

# COMPORTAMENTO SUICÍDA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Micheli Leal Ferreira<sup>1</sup>, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas<sup>2</sup>, Jeferson Rodrigues<sup>2</sup>, Daiane Trentin<sup>2</sup>, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer<sup>2</sup>, Mônica Motta Lino<sup>2</sup>

**Objetivo:** Conhecer as evidências relativas ao comportamento suicida na atenção primária à saúde, em produções científicas nacionais e internacionais. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura de janeiro de 2012 a abril de 2017. Utilizaram-se os termos: "Suicídio", "Tentativa de suicídio", "Ideação suicida" e "Atenção Primária à Saúde" resultando em 35 artigos. **Resultados:** Predominam estudos com enfoque na avaliação da prevalência de comportamento suicida; na descrição/avaliação da eficácia na prevenção/deteção de pessoas com comportamento suicida; e na identificação do perfil/fatores de risco ou proteção de pessoas com comportamento suicida que utilizaram a atenção primária. **Evidenciou** a necessidade em estudos com destaque à atenção primária à saúde, principal porta de entrada da pessoa em sofrimento. **Conclusão:** Uma lacuna importante a ser preenchida é a carência de estudos que enfoquem a identificação/desenvolvimento de estratégias de sensibilização/capacitação dos profissionais da atenção primária para intervenção/prevenção ao comportamento suicida.

**DESCRIPTORIOS:** Suicídio; Tentativa de suicídio; Ideação suicida; Atenção Primária à Saúde.

## SUICIDAL BEHAVIOR AND PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

**Objective:** To know the evidence regarding suicidal behavior in primary health care in national and international scientific productions. **Methodology:** Integrative review of the literature from January 2012 to April 2017. The terms "Suicide", "Attempted suicide", "Suicidal ideation" and "Primary health care" were used, resulting in 35 articles. **Results:** Predominant studies focus on the evaluation of the prevalence of suicidal behavior; in the description / evaluation of effectiveness in the prevention / detection of people with suicidal behavior; and the identification of the profile / risk factors or protection of people with suicidal behavior who used primary care. It evidenced the need in studies with emphasis on primary health care, the main entry point of the suffering person. **Conclusion:** An important gap to be filled is the lack of studies that focus on the identification / development of awareness strategies / training of primary care professionals for intervention / prevention of suicidal behavior.

**Descriptors:** Suicide; Attempted suicide; Suicidal ideation; Primary Health Care.

## COMPORTAMIENTO SUICIDIO Y ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

**Objetivo:** Conocer las evidencias relativas al comportamiento suicida en la atención primaria a la salud, en producciones científicas nacionales e internacionales. **Metodología:** Revisión integrativa de la literatura de enero de 2012 a abril de 2017. Se utilizaron los términos: "Suicidio", "Tentativa de suicidio", "Ideaación suicida" y "Atención Primaria a la Salud" resultando en 35 artículos. **Resultados:** Predominan estudios con enfoque en la evaluación de la prevalencia de comportamiento suicida; en la descripción / evaluación de la eficacia en la prevención / detección de personas con comportamiento suicida; y en la identificación del perfil / factores de riesgo o protección de personas con comportamiento suicida que utilizaron la atención primaria. **Evidenció** la necesidad en estudios con destaque a la atención primaria a la salud, principal puerta de entrada de la persona en sufrimiento. **Conclusión:** Una laguna importante a ser llenada es la carencia de estudios que enfoquen la identificación / desarrollo de estrategias de sensibilización / capacitación de los profesionales de la atención primaria para intervención / prevención al comportamiento suicida.

**Descriptorios:** Suicidio; Tentativa de Suicidio; Idea Suicida; Atención Primaria a la Salud.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Email: micheli\_leal@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade federal de Santa Catarina-UFSC.

## INTRODUÇÃO

A OMS reconhece o suicídio como o ato de tirar a própria vida deliberadamente, tentativa de suicídio como a conduta suicida que não causou morte e ideação suicida os comportamentos que incluem pensar/planejar o ato suicida<sup>(1)</sup>. Neste estudo optamos pelo termo “comportamento suicida” por este contemplar o fenômeno estudado em sua totalidade.

Estima-se que a cada 45 segundos um suicídio ocorre em algum lugar do mundo. O Brasil está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios<sup>(1)</sup>.

No ano de 2017 foi publicado o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, este chama atenção para o crescimento gradativo e contínuo dos números de morte por suicídio ano após ano. Em 2011 foram registradas 10.490 mortes por suicídio, em 2012 este número aumentou para 11.017, 2013 registrou-se 11.186 óbitos, 2014 tivemos 11.220 mortes e 2015 atingiu o número de 11.736 mortes por suicídio no país<sup>(2)</sup>. Deve-se considerar também que o número de tentativas de suicídio ultrapasse entre 10 a 20 vezes o número de mortes<sup>(1)</sup>.

Estudos apontam um elo bastante consistente entre os transtornos mentais e o comportamento suicida, não se confirma que todo suicídio tenha relação com algum transtorno mental, entretanto constatam que os transtornos mentais aumentam a vulnerabilidade e estão presentes em quase todos os casos de suicídio<sup>(3,4)</sup>.

O ato suicida é envolto por aspectos que denotam fragilidade e resulta em rótulos, estigmas e diversas formas de preconceitos que trazem graves consequências, tanto para a pessoa com comportamento suicida quanto para sua família<sup>(5)</sup>. O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial que pode incidir em todas as idades e ciclos vitais afetando intensamente a comunidade, família e amigos que também precisarão de ajuda para lidar com o sofrimento<sup>(6,7)</sup>.

Segundo recomendações da OMS, a APS possui relevância no que diz respeito ao desenvolvimento de ações com foco no rastreamento e monitoramento dos fatores de risco para o comportamento suicida. Entretanto, é conhecido que mais da metade dos quadros de depressão, transtorno mental presente na maioria dos casos de suicídio, acabam sendo negligenciados e um dos motivos é a dificuldade por parte da equipe de APS em identificá-la e/ou diagnosticá-la e ofertar cuidado longitudinal<sup>(1,8,9)</sup>.

Quanto à prevenção ao comportamento suicida, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica, ela deve ser o contato preferencial e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS); sua proximidade e vínculo deveriam facilitar a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e viabilizar intervenção da equipe multiprofissional em

concepção ampliada e interagindo com os diferentes campos do conhecimento<sup>(10-11-12)</sup>.

Não existem estudos mostrando a atuação dos profissionais da APS no cuidado ao comportamento suicida, logo, o objetivo desta revisão integrativa da literatura é conhecer as produções científicas nacionais e internacionais relativas ao comportamento suicida na atenção primária à saúde.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa com o intuito de originar o mapeamento das produções científicas sobre a temática “comportamento suicida” e APS, entre janeiro de 2012 e abril de 2017. Para tal, realizou-se revisão integrativa da literatura, que permite a busca de evidências em estudos que investigaram o tema, amparando e possibilitando a construção de conhecimento que pode ser aplicado em diversos campos práticos, auxiliando na resolução de problemas e na realização de novas investigações<sup>(13,14)</sup>.

O recorte temporal se justifica pela criação da Portaria nº 3.088 de 23, de dezembro de 2011 que institui a Redes de Atenção Psicossocial no Brasil<sup>(15)</sup>. Salienta-se que embora a busca seja nacional e internacional, e este marco citado seja brasileiro, o recorte de cinco anos tem sido utilizado cientificamente para indicar um tempo recente.

As etapas seguidas foram: seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão/seleção da amostra; representação em formato de tabelas, considerando as características em comum; análise crítica dos resultados; discussão e interpretação dos resultados; apresentação da evidência encontrada<sup>(13,14)</sup>.

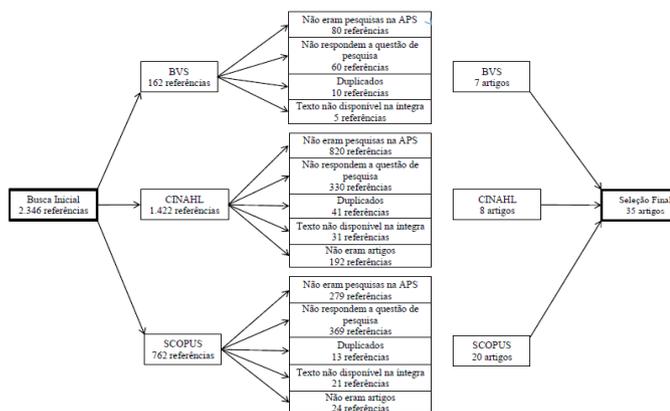
Para a construção das estratégias de busca foi utilizada uma adaptação do vocábulo acrônimo PICO, onde P = população (profissionais da atenção primária à saúde e pessoas com comportamento suicida que utilizam a APS), I: fenômeno de interesse (comportamento suicida) e CO = contexto (atenção primária à saúde). A estratégia PICO orienta a elaboração da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica permitindo que o profissional ou pesquisador escolha de maneira acurada os descritores e as combinações mais apropriadas à serem utilizados<sup>(16)</sup>.

Nas buscas foram considerados os termos: “Suicídio”, “Tentativa de suicídio”, “Ideação suicida” e “Atenção Primária à Saúde”. Vale citar que utilizamos a opção “Permutado” que possibilita a busca por meio de qualquer palavra ou seus cognatos nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde, CINAHL e SCOPUS<sup>(17)</sup>.

A questão de pesquisa é: “Como a literatura aponta o cuidado à pessoa com comportamento suicida no âmbito da atenção primária à saúde?”.

A seleção dos artigos seguiu os critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra; Estudos publicados em português, inglês e espanhol a partir de 2012; e conter os termos de busca listados nesse protocolo. Os artigos foram inicialmente avaliados por meio de leitura flutuante, posteriormente organizados em tabela do Microsoft Excel pelos tópicos de interesse: título do estudo; base de dados; ano de publicação; local/cenário do estudo; população do estudo; questão de pesquisa/objetivo; resultados; e conclusões/recomendações. Estes foram lidos na íntegra e considerando nossa questão de pesquisa foram eleitos 35 artigos para esta revisão.

**Figura 1** – Seleção dos artigos por bases de dados e motivos de exclusão – Florianópolis/SC, Brasil, 2017.



**RESULTADOS**

Os 35 artigos eleitos neste estudo estão na Tabela 1. Estes foram sistematizados e organizados, constituindo instrumento para o mapeamento dos resultados e discussão.

**Tabela 1** – Artigos eleitos no estudo com referência completa – Florianópolis/SC, Brasil, 2017.

Artigo	Referência
1	King K, et al. Suicide prevention: evaluation of a pilot intervention in a primary care context. <i>J of Mental Health</i> . 2013; 22(5):439-448.
2	Malakouti SK, et al. Integrating a suicide prevention program into the primary health care network: A field trial study in Iran. <i>BioMed research international</i> . 2015; 0-9.
3	Bunevicius R, et al. Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. <i>Scandinavian J of primary health care</i> . 2014; 32(1):24-9.
4	Peltzer K, Louw J. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa. <i>The Indian J of Med Research</i> . 2013; 138(2):194.
5	Wiborg JF, Gieseler D, Löwe B. Suicidal ideation in German primary care. <i>General Hospital Psychiatry</i> . 2013; 35(4):366-9.
6	Milner A, et al. The effectiveness of suicide prevention delivered by GPs: A systematic review and meta-analysis. <i>J of affective disorders</i> . 2016.

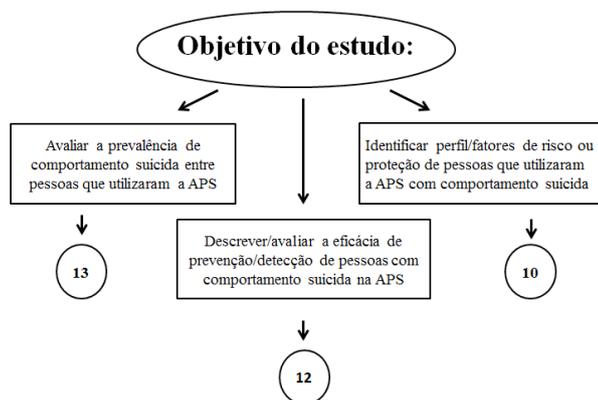
7	Meyer D, et al. Development of a Suicidal Ideation Detection Tool for Primary Healthcare Settings: Using Open Access Online Psychosocial Data. <i>Telemedicine and e-Health</i> . 2017; 23(4):273-281.
8	De Leo D, et al. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention?. <i>Comprehensive psychiatry</i> . 2013; 54(7):1117-1123.
9	MATTOS LD, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. <i>Rev Psiq Clín</i> . 2012; 39(6):194-7.
10	Choi YJ, Lee WY. The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. <i>Int J of Mental Health Systems</i> . 2017;11(1):18.
11	Jordans M, et al. Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low-and middle-income countries: a cross-sectional study. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> . 2017; 1-10.
12	Fallucco EM, et al. Use of a standardized patient paradigm to enhance proficiency in risk assessment for adolescent depression and suicide. <i>J Adolescent Health</i> . 2012; 51(1):66-72.
13	Hooper LM, et al. Predictors of primary care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. <i>The Journal of Behavioral Health Services &amp; Research</i> . 2012; 39(2):103-115.
14	Nsamenang SA, et al. Depressive symptoms and interpersonal needs as mediators of forgiveness and suicidal behavior among rural primary care patients. <i>J of Affective Disorders</i> . 2013; 149(1):282-290.
15	Dobscha SK, et al. Correlates of suicide among veterans treated in primary care: Case-control study of a nationally representative sample. <i>J General Internal Med</i> . 2014; 29(4):853-60.
16	Smith AR, et al. An assessment of suicide-related knowledge and skills among health professionals. <i>Health Psychology</i> . 2014; 33(2):110.
17	Jenkin AL, et al. Risk for Suicidal Ideation and Attempt among a Primary Care Sample of Adolescents Engaging in Nonsuicidal Self Injury. <i>Suicide and life-threatening behavior</i> . 2014; 44(6):616-628.
18	Anderson HD, et al. Monitoring suicidal patients in primary care using electronic health records. <i>The J of the American Board of Family Med</i> . 2015; 28(1):65-71.
19	Ashrafioun L, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental health evaluation. <i>J of Affective Disorders</i> . 2016; 189:344-350.
20	Denneson LM, et al. Treatment of veterans with mental health symptoms in VA primary care prior to suicide. <i>General Hospital Psychiatry</i> . 2016; 38:65-70.
21	Bomyea J, et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. <i>Psychiatry Research</i> . 2013; 209(1):60-5.
22	Hallgren K, et al. Prediction of suicide ideation and attempt among substance-using patients in primary care. <i>J of American Board of Family Med</i> . 2017; 30(2):150-160.
23	Riihimäki K, et al. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. <i>Psychological Med</i> . 2014; 44(2):291-302.
24	Younes N, et al. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. <i>BMC Family Practice</i> . 2013; 14(1):68.
25	Younes N, et al. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected?. <i>J of Affective Disorders</i> . 2015; 170:150-4.
26	Indu PS, et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. <i>Asian J of Psychiatry</i> . 2017; 37:48-52.
27	Owens C, Roberts S, Taylor J. Utility of local suicide data for informing local and national suicide prevention strategies. <i>Public Health</i> . 2014; 128(5):424-9.
28	Windfuhr K, et al. Suicide risk linked with clinical consultation frequency, psychiatric diagnoses and psychotropic medication prescribing in a national study of primary-care patients. <i>Psychological Med</i> . 2016; 46(16):3407-3417.
29	Leavey G, et al. Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. <i>BMC Psychiatry</i> . 2016; 16(1):120.

30	Oneib B, et al. Suicidal ideations, plans and attempts in primary care: cross-sectional study of consultants at primary health care system in Morocco. <i>The Pan African Med J.</i> 2016; 24.
31	Shearer A, et al. Differences in mental health symptoms across lesbian, gay, bisexual, and questioning youth in primary care settings. <i>J of Adolescent Health.</i> 2016; 59(1):38-43.
32	Diamond GS, et al. Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care. <i>American J of Preventive Med.</i> 2017; 53(1):48-54.
33	Santos JC, et al. Impact of "Contigo" training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem.</i> 2014; 22(4):679-684.
34	Carr MJ, et al. The epidemiology of self-harm in a UK-wide primary care patient cohort, 2001-2013. <i>BMC Psychiatry.</i> 2016; 16(1):53.
35	Marutani M, Yamamoto Mitani N, Kodama S. Public health nurses' activities for suicide prevention in Japan. <i>Public Health Nursing.</i> 2016; 33(4):325-334.

Quanto aos participantes, 26 estudos contemplaram dois grandes grupos: pessoas com comportamento suicida que utilizavam a APS; e os profissionais da APS com nove estudos.

No primeiro grupo, apareceram nove investigações com pessoas que tentaram ou efetivaram o suicídio (8,14,15,18,20,24,25,26,29); três investigações com usuários com transtorno de ansiedade/depressão<sup>(9,21,23)</sup>; dois estudos com adolescentes<sup>(17,32)</sup>; homossexuais<sup>(31)</sup>, veteranos militares (19), portadores de tuberculose<sup>(4)</sup> e usuários de drogas ilícitas<sup>(22)</sup> apareceram com um estudo cada; e os oito estudos restantes abordaram a comunidade de forma geral<sup>(2,3,5,10,11,28,30,34)</sup>.

No segundo grupo, observaram-se quatro que contemplam os médicos atuantes na APS<sup>(6,7,12,13)</sup>; um cita os profissionais da APS sem destacar seu enquadramento profissional<sup>(16)</sup>; enfermeiros<sup>(35)</sup>, profissionais da saúde mental<sup>(1)</sup>, diretores da saúde pública<sup>(27)</sup> e profissionais de saúde escolar<sup>(33)</sup> aparecem com um estudo cada.



**Figura 2** – Subdivisão dos artigos por proximidade de objetivos - Florianópolis/SC, Brasil, 2017.

Algumas particularidades desta subdivisão:

- Dentre os 13 artigos que estudaram pacientes: cinco abordaram pessoas com diagnóstico de depressão (3,9,10,21,26); três a comunidade em geral (11,30,34); pessoas

com tuberculose (4), usuários de drogas ilícitas (22), usuários de drogas psicotrópicas<sup>(26)</sup>, veteranos militares<sup>(19)</sup> e processo de auditoria de suicídios<sup>(27)</sup> com um estudo cada.

- No segundo grupo: sete artigos direcionados aos profissionais de saúde da APS<sup>(1,2,6,8,13,16,33)</sup>; eficácia no uso de questionário na detecção ao comportamento suicida<sup>(7)</sup>, registro adequado da ocorrência<sup>(18)</sup>, investigação com adolescentes<sup>(12)</sup>, veteranos militares<sup>(20)</sup> e a população em geral<sup>(35)</sup> com um estudo cada.

- No terceiro grupo: quatro investigações com a comunidade de forma geral<sup>(5,23,29,32)</sup>; um com veteranos militares<sup>(15)</sup>; um com comunidade rural<sup>(14)</sup>; um com jovens<sup>(17)</sup>; e três estudos que fizeram comparações entre os diferentes gêneros e sexualidade<sup>(31)</sup>, os pacientes que efetivaram o suicídio dos que sobreviveram ao ato<sup>(25)</sup> e a distinções entre grupos de jovens em relação aos idosos<sup>(24)</sup>.

Dentre os resultados e conclusões descritos nos artigos selecionados, observou-se consensos quanto à necessidade em ampliar estudos sobre a temática em suas diversas vertentes com destaque para APS, por ser reconhecida como principal porta de entrada da pessoa em sofrimento. Logo, evoca a necessidade de profissionais com disponibilidade de tempo, sensibilidade e preparo para identificar, iniciar e realizar gestão do atendimento adequado e com qualidade à pessoa com comportamento suicida<sup>(1,2,5,10,11,13,16,18,20,23,27,30,33)</sup>.

Estudos<sup>(7,8,11,14,15,18,21,22,23,24,25,26,29,34)</sup> indicam a alta prevalência de comportamento suicida nas pessoas que utilizam a APS. Quanto à dificuldade de avaliação, diagnóstico e tratamento resultante do desconhecimento quanto aos fatores de risco; ações e programas de prevenção por parte dos profissionais da APS que reflete a necessidade da capacitação em saúde mental, e sinaliza que os modelos convencionais de oferta de serviços de saúde não alcançam às necessidades das pessoas e comunidade que enfrentam problemas psicossociais<sup>(1,7,8,13,29,35)</sup>.

Contudo, os estudos envolvendo a atuação profissional de forma geral mostraram profissionais despreparados ou desamparados para exercer seu papel, dentre as causas foram citadas: falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho; falta de preparo ou conhecimento para identificar e atuar nas situações precoces; carência de uma rede de apoio/capacitação profissional; ausência de políticas, programas e iniciativas locais de prevenção ao suicídio<sup>(1,7,8,10,13)</sup>.

Estudos constataram que as pessoas com comportamento suicida atendidas na APS apresentaram transtornos mentais, depressão, insônia, baixa escolaridade, traumas emocionais, doenças crônicas, história previa de comportamento suicida, declínio funcional e uso de drogas ou álcool<sup>(3,4,5,9,11,14,15,17,19,21,23,26,32,33)</sup>. Entretanto, mais da metade das pessoas que efetivaram o suicídio não possuíam diagnóstico fechado ou receberam atendimento adequado<sup>(3,8,15,18,30)</sup>.

Os estudos que abrangeram registros e auditorias sobre os casos de suicídio, apontaram o despreparo profissional para sua realização, resultando em notificações e índices que não evidenciam ou correspondem à realidade. Diversas situações não são registradas, em especial as tentativas de suicídio, e mais da metade possuem alguma inconsistência ou discordância nos dados<sup>(18,27,34)</sup>.

Algumas recomendações são sugeridas: a necessidade de estratégias de detecção e identificação ao comportamento suicida na amostra comunitária que não procura as instituições de saúde<sup>(11)</sup>; ampliar/aprofundar estudos que possibilitem a atenção adequada e contínua à pessoa com comportamento suicida na APS<sup>(13,15,20)</sup>; a necessidade de capacitação/especialização contínua dos profissionais atuantes da APS preparando-os para enfrentar os desafios relacionados ao comportamento suicida, identificar grupos de risco e adequar a oferta de serviços à necessidade de cada pessoa em sofrimento são essenciais para reduzir as taxas de suicídio<sup>(24,25,30,34)</sup>.

## DISCUSSÃO

A temática "comportamento suicida" possui dados significativos e sua abordagem em investigações científicas vem crescendo. Entretanto, mesmo considerando particularidades na estruturação e oferta dos serviços de saúde pelo mundo, pode-se afirmar que a APS tem o universal e irrefutável papel de identificação e prevenção ao comportamento suicida, bem como aos fatores biopsicossociais geradores de sofrimento.

Porestar inserida na comunidade, a APS ocupa uma posição privilegiada em decorrência da proximidade com as famílias, e considerada como ponto promissor de ações de prevenção e enfrentamento às altas taxas de comportamento suicida<sup>(7)</sup>. Contudo, constata-se que há uma lacuna do conhecimento com relação a estudos que discutam estabelecer fatores que possibilitem a atenção adequada e contínua à pessoa com comportamento suicida, suas famílias e comunidade.

Chamamos atenção, no Brasil, o papel da APS no cuidado ao comportamento suicida é foco de diversas discussões e programas devido à sua relevância, mesmo assim dentre os 35 estudos eleitos nesta revisão apenas um foi desenvolvido no Brasil exaltando a necessidade de ampliar pesquisas com este enfoque.

O comportamento suicida possui significativo impacto social e econômico considerando a utilização dos serviços de saúde e os efeitos psicológico e social sobre a pessoa e seus familiares. Compõe um problema de saúde pública que expressou no ano de 2002, um ônus global de 1,4% por incapacitações trazidas pelo ato suicida, sendo estimado para o ano de 2020 o alcance de 2,4%<sup>(1,7,18)</sup>.

A OMS aprovou em 2013 o primeiro Plano de Ações em Saúde Mental (PASM) possuindo em meio as suas propostas a prevenção do suicídio, que por sua vez, contempla dentre seus objetivos principais a redução em 10% da taxa de suicídio global até 2020. Para tal, prevê a necessidade de desenvolver e implementar estratégias focadas em grupos vulneráveis com base no contexto local<sup>(1,17)</sup>. Indica que um dos componentes para o alcance deste objetivo é a oferta de programas de treinamento e educação permanente aos profissionais da APS e capacitando-os para a identificação e tratamento de pessoas vulneráveis<sup>(1,19)</sup>.

Em concordância aos artigos considerados em nossa investigação, a OMS reforça que um grande número de pessoas, que morreram por suicídio, procuraram ajuda nos serviços de APS pouco antes de concretizar o ato, e considera que, para a efetiva prevenção e redução das taxas de suicídio, se faz imprescindível uma adequada formação profissional. Considera, ainda, que essa deve ocorrer de forma contínua e considerar fatores de risco regionais para capacitar e sensibilizar quanto à identificação e atuação frente à cada caso<sup>(1)</sup>.

Os processos de intervenção ao comportamento suicida dos profissionais na APS demandam atuação em concepção ampliada, interagindo com os diferentes campos do conhecimento<sup>(12)</sup>. Contudo, nesta investigação, pode-se detectar a dicotomia evidenciada entre a necessidade de atuação especializada e o despreparo apresentado pelos atuais profissionais da APS no enfrentamento ao comportamento suicida.

O PASM destaca que o número de profissionais especializados é insuficiente para atender a demanda global, ou seja, apenas 36% das pessoas que vivem em países de baixa renda são cobertos; enfatiza, ainda, que os prestadores de cuidados de saúde mental que são treinados para intervenções psicossociais com abordagens não farmacológicas são ainda mais escassos, e que esta realidade é barreira importante a ser transposta para os cuidados apropriados às pessoas com transtornos mentais<sup>(19)</sup>.

A OMS reconhece que os cuidados em saúde mental na APS têm exercido um papel limitado. Mesmo assim, sinaliza que esta situação vem mudando gradualmente e que o fortalecimento dos recursos humanos no campo da saúde mental em especial da APS deve ser considerado como componente chave na melhoria da capacidade de resposta de serviços de saúde, para os quais programas regulares de educação permanente de seus profissionais são essenciais<sup>(20)</sup>.

Por fim, uma das barreiras para o desenvolvimento e formulação de estratégias e programas está à escassez de informações quanto ao número de tentativas de suicídio e suicídios. Em muitos países, os dados são difíceis de obter ou

até inexistentes, faz-se necessário um sistema de informação com dados que representem a realidade; e processado por profissionais interessados e qualificados forneçam dados legítimos<sup>(20)</sup>. Diversas situações não são registradas, em especial as tentativas de suicídio, e mais da metade possuem alguma inconsistência ou discordância nos dados.

Como limitação deste estudo apontamos as distintas denominações e estruturações da APS pelo mundo, o que exige mais cuidado no apontamento das similaridades quanto aos levantamentos, ações ou estratégias descritas nos estudos considerados nesta investigação.

## CONCLUSÃO

A revisão integrativa da literatura possibilitou traçar o panorama do que vem sendo pesquisado e publicado no mundo sobre comportamento suicida e a sua relação com a APS, além de mostrar os caminhos promissores para novas investigações.

Existe a tendência quantitativa em se identificar o perfil, a prevalência e os fatores de risco das pessoas acometidas

por comportamento suicida, contudo evidenciado a carência de estudos com enfoque na atuação profissional em saúde mental na APS, em especial no enfrentamento ao comportamento suicida.

Os profissionais que atuam na APS mostram-se despreparados e/ou desamparados para exercer o importante papel de prevenção ao comportamento suicida, seja por falta de tempo devido à sobrecarga de trabalho, falta de preparo ou conhecimento, falta de capacitação profissional, carência de uma rede de apoio e/ou ausência de políticas, programas e iniciativas locais de prevenção ao suicídio.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos que enfoquem a identificação e o desenvolvimento de estratégias eficazes de sensibilização e capacitação dos profissionais da APS para que estes atuem na detecção e intervenção precoce ao comportamento suicida, e assim, agindo na redução de danos e colaborando com a redução dos índices mundiais de comportamento suicida.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: OMS; 2014 [acesso em: 05 dez 2017]. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf;jsessionid=D3D9B71A24785842DEDAEAD06A451F91?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=D3D9B71A24785842DEDAEAD06A451F91?sequence=1)>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 02 set 2017]. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>>.
3. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all cause and suicide mortality in mental disorders: a meta review. *World Psychiatry* [Internet]. Junho de 2014 [acesso em: 10 de dez 2017]. 13(2):153-160. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24890068>>.
4. Bunevicius R, Liaugaudaitė V, Peceliuniene J, Raskauskiene N, Bunevicius A, Mickuviene N. Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. *Scandinavian J of Primary Health Care*. 2014 [acesso em: 17 out 2017]. 32(1):24-29. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2013.873604>>.
5. Da Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev. Bioética*. 2015 [acesso em: 18 out 2017]. 23(2):419-426. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3615/361540658021.pdf>>.
6. Werlang BSG. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. Agosto de 2012 [acesso em: 15 nov 2017]. 17(8):1955-1962. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/03.pdf>>.
7. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
8. Madeira TCS, Aguiar MIF, Bernardes ACF, Rolim ILTP, Silva RP, Brazaet VAB. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da Atenção Primária em Saúde. *Rev. APS. Outubro/Dezembro de 2013* [acesso em: 15 nov 2017]. 16(4):393-398. Disponível em: <<https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/1895/762>>.
9. Costa TS, Medeiros RC, Sousa MNA, Uchida RR, Miranda FAN. Intensidade e sintomas depressivos em usuários da estratégia saúde da família. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente* [Internet]. Junho de 2017 [acesso em: 30 nov 2017]. 5(3):47-56. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/3521>>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34:173.
11. Daré PK, Caponi SN. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. *ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade* [Internet]. 2017 [acesso em: 22 out 2017]. 7(1):12-24. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ecos/article/view/1858>>.
12. Motta CCL, Moré CLOO, Nunes CHSS. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso em: 15 nov 2017]. 22(3):911-920. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0911.pdf>>.
13. Ganong LH. Integrative reviews of nursing. *Res Nursing Health* 1987 mar; 10(1):1-11.
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer [Internet]. Einstein (São Paulo). Março de 2010 [acesso em: 08 nov 2017]. 8(1):102-6. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>.
15. Brasil. 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 [Internet]. Diário Oficial da União 26 dez 2011 [acesso em: 30 nov 2017]. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>.
16. Pereira DR, Cortez EA. Sofrimento psíquico na equipe de transplante de medula óssea - uma revisão integrativa. *Medicina (Ribeirão Preto Online)* [Internet]. Junho de 2014 [acesso em: 21 jun 2017]. 47(2):104-111. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/84555>>.
17. Oliveira DAL. Práticas clínicas baseadas em evidências. *Especialização em Saúde da Família. Módulo Pedagógico* [Internet]. 2014 [acesso em: 06 set 2017]. Disponível em: <[https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Pr\\_ticas\\_cl\\_nicas\\_baseadas\\_em\\_evid\\_ncias.pdf](https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Pr_ticas_cl_nicas_baseadas_em_evid_ncias.pdf)>.
18. Organização Pan-Americana de Saúde (Brasil). Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em: 15 nov 2017]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1241.pdf>>.
19. Organização Mundial da Saúde. Comprehensive mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: OMS; 2013 [acesso em: 15 nov 2017]. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1)>.
20. Organização Mundial da Saúde. Plan of action on mental health 2013-2020 [Internet]. Washington: OMS; 2014 [acesso em: 15 nov 2017]. Disponível em: <[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11337%3Aplan-of-action-on-mental-health-2013-2020&catid=8190%3Amental-health-program-general&Itemid=41600&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337%3Aplan-of-action-on-mental-health-2013-2020&catid=8190%3Amental-health-program-general&Itemid=41600&lang=en)>.