a iniciativa para a realização da entrevista. Em pesquisas qualitativas, a entrevista pode fornecer dados chamados de subjetivos, que são obtidos através de colocações extraídas do entrevistado e provocam a pessoa a reviver acontecimentos e realidades de seu cotidiano. No caso das entrevistas em profundidade, elas permitem que o participante do estudo fale livremente sobre algum tema instigado pelo pesquisador. O pesquisador poderá fazer perguntas para aprofundar reflexões trazidas pelo participante. (MINAYO, 2016).

Como primeira opção, as entrevistas serão realizadas no próprio campo de estudo, de maneira presencial, mediante agendamento prévio de acordo com a disponibilidade do serviço e do profissional que será entrevistado. Elas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas deverão ter entre 45 e 60 minutos.

Como segunda opção, mediante a declaração da WHO em março de 2020 de pandemia pela Covid-19 (OPAS, 2020), considerando as recomendações do Ministério da Saúde sobre as medidas para evitar a disseminação do Coronavírus e, entendendo o momento extraordinário para pesquisas de campo e entrevistas presenciais, pretende-se, mediante a necessidade, adaptar a produção de dados para a modalidade online, através do uso de aplicativo de áudio e vídeo para a realização e gravação das entrevistas em profundidade com os profissionais do CAPS. O aplicativo será definido através de consulta aos profissionais que aceitarem receber o convite para a pesquisa.

Sendo assim, a coordenadora do CAPS irá indicar o profissional em potencial e a pesquisadora irá entrar em contato com ele através de e-mail ou ligação telefônica. Mediante contato com o potencial participante, a pesquisadora realizará o

convite para participação na pesquisa e, mediante o aceite, irá definir junto ao profissional um encontro em aplicativo online para chamadas de videoconferência. As entrevistas serão gravadas pelo aplicativo e transcritas na íntegra para posterior análise. A decisão de realizar as entrevistas de maneira presencial ou online, será tomada em conjunto com a coordenadora do CAPS e com a Secretaria de Saúde do município, considerando o cenário de evolução da pandemia de Covid-19 na região e na cidade de interesse do estudo.

Para auxiliar o registro das informações que serão geradas a partir do olhar da pesquisadora sobre o contato com os sujeitos da pesquisa, será utilizado diário de campo. O diário será utilizado nas entrevistas presenciais e também nas entrevistas online, caso as segundas sejam a opção de escolha. O diário de campo possui a função de registro das impressões do pesquisador acerca do observado, sendo importante ressaltar que estas impressões registradas, não devem ser consideradas como um dado científico, “pois surge a partir da submissão das informações coletadas às categorias de análise construídas pela reflexão teórica” (FERNANDES; MOREIRA, p. 519, 2013). O diário de campo irá auxiliar a pesquisadora na análise e interpretação dos dados posteriormente.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Será utilizada análise temática das entrevistas. Este método qualitativo visa identificar, analisar e relatar temas que emergem dos dados produzidos por pesquisas qualitativas. Ela contribui para a realização de uma análise interpretativa dos dados (SOUZA, 2019). O presente estudo irá conduzir o processo de análise temática proposto por Braun e Clarke (2006), a qual consiste em seis passos. Será utilizado o estudo original dos autores e também o artigo de Souza (2019) para descrever a análise, visto que a autora pretendeu focalizar na aplicação dos seis passos da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006).

Para Braun e Clarke (p. 82, 2006 – tradução minha), “um tema capta algo importante sobre os dados em relação à questão de pesquisa, e representa algum nível de resposta ou significado padronizado dentro do conjunto de dados”. Para a realização de análise temática serão seguidos seis passos: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca de temas, revisão dos temas, definição e nomeação dos temas e produção do relatório.

Figura 1 – As seis fases da análise temática.

Table 1 Phases of thematic analysis

Phase	Description of the process
1. Familiarizing yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking if the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells, generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

Fonte: Braun e Clarke, p. 87, 2006.

O primeiro passo consiste basicamente em um contato inicial com os dados que foram produzidos pela pesquisa qualitativa através da produção de dados, transcrição e revisão. Como a presente pesquisa utilizará a técnica de entrevistas, as mesmas serão gravadas e transcritas na íntegra. Segundo Braun e Clarke (2006) a própria transcrição serve como uma primeira familiarização com os dados, onde o pesquisador começa a compreender de maneira completa os seus dados. Logo, a familiarização com os dados envolverá uma imersão nos dados, através de leitura e releitura ativa, produzindo anotações ou gerando ideias interessantes que poderão ser retomadas nos passos seguintes. É neste primeiro momento que a pesquisadora começará uma primeira busca por padrões e significados. (SOUZA, 2019).

A segunda fase de análise é a de geração de códigos iniciais, ou seja, serão produzidos códigos que identificam aspectos dos dados. Esses códigos representam conteúdos semânticos ou latentes que sejam interessantes ao pesquisador. A codificação pode ser feita manual ou por algum programa de computador. Neste trabalho, pretende-se realizar a codificação manual, através de anotações nas entrevistas transcritas e de uma listagem de elementos interessantes que podem ser considerados como códigos (SOUZA, 2019).

Esses códigos irão formar a base de padrões que se repetem, podendo ser os futuros temas da análise de dados. Além disso, nesta segunda fase de análise se deve identificar os extratos que ilustram os códigos. Estes extratos são partes do texto dos dados que podem representar os códigos. Feito isso, na fase três, inicia-se a busca por temas (SOUZA, 2019).

A terceira fase da análise temática de Braun e Clarke (2006) consiste na análise abrangente em busca de temas, ou seja, os códigos listados na fase dois e os extratos que são relevantes nos dados são analisados no sentido de identificar de que maneira estes códigos estão formando um tema que deve ser discutido mais profundamente. É nessa fase que o pesquisador deve começar a pensar nas relações existentes entre os códigos, temas, subtemas e extratos que estão sendo extraídos dos dados. (SOUZA, 2019).

A quarta fase da análise temática consiste no refinamento dos temas. Olha-se para os temas a fim de identificar quais realmente poderão ser tratados na análise como temas e quais não. Também pode ocorrer a junção de dois temas em um só, ou a criação de novos subtemas. Os dados contidos nos temas devem mostrar um padrão entre eles ao mesmo tempo em que eles devem ser heterogêneos. Isso implica em uma homogeneidade interna entre os temas e uma heterogeneidade externa. (SOUZA, 2019).

Um segundo momento da fase quatro, envolve a verificação da validade de cada tema em relação ao banco de dados e também se o mapa temático que está se formando, está refletindo os significados mais relevantes do banco de dados e se estes temas estão refletindo os objetivos da pesquisa. Logo, ao final desta fase, o pesquisador deve conseguir visualizar quais são os temas que serão discutidos mais adiante como resultados da análise, como eles estão interligados e qual é a história que eles estão contando sobre os dados e se esta história está de acordo com os objetivos propostos, pergunta de pesquisa e com o referencial teórico (SOUZA, 2019).

A fase cinco da análise temática é a de definição e nomeação dos temas. Nesta fase é essencial que seja determinado quais aspectos dos dados os temas estão capturando. Cada tema terá uma captura diferente e objetiva, contará uma história que é parte de uma história maior que foi produzida na fase de coleta dos dados e estes estarão relacionados à pergunta de pesquisa. Os temas serão então detalhados e serão identificados os extratos relevantes. Feito isso, os nomes para os temas deverão ser escolhidos tendo-se em mente que o leitor deverá lê-los e imediatamente ter uma ideia do que aquele tema irá tratar (SOUZA, 2019).

A sexta e última fase dos seis passos da análise temática descrita por Braun e Clarke (2006) é a produção da escrita do relatório da análise. Relatar uma análise temática é uma tarefa complexa, em que o pesquisador deverá convencer o leitor de que seu estudo e sua análise são válidas e confiáveis. Além de, apresentar um texto

conciso, coerente e interessante que conte a história dos dados que foram produzidos a partir da pergunta de pesquisa e do objetivo proposto. O texto deverá conter extratos que remetam ao leitor a essência do argumento que está sendo ilustrado, comportando-se como exemplos que remetem ao tema que é tratado. Logo, a narrativa do relatório deverá ser apresentada de maneira analítica, construindo uma argumentação que se relaciona com a pergunta de pesquisa (SOUZA, 2019).

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto será submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS de acordo com os critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de dezembro de 2012, que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa será submetido à Secretaria Municipal de Saúde do município para obter a carta de anuência. Após, será submetido à aprovação do CEP da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Mediante a realização da pesquisa na modalidade presencial no campo de estudo, os participantes serão convidados a participar por meio da leitura e explicação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em Apêndice A neste projeto. Os participantes que aceitarem participar do estudo deverão assinar duas vias do TCLE. Uma via do documento ficará em posse do participante e a outra da pesquisadora, a qual manterá sob sua responsabilidade por cinco anos.

No caso de a pesquisa ocorrer em ambiente virtual, o TCLE utilizado será o explícito em Apêndice B neste projeto. Sendo assim, o TCLE será lido ao participante através do aplicativo de áudio e vídeo e o mesmo dará consentimento oral. O consentimento oral estará gravado por áudio e vídeo e uma cópia do arquivo será encaminhado ao participante e outra ficará armazenada sob responsabilidade da pesquisadora por cinco anos.

5 CRONOGRAMA

Abaixo está representado o cronograma das atividades para a execução deste projeto de pesquisa.

Figura 2 – Cronograma de atividades

Atividades 2019/2021	Ago./ Dez. 2019	Jan./ Mar. 2020	Abr./ Jul. 2020	Jul./ Out. 2020	Nov./ Fev. 2020/21	Mar./ Abr. 2021	Mai./ Jun. 2021	Jul./ Ago. 2021
Revisão da literatura.								
Redação do projeto de pesquisa.								
Banca de qualificação de dissertação.								
Submissão ao CEP e obtenção de carta de anuência.								
Entrada em campo e produção dos dados								
Transcrição das entrevistas.								
Análise dos dados e redação da discussão dos dados.								
Redação do artigo científico.								
Banca de defesa de dissertação e submissão do artigo científico.								

Fonte: Elaborado pela autora.

6 ORÇAMENTO

A seguir está descrito o orçamento com os gastos previstos para a execução deste projeto. Todas as despesas descritas serão custeadas exclusivamente pela pesquisadora.

Tabela 1 – Orçamento

Materiais e deslocamento	Valores R\$
Material de escritório – canetas e lápis	30,00
Cópias e encadernação	250,00
Revisão ortográfica e de formatação	200,00
Transporte/deslocamento ao campo de pesquisa	100,00
Publicações e participações em eventos	500,00
Livros e material teórico	200,00
TOTAL:	1.280,00

Fonte: Elaborado pela autora.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-74, 2018.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio**: informando para prevenir. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <<https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14115227-suicidio-informando-para-prevenir.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2020.
- BACHEGA, Alex Sander et al. Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida de adolescentes brasileiros: uma síntese rápida de evidências qualitativas. **Bis**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 105-113, 2019.
- BAGGIO, Lissandra; PALLAGIO, Lílian dos Santos; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.
- BARROS, Maria Dilma; XIMENES, Ricardo; DE LIMA, Maria Luiza. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 142-149, 2001.
- BAZRAFSHAN, Mohammad-Rafi et al. Exploring the risk factors contributing to suicide attempt among adolescents: a qualitative study. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 21, Issue 1, p. 93-99, 2016. Disponível em: <DOI: 10.4103/1735-9066.174747>. Acesso em: 29 jun. 2020.
- BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Tradução de Sérgio Joaquim de Almeida. Revisão da tradução de Henrique Caetano Nardi. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, 2007.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 11, n. 3, p. 345-351, 2006.

BOTEGA, José Neury. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. e-Pub.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 16 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm#art21>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm>. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Pesquisa com Seres Humanos. Brasília, 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 12**. Informativo eletrônico. Brasília, 2015.

Disponível em: <
https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 1 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 03 jul. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infante-Juvenil--2005-.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: < https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio. Saber agir e prevenir**: Boletim epidemiológico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 30, 2017a.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, p. 77-101, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CESCON, Luciana França; CAPOZZOLO, Angela Aparecida; LIMA, Laura Camara. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 185-200, 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CICOGNA, Júlia Isabel Richter; HILLESHEIM, Danúbia; HALLAL, Ana Luiza de Lima Curi. **Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil**: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v68n1/1982-0208-jbpsiq-68-01-0001.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CLAUMANN, Gaia Salvador et al. Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 3-9, 2018.

CONTE, Marta et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, 2012.

COSTA, Nilson do Rosário et al. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, 2011.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

DA SILVA, Jaqueline Ferreira et al. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e180630, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180630>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

DA SILVA, Jaqueline Ferreira; CID, Maria Fernanda Barboza; MATSUKURA, Thelma Simões. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 6, p. 329-343, 2018.

DE CASTRO, Cristiane Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.

DE SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; JORGE, Maria Salete Bessa. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017201, 2019. Disponível em: < DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

DE SOUSA, Girliani Silva et al. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3099-30110, 2017.

DE SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, Sup. 3, e00019219, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35s3/1678-4464-csp-35-s3-e00019219.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. Tradução Monica Stahel. 1. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões. Adolescentes Inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infanto-juvenil. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 977-990, 2016.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; MOREIRA, Marcelo Rasga. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013.

FERREIRA, Geovana da Silva; FAJARDO, Ananyr Porto; DE MELLO, Eliana Dable. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, 2019.

FERREIRA, Micheli Leal et al. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 50-54, 2018.

FRANCK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnadel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2019512.pdf/>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 50-60, 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: < https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_prevencaosuicidio.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

GASTAL, Fábio Leite et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 119-129, 2007.

GLENN, Catherine et al. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Oxford, 2019. Disponível em: < doi:10.1111/jcpp.13106>. Acesso em: 15 abr. 2020.

GOLBERSTEIN, Ezra; WEN, Hefei; MILLER, Benjamin. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. **Journal of the American Medical Association Pediatrics**, v. 174, n. 9, p. 819-820, 2020. Disponível em: <doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1456>. Acesso em: 28 ago. 2020.

GONÇALVES, Cláudia Fabian Gomes et al. Atuação em rede no atendimento ao adolescente vítima de violência: desafios e possibilidades. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 976-983, 2015.

GORDON, Robert. An Operational Classification of Disease Prevention. **Public Health Reports**, v. 98, n. 2, p. 107-109, 1983.

GUNNELL, David et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, Issue 6, p. 468-471, 2020. Disponível em: < [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext)>. Acesso em: 28 ago. 2020.

HAWTON, Keith; SAUNDERS, E. A. Kate; O'CONNOR, Rory C. Self-harm and suicide in adolescents. **The Lancet**, v. 379, p. 2373-2382, 2012.

HECK, Rita Maria et al. Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 26-33, 2012.

HINDUJA, Sameer; PATCHIN, Justin. Bullying, cyberbullying and suicide. **Archives of Suicide Research**, v. 14, Issue 3, p. 206-221, 2010. Disponível em: < <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

HONKASALO, Marja-Liisa; TUOMINEN, Miira. **Culture, suicide, and the human condition**. Berghahn Books: Oxford, 2014.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística do registro civil 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2013/default.shtm>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

LEAL, Bruna Molina; DE ANTONI, Clarissa. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, v. 40, p. 87-101, 2013.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, 2019.

LIN, I-Hsuan et al. The association between suicidality and Internet addiction and activities in Taiwanese adolescents. **Comprehensive Psychiatry**, v. 55, n° 3, p. 504-510, 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.012>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

LOBOSQUE, Ana Marta. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 4590-4602, 2011.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, 2019.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 03 jul. 2020.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 06, p. 804-810, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MULLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v.

9, n. 2, p. 6-23, 2017. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v9n2/02.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

NOCK, K. Matthew et al. Suicide and Suicidal Behavior. **Epidemiologic Reviews**, Oxford, v. 30, p. 133-154, 2008.

O'BRIEN, Kimberly McManama et al. Why adolescents attempt suicide: a qualitative study of the transition from ideation to action. **Archives of Suicide Research**, v. 12, p. 1-18, 2019. Disponível em: <doi: 10.1080/13811118.2019.1675561>. Acesso em: 29 jun. 2020.

OBSERVATÓRIO DA REALIDADE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO VALE DO RIO DOS SINOS (OBSERVASINOS). Instituto Humanitas Unisinos (IHU). **8% dos suicídios entre jovens no estado do RS ocorreram no Vale dos Sinos**. São Leopoldo: IHU/ Observasinos, 2014. Disponível em: < <http://www.ihu.unisinos.br/observasinos/vale/seguranca/8-dos-suicidios-entre-jovens-no-estado-do-rs-ocorreram-no-vale-do-sinos>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

OBSERVATÓRIO DA REALIDADE E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO VALE DO RIO DOS SINOS (OBSERVASINOS). Instituto Humanitas Unisinos (IHU). **Região metropolitana registrou 25 casos de suicídio por mês em 2018**. São Leopoldo: IHU/ Observasinos, 2019. Disponível em: < <http://www.ihu.unisinos.br/observasinos/metropole/protecao-social/regiao-metropolitana-registrou-25-casos-de-suicidio-por-mes-em-2018>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pino de. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde**. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n11/1678-4464-csp-35-11-e00156119.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**. URSS, 1978. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, 2020. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PATEL, Vikram et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **The Lancet**, New York, v. 369, n. 9569, p. 1302-1313, 2007. Disponível em: <DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7>. Acesso em: 05 jul. 2020.

PAULON, Simone Mainieri; DE OLIVEIRA, Carmen Silveira; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (org.). **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018.

PINHO, Eurides Santos; SOUZA, Adrielle Cristina Silva; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 141-152, 2018.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2821-2834, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Boletim de vigilância epidemiológica de suicídio e tentativa de suicídio**. Centro Estadual de Vigilância em Saúde, v. 01, n. 01, 2018. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. **Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersectorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

ROSSI, Livia Martins et al. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, e00125018, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00125018/pt>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SADE, Rossana Maria Seabra. Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas. In: _____. **Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica,, p.15-18, 2014.

SILVA, Elisa Alves; COSTA, Ilene Izídio da. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. [online], v. 71, n. 2, p. 51-64, 2019. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v71n2/05.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SOUZA, Luciano Dias de Mattos et al. Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, Epub, 2010. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000011>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva; RONDINI, Carina Alexandra. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, e-pub, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006059> >. Acesso em: 30 jun. 2020.

TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e180617, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/interface.180617>>. Acesso em: 1 jul. 2020.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): Brasília, 2016.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1825-1834, 2009.

WASSERMAN, Danuta et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, v. 385, Issue 9977, p. 1536-1544, 2015. Disponível em: < doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)>. Acesso em: 02 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO Press, 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A enfermeira mestranda Camila Nied do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da UNISINOS, orientanda do Prof. José Roque Junges, está propondo um estudo sobre o cuidado e a prevenção ao suicídio de adolescentes. O objetivo da pesquisa consiste em analisar a assistência prestada pela Rede de Atenção psicossocial aos adolescentes com comportamento suicida.

O estudo poderá contribuir na qualificação das práticas desenvolvidas pelos profissionais do CAPS e pela Rede de Atenção à Saúde do município na prevenção do suicídio de adolescentes. Os possíveis riscos da pesquisa são mínimos ligados ao fato de o profissional sentir-se constrangido em expressar sua opinião sobre determinado aspecto. Se isso acontecer a entrevista será interrompida.

O seu nome foi escolhido, pois você atua no CAPS ou na rede de atenção na assistência de adolescentes com comportamento suicida. A sua assinatura neste termo significará que você está disposto(a) a participar da pesquisa por meio de uma entrevista que levará de quarenta e cinco minutos a uma hora. Sua participação deve ser voluntária e por isso sinta-se totalmente livre para aceitar ou não.

Se você participar, estão assegurados todos os esclarecimentos necessários sobre sua participação e o andamento da pesquisa. As informações que você dará na entrevista serão confidenciais, isto é, nunca será revelado quem deu essa informação, pois a identidade do seu nome será sempre sigilosa. Você poderá retirar-se da pesquisa, quando for da sua vontade sem nenhum problema.

Esse termo de consentimento será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra com a pesquisadora que o entrevistou.

_____, _____ de _____, de _____.

Nome do participante

Assinatura

Mestranda Camila Nied

Telefone: (51) 99596-4664

Pesquisadora Responsável

RELATÓRIO DE PESQUISA

RELATÓRIO DE PESQUISA

A escrita do relatório será realizada em primeira pessoa, para que o leitor se sinta dentro do diário de campo da pesquisadora a partir da narrativa.

Movimentos para entrada no campo

Em junho de 2020, em conversa sobre minha dissertação com a assistente social que atua no Hospital Sapiranga, ela forneceu o telefone da coordenadora do CAPS. Então, em meio a pandemia do coronavírus, enviei uma mensagem pelo WhatsApp para a coordenadora explicando um pouco quem eu era e sobre o objetivo do meu trabalho, salientando o interesse em entrevistar os profissionais do CAPS. Primeiramente, a resposta não foi positiva. A coordenadora me informou que isso seria difícil naquele momento, eu deveria esperar a “normalização da situação”. No mesmo dia, enviei também uma mensagem à coordenadora de Atenção Básica (AB) do município, a qual eu já tinha o contato, explicando as mesmas coisas, e não obtive nenhuma resposta.

Logo, após a defesa da banca de qualificação e aprovação do CEP em outubro de 2020, solicitei a ajuda de uma ex-colega de trabalho da secretaria de saúde para obter uma resposta da coordenadora de AB. A partir dessa “ponte” de comunicação, a coordenadora conversou comigo de maneira muito amigável, recordando da minha passagem como estagiária pela SMS, e me fornecendo apoio para a pesquisa e emissão da carta de anuência.

Após a carta de anuência, retomei a conversa com a coordenadora do CAPS e, por intermédio da assistente social do hospital e da coordenação da SMS, a mesma respondeu minhas mensagens e se tornou muito aberta para colaborar com a pesquisa. Então, enviei meu projeto para a coordenadora do CAPS e a mesma compartilhou com os profissionais do serviço. Ela também designou uma das psicólogas do serviço para ser minha referência durante a pesquisa e me indicou os profissionais que mais atuam no cuidado dos adolescentes para as entrevistas.

A entrada no campo

Posso dizer que a minha entrada e meu campo não poderiam ter sido melhores, contando que estamos em meio a uma pandemia e eu realizei uma pesquisa qualitativa de maneira presencial. Meu projeto inclusive conta com uma segunda opção para a realização das entrevistas, em formato online, mas esta opção não precisou ser utilizada.

Em contato com a coordenadora do CAPS, agendei uma primeira visita ao serviço em dezembro de 2020, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde em relação à transmissão do coronavírus. Reuni-me em uma sala no CAPS com os profissionais indicados pela coordenadora para eu convidar para as entrevistas e conversei com eles sobre a minha pesquisa. Todos receberam muito bem a ideia e gostaram do fato de uma enfermeira estar interessada na saúde mental do município, pois relataram que poucas pessoas da enfermagem querem trabalhar com saúde mental.

Ainda nesta reunião inicial, além de apresentar a pesquisa, fiz alguns comentários referentes a necessidade de notificar para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) as violências autoprovocadas e entre elas, as tentativas de suicídio e os suicídios. Comentei que com os dados das notificações, o município poderia, quem sabe, inscrever projetos nesta área para receber apoio do governo estadual ou federal. Falei sobre uma pesquisa rápida que realizei na base de dados do SINAN e que demonstrou uma grande subnotificação no município. Percebi que os profissionais ficaram tocados com este comentário. Terminei minhas colocações, os profissionais afirmaram o interesse em participar e então coletei os telefones para combinar por WhatsApp as entrevistas no CAPS.

As entrevistas no CAPS ocorreram entre 29/12/2020 e 20/01/2021, foram cinco dias de entrevistas, sendo que a última, com um dos assistentes sociais, foi de difícil marcação, pois o mesmo por diversas vezes precisou desmarcar para atender a demanda dos pacientes. Entrevistei seis profissionais:

- Três psicólogas;
- Dois assistentes sociais;
- Coordenadora do CAPS (técnica em enfermagem de formação).

No projeto estão especificadas as categorias profissionais que atuam no serviço em questão.

As entrevistas no CAPS

As entrevistas na pandemia ocorreram respeitando o distanciamento entre a pesquisadora e os profissionais entrevistados, ambos de máscara e dentro do consultório com as janelas abertas. Apesar de todos estes detalhes, a voz conseguiu ser captada com qualidade para a posterior transcrição. Acredito que o uso da máscara comprometeu a leitura de expressões faciais e da linguagem não verbal.

As entrevistas com as três psicólogas foram longas, chegando a aproximadamente 50 minutos. Ao mesmo tempo, foram entrevistas descontraídas e leves. As duas primeiras entrevistas iniciei com perguntas pré-estabelecidas, por exemplo: “como os adolescentes chegam ao CAPS, como acontece o acolhimento, quais ações de prevenção são realizadas no serviço, como acontece o matriciamento e articulação com a rede etc.”, para posteriormente aplicar perguntas em profundidade, conforme os temas iam surgindo nas falas. Já na terceira entrevista, dediquei-me a aprofundar questões e temas que surgiram nas entrevistas anteriores.

Durante as entrevistas com as psicólogas, percebi no discurso de duas delas uma resistência em relação às notificações compulsórias das violências autoprovocadas. Ambas relataram sentir medo de perder o vínculo com os adolescentes ao colher informações para preencher a notificação. Elas reconhecem a importância de notificar, mas colocam que seria antiético fazer a notificação sem comunicar o paciente.

A entrevista com a coordenadora do CAPS foi bastante rica. Ela conseguiu transmitir durante a entrevista a sua paixão pelo trabalho na saúde mental. Trabalhadora há 20 anos da saúde pública, diz que foi na saúde mental que ela se encontrou. Respondeu todas as perguntas abertamente, percebi que havia sinceridade em sua fala e que ela estava levando a sério a pesquisa. Ela relatou estar fazendo um movimento para intensificar as notificações compulsórias das violências autoprovocadas (falarei mais adiante sobre isso). Sua entrevista foi longa, ultrapassando os 50 minutos.

Nas entrevistas com os assistentes sociais emergiram pontos que até então não haviam aparecido nas falas dos outros profissionais, como por exemplo, a preocupação com o uso de álcool e drogas ilícitas pelos adolescentes. Apesar dessa questão em comum, os dois eram profissionais que atuavam de maneira diferentes dentro do CAPS. Uma entrevista teve a duração de uma hora e quinze minutos e a outra trinta minutos.

A entrevista mais longa no CAPS foi com o assistente social que foi responsável por uma ação de prevenção universal direcionada para a valorização da vida, realizada com adolescentes de escolas da rede estadual do município. Além de atuar no CAPS, o referido profissional também havia sido eleito vereador e começaria a atuar no mês final de janeiro, dividindo sua carga horária entre CAPS e câmara de vereadores. A entrevista com ele me forneceu detalhes deste projeto

realizado em 2019, que identificou um alto número de jovens com problemas em relação à: bullying, uso de álcool e drogas, automutilação, tentativas de suicídio, suicídio e depressão, o que gerou encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial do município. Além disso, este projeto de prevenção obteve reconhecimento significativo no município, inclusive sendo comentado em praticamente todas as entrevistas do meu trabalho de campo, tanto pelos profissionais do CAPS, quanto pelas enfermeiras na APS.

Alguns temas que surgiram nas entrevistas com os profissionais do CAPS elenquei como “pontos altos” para destacar no relatório: a) como os adolescentes chegam ao CAPS; b) como acontece o acolhimento no serviço; c) articulação do CAPS com a Rede de Atenção à Saúde e outros setores; d) o trabalho com a família e a relação desta com o sofrimento psíquico dos adolescentes; e) prevenção universal e seletiva do suicídio de adolescentes com comportamento suicida; f) trabalho de prevenção universal realizado em 2019 com adolescentes nas escolas; g) pandemia e a incerteza do que está por vir na saúde mental.

O diário de campo conta com observações valiosas e entendo que algumas devem ser compartilhadas neste relatório. Primeiro chamo a atenção para um primeiro impacto do meu trabalho no CAPS. Já na primeira entrevista, com uma das psicólogas, descobri que a coordenadora do CAPS havia solicitado para que a responsável pela vigilância epidemiológica fosse até o serviço explicar o preenchimento, sigilo e obrigatoriedade da ficha do SINAN de violência autoprovocada. Posteriormente, durante a entrevista com a coordenadora do CAPS, a mesma relatou que a pessoa responsável pelas notificações viria no mês de fevereiro fazer um trabalho e que esse contato foi motivado devido a minha pesquisa.

Outro ponto interessante do diário de campo que me ajudou a entender um pouco sobre a história da saúde mental no município, diz respeito à explicação de uma das psicólogas mais antigas e da coordenadora sobre a mudança de prédio do CAPS há cinco anos. Até 2015 o CAPS era localizado no “porão do prédio do Instituto Nacional do Seguro Nacional (INSS), no centro da cidade. Lá funcionavam CAPS e ambulatório de saúde mental. Logo, as profissionais relataram que o CAPS não conseguia assumir seu papel psicossocial no município e os profissionais e pacientes enfrentavam estrutura física precária e condições insalubres de atendimento, o que gerou um momento de conflito e inquietude com a gestão. Então, em 2015, a partir do relato dos profissionais à coordenação estadual de

saúde mental sobre as dificuldades encontradas para trabalhar, o município realizou a mudança do CAPS para o prédio atual.

Além do CAPS ser realocado para um prédio acolhedor, que aproximou o serviço dos usuários e facilitou o desenvolvimento do trabalho psicossocial, também foram implantados os ambulatórios de saúde mental em quatro bairros populosos do município. Assim, desde 2015, a Rede de Atenção Psicossocial foi reorganizada no município.

Importante destacar que enquanto eu aguardava os profissionais para as entrevistas, pude observar adolescentes na sala de espera aguardando consulta com o psiquiatra e adolescentes saindo dos consultórios das psicólogas após consultas. Observei dois que estavam acompanhados pela mãe, sendo que um deles se mostrava ansioso, mexendo suas mãos enquanto aguardava. Em outro dia, observei outro adolescente que estava acompanhado por uma mulher que parecia ser de algum serviço do município e não seu familiar, pois dizia à secretária do CAPS “este é o adolescente que eu falei que traria para a consulta com o psiquiatra, que eu liguei esses dias para marcar”.

Após concluir o campo no CAPS, em conversa com o orientador e coorientador e levando em consideração comentários da banca de qualificação, analisamos as entrevistas e concluímos a necessidade de realizar entrevistas com algumas enfermeiras da APS, a fim de ampliar o conhecimento sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Sendo assim, entrei novamente em contato com a coordenadora de APS do município e a mesma me indicou o nome de cinco enfermeiras de Estratégias de Saúde da Família (ESF) e suas unidades de atuação. Logo, comentei também com a coordenadora do CAPS que eu iria entrevistar na APS e a mesma me informou os telefones das unidades e se mostrou bastante aberta para me apresentar às enfermeiras, caso fosse necessário.

Ainda em relação às contribuições da banca de qualificação, na escrita do artigo modifiquei minha pergunta de pesquisa em relação ao projeto, colocando-a da seguinte maneira: a assistência prestada pelo CAPS e pela ESF a adolescentes com comportamento suicida engloba a prevenção do suicídio nos três níveis, *indicada seletiva* e *universal*? E o objetivo do trabalho foi modificado: analisar a assistência prestada aos adolescentes com comportamento suicida na RAPS de um município brasileiro, a partir do ponto de vista dos profissionais.

As entrevistas na APS

Após a conclusão das entrevistas no CAPS no final de janeiro, entrei em contato com as enfermeiras indicadas para agendar entrevistas para fevereiro. As entrevistas na APS ocorreram do dia 01/02/2021 até o dia 22/02/2021, sendo que neste período precisei esperar a última enfermeira entrevistada voltar de férias. Novamente, as entrevistas na modalidade presencial foram permitidas pela coordenação do município e pelas enfermeiras. Então, dirigi-me aos postos de saúde e entrevistei cinco enfermeiras de quatro ESF's (duas atuavam na mesma ESF, mas em áreas diferentes).

Uma das ESF's ficava no mesmo prédio que a UBS do bairro e essa UBS contava com atendimento de um psicólogo. Outras duas ESF's estavam em bairros que possuíam UBS com atendimento de psicólogos e psiquiatra. E apenas uma ESF estava em um bairro sem atendimento psicológico. No município, esse atendimento de saúde mental com psicologia e psiquiatria fora do CAPS é chamado de "ambulatório de saúde mental". São cinco ambulatórios, sendo que todos contam com atendimento psicológico e três possuem atendimento com médico psiquiatra.

No momento do contato telefônico com as enfermeiras para agendar as entrevistas eu dizia que o nome delas tinha sido indicado para participar do trabalho, explicava um pouco da pesquisa e comentava que já tinha entrevistado profissionais no CAPS. Apenas uma das enfermeiras mostrou alguma resistência à participação, questionando se eu tinha autorização para fazer a pesquisa. As outras receberam a proposta de maneira aberta. As cinco enfermeiras que eu contatei aceitaram a participação no primeiro telefonema.

Durante as entrevistas com as enfermeiras eu me sentia muito à vontade e percebia o sentimento recíproco. Por vezes elas comentavam "tu também és enfermeira, tu sabes" e isso nos aproximava. Algumas enfermeiras conseguiram aprofundar o assunto, fazer reflexões críticas sobre seu trabalho, sobre a rede e sobre os adolescentes, falando abertamente sobre sua opinião e sobre fatos. Outras não conseguiram se abrir tanto, fazendo com que eu percebesse que em certos momentos cuidavam o que estavam falando. As entrevistas das enfermeiras tiveram durações variadas, desde 33 minutos até uma hora e sete minutos.

Os "pontos altos" das entrevistas com as enfermeiras foram: a) como os adolescentes chegam até a ESF; b) a relação da ESF com a comunidade; c) a relação da ESF com a escola do bairro e o programa saúde na escola; d) sentimento de falta de capacitação para trabalhar com saúde mental; e) boa comunicação por telefone com o CAPS; e) relacionamento com a família dos adolescentes; f) agentes

de saúde e seu papel na identificação de adolescentes e famílias em sofrimento psíquico; g) exemplos de casos envolvendo adolescentes do território; h) “matriciamento” realizado por telefone com o CAPS.

Em relação ao diário de campo, destaco uma anotação: eu estava sentada na sala de espera de uma das ESF's, aguardando para entrevistar a próxima enfermeira (na ESF em que eu entrevistei duas enfermeiras de áreas diferentes) e observei duas mulheres ao meu lado conversando. Uma delas jovem e a outra de mais idade, aparentemente desconhecidas, apenas conversavam naquele momento. A mulher jovem tinha ido a ESF pegar a receita de um medicamento e estava se queixando que seu filho adolescente havia tentado se matar novamente e comenta que ele se machuca muito. Tomo a liberdade de perguntar a ela “você já tentou encaminhar seu filho para acompanhamento no CAPS?” ela respondeu que sim, mas que o CAPS havia se negado a atender o filho dela, pois não atendia adolescentes. Insisto com a afirmação de que ela deveria procurar o CAPS, mas ela continua se queixando da situação do filho. Em seguida entro para a entrevista e comento a situação com a enfermeira. A mesma diz que o filho da mulher tem 14 anos e tenta suicídio desde os nove anos, apresentando momentos de melhora e piora. Ainda coloca que toda a família sofre de transtornos mentais, a mãe, o filho e o tio, e que são resistentes aos tratamentos.

Também é importante comentar que os profissionais de ambos os campos, CAPS e APS, salientaram que o município possui um sistema eletrônico e integrado de prontuários. Logo, os profissionais de diferentes pontos da rede conseguem ver o prontuário completo do paciente, o que, na opinião delas, facilita o trabalho em rede. Ademais, com a pandemia os encontros presenciais para discussão de casos (que ocorriam esporadicamente com a presença da coordenadora do CAPS e um assistente social nas unidades, mas não na forma de matriciamento com o CAPS) e as reuniões de rede ficaram proibidas de acontecer, então o prontuário eletrônico se tornou uma ferramenta de consulta sobre o caso e o andamento do paciente na rede.

Em relação a isso, uma observação importante de meu diário de campo diz respeito a um momento pontual de uma das entrevistas. A entrevista já estava se encaminhando para o final, quando o telefone de umas das enfermeiras tocou. Ela atendeu e era a coordenadora do CAPS que havia ligado para conversar sobre um caso. Percebo que a enfermeira estava consultando o nome do paciente para acessar o prontuário no sistema do município para que as duas prosseguissem com

a conversa. Percebi que estava presenciando pelo menos o início de uma discussão/articulação da rede entre CAPS e APS em relação a um caso de saúde mental. No meio da ligação, pedi para que a enfermeira dissesse à coordenadora: “fala que a Camila está aqui entrevistando e mandou um oi”. Amigavelmente, a coordenadora do CAPS retribuiu meu “oi”. Neste momento me despedi, feliz, da enfermeira, sentindo o carinho de uma entrevistada tão importante do CAPS e o sentimento de “dever cumprido”, no sentido de deixar uma marca com meu trabalho de campo.

Por fim, os profissionais entrevistados destacaram o interesse em conhecer os resultados do meu trabalho quando ele estiver concluído. Afirmei que após a defesa da dissertação eu iria devolver para eles o artigo e me coloquei a disposição de construir mais trabalhos sobre a temática no município. Também destaco a confiança da coordenadora de APS do município e seu entusiasmo em ter alguém olhando para a saúde mental da cidade e em especial, para a questão do suicídio.

As transcrições das entrevistas com as enfermeiras e com os profissionais do CAPS foram concluídas no início do mês de março de 2021, com a ajuda de uma bolsista de iniciação científica acadêmica do curso de enfermagem. Foram horas de transcrição, chegando a um total de 11 entrevistas para análise, além das anotações em diário de campo que foram riquíssimas para completar o trabalho.

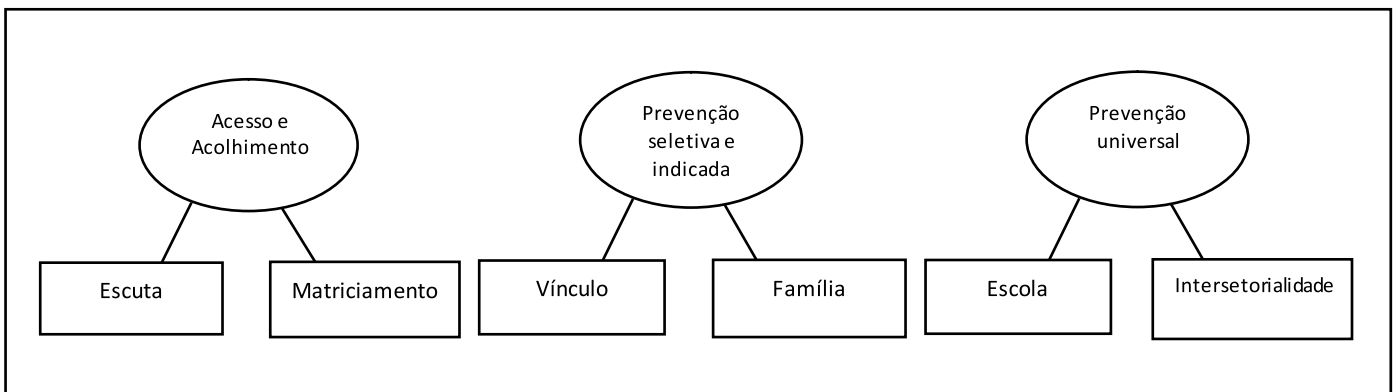
Análise das entrevistas

Diante das transcrições prontas pude dar início à análise das entrevistas. Conforme exposto no projeto, foram submetidas a análise temática proposta por Braun e Clarke (2006) que consiste em seis passos: a) familiarização com os dados; b) geração de códigos iniciais; c) busca por temas; d) revisão dos temas; e) definição e nomeação dos temas; f) produção do relatório.

Considero que o primeiro momento de análise foi durante a transcrição, a qual permitiu que eu me familiarizasse com as informações. Logo, fiz a leitura e releitura das entrevistas, já identificando padrões e possíveis códigos. Precisei imprimir as entrevistas para conseguir sublinhar, circular e fazer anotações ao longo dos textos. Comecei lendo primeiro todas as entrevistas do CAPS e depois parti para as entrevistas com as enfermeiras. Ao meu lado, deixava uma folha com o problema, objetivo geral e objetivos específicos, para conseguir tê-los presentes durante a leitura.

Após inúmeras leituras, elenquei alguns códigos e extratos (pedaços de falas) que eu poderia utilizar posteriormente no artigo e que representavam os códigos. Após análise dos códigos, foram definidos três grandes temas: acesso e acolhimento, prevenção seletiva e indicada, e prevenção universal. Estes temas foram selecionados para serem três títulos na sessão resultados. Dentro do texto de cada tema, é possível identificar subtemas e extratos que representam os temas e subtemas que são apresentados.

Figura 1 – Mapa temático:



Fonte: elaborado pela autora.

A partir de reuniões com o orientador e com o coorientador, entendeu-se que na sessão de “discussão” os temas e subtemas deveriam ser discutidos de maneira analítica foram: intersectorialidade, escola e família e sua relação com a prevenção do suicídio; e a compreensão da adolescência. Logo, a discussão do artigo tenta responder à pergunta de pesquisa: “A assistência prestada pelo CAPS a adolescentes com comportamento suicida engloba a prevenção do suicídio desta população?” entendendo que, para o sucesso da prevenção universal, seletiva e indicada do suicídio nas políticas públicas de saúde mental, é fundamental que se explore a relação entre os espaços que subjetivam o adolescente e que se compreenda quem é o sujeito adolescente.

ARTIGO CIENTÍFICO

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

PREVENTION OF SUICIDE IN ADOLESCENTS FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK PROFESSIONALS

Resumo: A prevenção do suicídio entre os adolescentes é um desafio para os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dado o aumento no número de suicídios nos últimos anos e a complexidade do tema. O objetivo do artigo é analisar a assistência prestada aos adolescentes com comportamento suicida na RAPS de um município do sul do Brasil, a partir do ponto de vista dos profissionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória que utilizou como ferramenta analítica a análise temática. Foram entrevistados em profundidade onze profissionais da RAPS que atuam na assistência a adolescentes. Os resultados demonstraram três temas: acesso e acolhimento; prevenção seletiva e indicada; prevenção universal. Os profissionais apresentaram dificuldade de reconhecer a assistência e o cuidado prestados aos adolescentes na RAPS como estratégias de prevenção seletiva e/ou indicada, as quais baseiam-se na escuta, acolhimento, matriciamento e estabelecimento de vínculo com o adolescente e a família. Reconhecem como prevenção as ações universais, realizadas de maneira intersetorial, principalmente na escola. Porém, relatam dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais dentro da rede que assiste os adolescentes no município. O estudo conclui que é necessário investir na capacitação dos profissionais dos setores que assistem os adolescentes e suas famílias, abordando a adolescência e sua complexidade, para a prevenção e identificação de sujeitos expostos a riscos psicossociais, a fim de evitar o desencadeamento de situações mais graves, como comportamento suicida.

Palavras-chave: Adolescentes. Suicídio. Assistência à Saúde Mental.

Abstract: The prevention of suicide among adolescents is a challenge for professionals in the Psychosocial Care Network (PCN), given the increase in the number of suicides in recent years and the complexity of the topic. The aim of the article is to analyze the assistance provided to adolescents with suicidal behavior in PCN in a town in southern Brazil, from the point of view of professionals. This is an

exploratory qualitative research that used thematic analysis as an analytical tool. Eleven PCN professionals who work in the care of adolescents were interviewed in depth. The results demonstrated three themes: access and reception; selective and indicated prevention; universal prevention. Professionals found it difficult to recognize the assistance and care provided to adolescents in PCN as selective and/or indicated prevention strategies, which are based on listening, welcoming, matrix support and establishing a bond with the adolescent and their family. They recognize universal actions as prevention, carried out in an intersectoral manner, especially in schools. However, they report difficulties in developing intersectorial actions within the network that assists adolescents in the town. The study concludes that it is necessary to invest in the training of professionals in the sectors that care for adolescents and their families, addressing adolescence and its complexity, for the prevention and identification of subjects exposed to psychosocial risks, in order to avoid the triggering of more serious situations, as suicidal behavior.

Keywords: Adolescents. Suicide. Mental Health Care.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é reconhecido como um problema de saúde pública e fenômeno multifatorial que resulta da interação de diversas questões inerentes à vida, como fatores sociais, econômicos, genéticos, culturais, biológicos e ambientais (CESCON; CAPOZOLLO; LIMA, 2018). Para a Organização Mundial de saúde, o *suicídio* consiste no ato deliberado que possui a intenção de terminar com a própria vida; já a *tentativa de suicídio* diz respeito a todo o comportamento suicida que não causa morte. Desse modo, um *comportamento suicida* envolve uma diversidade de comportamentos que incluem desde pensar no suicídio (ideação suicida), planejar o suicídio, até a tentativa e/ou o suicídio propriamente dito (WHO, 2014).

Já a *crise suicida*, segundo Botega (2015) pode ser desencadeada pela exacerbação de uma doença mental existente ou por uma situação de turbulência emocional, a qual pode ser vivenciada como um colapso existencial, podendo levar a uma dor psíquica intolerável. A situação pode então levar ao desejo de cessar a dor psíquica através do interrompimento da vida.

Acredita-se que haja uma grande subnotificação do suicídio e das tentativas de suicídio no mundo todo, e que para cada suicídio existam 10 a 20 tentativas de suicídio (MARCOLAN; SILVA, 2019; WHO, 2014). A cada ano morrem 800 mil

peças por suicídio e esta é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 e 29 anos no mundo (WHO, 2014). Em relação ao fenômeno entre crianças e adolescentes, estudo brasileiro avaliou a tendência de mortalidade por suicídio entre 2000 e 2015 na faixa etária de 10 a 19 anos, demonstrou tendência de aumento no número de óbitos por suicídio nesta população e a região Sul ficou em segundo lugar no número de suicídios (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019).

Estudos indicam que os adolescentes apresentam maior vulnerabilidade para apresentar sofrimento psíquico, como depressão, transtornos comportamentais, suicídio, abuso de drogas, entre outros (BENETTI et al., 2007; WHO, 2014). Têm-se indicado que grande parte dos adultos com sofrimento psíquico já apresentava na adolescência os primeiros sinais (PATEL et al. 2007). Além disso, os jovens são mais vulneráveis à mortalidade por causas externas e violentas (IBGE, 2013).

A literatura traz diversos fatores de risco que podem estar envolvidos no suicídio de adolescentes e que merecem atenção dos programas de prevenção, tais como: baixo nível econômico, orientação sexual, baixo desempenho escolar; separação ou divórcio dos pais, morte dos pais, experiências adversas na infância, pais com transtornos mentais, história familiar de comportamento suicida; presença de transtorno mental prévio (ansiedade, depressão, hiperatividade, déficit de atenção, esquizofrenia, transtorno de humor bipolar e certos transtornos de personalidade), uso de álcool e drogas (HAWTON; SAUNDERS; O'CONNOR, 2012; SOUZA, et al., 2010; O'BRIEN et al., 2019), situações de bullying e/ou cyberbullying (HINDUJA; PATCHIN, 2010).

Nesse sentido, identificar adolescentes em risco é fundamental para o estabelecimento de ações de enfrentamento e prevenção do suicídio. Bertolote (2012) e Botega (2015) destacam que estratégias de prevenção do suicídio devem ser desenvolvidas a partir da perspectiva de Gordon (1983) direcionadas a: 1) *prevenção universal*, destinada a toda a população com o objetivo de impedir o desenvolvimento de certo comportamento; 2) *prevenção seletiva*, destinada a populações ou indivíduos que apresentam risco leve de um comportamento e objetiva diminuir os fatores de risco que possam contribuir para o seu desenvolvimento; 3) *prevenção indicada*, que possui como alvo pessoas que já iniciaram um comportamento suicida e tem alto risco de se suicidar (BERTOLOTE, 2012; BOTEAGA, 2015).

Para entender como a prevenção acontece nestes níveis no cenário das políticas públicas de saúde mental no Brasil, é necessário compreender que a

assistência à saúde mental está organizada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual é composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, Residenciais Terapêuticos e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS atua como serviço de base territorial destinado a acolher e prestar assistência integral a transtornos mentais severos, através de diferentes modalidades de assistência e Projetos Terapêuticos Singulares, desempenhados por equipe multiprofissional (BRASIL, 2002). Ademais, APS, com destaque à Estratégia de Saúde da Família (ESF), também constitui a RAPS como ordenadora do cuidado em saúde mental, partilhando responsabilidades com o CAPS, a fim de prezar pela cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos de saúde mental nos territórios (MENDES, 2011; BRASIL, 2011), sendo indispensável a atuação da APS na prevenção e cuidado aos transtornos mentais.

Atentando-se para a assistência ao suicídio neste cenário, este consiste em uma demanda complexa de saúde mental que chega até o CAPS e outros serviços da rede. Mesmo diante de iniciativas do Ministério da Saúde como a criação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio em 2006 e a recente Política Nacional para a Prevenção da Automutilação e do Suicídio de 2019, a assistência ao suicídio e a sua prevenção são tarefas desafiadoras para as equipes de saúde da RAPS que acolhem casos de tentativas de suicídio (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017), principalmente em situações que envolvem adolescentes (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Nesse contexto, o CAPS possui a posição de articulador de apoio matricial/matriciamento, a qual consiste em intervenção pedagógico-terapêutica que propicia a construção de um cuidado compartilhado dentro dos territórios para os casos transtornos mentais e sofrimento psíquico, importante estratégia ordenadora na RAPS. Logo, o estabelecimento desta relação, principalmente entre CAPS e APS, permite que as equipes de atenção primária qualifiquem sua atuação frente a saúde mental dentro do território para a identificação de sinais de comportamento suicida (CHIAVERINI, 2011) e para o desenvolvimento de ações de prevenção universal, seletiva e indicada. Porém, estudos qualitativos realizados com profissionais de saúde de diferentes pontos da RAPS demonstraram a presença de dificuldades em relação ao cuidado, ações intersetoriais e prevenção do suicídio (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017; FERREIRA et al., 2018; VIDAL; GONTIJO, 2013; FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019).

Considerando-se a fase da adolescência como a de interesse desta pesquisa, definida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como a fase que abrange as idades entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990), evidenciou-se que estudos comprometidos em investigar a assistência à saúde deste público e a prevenção de violências nesta fase, contribuem para superar a falta de reconhecimento dos adolescentes como sujeitos providos de direitos e em desenvolvimento biopsicossocial (GONÇALVES et al., 2015), além de sua invisibilidade em políticas públicas de saúde mental (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Diante do exposto, a pergunta norteadora para este estudo foi: a assistência prestada pelo CAPS e pela ESF a adolescentes com comportamento suicida engloba a prevenção do suicídio nos três níveis, *indicada seletiva e universal*? Assim, o objetivo do presente artigo consiste em analisar a assistência prestada aos adolescentes com comportamento suicida na RAPS de um município brasileiro, a partir do ponto de vista dos profissionais.

2 METODOLOGIA

O presente artigo se baseia em pesquisa empírica qualitativa exploratória, e utiliza como ferramenta analítica a análise temática. Segundo Minayo (2014), a abordagem qualitativa em pesquisas permite a geração de informações sobre o comportamento interno de atores, grupos e instituições, considerando seus valores, história, cultura, relações, movimentos sociais e processos envolvendo políticas públicas e sociais.

A pesquisa foi realizada em um município da região do Vale do Sinos, área metropolitana de Porto Alegre/RS. A região do Vale do Rio dos Sinos apresentou em 2016 uma taxa de 11,7 suicídios por 100 mil hab., número superior à taxa nacional no mesmo ano (6,5). Em relação às tentativas de suicídio para o mesmo ano, a região apresentou uma taxa de 7,3 por 100 mil hab. (RIO GRANDE DO SUL, 2018). Em 2018 a taxa subiu para 9,2 óbitos por suicídio no Vale do Rio dos Sinos (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020).

A RAPS do município de estudo é composta por um CAPS, sete equipes de Estratégias de Saúde da Família, oito Unidades Básicas de Saúde, das quais cinco contam com ambulatório de saúde mental composto por psiquiatra e psicólogo, uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e um hospital geral com leitos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para internações psiquiátricas. O universo empírico do estudo foi

composto por profissionais do CAPS da cidade e de cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família, como interlocutores para a produção de dados. O referido CAPS está estruturado na modalidade II¹ e é o único da cidade. A equipe é formada por um psiquiatra, cinco psicólogas (sendo duas especializadas em atendimento infantil), dois assistentes sociais, um terapeuta ocupacional, e duas técnicas em enfermagem (sendo uma delas a coordenadora do serviço).

Os participantes do estudo foram onze pessoas: seis profissionais do CAPS, dos quais dois assistentes sociais (A.Social1 e A.Social2), três psicólogas (Psico1, Psico2 e Psico3) e a coordenadora do serviço (Coord.); e cinco enfermeiras (Enf1, Enf2, Enf3, Enf4 e Enf5) que atuam em equipes de Estratégias de Saúde da Família. Os profissionais entrevistados foram indicados pela coordenadora do CAPS, respeitando os critérios de inclusão: priorizar que pelo menos um profissional de cada categoria que atuam na equipe multiprofissional do CAPS fosse convidado a participar do estudo; atuação no atendimento de adolescentes ou experiência com este público na RAPS.

Os dados foram produzidos através de entrevistas em profundidade e registros em diário de campo. Optou-se por entrevista em profundidade, pois ela valoriza o estabelecimento de uma relação entre pesquisador e pesquisado permitindo que o interlocutor expresse seu ponto de vista singular sobre o tema em questão (BEAUD; WEBER, 2007). O período de produção dos dados ocorreu entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021. As entrevistas foram realizadas na modalidade presencial, respeitando as recomendações do Ministério da Saúde sobre as medidas para evitar a disseminação do Coronavírus. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Para a interpretação e análise dos dados, o estudo conduziu a análise temática, tal qual proposta por Braun e Clarke (p. 79, 2006 – tradução minha), para quem “a análise temática é um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro de um conjunto de dados. Para os autores, ainda (p. 82, 2006 – tradução minha), “um tema capta algo importante sobre os dados em relação à questão de pesquisa, e representa algum nível de resposta ou significado padronizado dentro do conjunto de dados”.

¹ O CAPS II possui capacidade operacional para prestar assistência em municípios com população entre 70mil e 200mil hab., funcionando das 08h00min às 18h00min (BRASIL, 2002).

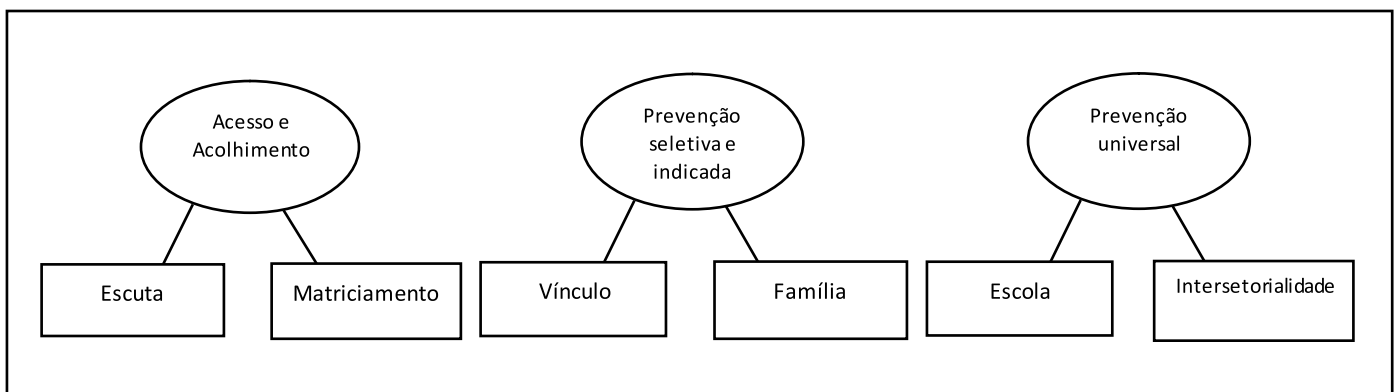
Então, para a realização da análise temática foram seguidos seis passos: familiarização com os dados; geração de códigos iniciais; busca de temas; revisão dos temas; definição e nomeação dos temas; e produção dos relatórios de resultados e discussão (BRAUN; CLARKE, 2006). Após a análise de códigos que foram sendo elencados durante a leitura das entrevistas, à luz do problema de pesquisa, base teórica e objetivo do trabalho, foram definidos três grandes temas para os quais as falas dos profissionais convergiam: acesso e acolhimento, prevenção seletiva e indicada, e prevenção universal. Estes temas foram selecionados para representarem três títulos na sessão resultados. Dentro do texto de cada tema, é possível identificar subtemas, além de extratos que representam os resultados apresentados.

Todos os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e recebeu anuência do município no qual a pesquisa foi desenvolvida.

3 RESULTADOS

Os temas e subtemas definidos após a análise temática das entrevistas que guiaram a escrita dos resultados estão representados no mapa temático:

Figura 1 – Mapa temático:



Fonte: elaborado pela autora.

3.4 Acesso e acolhimento

As falas dos profissionais revelaram que os adolescentes com comportamento suicida acessam² a RAPS por diferentes vias, dentre elas, destaca-se a demanda espontânea do adolescente, da família, escola e Conselho Tutelar. A

² Acesso é descrito como “a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos.” (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 260).

escola por vezes identifica o adolescente que está quieto, isolado, com sinais de automutilação ou manifestando ideação suicida e faz contato com a ESF do território ou com o CAPS: *“A demanda maior, a impressão que eu tenho é através das escolas, a escola identifica a necessidade do atendimento e/ou faz contato direto conosco pedindo uma orientação de como encaminhar esse jovem.”* (Psico1)

Importante destacar que a pandemia de Covid-19 apareceu como uma preocupação em relação à proximidade e comunicação das escolas com a RAPS. As falas dos profissionais revelaram que no ano de 2020 o acesso aos serviços de saúde por intermédio das escolas ficou prejudicado.

Além disso, alguns profissionais relataram que, em número menor, os adolescentes acessam a RAPS por demanda espontânea e, na maior parte das vezes, os membros da família, principalmente os pais, percebem mudanças de comportamento do adolescente e procuram ajuda e orientação nos serviços de saúde ou de assistência social próximos a eles, como a ESF, o CAPS ou Conselho Tutelar. Logo, estes serviços realizam um primeiro acolhimento, uma primeira escuta do adolescente e da família, e entram em contato com o CAPS para direcionar os casos.

Em relação a ESF, três enfermeiras concordam que os adolescentes com comportamento suicida também acessam a RAPS por meio da identificação feita pelos agentes de saúde. Todas concordam que situações como: sofrimento, ansiedade, isolamento social, automutilação, ideação suicida entre outros, também podem ser percebidas durante as consultas de enfermagem ou médicas. Diante dessas situações, enfermeiros e médicos realizam o acolhimento do adolescente e discutem a necessidade de contatar o CAPS para encaminhar o adolescente ou, diante de casos de alto risco para suicídio, o jovem pode ser direcionado à assistência hospitalar ou à consulta psicoterápica e psiquiátrica o quanto antes.

“Eu sempre tento fazer todo matriciamento, toda a entrevista com eles, o acolhimento que eu faço aqui é igual ao do CAPS, então eu faço toda essa parte de escuta, daí quando eles chegam lá no CAPS, tem casos mais críticos que eu já mando toda a evolução pronta para o CAPS para que eles passem direto para o psicólogo ou psiquiatra.”
(Enf3)

As entrevistas também revelaram que, mesmo antes da pandemia de Covid-19, que limitou encontros presenciais para a realização de matriciamento, esta prática já era frágil no município. O matriciamento era realizado através de ida

periódica da coordenadora do CAPS e de uma assistente social até as ESF: “*A gente não tem essa equipe formada que é o matriciamento, mas a gente faz [...]*” (Coord.). Atualmente, a comunicação, discussão de casos, orientações e encaminhamentos são realizadas exclusivamente por telefone, de maneira ágil, com a troca de informações e marcações de consultas rápidas entre os serviços. Porém, alguns profissionais entrevistados concordam que faltam ações de educação continuada por parte do CAPS em relação à ESF.

Estudo realizado por Ferreira, Fajardo e Mello (2019) na cidade de Porto Alegre-RS, que objetivou conhecer como os profissionais de uma ESF lidam com os casos de suicídio, revelou ser frágil o apoio da RAPS para o atendimento dos casos de suicídio, culminando em um sentimento de falta de capacitação dos profissionais da APS para se responsabilizar pelos casos. Este fato gera nos profissionais dúvidas sobre o correto manejo dos pacientes com comportamento suicida, culminando em uma terapêutica focada apenas na medicalização dos casos e no atendimento psiquiátrico. Sobre o matriciamento, a ESF do estudo tinha acesso a este tipo de cuidado vinculado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), porém lidavam com a demora dos atendimentos no serviço especializado, fato que consideravam como negativo para a resolutividade dos casos e, na opinião dos entrevistados, acabava expondo os indivíduos com comportamento suicida a maior risco de suicídio (FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019).

Na cidade do presente estudo, apesar da agilidade para a marcação de consultas no serviço especializado nos casos de adolescentes com comportamento suicida, o frágil matriciamento impacta no cuidado longitudinal realizado na ESF, como relatam as enfermeiras: “*Eu sinto muita falta desse trabalho mais perto do CAPS, do matriciamento, da interconsulta.*” (Enf3), “*Se a gente tivesse o matriciamento, eu pelo menos poderia muito tranquilamente fazer essa consulta de enfermagem semanal.*” (Enf4). Logo, o frágil matriciamento pode estar relacionado às dificuldades que os profissionais da APS enfrentam para trabalhar além da lógica dos encaminhamentos ao serviço especializado (CAMPOS; DOMITTI, 2007), o que acontece na maioria das vezes após o acolhimento dos adolescentes na ESF.

Em relação ao processo de acolhimento no CAPS, as entrevistas revelaram que para os profissionais do serviço o acolhimento é um momento de primeiro contato, onde é realizado a escuta do adolescente, e se for necessário também da família, para captar detalhes da situação, a fim de compreender o que está acontecendo e qual risco de suicídio o adolescente apresenta: “*Vai ser feito uma*

primeira escuta da situação e aí passado o caso para a equipe vai se montar um plano terapêutico para este jovem. Situações de maior risco tem início do atendimento imediato.” (Psico1). Após o acolhimento os profissionais do CAPS constroem em equipe o *plano terapêutico* do adolescente dentro do serviço. O plano terapêutico neste caso, equivale a Projeto Terapêutico Singular, que consiste em um conjunto de propostas terapêuticas que são construídas por uma equipe multiprofissional. Pode ser elaborado para uma pessoa, família ou grupo, com o objetivo de promover a integralidade e equidade do cuidado (BAPTISTA et al., 2020).

As entrevistas revelaram que a escuta dos adolescentes foi associada a uma ação de cuidado, a qual perpassa pelo vínculo na construção do plano terapêutico do adolescente com comportamento suicida: *“Poder escutar mais, acho que a questão passa pela escuta, entendendo a escuta como um cuidado.”* (Psico1); *“[...] primeiro ouvindo, acolhendo, trazendo eles pro nosso lado, aquela escuta sem julgamento [...]”* (A.Social2). Nesse sentido, Rossi et al. (2019) consideram a hipótese de que a escuta qualificada, atenta às necessidades do adolescente em crise, é tida pelos adolescentes como um apoio significativo e organizador, permitindo relações propícias aos relatos acerca dos sentimentos e angústias experimentados nos momentos mais críticos, aproximando para a ressignificação da crise, bem como para a criação conjunta de um plano terapêutico a ser implementado daquele momento em diante.

Portanto, o acolhimento aparece nos serviços da RAPS como uma estratégia de intervenção que valoriza a escuta e a construção de uma relação que será a base para o vínculo entre profissional de saúde e adolescente (BRASIL, 2004), sendo uma atividade importante para o início do plano terapêutico nos casos de comportamento suicida. Dessa maneira, entende-se que o plano terapêutico deva ser baseado no cuidado integral e longitudinal (AMARANTE; NUNES, 2018), tendo como objetivo a prevenção da morte do adolescente por suicídio.

3.2 Prevenção seletiva e indicada

As falas revelaram que quando os adolescentes acessam os serviços de saúde para demandas de saúde mental, tanto o especializado como as ESF's, é comum que já estejam com comportamento suicida ou sofrimento psíquico instalados, através de tentativas de suicídio anteriores, ideação suicida, sintomas de depressão, automutilação, ansiedade, uso de drogas ou álcool. Além disso, três

enfermeiras relataram que questões de saúde mental como automutilação e depressão, já surgiram durante consultas clínicas, como por exemplo as ginecológicas. Esse achado revela a baixa adesão dos adolescentes em relação a ações de promoção e prevenção de saúde mental, o que de acordo com Da Silva et al. (2019) leva a inferir que os motivos pelos quais os adolescentes procuram a ESF estão mais relacionados às ofertas de atendimento que o serviço dispões do que às reais necessidades de saúde dos adolescentes.

“Acontece bastante de os jovens virem procurar em questão de ansiedade, depressão, mas eles já procuram nós em um estágio bem extremo, quando eles já tentaram uma ou duas vezes o suicídio com medicação ou com tirar a própria vida, ou eles choram muito [...]”
(Enf2)

No caso dos adolescentes que já chegam no serviço manifestando sofrimento psíquico, de acordo com Bertolote (2012) o cuidado destes adolescentes deve considerar a prevenção seletiva, através da identificação e redução de fatores de risco para o suicídio. Já ações de prevenção indicada devem ser iniciadas para aqueles que chegam ao serviço com o comportamento suicida em andamento, ou seja, após tentativa de suicídio recente ou ideação suicida ou plano suicida traçado, através do estabelecimento de seguimento terapêutico e psicossocial frequente.

As entrevistas revelaram que os profissionais da RAPS executam ações de prevenção seletiva para adolescentes que manifestam transtornos mentais, através de acolhimento, atendimento psicoterápico e psiquiátrico, uso de medicação e busca ativa de adolescentes que evadem do tratamento; e ações de prevenção indicada, como encaminhar o adolescente imediatamente para a assistência Hospitalar diante de tentativa ou plano suicida. Porém, quando questionados sobre “como fazem a prevenção do suicídio?”, a maioria dos profissionais do CAPS e das ESF associou a palavra “prevenção” às ações universais, como as realizadas nas escolas e na comunidade. A fala de uma das psicólogas dos CAPS ilustra a dificuldade de compreender a prevenção, pois ao mesmo tempo que os profissionais não reconhecem seu trabalho como uma atividade de prevenção, também entendem que ele está envolvido na prevenção do suicídio: *“A gente hoje não tem um trabalho de prevenção, a prevenção é o próprio atendimento.”* (Psico2).

Sendo assim, o plano terapêutico vai sendo construído nos encontros com os profissionais da RAPS através de atendimento individual, acolhimento, escuta e vínculo, considerando a patologia, o comportamento, o sofrimento e o risco que o

adolescente apresenta para o suicídio. De acordo com Fernandes e Matsukura (2016) desenvolver ações que valorizam as relações, como espaços de convivência, escuta, grupos com assuntos que interessam à faixa etária, atividades esportivas, oficinas, intervenções externas em locais públicos do município, entre outras, favorecem trocas afetivas entre os adolescentes, fortalecendo suas redes sociais.

Porém, no período de realização do campo, além do acolhimento e do atendimento individual de psicoterapia e consultas psiquiátricas, no momento das entrevistas o CAPS não estavam realizando outras estratégias de cuidado, como grupos ou oficinas para adolescentes com comportamento suicida. Mesmo antes da pandemia, que limitou estas atividades, os profissionais encontravam dificuldades para adesão dos adolescentes a grupos terapêuticos. Nas ESF's também não aconteciam grupos de adolescentes. As falas revelaram que alguns profissionais associam essa dificuldade à “*coisa de adolescente*” e timidez em expor suas vidas à outras pessoas.

Em relação ao vínculo, os profissionais o consideram frágil e de difícil construção com os adolescentes que acessam o CAPS e a ESF. Além do vínculo com o adolescente, o vínculo e a relação com a família também são apontados como elementos importantes para o cuidado e prevenção seletiva e indicada do suicídio.

“[...] pensando em termos de prognóstico, aquele jovem que conseguiu, fez a tentativa de suicídio, foi para o hospital, veio para cá, vinculou, a família de uma certa forma vinculou, [...] a chance, o risco de reincidência, eu não tive na minha experiência algum caso que eu acompanhei que tivesse tido [...] Ele foi ouvido, ele foi visto, ele foi olhado e esse registro fica.” (Psico1)

De maneira geral, a família foi reconhecida pelos profissionais da RAPS como fundamental para o cuidado longitudinal e para a prevenção do suicídio, principalmente quando o adolescente está apresentando maior risco de suicídio. Cescon, Capazzolo e Lima (2018), Heck et al. (2012) e Muller, Pereira e Zanon (2017) também evidenciaram que os profissionais do CAPS se empenham para estabelecer contato com pessoas próximas a quem tenta suicídio, entendendo que familiares, companheiros e amigos podem acompanhar de perto este sujeito, prevenindo seu suicídio junto com o serviço de saúde mental.

“[...] às vezes a família não tem nem consciência do que está acontecendo, e até para a família ser uma forma de proteção, ajudar,

cuidar [...] a gente passa alguns cuidados assim como não deixar medicação com os adolescentes, botar num lugar onde eles não tenham acesso, que alguém da família dê nos horários que tem que ser dado.” (Psico3)

Logo, os profissionais envolvem a família em estratégias de prevenção indicada, como auxiliar na retirada dos meios de suicídio da residência e observação contínua do adolescente, e em estratégias de prevenção seletiva, através do tratamento psicoterápico e psiquiátrico de familiares, visando o atingir positivamente o relacionamento familiar do adolescente (BERTOLOTE, 2012).

Além disso, o não envolvimento da família no cuidado e prevenção, pode resultar no insucesso do plano terapêutico, como representado na fala: *“Quando acontece a evasão a gente acaba percebendo que os familiares não dão muita importância, não pedem para remarcar, não vem aqui e acaba que o adolescente abandona o tratamento.”* (Psico3). Por outro lado, alguns profissionais também citaram situações como o *“convívio familiar”*, a *“disfuncionalidade da família”*, a *“cultura de negação”* da situação, a invisibilidade do sofrimento do adolescente, entre outras colocações neste sentido, como fatores de risco que podem estar envolvidos no comportamento suicida.

Em relação a este achado, Fernandes e Matsukura (2016) ao identificar o dia-dia de adolescentes em sofrimento psíquico em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) concordam que a presença de rupturas no contexto familiar desses adolescentes, além de dificuldades de relacionamento e de suporte social da família, acaba por influenciar no desenvolvimento dos jovens, como também são influenciados por eles. Dessa maneira, de acordo com Botega (2015) quando os profissionais de saúde se atentam a conversar com alguém próximo ao adolescente com comportamento suicida consegue-se ampliar a visão para a dinâmica da capacidade de contingência da família ou da rede de apoio social.

3.3 Prevenção universal

Em relação a prevenção universal, a Atenção Primária a Saúde possui um papel importante na RAPS para a identificação de adolescentes em sofrimento. As enfermeiras entrevistadas concordam neste sentido: *“Como aqui é a porta de entrada, eu acho que a Estratégia da Saúde da Família é o primeiro local que pode ser identificado isso, porque eles vêm aqui fazer exames de rotinas com os pais, porque não conversar um pouco com eles?”* (Enf4). Nesse sentido, Ferreira et al.

(2018) destacam que a APS tem a capacidade e o papel de identificação e prevenção do comportamento suicida por ser o serviço mais próximo às famílias, o que é um fato promissor na identificação de fatores biopsicossociais que podem gerar ou que já estão causando sofrimento.

Entre as enfermeiras, quando questionadas sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na identificação de adolescentes com possível sofrimento psíquico ou de adolescentes em famílias com situações de vulnerabilidade, a fim de encaminhá-los para a RAPS em uma tentativa de prevenção, duas relataram que até o momento não haviam recebido casos encaminhados dos ACS e três responderam positivamente, indicando que os ACS auxiliam na identificação dos adolescentes. Ferreira, Fajardo e De Mello (2019) evidenciaram a necessidade de espaços de educação permanente e a inclusão da prevenção do suicídio nas discussões de equipe na APS, juntamente com o fortalecimento de ações intersetoriais no território.

Logo, identificar no território adolescentes que estão em famílias com transtornos mentais instalados em outros membros como pai e mãe, famílias com histórico de vínculos frágeis e em ambientes de vulnerabilidade individual pode ser considerada uma estratégia de prevenção. Os profissionais reconheceram que ESF e CAPS possuem a capacidade para identificar e estabelecer estratégias de prevenção nestes casos, trazendo os adolescentes para a RAPS: *“Nós temos eu acho que enquanto CAPS condições de identificar muitas crianças e jovens que podem ser, estar em situações de risco, em função dos pacientes adultos que a gente atende.”* (Psico1)

Além disso, os profissionais também reconhecem a escola como um espaço importante para o desenvolvimento de ações de prevenção universal: *“O que a gente pensa é que é uma prevenção, é entrar na sala de aula e falar sobre bullying, falar sobre ideação suicida, falar sobre drogas, pra eles sentirem que tem alguém que está lá do lado deles.”* (Coord.). As cinco enfermeiras entrevistadas realizam ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em escolas do território da ESF. As atividades desenvolvidas no PSE costumam abordar temas como bullying, uso de álcool e drogas, violências, automutilação e setembro amarelo para a prevenção do suicídio. Logo, os temas para as atividades são definidos em parceria com as escolas: *“[...] a escola estava nos pedindo, além de álcool e drogas, também a questão da automutilação.”* (Enf5).

Nesse sentido, Brito et al. (2020) em estudo que entrevistou professores do ensino fundamental para analisar seus conhecimentos sobre comportamento suicida e estratégias de prevenção, demonstrou que os professores consideram importante que uma equipe de saúde mental auxilie a escola na promoção e prevenção da saúde mental. Os professores também apontaram a ausência de discussões sobre assuntos transversais nos currículos (BRITO et al., 2020).

Ainda no contexto da escola, todos os entrevistados citaram com destaque, uma ação de prevenção universal do suicídio realizada em 2019 pelo assistente social do CAPS, entrevistado para a pesquisa, e por uma terapeuta ocupacional, a qual foi desenvolvida nas escolas da rede estadual de educação do município. Este projeto possuiu como tema a Valorização da Vida, abordou adolescentes do ensino médio que estudavam no turno da noite e obteve atenção da Rede de Atenção à Saúde do município.

O assistente social responsável pela ação, relatou que iniciou a atividade nas salas de aula através de um jogo de tabuleiro de perguntas e respostas que abordava assuntos diversos: bullying, violência sexual, alcoolismo, uso de drogas, entre outros. Em um dado momento, os profissionais do CAPS solicitavam que o professor se retirasse da sala para que pudessem se aproximar dos adolescentes. Neste momento, o assistente social relatou que o vínculo com os adolescentes se fortaleceu e, como expresso em sua fala, “começou a vir cobras e lagartos...” (A. Social2). Além disso, o intervalo entre as aulas também se mostrou um momento em que os adolescentes se sentiram à vontade para relatar aos profissionais situações como tentativas de suicídio, automutilação, depressão e ansiedade.

Estudo transversal realizado por Baggio, Palazzo e Aerts (2009) com escolares de um município da região metropolitana de Porto Alegre evidenciou a prevalência de 6,3% de plano suicida entre os adolescentes. O uso de drogas por amigos aumentou em 90% o planejamento suicida e aqueles que referiram sentimentos de solidão e tristeza apresentaram duas a três vezes mais prevalência de comportamento suicida.

Corroborando, o trabalho nas escolas realizado pelo CAPS do município de estudo revelou um alto número de adolescentes que apresentavam fatores de risco para o suicídio, como por exemplo automutilação e uso de álcool e drogas. Nesse sentido, associando a uma estratégia de prevenção seletiva, estes adolescentes deveriam estar em atendimento especializado, porém não estavam no momento da atividade: “Se nós fossemos pegar aquela escola e fossemos tratar como realmente

deveria, ela precisaria de uns dois psicólogos, um assistente social, uma equipe mínima para tratar aquela escola.” (A. Social2). Importante destacar que o espaço escolar é um local potente para a construção subjetiva do jovem, onde ele realiza trocas sociais e constitui sua identidade durante o adolescer (TÃNO; MATSUKURA, 2019). Ademais, a escola é um ambiente que oferece oportunidades para a promoção da resiliência, a partir do fortalecimento da rede de apoio do adolescente (professores e outros alunos), e redução de fatores de risco como o bullying (D’SOUZA, 2019).

Ademais, além das atividades desenvolvidas nas escolas, os profissionais afirmam que deveriam desenvolver mais ações de prevenção universal do suicídio entre os adolescentes de maneira intersetorial no município: *“Eu acho que tanto o conselho tutelar, CRAS, CAPS e a Atenção Primária teriam que se interligar.”* (Enf1); *“A gente precisava tirar um tempo para pensar o que podemos fazer como: ah, vamos promover uma semana para falar sobre o suicídio, ou uma capacitação para a rede, uma troca de ideias, isso não tem.”* (Psico3). Relataram como obstáculos para intersetorialidade a alta demanda de trabalho, dificuldades de articulação com outros serviços e o isolamento social decorrente da pandemia, o qual estacionou iniciativas de prevenção do suicídio que estavam desenhadas para 2020.

Nesse sentido, Conte et al. (2012) obtiveram resultados positivos com um programa de prevenção ao suicídio realizado em um município com altos índices de suicídio no RS. O programa trabalhou com capacitações em toda a rede de saúde e incluindo também bombeiros e policiais. As ações visaram desmitificar o suicídio para os profissionais, orientando-os a como identificar situações de risco de suicídio, acolher e encaminhar, reorganizando a linha de cuidado ao suicídio no município.

Logo, os resultados levam a inferir que as políticas de saúde mental voltadas para a população dos adolescentes devem considerar que é a partir do sujeito em seu contexto, o qual o afeta e subjetiva, que a promoção da saúde mental deve atuar (TAVARES, 2020). Dessa maneira, escola, família e rede de saúde necessitam dialogar entre si para que estratégias de prevenção do comportamento suicida coloquem o adolescente no centro do cuidado.

4 DISCUSSÃO

A análise das entrevistas e a revisão de literatura do presente estudo, inferem que é possível identificar que os profissionais de saúde utilizam estratégias de prevenção nos três níveis: universal, seletiva e indicada, mesmo não citando a

divisão de níveis em suas falas. Ademais, apesar de autores brasileiros, baseados no texto de Gordon (1983), trazerem a luz essa modalidade de prevenção do suicídio para melhor direcionar as estratégias a determinados grupos da população, considerando o grau de risco para o suicídio, eles também afirmam que a prevenção pode ser feita de diversas maneiras (BOTEGA, 2015; BERTOLOTE, 2012), o que vai de encontro com estudos encontrados na literatura internacional, que se preocupam em descrever e analisar exemplos de diferentes estratégias de prevenção do comportamento suicida (MANN et al., 2005; ZALSMAN et al., 2016). Sendo assim, dada a complexidade que envolve o fenômeno e seus fatores de risco, pesquisas sobre prevenção do suicídio são desafiadoras.

Duas revisões de literatura importantes exploram estratégias que podem ser desenvolvidas para a prevenção do comportamento suicida (MANN et al., 2005; ZALSMAN, 2016). Porém, os autores concordam que os estudos sobre o tema devem avançar através do desenvolvimento de ensaios clínicos randomizados para evidenciar a eficácia das estratégias na prevenção do suicídio (ZALSMAN et al., 2016).

Zalsman et al., (2016) referem que grupos de risco como, pessoas com transtornos mentais, podem necessitar de estratégias de prevenção especiais. Logo, afirmam que as estratégias de prevenção deveriam focar em alcançar as pessoas que apresentam fatores de risco para o suicídio, mas não estão nos serviços de saúde, ou seja, pessoas que ainda não procuraram atendimento médico ou ajuda psicológica. Então, pode-se perceber o quão complexa é a prevenção do suicídio, pois a escolha entre qual estratégia utilizar, universal ou seletiva, deve considerar as particularidades do público que se quer atingir.

Ademais, os resultados das entrevistas inferem que os profissionais do CAPS e das ESF valorizam o desenvolvimento de ações universais de prevenção. Porém Mann et al. (2005) e Zalsman et al. (2016) concordam que o impacto de ações de prevenção universal é de difícil mensuração e não existem evidências que comprovem a redução do comportamento suicida após a realização de estratégias voltadas para a toda a população.

De maneira geral, Mann et al. (2005) e Zalsman et al. (2016) indicam algumas estratégias que, apesar da fragilidade no padrão das evidências, demonstraram bons resultados na redução do comportamento suicida, como: educação de profissionais da saúde para o reconhecimento e tratamento da depressão e outras doenças mentais; restrição de acesso a métodos letais; farmacoterapia, destacando

a eficácia do uso de medicações antidepressivas, considerando que a depressão maior é a doença mental que está mais associada ao suicídio; psicoterapia; educação de pessoas próximas aos indivíduos, podendo ser interpretados como “guardiões” (*gatekeepers*), sendo estratégicas para a identificação do comportamento suicida; divulgação responsável pela mídia, priorizando a educação da população sobre o assunto; e estabelecimento de uma “cadeia” ou rede de assistência por parte dos serviços de saúde e outros setores da sociedade (MANN et al., 2005; ZALSMAN et al., 2016).

Sobre “cadeia de assistência”, as falas dos profissionais do presente estudo corroboram com os resultados de Zalsman et al. (2016) e com a literatura nacional (DANTAS, 2019), trazendo a luz que apenas a identificação e o acolhimento por parte dos serviços de saúde não diminuem o risco de suicídio, mas sim estratégias de prevenção intersetoriais, alinhando políticas públicas de áreas prioritárias como educação, saúde e assistência social. Estudos brasileiros concordam que a articulação de diferentes dispositivos aproxima os profissionais dos adolescentes e seus contextos, através do acionamento de recursos na comunidade e intersetoriais (DA SILVA et al., 2019; COUTO; DELGADO, 2015). Mais do que isso, o direcionamento para a intersetorialidade é o caminho para a consolidação da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, através da ampliação do acesso a políticas públicas, tendo como base um cuidado ético e em liberdade, superando modelos de desassistência deste público (COUTO; DELGADO, 2015).

Em relação a isso, os profissionais de saúde entrevistados concordam que ações de prevenção universais realizadas com o público adolescentes dentro das escolas produzem resultados positivos na promoção da saúde mental e identificação de jovens em risco para a prevenção do comportamento suicida. Sendo assim, Zalsman et al. (2016) afirmam que ensaios clínicos randomizados demonstram cada vez mais que programas de saúde mental, baseados na conscientização sobre saúde mental e suicídio realizados nas escolas, reduzem o comportamento suicida nesta população.

Considerando as intervenções desenvolvidas pelos profissionais entrevistados no município do estudo, percebe-se que, a atividade pontual realizada pelo CAPS (a qual possui relatos fortes em relação a identificação de adolescentes em risco e contou com a realização de palestras em sala de aula e intervenções recreativas), e as relacionadas ao PSE desenvolvidas pelas ESF's, são importantes para a identificação de adolescentes com comportamento suicida ou expostos a

fatores de risco. Porém, segundo D'Souza (2019) as avaliações de estratégias de prevenção universal nas escolas devem considerar os efeitos na redução da incidência de comportamento suicida entre adolescentes que não apresentam fatores de risco no início da intervenção e os resultados provocados entre os adolescentes que já têm o comportamento instalado ou sintomas de depressão, ansiedade ou automutilação. O autor concorda que é mais difícil estimar o escopo de atividades de intervenção no ambiente escolar do que em ambientes já considerados "tradicionais" para os serviços de saúde (D'SOUZA, 2019).

Outro ponto que apresentou destaque na fala dos profissionais foi a relação da família do adolescente com o comportamento suicida e com a prevenção do suicídio. Ao mesmo tempo que situações familiares negativas estão envolvidas nos fatores de risco (CONSOLI et al. 2013), os familiares, principalmente os pais, também são pessoas importantes para suporte e proteção do adolescente ao suicídio quando ele apresenta comportamento suicida (MILLER; ESPOSITO-SMYTHERS; LEICHTWEIS). Portanto, deve-se investir na produção de estudos que explorem essa relação para compreender a complexidade deste ambiente familiar, identificar relações interpessoais negativas nas famílias e oferecer apoio para que a família passe a ser um fator de proteção ao suicídio (TOROK et al., 2019).

Estudo realizado por Ferrey et al. (2016) com pais de adolescentes que se automutilavam explorou como a descoberta da automutilação afetou o comportamento dos pais em relação aos filhos. Os resultados demonstraram que os pais utilizaram estratégias como aumento de suporte ao adolescente e maior controle e monitoramento do filho e de suas atividades. Ainda segundo Ferrey et al. (2016), a resposta dos pais à automutilação também dependia de como a situação era encarada: apenas como uma "má criação" ou se os pais associavam a alguma condição de saúde mental. Os pais relataram preocupação sobre suas estratégias iniciais de hierarquia de poder, pois consideraram que elas poderiam ter contribuído para o início do comportamento, mas ao mesmo tempo, acreditavam que era necessário estabelecer limites e reconhecer as necessidades dos adolescentes. Em relação a situações de tentativa de suicídio, Everall, Altrows e Paulson (2006) afirmam que atitudes dos pais de demonstração de carinho, apoio, escuta e aceitação, além de participação em consultas nos serviços de saúde junto aos adolescentes, auxiliam no processo de recuperação.

Nesse contexto é necessário, mais do que nunca, compreender a adolescência. Esta consiste em uma fase marcada por mudanças físicas, psíquicas

e sociais, onde o sujeito passa a residir em um corpo fisicamente diferente, que busca a constituição de uma identidade social (BIAZUS; RAMIRES, 2012). Segundo Monteiro e Lage (2007) a busca por essa identidade culmina em um processo de emancipação em relação à autoridade dos pais, o qual permite que o adolescente crie uma direção para si mesmo, investindo em suas próprias escolhas.

De um lado, o adolescente está questionando valores sociais e morais passados pela família e está construindo sua subjetividade. De outro lado, a própria sociedade se vê em crise de autoridade perante os adolescentes, principalmente as instituições família e escola, pois neste momento a autoridade, antes arbitrária e impositiva, agora precisa se tornar democrática. O adolescente passa a aceitar a atitude de autoridade apenas quando ela se apresenta justificável em relação à sua razão. (MONTEIRO; LAGE, 2007). Salles (2005) afirma que na sociedade atual é necessário entender que a adolescência está marcada pelo nível de simetria nas relações entre adolescentes e adultos, bem como nas relações de pais e filhos, nas quais os pais se veem inseguros quanto à imposição de limites.

Mas, se a adolescência também é um processo de subjetivação do sujeito, segundo Matheus (2008) uma *crise* neste processo é uma consequência da contemporaneidade, a qual irá impactar para cada sujeito conforme seu ideário individual e de acordo com a tradição cultural de cada organização social. Segundo Salles (2005) os adolescentes estão inseridos em uma cultura e sociedade marcadas pela indústria da informação, da valorização dos bens culturais, do lazer e do consumo, onde o foco da vida está no presente, na velocidade, no aqui e no agora. Associado a isso, o estudo de Ozella e Aguiar (2008, p. 121) constata uma tendência atual ao individualismo “proporcionada pela sociedade contemporânea, em que a prerrogativa da autonomia, da individualidade inata, da liberdade é fundamental e marca as formas de significar dos adolescentes.”

Segundo Fontenele e Miranda (2017) o individualismo na contemporaneidade é traduzido como uma suposta liberdade em que o sujeito é o responsável por suas decisões. Porém, esta responsabilidade é cobrada de todos os adolescentes igualmente, sem a consideração de que as condições para lidar com tais responsabilidades não se apresentam equitativas, o que pode acentuar desigualdades entre os jovens na sociedade (FONTANELE; MIRANDA, 2017).

Logo, deve-se compreender que a adolescência é uma construção marcada pelo social, histórico e singular. Ela acontece nas relações da vida, naquilo que significa para o adolescente, trazendo à tona a influência de classes sociais, cultura,

sexo, raça e idade (OZELLA; AGUIAR, 2008). Sendo assim, os significados construídos pela sociedade sobre o que é a adolescência, invadem a subjetividade dos adolescentes. De acordo com Bertol e De Souza (2010) a adolescência é para os sujeitos uma espécie de personagem imposto pela rede social a partir de um cronograma, o qual está influenciando constantemente a sua subjetividade e a posição do sujeito na rede social e no estabelecimento de laços sociais. Logo, infere-se que colocar o adolescente como sujeito no centro das estratégias de prevenção é o caminho que deve ser traçado. Mais do que identificar fatores de risco para focar a prevenção, deve-se compreender como a subjetividade do adolescente pode estar sendo afetada pelas imposições da sociedade e como isso impacta em sua saúde mental.

Ademais, Gordon (1983) destaca que a prevenção diz respeito a ações praticadas *pelas* pessoas e/ou *com* as pessoas que ainda não estão sofrendo da condição que se quer evitar. Botega (2015) ainda refere que não se previne o suicídio, mas as condições de sofrimento humano. Logo, as políticas públicas, em especial às voltadas para a prevenção do suicídio, devem partir da valorização da vida humana em sua totalidade (DANTAS, 2019).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo revelou que os profissionais da RAPS, atuantes no CAPS e em equipes de ESF do município, trabalham a prevenção do suicídio com os adolescentes que acessam os serviços de saúde. Porém, o trabalho de prevenção para identificar os adolescentes em risco, ou seja, antes de apresentarem comportamento suicida, o qual, de acordo com o referencial utilizado na análise indicaria estratégias de prevenção universal, é um desafio para os profissionais. Ademais, alguns profissionais apresentaram dificuldade de associar a assistência e cuidado prestados aos adolescentes que frequentam os serviços, os quais baseiam-se na escuta, acolhimento, matriciamento e estabelecimento de vínculo com o adolescente e a família, como estratégias de prevenção seletiva e/ou indicada, reconhecendo como prevenção as ações realizadas de maneira intersetorial, na escola e comunidade.

As entrevistas também revelaram dificuldades de articulação e desenvolvimento de estratégias intersetoriais de prevenção do suicídio e promoção da saúde mental de adolescentes. O estudo revelou fragilidades no matriciamento entre CAPS e ESF, além de frágil comunicação destes serviços com outros setores

como assistência social e conselho tutelar. Por outro lado, a troca de informações e o trabalho junto às escolas, em 2020 atravessado pela pandemia, acontecia de maneira regular, mas com o reconhecimento de que poderia ser aprimorado.

É evidente que realizar estratégias de prevenção com o público adolescente, em qualquer nível, sobre a temática de saúde mental, e mais ainda, sobre prevenção do suicídio ou valorização da vida, é um trabalho que depende do engajamento dos profissionais da RAPS. Logo, é necessário investir na capacitação dos profissionais dos setores que assistem os adolescentes e suas famílias, abordando a adolescência e sua complexidade.

Além disso, os profissionais precisam estar preparados para prestar assistência aos adolescentes que apresentam fatores de risco ou que já possuem algum transtorno mental, entendendo que estes apresentam risco elevado para o suicídio. Mais do que isso, a prevenção deve, além de focar em identificar adolescentes que podem estar em sofrimento ou expostos a riscos psicossociais, conversar com este público e atuar na rede social que o circunda, como família e escola, para que a ocorra a promoção de sua saúde mental, a fim de evitar o desencadeamento de situações mais graves, como comportamento suicida.

O estudo não aprofundou a relação da internet e das mídias sociais no comportamento suicida e na prevenção do suicídio. Este assunto foi abordado nas entrevistas, porém os profissionais apenas citaram a internet como uma ferramenta de busca para meios de cometer suicídio, citando não conhecerem alternativas na internet para sua utilização como estratégia de prevenção.

O tema da prevenção do suicídio entre adolescentes é vasto e entrevistas com os próprios adolescentes são valiosas para compreender este fenômeno multifatorial. Portanto, estudos futuros devem se debruçar sobre os adolescentes, como sujeitos, para que as estratégias de prevenção, independentemente do nível (universal, seletiva e indicada), consigam impactar este público em espaços sociais que estão envolvidos na construção de suas relações e subjetividade, estratégias essas que valorizem ações intersetoriais para, conseqüentemente, ampliar o alcance das políticas públicas de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-74, 2018.

BAGGIO, Lissandra; PALLAGIO, Lílian dos Santos; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

BAPTISTA, Juliana Ávila et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180508, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508> >. Acesso em: 20 jun. 2021.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Tradução de Sérgio Joaquim de Almeida. Revisão da tradução de Henrique Caetano Nardi. Petrópolis: Vozes, 2007.

BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, 2007.

BERTOL, Carolina Esmanhoto; DE SOUZA, Mériti. Transgressões e adolescência: individualismo, autonomia e representações identitárias. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 824-839, 2010.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BIAZUS, Camilla Baldicera; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 83-91, 2012.

BOTEGA, José Neury. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015. e-Pub.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, p. 77-101, 2006.

BRITO, Maria Dalila Leandro de Sousa et al. Comportamento suicida e estratégias de prevenção sob a ótica de professores. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, e20200109, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0109>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CESCON, Luciana França; CAPOZZOLO, Angela Aparecida; LIMA, Laura Camara. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 185-200, 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CICOGNA, Júlia Isabel Richter; HILLESHEIM, Danúbia; HALLAL, Ana Luiza de Lima Curi. **Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil**: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/jbpsi/v68n1/1982-0208-jbpsi-68-01-0001.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CONSOLI, Angéle et al. Suicidal behaviors in depressed adolescent: role of perceived relationships in the family. **Child and adolescent psychiatry e mental health**, v. 7, n. 8, 2013. Disponível em: <Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family | Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health | Full Text (biomedcentral.com)>. Acesso em: 24 jun. 2021.

CONTE, Marta et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, 2012.

D'SOUZA, Deepak Cyril. Prevention versus intervention in school mental health. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, Issue 12, p. 969-971, 2019. Disponível em: <Prevention versus intervention in school mental health (thelancet.com)>. Acesso em: 26 jun. 2021.

DA SILVA, Jaqueline Ferreira et al. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais de Atenção Básica em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e180630, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180630>>. Acesso em: 09 jun. 2021.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290303, 2019. Disponível em: <DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

EVERALL, Robin; ALTROWS, Jessica; PAULSON, Barbara. Creating a future: a study of resilience in suicidal female adolescents. **Journal of Counseling e Development**, v. 84, p. 461-470, 2006.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões. Adolescentes Inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infanto-juvenil. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 977-990, 2016.

FERREIRA, Geovana da Silva; FAJARDO, Ananyr Porto; DE MELLO, Eliana Dable. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, 2019.

FERREIRA, Micheli Leal et al. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 50-54, 2018.

FERREY, Anne et al. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study. **Child and adolescent psychiatry e mental health**, v. 10, n. 20, 2016. Disponível em: < DOI 10.1186/s13034-016-0110-y>. Acesso em: 26 jun. 2021.

FONTENELE, Luciana Queiroz; MIRANDA, Luciana Lobo. Adolescência(s): produções e atravessamentos discursivos em análise. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 23, p. 969-982, 2017.

FRANCK, Maria Cristina; MONTEIRO, Maristela Goldnadel; LIMBERGER, Renata Pereira. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2019512.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

GONÇALVES, Cláudia Fabian Gomes et al. Atuação em rede no atendimento ao adolescente vítima de violência: desafios e possibilidades. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 976-983, 2015.

GORDON, Robert. An Operational Classification of Disease Prevention. **Public Health Reports**, v. 98, n. 2, p. 107-109, 1983.

HAWTON, Keith; SAUNDERS, E. A. Kate; O'CONNOR, Rory C. Self-harm and suicide in adolescents. **The Lancet**, v. 379, p. 2373-2382, 2012.

HECK, Rita Maria et al. Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 26-33, 2012.

HINDUJA, Sameer; PATCHIN, Justin. Bullying, cyberbullying and suicide. **Archives of Suicide Research**, v. 14, Issue 3, p. 206-221, 2010. Disponível em: < <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística do registro civil 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2013/default.shtm>>. Acesso em: 05 jul. 2020. MANN, John et al. Suicide prevention strategies: a

systematic review. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, 2019.

MATHEUS, Tiago Corbisier. Quando a adolescência não depende da puberdade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 616-625, 2008.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 03 jul. 2020.

MILLER, Adam Bryant; ESPOSITO-SMYTHERS, Christianne; LEICHTWEIS, Richard. Role of Social Support in Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts. **Journal of Adolescent Health**, 2015. Disponível em: <DOI:10.1016/j.jadohealth.2014.10.265>. Acesso em: 24 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. A depressão na adolescência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 257-265, 2007.

MULLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v9n2/02.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

O'BRIEN, Kimberly McManama et al. Why adolescents attempt suicide: a qualitative study of the transition from ideation to action. **Archives of Suicide Research**, v. 12, p. 1-18, 2019. Disponível em: <doi: 10.1080/13811118.2019.1675561>. Acesso em: 29 jun. 2020.

OZELLA, Sergio; AGUIAR, Wanda Maria Junqueira. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008.

PATEL, Vikram et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **The Lancet**, New York, v. 369, n. 9569, p. 1302-1313, 2007. Disponível em: <DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7>. Acesso em: 05 jul. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Boletim de vigilância epidemiológica de suicídio e tentativa de suicídio**. Centro Estadual de Vigilância em Saúde, v. 01, n. 01, 2018. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. **Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes**. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersectorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

ROSSI, Livia Martins et al. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, e00125018, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00125018/pt>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SALLES, Leira Maria Ferreira. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 33-41, 2005.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washintgon, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. [online], v. 71, n. 2, p. 51-64, 2019. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v71n2/05.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SOUZA, Luciano Dias de Mattos et al. Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, Epub, 2010. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000011>>. Acesso em: 28 jun. 2020.

TÃNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersectorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290108, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>>. Acesso em: 19 jun. 2021.

TAVARES, Julie de Novaes. O cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil: desconstruindo saberes e reinventando a saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1176-1188, 2020.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

TOROK, Maria et al. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parentes. **Journal of Adolescence**, v. 73, p. 100-112, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.005>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

WASSERMAN, Danuta et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. **The Lancet**, v. 385, Issue 9977, p. 1536-1544, 2015. Disponível em: < doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)>. Acesso em: 02 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO Press, 2014.

ZALSMAN, Gil et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-years systematic review. **The Lancet Psychiatry**, v. 03, Issue 7, p. 646-659, 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X) >. Acesso em: 25 jun. 2021.