



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

ROBERTA BRIZOLLA ROSA

**SOFRIMENTO HUMANO E ESPAÇOS DE CUIDADO: ESTUDO SOBRE
SUICÍDIO EM MUNICÍPIO GAÚCHO**

PASSO FUNDO, RS

2019

ROBERTA BRIZOLLA ROSA

**SOFRIMENTO HUMANO E ESPAÇOS DE CUIDADO: ESTUDO SOBRE
SUICÍDIO EM MUNICÍPIO GAÚCHO**

Trabalho de conclusão apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Izabella Barison Matos

Co-orientadora: Me. Fabiana Schneider

Co-autora: Me. Andrea Nobre Viana

PASSO FUNDO, RS

2019

ROSA, ROBERTA BRIZOLLA
Sofrimento humano e espaços de cuidado: estudo sobre
suicídio em município gaúcho/ ROBERTA BRIZOLLA ROSA. --
2019. 190 f.

Orientadora: Izabella Barison Matos.

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Passo Fundo,
RS, 2019.

1. Suicídio; 2. Prevenção do suicídio; 3. Comportamento
suicida; 4. Estratégia de Saúde da Família; 5. Saúde
Mental I. Matos, Izabella Barison, orient. II. Viana,
Andrea Nobre. III. Universidade Federal da Fronteira Sul.
IV.

Fone: Elaborado pela autora Roberta Brizolla Rosa



ROBERTA BRIZOLLA ROSA

**PESSOAS EM SOFRIMENTO E ESPAÇOS DE FALA E ESCUTA SOBRE
SUICÍDIO: ESTUDO EM MUNICÍPIO GAÚCHO**

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade como requisito para obtenção do grau de especialista em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Izabella Barison Mattos 

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

10 DE DEZEMBRO DE 2018.

Banca examinadora:


Prof. Me. Jeanice Fernandes


Prof. Me. Andrea Nobre Viana


Profª Dra. Maria Conceição de Oliveira (parecer descritivo)

RESUMO

Este arquivo, trata-se do “Volume Final de TCR” composto de “Diagnóstico/Perfil Estratégico”, “Projeto de Pesquisa-Intervenção”, “Relato do Percurso da Intervenção”, “Artigo” e as “Considerações Finais”, elaborado pela residente nos Componentes Curriculares “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR I, II, III e IV”, sob orientação de cada docente orientador e as preceptoras, assim como dos professores desses componentes curriculares.

Palavras-chave: Suicídio, Prevenção do suicídio, Comportamento suicida, Estratégia de Saúde da Família, Saúde Mental.

ABSTRACT

This file is the "Final Volume of TCR" composed of "Diagnostic", "Project of Intervention, "" Article "and the" Final Considerations ", prepared by the resident in the Curricular Components" Health Research, Intervention Project and TCR I, II, III and IV ", under guidance of each advisory teacher and the tutor, as well as the teachers of these curricular components.

Key words: Suicide; Preventing suicide; Suicide behavior; Family Health Strategy; Mental Health

SUMÁRIO

1.	DIAGNÓSTICO / PERFIL ESTRATÉGICO.....	7
2.	PROJETO DE PESQUISA.....	61
3.	RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO.....	109
4.	ARTIGO.....	152
5.	NORMAS PARA SUBMISSÃO.....	183
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	188
7.	COMPROVANTE DE SUBMISSÃO.....	189

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

1º SEMESTRE

DIAGNÓSTICO / PERFIL ESTRATÉGICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE

JUCÉLIA MACHADO SOARES
MARINA PELICOLI
ROBERTA BRIZOLLA ROSA

PERFIL ESTRATÉGICO
MARAU / RS - ESF SANTA RITA

MARAU
2017.

SUMÁRIO

1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO	3
1.1 CRONOLOGIA E EMANCIPAÇÃO	5
2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO	5
2.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA	14
2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	7
2.3 HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA	9
2.4 ASPECTOS CULTURAIS E SOCIAIS	11
2.5 EDUCAÇÃO	15
2.6 CONDIÇÕES DE VIDA E LONGEVIDADE	16
2.7 EMPREGO E RENDIMENTO	10
2.8 ECONOMIA	19
2.9 SAÚDE	21
3. GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE25
3.1 ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	34
3.2 EQUIPE DE TRABALHO	35
3.3 FINANCIAMENTO E REGULAÇÃO	36
3.3.1 RECURSOS FEDERAIS	29
3.3.2 RECURSOS ESTADUAIS	41
3.3.3 RECURSOS MUNICIPAIS	34
3.4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	36
3.5 SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	37
4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	38
4.1 BAIRRO SANTA RITA	40
4.1.1 HISTÓRICO	40
4.1.2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DA ESF SANTA RITA	41
4.1.3 ESCOLAS	43
4.1.4 ESF SANTA RITA	44
4.1.5 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	48
5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	48
6. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	49
7. SAÚDE SUPLEMENTAR	49

1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO

O município recebeu este nome a partir de uma trágica história, sobre um cacique bravo, de nome Marau. Conforme a história, Marau percorria as vastas selvas da Serra Geral em busca de alimento frente a um bando de índios Coroados. O perigo representado pela presença de índios na região era um empecilho à vinda de mão-de-obra europeia em imigração patrocinada pelo Império e, já bem sucedida no caso dos alemães. Nesse contexto, o extermínio do bando chefiado pelo temido cacique Marau era inevitável. Por volta de 1840, acusados de trucidar dois moradores da aldeia Passo Fundo das Missões, os índios foram perseguidos por uma escolta que atravessou o rio Capinguí e, às margens de um arroio, depois chamado de Mortandade, travaram a primeira batalha. A expedição prosseguiu em direção ao sudeste, exterminando o bando às margens de um rio maior. Esse derrame de sangue nomeou o rio de Marau e com o mesmo nome também passou a ser chamada a região adjacente, povoada por caboclos.

Marau foi, durante muito tempo, apenas território para tropeio de gado. Depois, a Coroa distribuiu sesmarias para que os tropeiros e os militares se estabelecessem em estâncias. A vinda de alguns imigrantes das mais diversas pátrias fez surgir os primeiros núcleos populacionais, um denominado de Tope e o outro, de Marau. Este recebeu as primeiras famílias de imigrantes italianos por volta de 1904 e mais tarde tornou-se a sede do 5º Distrito de Passo Fundo, criado em 1916. A vila e a zona rural desenvolveram-se com o trabalho dos colonizadores, descendentes dos imigrantes italianos oriundos das regiões do Vêneto, Lombardia e Trentino, mas foi fundamental a participação dos freis capuchinhos, assistentes espirituais dos marauenses a partir de 1934.

Até a década de 60, a agricultura de Marau manteve um caráter de subsistência, mas a criação de suínos já se transformara em atividade comercial desde a década de 20, fomentada pelo frigorífico Borella e Cia Ltda., que, através de seus produtos, tornou a vila conhecida no mercado nacional. Na década de 70, a instalação de agências bancárias, o cooperativismo agrícola e a mecanização da lavoura alteraram radicalmente o perfil da produção marauense, voltando-a maciçamente para a monocultura. Entretanto, a crise no setor, verificada na década de 80, provocou não somente um grande êxodo rural, mas uma nova mudança na atividade. Hoje, beneficiada pelo terraceamento do solo, a agricultura volta-se para a diversificação de produtos e na pecuária ganham relevo a produção de leite e a avicultura, atendendo à demanda das indústrias de alimentos instaladas em Marau e na região. Ao todo, a

agropecuária reúne mais de 1.700 estabelecimentos e ocupa o segundo lugar em valor adicionado no município.

Nas duas últimas décadas, o parque industrial de Marau ganhou um impulso extraordinário, especialmente nos setores de alimentos, couros, metal-mecânico e equipamentos para avicultura e suinocultura, onde nos setores acima se destacam as empresas: Grupo Perdigão, Fuga Couros, Metasa e GSI Group. Atualmente, Marau se destaca como Polo Industrial no cenário Estadual, Nacional e Internacional, com cerca de 200 empresas, entre elas, 12 empresas de grande porte, totalizando mais de 6.500 empregos. Os demais empregos são oferecidos por cerca de 860 estabelecimentos comerciais e mais de 1.300 estabelecimentos do setor de prestação de serviços.

O desenvolvimento econômico modificou a demografia de Marau, que tem como característica mais marcante de seu desenvolvimento, a diversidade em todas as áreas, oriunda da vocação empreendedora de seu povo. Marau preserva em seu nome o passado indígena do Brasil e a memória das batalhas humanas pela ocupação de espaços, batalhas muitas vezes cruéis e quase sempre condenadas ao esquecimento.

Fotografia 1 – Cidade de Marau



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2017.

1.1 CRONOLOGIA E EMANCIPAÇÃO

- Antes de 1827: o território fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados.
- Em 1827 começa o povoamento da raça branca e nasce Passo Fundo.
- 1845: o cacique Marau, chefe de um bando de Coroados, morre em combate com os brancos às margens de um rio, que passou a ser denominado de Rio Marau, como também as imediações do rio, povoada por caboclos.
- 1857: foi criado o município de Passo Fundo.
- 1904: os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização de Marau.
- 1908: o povoado do Tope, primeiro núcleo populacional de Marau, tinha 2.500 habitantes.
- 10 de janeiro de 1916: cria-se o 5º Distrito de Passo Fundo, “importante colônia e celeiro de Passo Fundo”, com sede no Tope.
- 1918: abre-se a estrada que liga Marau a Passo Fundo, via Taquari.
- 3 de julho de 1920: o povoado de Marau é elevado à vila e passa a ser a sede do 5º Distrito. Em 1923 surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., marco da indústria Marauense, que logo se tornaria fornecedor regional e nacional de salame, presunto, mortadela e banha.
- 1934: os freis capuchinhos assumem a assistência espiritual dos Marauenses, integram a zona urbana e rural em forte comunidade e lideram seu desenvolvimento.
- 18 de dezembro de 1954: Marau emancipa-se com 1.055 Km², desmembrados de Passo Fundo e Guaporé. Em 17 de fevereiro de 1959, com a anexação de Camargo, até então pertencente à Soledade, Marau chega à 1.192 Km².
- 28 de fevereiro de 1955: o município é instalado oficialmente e esta torna-se a data de seu aniversário.

2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Marau compreende uma área física de aproximadamente 649,300 Km², correspondentes a 0,23% da área estadual e 0,008% do território nacional. A densidade demográfica em 2013 foi de 58,7 hab/km². Conforme dados atualizados do IBGE de 2016 o número estimado de habitantes é de 40.629, sendo aproximadamente 85% moradores da zona

urbana. A etnia mais prevalente é de descendentes italianos. A religião da população é predominantemente católica por volta de 33.097 pessoas, seguida da crença evangélica de 2.795 pessoas.

2.1 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O município de Marau é limite Sul da Região Norte do RS, localizada no Planalto Médio, na Região da Produção. Faz limites ao Norte com Passo Fundo e Mato Castelhana, ao Sul com Vila Maria, Camargo e Soledade, ao Leste com Gentil e Santo Antônio do Palma, a Oeste com Nicolau Vergueiro, a Noroeste com Ernestina e a Sudoeste com Ibirapuitã.

Distâncias da Cidade de Marau: 269 km de Porto Alegre, 190 km de Caxias do Sul e 31 km de Passo Fundo.

Fotografia 2 – Localização e limites geográficos de Marau.



Fonte: Site da Câmara Municipal de Vereadores de Marau.

- Altitude média do Município: 650 m acima do nível do mar;
- Pontos mais elevados: Tope e São Pedro do Jacuí;
- Clima: Temperado – temperatura média: 18° C;
- Relevo: Território ondulado por coxilhas, com aclives e penhascos em margens de rios;
- Estrutura geológica: arenito basáltico;

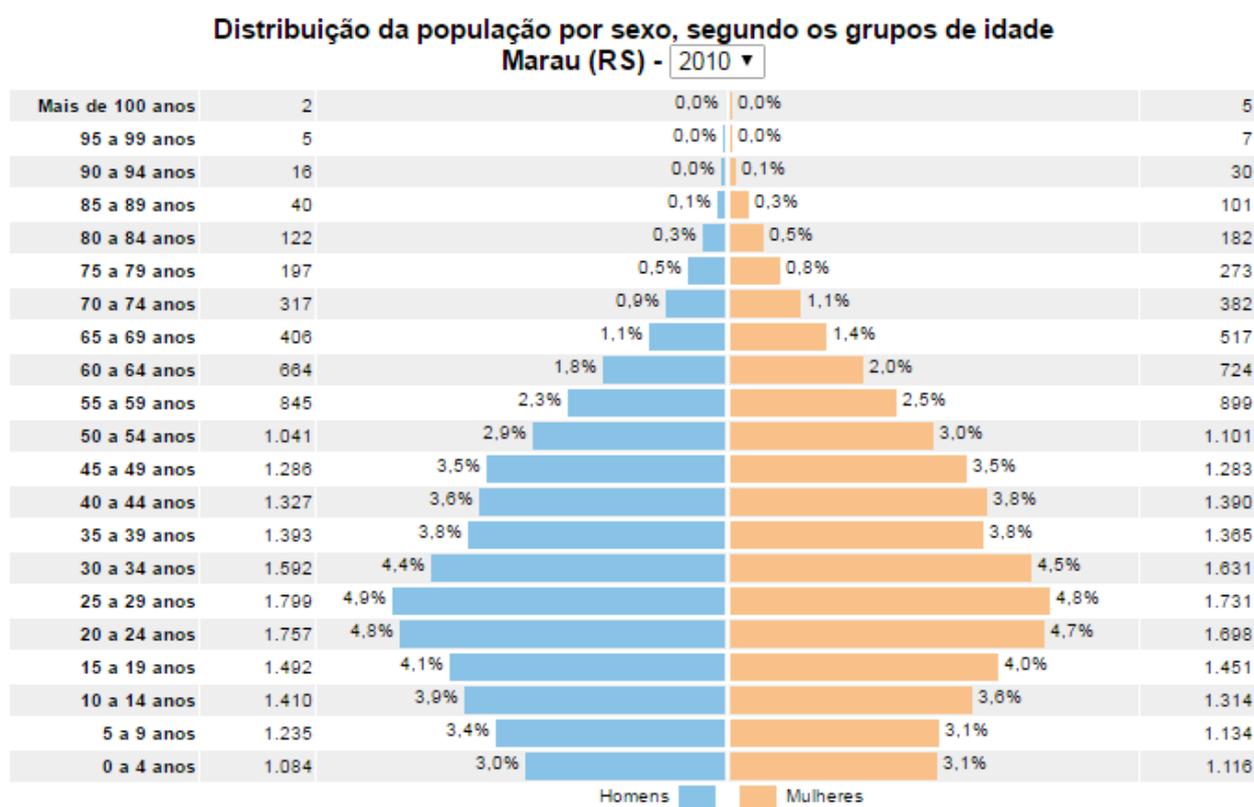
- Solo mais frequente: lato solo roxo.

2.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Marau tem baixa razão entre os sexos, a população é homogênea nas faixas etárias em relação ao sexo. Percebe-se uma distribuição de habitantes entre as faixas etárias com prevalência nas faixas de idade economicamente ativas.

Conforme pesquisas que analisam dados populacionais, isso é um reflexo da redução dos índices de natalidade e mortalidade, somados ao aumento da expectativa de vida.

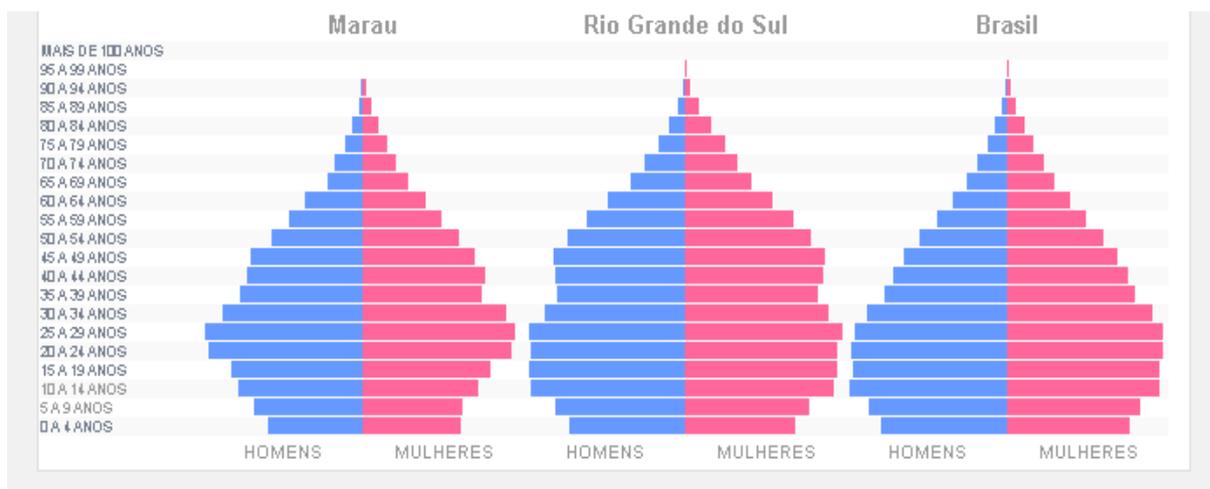
Gráfico 1 – Distribuição da população de Marau



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Contudo, a base maior que o ápice ainda aponta para o crescimento populacional, semelhantes a dados do Rio Grande do Sul e Brasil como comparados no gráfico abaixo.

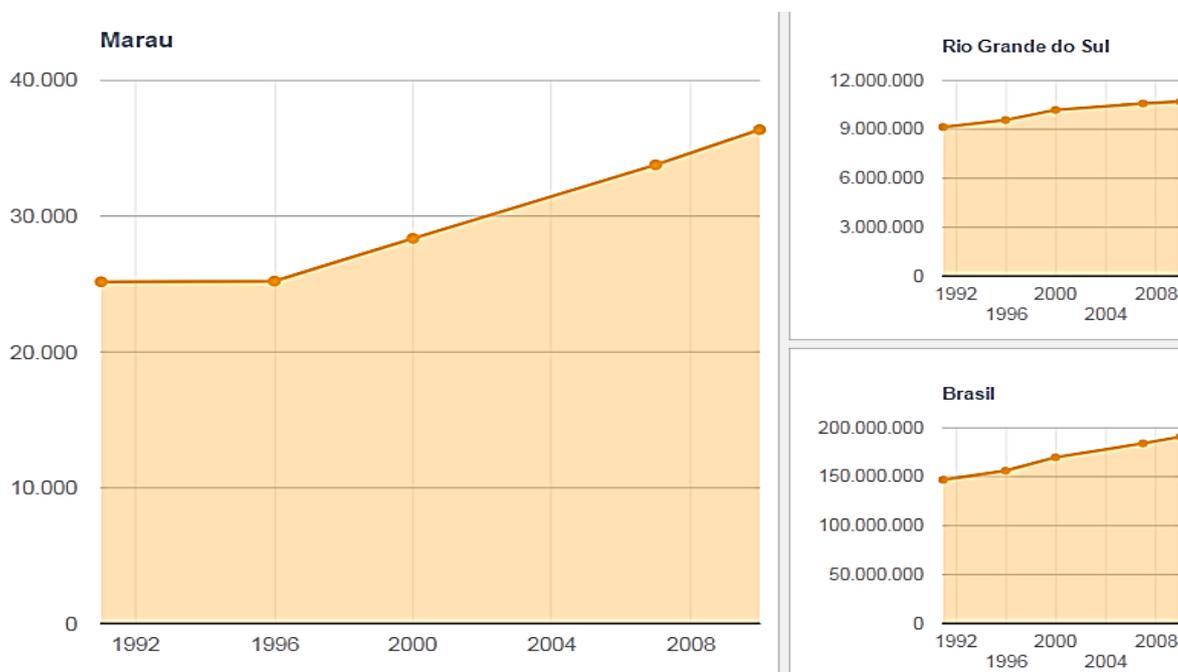
Gráfico 2 – Pirâmides etárias



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Segundo dados do IBGE de 2010, percebe-se que está ocorrendo um ritmo acentuado de crescimento populacional de Marau comparado a dados gerais do Rio Grande do Sul e Brasil.

Gráfico 3 – Evolução populacional



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

2.3 HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA

Levando em consideração o rápido crescimento do município de Marau, os indicadores de habitação e infraestrutura demonstram o grau de ajuste das famílias e do planejamento urbano as mudanças econômicas e demográficas. Sobretudo, percebe-se um aumento relativamente proporcional de número de habitantes e número de domicílio. Observa-se também que a maioria da população reside na área urbana.

Atualmente encontram-se poucos dados, com relação ao número de habitantes por domicílio. Não existem também dados no que tange à especulação imobiliária no município, no entanto, não há relatos de ocupações de terras para moradia em Marau, embora se compreenda que existam desigualdades econômicas e sociais no município, como em todo o país. Os que encontramos para descrever neste estudo foram dados de 2010, que seguem.

Tabela 1 – População por domicílio

Relação de população por domicílio	
Domicílios Particulares Permanentes	13.347
População Residente	36.364
População Homens	18.030
População Mulheres	18.334
Razão de Dependência Jovens	27.5%
Razão de Dependência Idosos	9.8%
Média de moradores por Domicílios	3
Proporção de domicílios ocupados	91.4%
Proporção de domicílios não ocupados	8.6%

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Quando se reconhece o território de Marau, nas periferias, há moradias aparentemente precárias, próximas de rios, em encostas de morros, e eventualmente no próprio território da Santa Rita. Interroga-se da possibilidade de haver pouca mobilização social entre essas pessoas, o que por consequência, gera essas invisibilidades para o restante da sociedade.

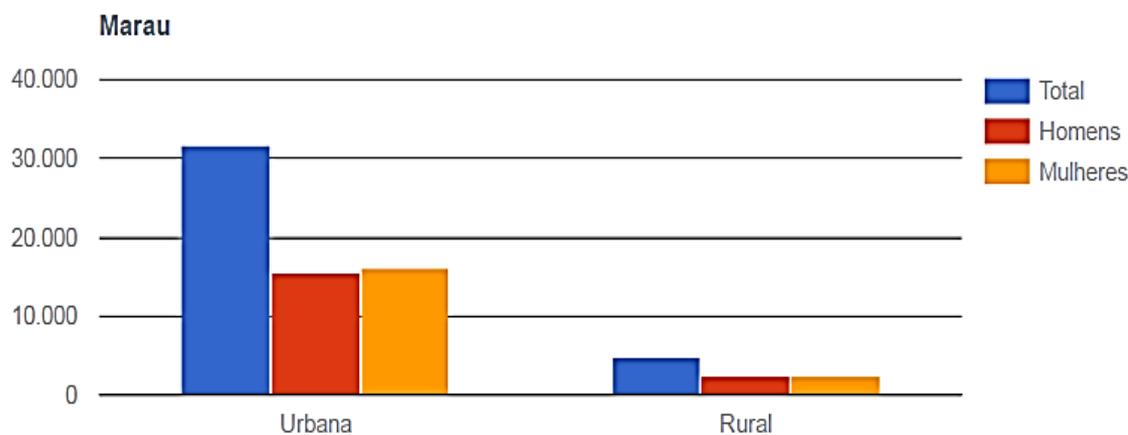
No território da ESF Santa Rita, estima-se uma proporção entre habitações próprias e alugadas, sendo que a maioria é casa. Percebe-se que os alugueis em geral se mantém direto

com os proprietários dos imóveis, residindo na maioria, em mais de uma pessoa por imóvel. Acredita-se que essa diferenciação, quando equiparada aos dados do país, se dá em virtude do município de Marau ser localizado no interior do estado, ser sede de um polo industrial e agrícola intenso, e pela proximidade com cidades maiores, como Passo Fundo.

É expressivo também êxodo rural no município, quando observasse que a maioria da população reside em área urbana. Sabe-se que é um conjunto de fatores que incentivam isso, destacando na realidade do território, a existência de grandes indústrias, oferta de empregos e melhor remuneração, acesso à bens, serviços, infraestrutura, como educação, saúde, lazer, e outros. Conforme o Plano Nacional de Habitação de 2008, Marau foi classificado como centro urbano em espaço rural próspero.

O gráfico abaixo apresenta uma equivalência na população entre homens e mulheres, outro reflexo dos dados nacionais, que referem haver mais mulheres na população brasileira do que homens. Conforme IBGE (2013) há no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população. Rondônia, Roraima, Amazonas e Pará são os únicos estados que têm mais homens que mulheres.

Gráfico 4 – População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

MANEJO DO LIXO

A coleta do lixo no município de Marau é feito através de uma empresa terceirizada, o manejo, coleta e destinação final dos resíduos sólidos estão sob responsabilidade da mesma, que mantém contrato com a Prefeitura Municipal.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

O abastecimento de água no município de Marau em sua maioria é oferecido através da Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN), que coleta água do Manancial: Sanga/Arroio Marau, e realiza o tratamento na Estação de Tratamento de Água (ETA, Marau). Dados coletados do SIAB, 2013 referem que 57,6 domicílios brasileiros possuem rede abastecimento de água, já Marau se destaca com um e percentual de 75,75%.

MANEJO DE ESGOTO SANITÁRIO

Sabe-se que a população de Marau possui rede de esgoto porém, uma minoria das famílias destinam a maioria dos dejetos em fossa, e uma pequena parcela ainda a céu aberto.

Como pode se observar o município ainda tem muito que avançar neste processo.

2.4 ASPECTOS CULTURAIS E SOCIAIS

- **Festival Nacional do Salame**

Com o objetivo de resgatar e manter vivos os aspectos culturais herdados dos imigrantes italianos que colonizaram a região há mais de 100 anos, Marau agregou um novo grande evento a seu calendário festivo. Surgiu, então, em 2010, o Festival Nacional do Salame. Não à toa, hoje, Marau é conhecida como capital Nacional do Salame. O salame ajuda a contar a história de Marau. Uma tradição que virou marca. A produção de carne suína no município, em especial do salame, revelou-se como uma das principais fontes de renda familiar nos anos 20. Foi neste contexto que cresceu a cidade, sob forte influência da industrialização, iniciada com a instalação do Frigorífico Borella, mais tarde, nos anos 80, adquirida pela Perdigão, hoje BRF Brasil Foods. Por estas razões, o salame e o desenvolvimento da cidade são diretamente proporcionais. Da herança deixada pelos antepassados aos marauenses surgiu a Rota da Salamarias, que inspirou a organização do Festival. Desde 2010, quando aconteceu a primeira edição do evento, o Salão Paroquial e seu entorno, se transformam, durante três dias do ano, em uma arena de boa comida, boa bebida e diversão.

Fotografia 3 – Festival Nacional do Salame



Fonte: Site do Festival Nacional do Salame 2016.

- **Expomarau**

A primeira edição da feira que mostra as potencialidades de Marau aconteceu em 1981, durante o mandato de José João Santin, tendo como Presidente da Câmara de Vereadores Luiz Brocco. Em 1981, os 27.416 habitantes de Marau viram surgir a ideia da primeira Expomarau durante o IV Encontro de Suinocultores. O que era para ser uma exposição de animais, passou a agregar indústria, comércio e artesanato.

Fotografia 4 - Expomarau



Fonte: Site Expomarau 2015.

- **Rota das Salamarias**

*Salamaria é o local onde se faz o salame. O salame tem seu nome derivado do latim **salumen**, que significa carne salgada, e teve muita importância numa época onde se precisava armazenar a carne em temperatura ambiente. No Brasil o salame é conhecido como um embutido de carne suína moída e salgada. Na Itália, "salame" é uma designação genérica para todo tipo de embutido produzido com carne suína, abrangendo também os presuntos cozidos e defumados, copa, pancetta, mortadelas e fiambres. Na Rota das Salamarias, você pode percorrer trilhas ecológicas, saborear a cachaça produzida em alambique artesanal, apreciar as vinícolas, com degustação e varejos de produtos coloniais, ouvir o grito do quero-quero, provar o amargo do mate, tomar banho de cachoeira, tirar água de poço, andar de carretão, ver o artesanato em madeira, em palha de milho e trigo, além de saborear a culinária legada dos colonizadores desta terra.*

Fotografia 5 – Rota das Salamarias

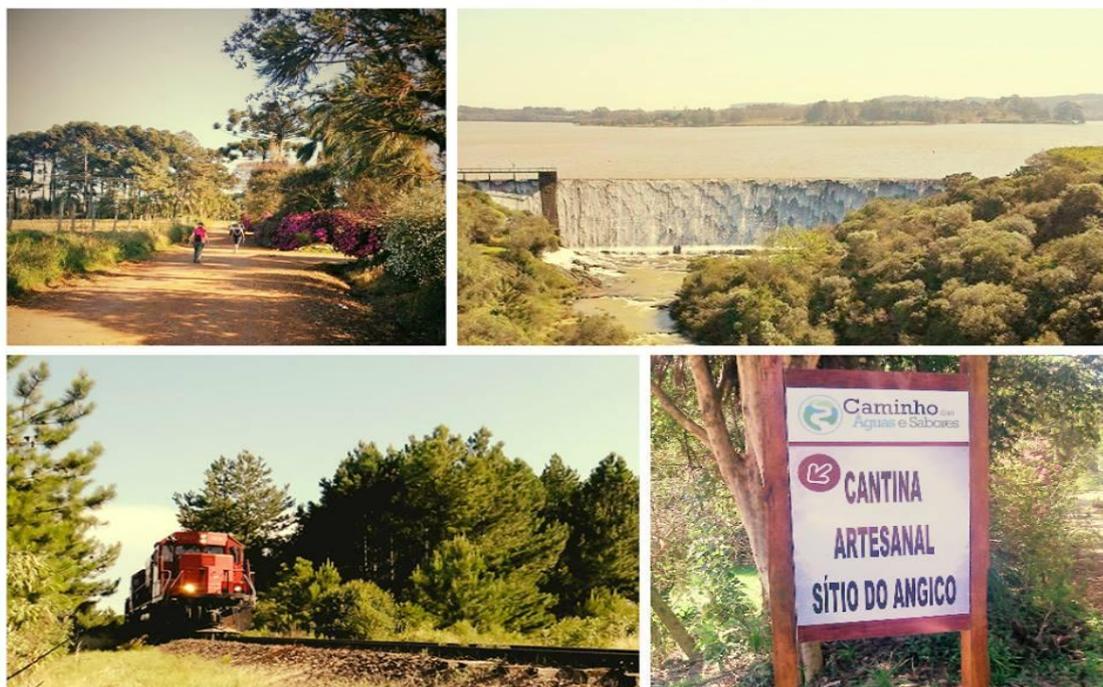


Fonte: Site da Rota das Salamarias

- **Caminho das águas e sabores**

O Caminho das Águas e Sabores reúne gastronomia, natureza, aventura, religiosidade e lazer. Abrange as comunidades de Nossa Senhora Aparecida, Gramadinho, Cachoeirão e Santo Antônio dos Triches, além do Bairro Constante Fuga. Tradição italiana, café da roça, lindas paisagens, nascentes, cachoeiras, cachaças, vinhos e licores, artesanato, gastronomia colonial, espiritualidade e contos sobre a passagem dos tropeiros pela região. Trata-se de um projeto de turismo rural que nasceu da iniciativa de empreendedores que buscam diversificar as atividades e promover crescimento de forma sustentável, através da valorização das belezas naturais e dos costumes.

Fotografia 6 – Caminho das Águas e Sabores



Fonte: Página no Facebook do Caminho das Águas e Sabores.

2.5 EDUCAÇÃO

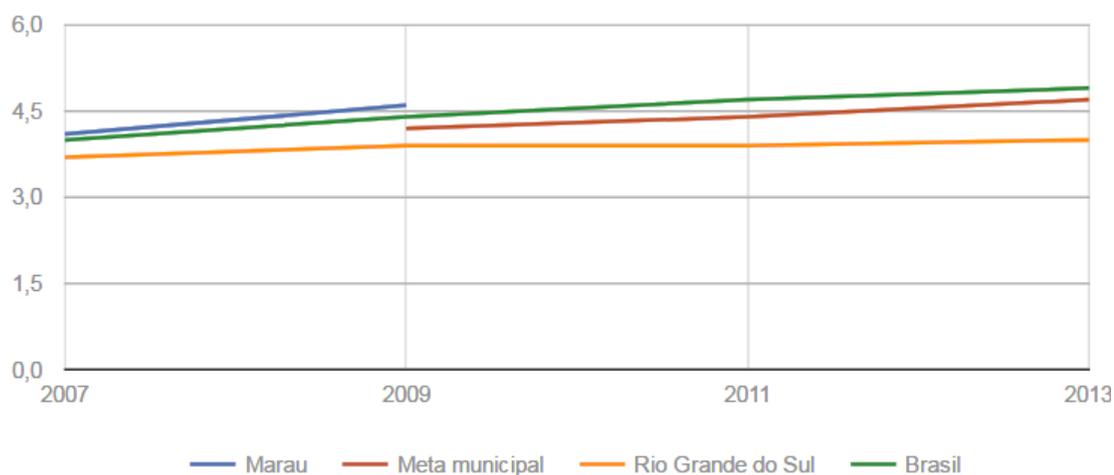
A educação no município de Marau atualmente é realizada por três fontes de ensino: municipal, estadual e particular. São diversas instituições que abrangem desde a primeira etapa da educação básica, educação infantil, educação para crianças com necessidades especiais, realizada pela APAE, e o Ensino Técnico e Superior. São 24 Escolas Municipais, 04 Escolas Estaduais, 02 Escolas Particulares, 01 Escola de EJA – Ensino Fundamental Municipal e 02 Entidades de Ensino Técnico e Superior CESURG, FABE. Para além, a Prefeitura de Marau oferta transporte coletivo diário para estudantes universitários que residem em Marau e precisam se deslocar a municípios vizinhos para estudar.

De acordo com IBGE (2010), a taxa de escolarização em Marau (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 94.5% em 2010. A nota no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi de 6.2 para alunos de anos iniciais, e de 4.3 para alunos dos anos finais. Na comparação com municípios do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava este município na posição 108 de 497. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 165 de 497. Isso colocou o município na posição 482 de 497 dentre os municípios do Rio Grande do Sul, e na posição 5134 de 5570 dentre os municípios do Brasil,

o que pode ser observado no gráfico abaixo. A taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais em 2010 era de 3,03%.

Considerando vivências atuais no território da ESF Santa Rita, e trabalhos realizados em parceria com a EMEF Afonso Volpato (localizada no território sendo a maior escola municipal de Marau, recebe mais de 500 alunos), fica evidente problemas nas relações interpessoais entre a comunidade escolar. São situações significativas de violência entre alunos, alunos-professores, professores que aparentam processos de adoecimento relacionado ao trabalho, e famílias com pouca interação entre seus membros (por condições diversas), o que também afeta o processo de alfabetização.

Gráfico 5 – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica em Marau anos finais 2007 - 2013



Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2007 - 2013.

2.6 CONDIÇÕES DE VIDA E LONGEVIDADE

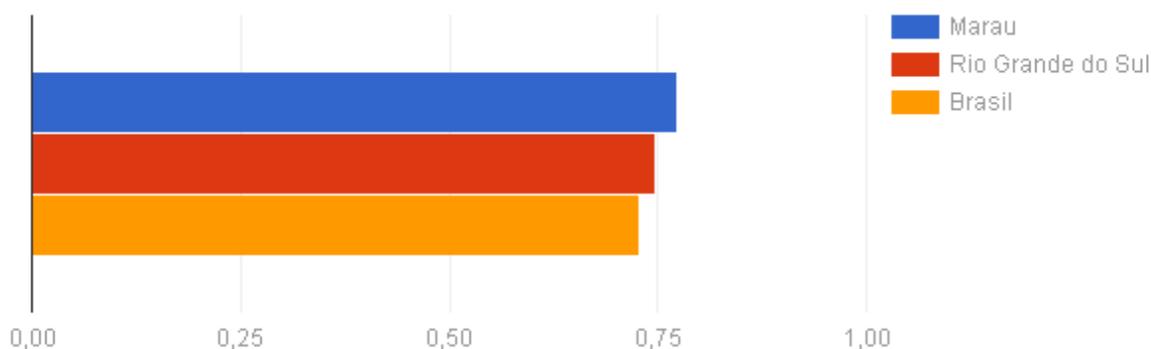
O envelhecimento humano tem motivado discussões na busca de uma melhor compreensão sobre os condicionantes desse processo, em função das alterações do panorama populacional mundial e local. O alcance da longevidade, independente da presença de doenças, se tornou mais frequente na população brasileira. Concomitante ao crescimento do número de idosos longevos percebe-se uma parcela diminuta, desses, inseridos no mundo do trabalho informal e voluntário, outros participando nos contextos religiosos e comunitários e preocupados com sua qualidade de vida (WILLIG et al, 2015).

As condições de como as pessoas chegam à longevidade, se somente estão vivendo mais, ou se estão atingindo idades mais avançadas com qualidade de vida, são indagações que

precisam ser mais bem investigadas, tanto no Brasil, quanto em Marau. As consequências da longevidade, também, são pouco esclarecedoras, os dados são escassos e há uma preocupação generalizada de que a longevidade avançada represente um problema tanto para os indivíduos como para as sociedades. Percebe-se que existem duas hipóteses, uma de que a proporção crescente de indivíduos que sobrevivem a uma idade tardia levará a um aumento das doenças e das incapacidades, e a segunda é que haverá pessoas longevas sobrevivendo a partir do adiamento de incapacidades físicas e cognitivas (CHRISTENSES, et al, 2009).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador comparativo usado para segmentar os países desenvolvidos (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). O cálculo do IDH é composto a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto (PIB) per capita. O relatório do IDH de 2010 mostra o Brasil na 73ª posição entre 169 países, com IDH de 0,699, situando-se entre os países de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2012).

Gráfico 6 – IDH Município de Marau

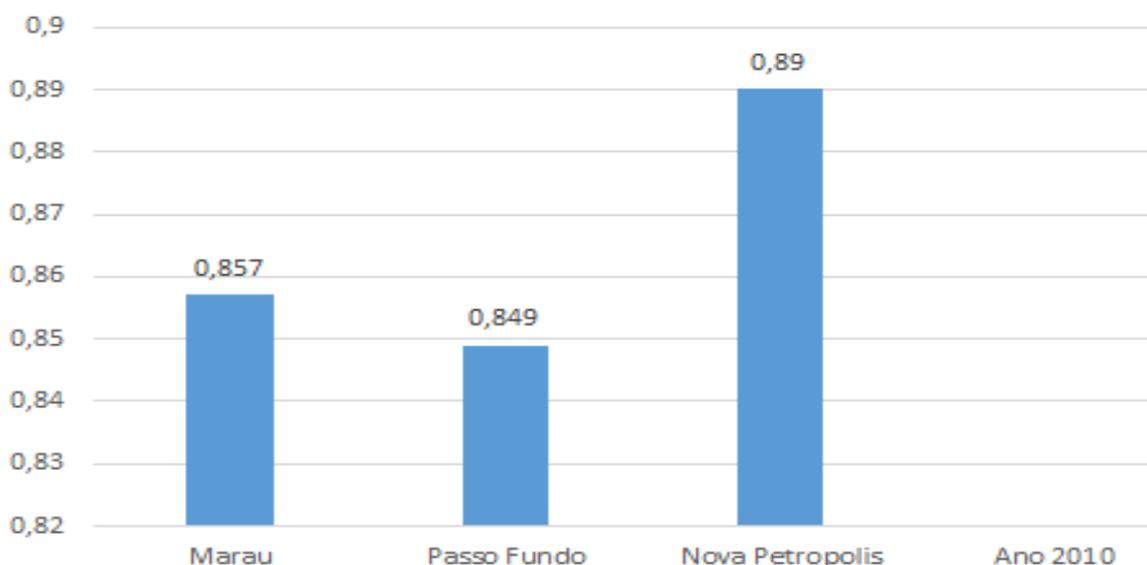


Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Conforme o gráfico apresentado pelo IBGE sobre Marau, conclui-se que o município possui um índice de desenvolvimento humano alto: 0,774. Sendo maior que o índice de desenvolvimento humano do País, ocupando a posição 25º no estado do Rio Grande do Sul e 190º no Brasil. Ao transitar pelo centro do município, e nos bairros da cidade, chama a atenção a organização e urbanização existentes. Cidade apresenta-se limpa, organizada, arborizada, sinalizada, com uma oferta de serviços e comércio (bancos, livrarias, lotéricas, ópticas, supermercados, fruteiras, padarias, postos de combustíveis, ESF, praça principal, academias, farmácias, hospitais, escolas, etc.) que aparentam conseguir atender as necessidades da população local.

O IDH em Longevidade é calculado sobre a esperança de vida ao nascer das pessoas. Varia de 0 a 1 considerando indicadores de saúde. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município. Conforme dados acima, Marau apresenta 0,857, sendo superior ao de Passo Fundo 0,849, mas, inferior à Nova Petrópolis 0,890 que ocupa o primeiro lugar do ranking do estado.

Gráfico 7 - Comparativo do IDH Longevidade, 2010.



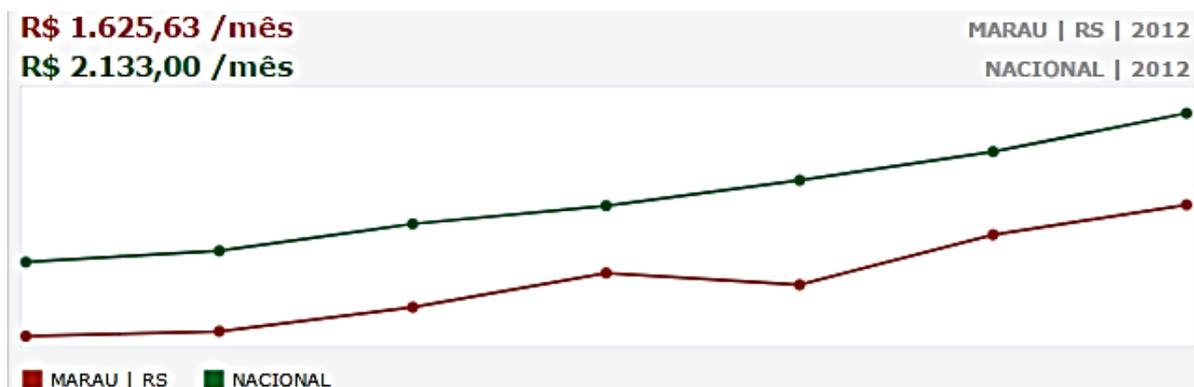
Fonte: Elaborado pelas autoras

Uma reflexão importante que esses dados oferecem, diz respeito à concentração de renda no país, que conforme classificação da ONU, o Brasil é intermediário quanto à renda per capita, mas possui o segundo maior índice de concentração de renda do mundo, sendo superado apenas por Suazilândia, na África. Outro dado alarmante é que no Brasil, 50% dos mais pobres ganham o equivalente ao que ganham 1% dos mais ricos (PINHEIRO, CARVALHO, & FREITAS, 2009; DAWALIBI ET AL, 2014).

2.7 EMPREGO E RENDIMENTO

Em 2014, o salário médio mensal era de 2.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 43.5%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, há 22.6% da população nessas condições, o que coloca Marau na posição 406 de 497 dentre os municípios do estado e na posição 5422 de 5570 dentre os municípios do Brasil (IBGE, 2014).

Gráfico 8 - Salário médio mensal por trabalhador



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Analisando apenas esses dados, torna-se dificultoso o processo de interpretação, já que é sabido o município abrigar um significativo cenário industrial da região (principalmente frigorífica metalmeccânica e couros). No ano de 2014 eram 2.024 empresas atuantes no município, que apresentavam 17.259 postos de trabalho. Embora haja pouca informação sobre esses dados, percebe-se que as empresas instaladas no município, ocupam mão de obra diversificada entre moradores da cidade, e moradores de municípios da região.

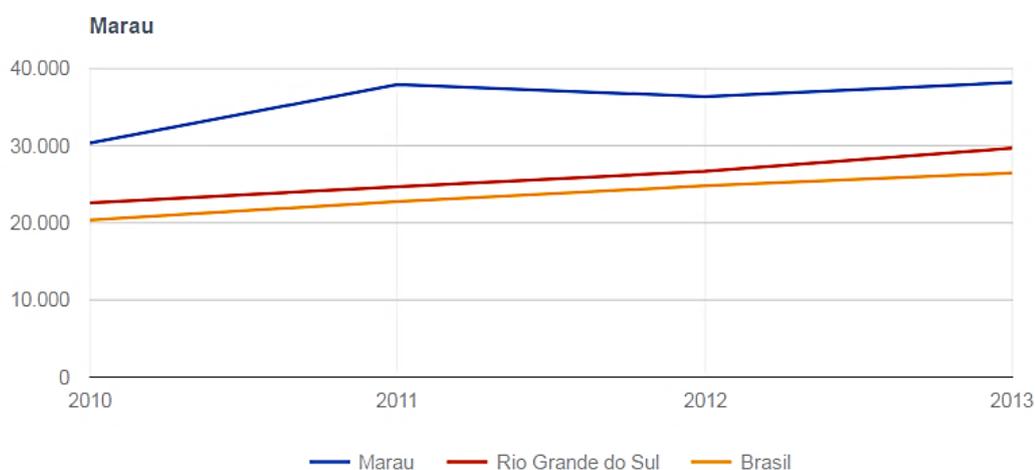
2.8 ECONOMIA

O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma de todos os bens e serviços que foram produzidos dentro de um país durante o período de um ano, em moeda corrente (real). O PIB pode ser calculado sob diversas óticas, considerando-se o valor adicionado por setores de atividade econômica, que deve ser igual a renda gerada, bem como pode ser obtido pelos gastos da sociedade. Atualmente no Brasil, o PIB é calculado através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e essa mensuração anual permite às autoridades

governamentais utilizarem políticas públicas com o objetivo de promover o crescimento maior dos nossos municípios e país.

Marau em 2014 apresentou um PIB per capita (que é o PIB dividido pela quantidade de habitantes) de R\$ 41.627,49. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 64 de 497. Já na comparação com municípios do Brasil, sua colocação era de 355 de 5.570. Em 2015, tinha 79.3% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação aos outros municípios do estado, estava na posição 267 de 497 e, quando comparado a demais municípios do Brasil, ocupava a posição 3.861 de 5.570 (IBGE, 2010).

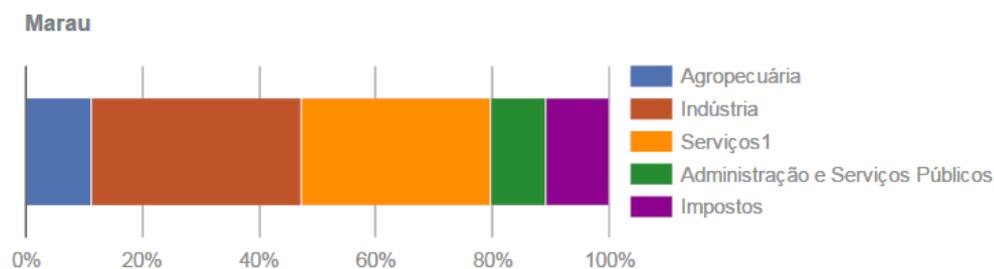
Gráfico 9 – Produto interno bruto per capita 2010 - 2013



Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

No município de Marau o PIB é constituído em sua maior parte pela Indústria seguido dos demais seguimentos como de serviços e agropecuária, demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 10 – Produto interno bruto por municípios - 2013



IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

No que tange ao programa Federal Bolsa Família, dentre os municípios da região noroeste do estado do RS, conforme dados do site do Bolsa Família, Marau fica atrás apenas de Passo Fundo com o incentivo mensal no valor de R\$100.084,00.

2.9 SAÚDE

Atualmente o Secretário Municipal de Saúde Marau é Douglas Kurtz (Gestão 2017-2020). Marau tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo portanto 12 ESFs distribuídas na cidade para atender a população, que são:

- ESF Central 1
- ESF Central 2
- ESF Central 3
- ESF Centro Social Urbano
- ESF Fuga/Santa Helena
- ESF Jardim do Sol
- ESF Planalto
- ESF Progresso
- ESF Rural
- ESF Santa Lúcia
- ESF Santa Rita
- ESF São José Operário

Marau possui prontuário eletrônico em todas as unidades de saúde com acesso a internet; 75% dos profissionais são concursados e os demais contratados por Processo Seletivo Simplificado. Dos médicos que constituem a equipe, 4 possuem título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Além dos atendimentos nas ESFs durante o dia (07:30h às 11:30h e a tarde 13h às 17h), é oferecido a população um serviço de apoio para consulta médica à demanda excedente e um horário alternativo de atendimento médico e de enfermagem das 18h às 22h.

Nas ESFs são realizados as seguintes atividades: Consultas médicas; Consultas odontológicas; Consultas psicológicas; Consultas de enfermagem; Atendimento ambulatorial; Visitas domiciliares multiprofissionais; Atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, hipertensos e diabéticos, ente outros); Imunizações; Vigilância Epidemiológica; Limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; Planejamento familiar; Pré-natal e

puericultura; Notificações; Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos; Coleta citopatológica; Administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); Teste de glicemia capilar; Monitoramento de pressão arterial; Saúde bucal curativa e preventiva; Medidas antropométricas; Retirada de pontos; Curativos de pequeno e médio porte; Lavagem otológica; Procedimentos médicos de pequeno porte, bem como Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C; Atendimentos Psicológicos, Atendimentos Farmacêuticos incluindo programa Remédio em Casa entre outros.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza de 215 medicamentos da lista básica na farmácia municipal. São quatro farmacêuticos, quatro atendentes e dois auxiliar administrativo para atender aproximadamente 350 usuários/dia. Além da farmácia central, tem-se 5 polos de farmácia com dispensação de medicamentos que são nas ESFs Centro Social Urbano, Santa Rita, São José Operário, Progresso e Planalto.

Quanto a taxa de mortalidade infantil média no município de Marau, dados evidenciam 11,39 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 174 de 497 e 395 de 497, respectivamente. Quando comparado a municípios do Brasil todo, essas posições são de 2924 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente.

Tabela 2 – Indicadores de Saúde

Indicadores de Vigilância de Programas Prioritários (número de casos)					
Indicador	Marau	Região de Saúde	Rio Grande do Sul	Sul	Brasil
Todas as causas (Mortalidade Infantil e Fetal)	2	50	1.422	3.861	35.619
Reduzível por adequada atenção à mulher na gestação (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	12	409	1.193	9.410
Reduzível por adequada atenção à mulher no parto (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	4	124	334	3.442
Reduzível por adequada atenção ao feto e recém nascido (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	5	236	595	6.789
Reduzível por ações de diagnóstico e tratamento adequadas (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	2	92	203	2.341
Reduzível por ações de promoção à saúde vinculadas à ações de atenção (Mortalidade Infantil e Fetal)	0	3	75	206	1.883
Causas de morte mal definidas (Mortalidade Infantil e Fetal)	1	2	58	119	1.347
MIF totais (Mortalidade Materna)	6	136	3.451	8.895	64.265
MIF com causa presumível (Mortalidade Materna)	1	14	567	1.424	13.307
Maternos declarados totais (Mortalidade Materna)	0	1	45	133	1.484

Fonte: Site da Secretaria de Vigilância Sanitária, Governo Federal, 2017 (adaptado pelas autoras).

Tabela 3 – Indicadores de Mortalidade

Indicadores de mortalidade no município de Marau (número de casos)				
Indicador	Marau	Região de Saúde	Rio Grande do Sul	Brasil
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99) (Mortalidade CID-10)	55	761	23.109	348.199
Neoplasias (C0048) (Mortalidade CID-10)	41	602	17.979	208.811
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99) (Mortalidade CID-10)	35	476	11.439	155.467
Causas externas de morbidade e de mortalidade (V, W, X, Y) (Mortalidade CID-10)	19	337	7.946	147.928
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93) (Mortalidade CID-10)	12	149	3.713	64.106
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99) (Mortalidade CID-10)	11	74	2.081	38.903
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90) (Mortalidade CID-10)	10	164	4.593	73.953
Doenças do sistema nervoso (G00-G99) (Mortalidade CID-10)	8	143	3.310	35.122
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99) (Mortalidade CID-10)	7	101	3.551	56.325
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99) (Mortalidade CID-10)	2	92	4.795	85.516

Fonte: Site da Secretaria de Vigilância Sanitária, Governo Federal, 2017 (adaptado pelas autoras).

3. GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

O município conta com um Plano Municipal de Saúde estabelecido em 2014 com vigência até 2017.

As receitas municipais aplicadas à saúde giram em torno de 21% (19,86% em 2012; 21,03% em 2013 e 20,44% em 2014; 25% em 2017).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de Julho de 1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), está orientado pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais. O FMS está vinculado diretamente ao gestor local.

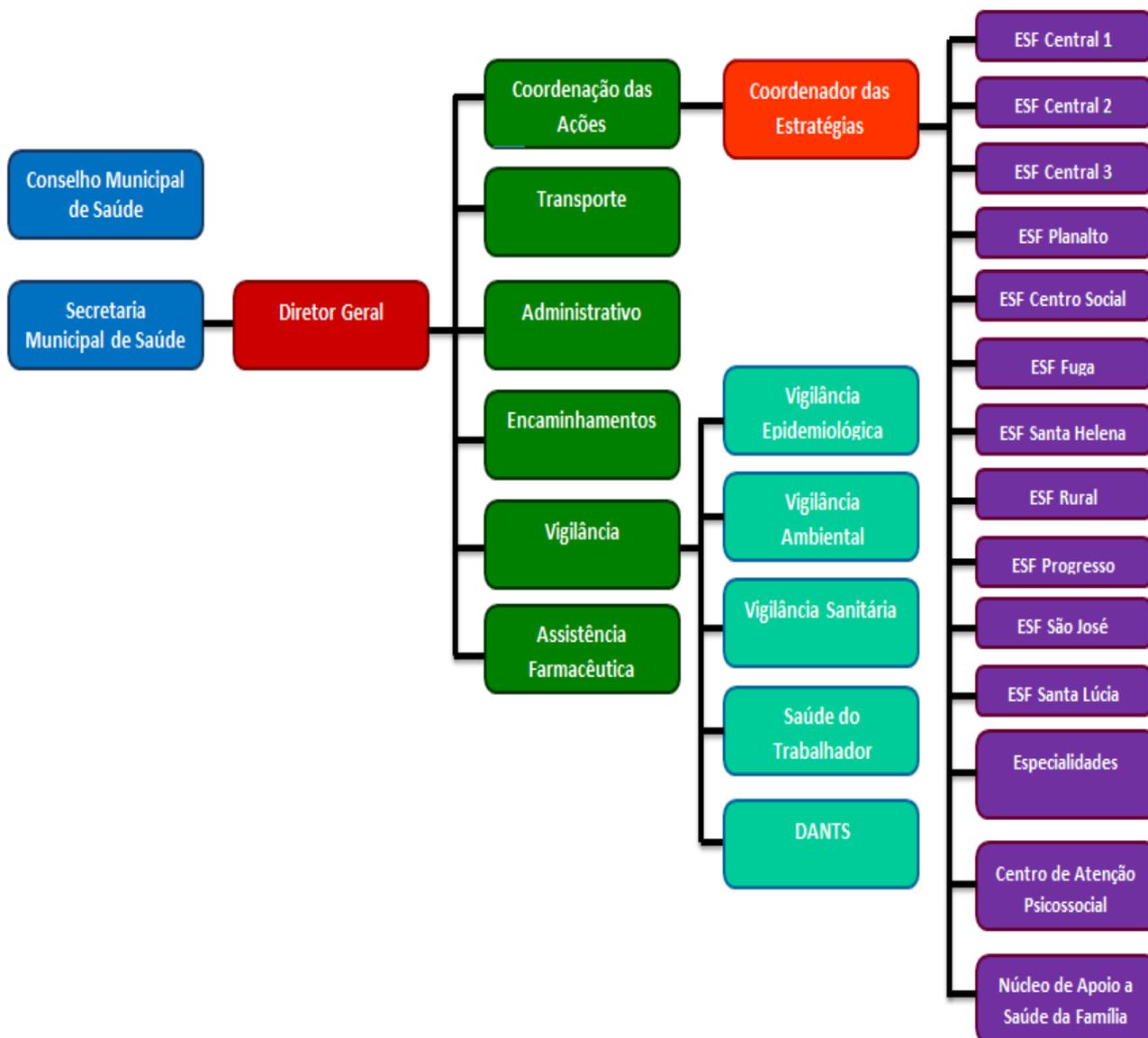
A Lei Municipal nº 2255 de Março de 1995 altera o artigo 3º da lei 1577 de 1991, em que este trata da composição do CMS, o qual terá a seguinte composição: governo municipal; prestadores de serviço público e privado; profissionais de saúde; usuários. O CMS é composto por 19 membros: 6 representantes do governo, 1 prestador de serviços públicos e privados, 2 profissionais da saúde e 10 representantes de usuários. Percebe-se pouca participação dos conselheiros nas reuniões, bem como da comunidade em geral, visto ser um espaço democrático que favorece a participação do cidadão na construção de políticas públicas. Verifica-se também a necessidade de educação permanente que proporcione aos conselheiros o entendimento de suas atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde. Atualmente o CMS é presidido pela representante dos usuários Alessandra Gomes e as reuniões acontecem nas segundas terças-feiras de cada mês no auditório da Secretaria Municipal de Saúde às 17h.

No município de Marau, há dois Conselhos Locais, da ESF Santa Rita e São José Operário, os quais proporcionam, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde.

Referente a Conferência Municipal de Saúde que é realizada a cada quatro anos, neste ano de 2017 não estava previsto, porém, foi realizada a XI Conferência Municipal de Saúde e I Conferência Municipal da Mulher, que ocorreu na Casa da Cultura, no dia 12/05/2017 pelo turno da manhã com a presença da gestão e a maior representação de trabalhadores do serviço, nesta ocasião ocorrem discussões para o planejamento das ações em saúde para os próximos anos.

3.1 ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A estrutura da Secretaria de Saúde de Marau está organizada da seguinte forma, não estando vinculada diretamente com outras Secretarias Municipais como demonstrado a seguir.



3.2 EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de saúde é formada por:

- 11 Médicos concursados;
- 06 Médicos do Programa Mais Médicos;
- 05 Médicos Contratados 40h;
- 05 Médicos Contratados 20h;
- 18 Enfermeiras;
- 23 Técnicos de enfermagem;
- 20 Agentes de combate endemias;
- 02 Assistentes sociais;
- 08 Odontólogos;
- 06 Auxiliares de Saúde Bucal;
- 08 Psicólogas;
- 63 Agentes comunitários de saúde;
- 04 Farmacêuticos;

A Secretaria Municipal de Saúde presta atendimento à população em 12 Unidades de Saúde da Família, um Posto Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional Estabelecimentos). A estrutura das Unidades de Saúde da Família compreendem: consultório médico, odontológico, psicológico, enfermagem, sala de vacinas e procedimentos, sala de esterilização, lavanderia, cozinha, banheiros, recepção e sala de reuniões. Algumas unidades contam com espaço para farmácia.

Todas as Unidades de Saúde funcionam diariamente de segunda à sexta-feira das 07h30min às 11h30min e das 13h às 17h.

O Posto de Saúde Central localizado junto a Secretaria Municipal de Saúde (foto na página seguinte) funciona nos mesmos horários das Estratégias de Saúde da Família e compreende os seguintes atendimentos: consultas pediátricas; consultas ginecológicas e obstétricas; consultas com especialista em saúde mental; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; coleta citopatológica, biópsia, colposcopia, colocação de DIU; administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); teste de glicemia capilar; monitoração de pressão arterial; medidas antropométricas.

Fotografia 7 – Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2017.

3.3 FINANCIAMENTO E REGULAÇÃO

A gestão financeira do Fundo Municipal de Saúde é orientada pela lei municipal nº 1577/91 e lei nº 8.142/90 e decretos posteriores, sendo essas legislações que norteiam a execução financeira e orçamentária das atividades do fundo municipal de saúde. O município de Marau aplicou em 2014 20,38% da arrecadação líquida de impostos arrecadados em serviços e ações de saúde pública. Esse percentual é superior ao mínimo preconizado pela Lei Complementar 141/2012, e visa cumprir as ações planejadas e pactuadas através do Plano Plurianual, Lei das Diretrizes Orçamentárias, a Lei Orçamentária Anual e Plano Municipal de Saúde.

3.3.1 RECURSOS FEDERAIS

A organização e recebimento dos recursos financeiros repassados pelo nível federal ocorrem por meio de blocos de financiamento (BRASIL, 2007), sendo eles:

- 1- Atenção Básica;
- 2- Atenção de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e hospitalar;
- 3- Vigilância em Saúde;
- 4- Gestão do SUS;
- 5- Assistência Farmacêutica;
- 6- Investimentos na rede de serviços de saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes que possuem as ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais são repassados fundo a fundo em conta única e específica para cada bloco de financiamento.

1) Bloco da Atenção Básica: Esse bloco é constituído por dois componentes:

PAB (Piso da Atenção Básica) – Fixo: são recursos transferidos mensalmente de forma regular e automática. O cálculo para recebimento do valor baseia-se em indicadores selecionados conforme critérios do Departamento de Atenção Básica (DAB): PIB Per Capita (Produto Interno Bruto), percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, percentual da população e extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2013). A partir de instrumento que avalia estes critérios, recebe-se uma pontuação de 0 a 10, que é uma nota ao percentual de pessoas que estão nestas condições. A partir da pontuação final, o município é enquadrado dentro de um grupo. Os grupos são classificados conforme pontuação e número de habitantes:

- Grupo I – municípios com pontuação menor que 5,3 e população de até 50 mil habitantes;
- Grupo II – municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e com até 100 mil habitantes e/ou municípios com pontuação menor que 5,3 e população entre 50 e 100 mil habitantes;
- Grupo III – municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes e/ou municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes;
- Grupo IV – os municípios não contemplados nos itens anteriores. Esse instrumento classifica os municípios a partir de critérios de vulnerabilidade, tentando, dessa forma, repassar os recursos conforme as necessidades e realidades dos municípios. O recurso federal transferido para Marau em 2014 foi de R\$ 869.472,08. 30

PAB (Piso da Atenção Básica) - Variável: é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias específicas realizadas no âmbito da atenção básica. Essas estratégias devem ser aderidas e implementadas, além de constar no Plano Municipal de Saúde. Fazem parte do PAB Variável:

1- Saúde da Família: Em 2014 o repasse foi de R\$ 801.700,00.

2- Saúde Bucal: recebeu-se em 2014, R\$ 163.100,00 da União.

3- Programa Agentes Comunitários de Saúde: R\$ 673.832,00.

4- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): sete equipes Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade 01 (NASF) aderiram ao programa. Possuem avaliações entre “mediana e abaixo da média” e “acima da média”. Em 2014 o repasse da União em relação ao PMAQ foi de R\$ 338.341,07, no entanto, pela planilha detalhada disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde - <http://www.fns.saude.gov.br> – observa-se que os recursos não são repassados no mesmo valor todo o mês. Verifica-se que em 2014 estavam sendo recebidos alguns valores do ano de 2013 e os de 2014, e que as parcelas mensais de 2014 variaram de R\$ 4.443,30 a R\$ 34.000,00.

5- Inclui-se ainda NASF que no município de Marau se classifica como NASF modalidade 1. O recurso recebido mensalmente está no valor de R\$20.000,00 , sendo que atualmente há apenas 1 profissional nutricionista contratado neste programa.

2) Bloco da Vigilância em Saúde: Os recursos que compõem o bloco financeiro da saúde representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção, controle de doenças e vigilância sanitária. Este bloco é constituído por dois componentes conforme a Portaria nº 1378/2013: Componente da Vigilância em Saúde: refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância; prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco e promoção. No ano de 2014 foi repassado para a Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde o valor de R\$ 208.238,64. Este componente é constituído por:

a) Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS): o valor é ajustado anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O valor é calculado “per capita” e com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e do grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde.

b) Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS): constitui-se por:

1) Incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde; 2) Incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; 3) Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

- *Componente da Vigilância Sanitária*: o repasse financeiro para esse componente ocorre mensalmente, no ano de 2014 somou-se R\$ 14.974,27. O mesmo é constituído por dois tipos de recursos:

a) *Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFVisa*: visando o fortalecimento do processo de descentralização, execução das ações de vigilância sanitária e na qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária.

b) *Piso Variável de Vigilância Sanitária - PVVisa*: incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. O repasse dos recursos financeiros para esse bloco fica atrelado à alimentação dos sistemas de informação. Ou seja, se constatados dois meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações, não haverá transferência do recurso para esse bloco.

3) Bloco da Assistência Farmacêutica: O bloco da assistência farmacêutica constitui-se de três componentes:

1) **Componente Básico da Assistência Farmacêutica**: o financiamento deste componente é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Dessa forma, cada um repassa um valor por habitante/ano para financiar a compra de medicamentos e insumo: - União: R\$ 5,10 por habitante/ano. - Estados: R\$ 2,36 por habitante/ano. - Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano. O município de Marau recebeu em 2014 da União R\$188.597,20, do Estado R\$00,00 e utilizou recurso próprio o valor de R\$1.519.775,43. Totalizando R\$1.708.372,63 neste componente.

2) **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**: destina-se ao financiamento de ações farmacêuticas nas seguintes condições: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos.

3) **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**: esse componente é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. A execução desse componente da assistência farmacêutica envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento.

4) Bloco da Gestão do SUS: Esse bloco tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. É constituído por dois componentes:

1) Componente para qualificação da gestão do SUS: A transferência dos recursos no âmbito deste Componente ocorrerá mediante adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico. Esse componente apoia: Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Participação e Controle Social; Informação e Informática em Saúde; Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

2) Componente para implantação de ações e serviços de saúde: inclui incentivos que poderão ser investidos nos seguintes itens: implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS AD; inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única. Nesse bloco foram recebidos – em 2014 o valor de R\$ 391.141.07.

5) Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde: Esse bloco é composto por recursos financeiros que são transferidos através de repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde. As propostas de projeto feitas pelos entes federados deverão ser apresentadas por meio do Sistema de Proposta de Projetos, disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, cabendo ao Ministério da Saúde, emitir posicionamento quanto à aprovação da proposta. Os projetos encaminhados ao Ministério da Saúde deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a fim de que seja avaliada a conformidade desses projetos com os seguintes instrumentos de planejamento: Plano Estadual de Saúde (PES); Plano Diretor de Regionalização (PDR); e Plano Diretor de Investimento (PDI). Valor recebido pela União em 2014 foi de R\$ 48.000,00.

6) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: Esse bloco é constituído por dois componentes conforme Portaria nº 204 (BRASIL, 2007):

1) Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC: Centro de Especialidades Odontológicas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde; Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena; Incentivo de Integração do SUS e 35 outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo. O repasse para este componente em 2014 foi de R\$513.646,67.

2) Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC: procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade; transplantes e procedimentos vinculados; ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário; e novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Marau conta com dois polos de academias de saúde. Conforme a Portaria nº 2.684/2013 (BRASIL, 2013) existe três modalidades de academia de saúde, e cada uma contará com um valor de repasse: Modalidade Básica: R\$80.000,00; Modalidade Intermediária: R\$100.000,00 e Modalidade Ampliada: R\$180.000,00. Com a conclusão da obra, o ente federativo fica responsável pela manutenção por pelo menos cinco anos, após este período pode receber eventuais novos recursos financeiros.

3.3.2 RECURSOS ESTADUAIS

Conforme o demonstrativo do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, os repasses financeiros fundo a fundo pelo Estado para o município de Marau em 2014 foram: - Para o bloco da Atenção Básica: R\$ 1.257.861,27. - Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável): R\$ 1.257.861,27. - Saúde da Família: R\$ 1.257.861,27. - Convênio: R\$ 18.750,00.

3.3.3 RECURSOS MUNICIPAIS

A descentralização político-administrativa da saúde é fundamental para que os municípios possam gerir os recursos financeiros conforme as características populacionais e a realidade de saúde de seus territórios. O processo de municipalização reconhece o município como principal responsável pela saúde da sua população. Isso também significa, direta e indiretamente, arcar com a maior parte das despesas em saúde. Como mencionado anteriormente, Marau aplica cerca de 25% da sua receita na área da saúde (dados repassados na Conferência Municipal de Saúde de 2017). Isso pode ser representado numericamente, conforme a tabela a seguir, extraída de dados fornecidos pelo SIOPS no ano de 2014:

Tabela 4 - Demonstrativo de recursos destinados a Saúde

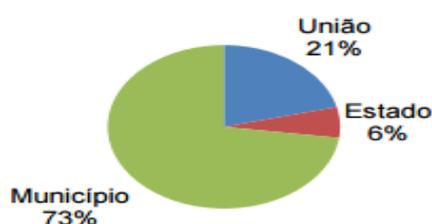
Demonstrativo da Utilização de Recursos	Recursos Próprios
Bloco Vigilância em Saúde	R\$ 241.305,00
Bloco Atenção Básica	R\$ 7.364.798,61
Bloco da MAC Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 582.953,27
Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	R\$ 373.976,28
Bloco da Assistência Farmacêutica	R\$ 1.519.775,43
Bloco Gestão do SUS	R\$ 27.372,59
Convênios	R\$ 164.147,21
Prestação de Serviços de Saúde	R\$ 4.744.663,37
Teto Financeiro	R\$ 316.573,58
Total de receita municipal para a saúde em 2014	R\$ 15.335.565,34

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde 2014.

Em comparação com os recursos repassados pelas três esferas de governo, a esfera municipal financia a maior parte do sistema público de saúde. Em Marau essa proporção é representada pelo gráfico a seguir:

Gráfico 11 - Representação do financiamento municipal, estadual e união.

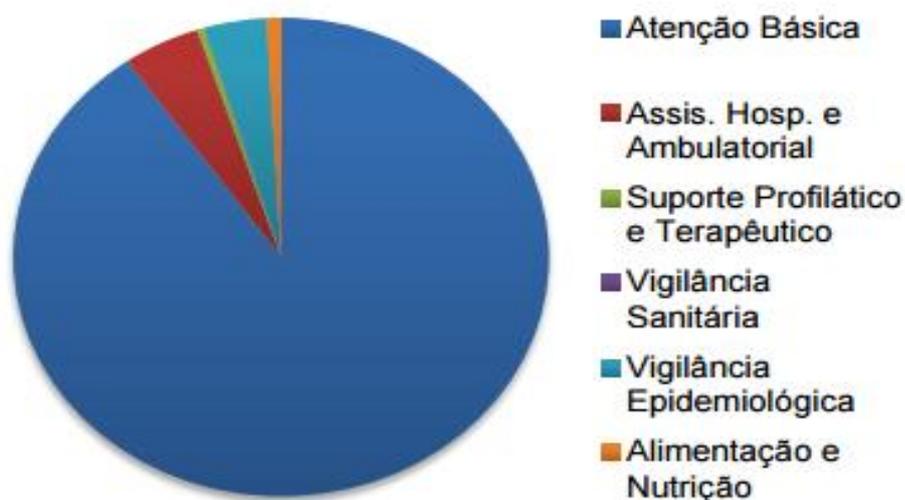
Financiamento da Saúde - Marau/2014



Fonte: Dados SIOPS, 2015

Dados do ano de 2016, quanto à despesa total de saúde, Marau gasta em média R\$ 635,39 por habitante/ano. Os indicadores financeiros relativos à participação nas despesas aponta que a maior despesa está relacionada com pessoal (42,88%), seguidos pela despesa com serviços de terceiros (32,08%), despesa com medicamentos (10,48%) e investimentos na saúde (4,78%). Além disso, as despesas dividem-se em subfunções administrativas e vinculadas. Em proporção, as despesas vinculadas com a saúde pública podem ser representadas da seguinte forma:

Gráfico 12 - Proporção de despesas vinculadas com saúde pública



Fonte: SIOPS, 2016.

3.4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente, as informações sobre saúde no Brasil são fragmentadas, resultado da implementação de vários sistemas de informação, voltados para diferentes dimensões: Epidemiológica, Demográfica, Produção de serviços entre outras. A partir do mês de junho de 2017, foi instalado um novo sistema de prontuário eletrônico (G-MUS) vinculado ao E-Sus em Marau, que possibilitará a obtenção de dados referentes à situação de saúde da população. Diversos sistemas são utilizados, abaixo estão listados alguns dos quais são de

responsabilidade da Vigilância Epidemiológica, porém existem outros que não tivemos acesso que estão sob responsabilidade da Coordenação de Ações em Saúde:

- SIPNI – Sistema de Informação Nacional de Vacinação;
- SINAN- Sistema de Informação de Agravos e Notificação;
- SIVEP DDA- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica/ Doenças

Diarreicas Agudas;

- SISCEL- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e CV;
- SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos;
- SIMC- Sistema de Informação Mortalidade Crianças;
- SISAGUA -Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para

Consumo Humano;

- SIST- Sistema de Informação Saúde do Trabalhador;
- GAL- Sistema Gerenciador de Laboratórios;
- GUD- Gerenciamento de Usuários com Deficiência;
- SISFAD- Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue;
- SISCAN- Sistema de Informação do Câncer;
- SISPRENATAL- Sistema do programa de Humanização do Pré-Natal e

Nascimento;

- SISCOLO- Sistema de Informação do Combate ao Câncer de Colo de Útero;

3.5 SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Conforme informações repassadas na Conferência Municipal de Saúde, listamos abaixo algumas das ações que são de responsabilidade da Vigilância em Saúde de Marau:

- ✓ Alimentação do sistema de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados;
- ✓ Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doença específica;
- ✓ Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, hospital, laboratórios, domicílios, creches, consultórios e outros;
- ✓ Busca ativa de declarações de óbitos no cartório municipal e de nascidos vivos no Hospital Cristo Redentor, retroalimentar o SIM, SINASC;
- ✓ Monitorar as doenças diarreicas agudas;

- ✓ Notificar e investigar surtos alimentares;
- ✓ Notificar agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças ocupacionais), juntamente com os demais níveis de atenção;
- ✓ Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico de doenças de notificação compulsória: O Município faz a coleta e encaminha o material ao Laboratório Central do Estado (LACEN);
- ✓ Coordenar e executar ações de vacinação tanto de rotina como as estratégias especiais de controle de doenças executando campanhas e vacinações de bloqueio;
- ✓ Notificar e investigar eventos adversos associados à vacinação;
- ✓ Monitorar através de investigação de óbitos a mortalidade infantil e materna sempre que ocorrer;
- ✓ Divulgar as informações e análises epidemiológicas e executar ações educativas de abrangência municipal;
- ✓ Tomar medidas de controle cabíveis em conjunto com a Secretaria do Estado;
- ✓ Notificação de doenças relacionadas ao Trabalho (RINA);
- ✓ Notificação de eventos adversos pós-vacinação.
- ✓ Programa de Pacientes Ostomizados
- ✓ *Vigilância Sanitária:*
 - Área de Alimentos
 - Vistorias em estabelecimentos que comercializam alimentos para renovação de alvarás;
 - Orientação para melhorias nos estabelecimentos, de acordo com a legislação vigente;
 - Notificação em estabelecimentos que não estão em dia com suas obrigações;
 - Orientações quanto à venda de produtos somente com procedência/ registro/ rotulagem de acordo com a legislação;
 - Buscas/apreensões de produtos que não estão de acordo com a legislação;
 - Notificação e atendimento de surtos alimentares;
- ✓ *Vigilância da Qualidade da água:*
 - Coleta periódica de amostra de água em fontes alternativas e rede da CORSAN, para exame bacteriológico e teor de flúor.
- ✓ *Área de Controle de Estabelecimentos de Interesse à Saúde:*
 - Vistorias em estabelecimentos para liberação de Alvará de Saúde;
 - Orientações quanto a legislação nestes estabelecimentos.
- ✓ Vigilância Ambiental;

- ✓ Programa de Controle da Dengue;
- ✓ Controle de zoonoses;

4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Marau conta com uma rede de serviços de atenção básica e de média complexidade. Através dos sistemas de informação, existe comunicação entre serviços de atenção básica. Há dificuldade em contra-referências, na comunicação principalmente com serviços hospitalares. Quando há necessidade de atendimentos de alta complexidade, e para exames laboratoriais, de imagem e diagnóstico que não são realizados em Marau, existe a referência para outros municípios como Passo Fundo e Porto Alegre.

Tabela 5 – Saúde no Município de Marau

Saúde (2013)		
Identificação	Quantidade	Descrição
SAÚDE	01	Hospital
	5.825	Internações Hospitalares
	110	Número de Leitos

Fonte: Prefeitura Municipal de Marau, 2013.

Também conta com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo 1, composto por equipe multidisciplinar composta por 01 psicóloga, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 médico e 01 sanificadora. Atualmente o CAPS apresenta 120 usuários cadastrados, muitos dos quais frequentando o serviço semanalmente. Outras atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos e grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais por médico, profissionais de enfermagem e psicólogas, além de oficinas terapêuticas.

No município também há um hospital: o Hospital Cristo Redentor (HCR), o qual possui um total de 109 leitos, 71 deles destinados ao SUS e 8 leitos psiquiátricos.

A referência para assistência hospitalar nas 03 maneiras abaixo descritas é o Hospital Cristo Redentor:

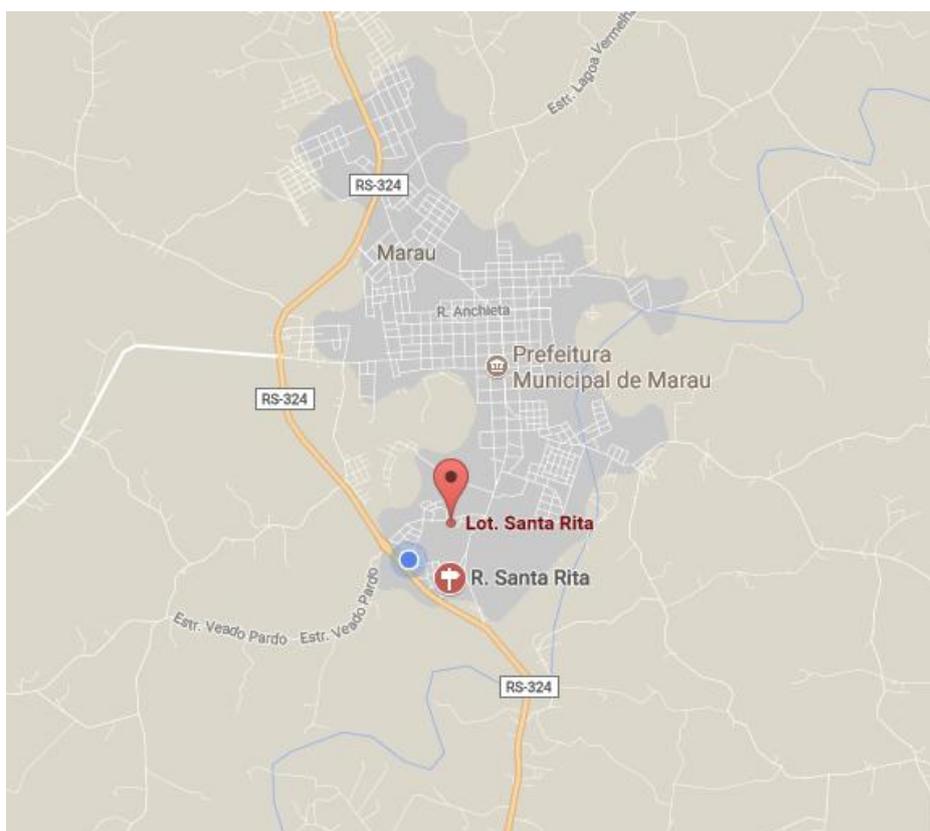
- 1- Casos de emergência, usuário dirige-se diretamente a emergência;
- 2- Por indicação dos profissionais das Unidades de ESF (referência e contra referência, especialidades, exames);
- 3- Pela necessidade de internação hospitalar e para realização de procedimentos.

O município possui convênio com os seguintes hospitais: HCR de Marau, Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia) e Hospital da Cidade (HC).

A Secretaria também possui contratos com o HCR, HC, Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Centro de Diagnóstico (CD) para a realização de exames. O município conta ainda com os seguintes serviços privados vinculados ao SUS: - Laboratórios: Alpha, Biomarau, Prevenir, Decésaro, Exatus, Ticiani, Laboratório do HCR. - Serviço de Radiodiagnóstico: HC e HSVP.

4.1 BAIRO SANTA RITA

Figura 1 - Localização Bairro Santa Rita



Fonte: Google Maps.

4.1.1 HISTÓRICO

Este local era apenas conhecido pelo nome de diversos loteamentos. A comunidade, numa primeira celebração religiosa, discutiu e escolheu a padroeira Santa Rita de Cássia, por ser uma santa milagrosa, e por não ter nenhuma comunidade com o nome desta santa. A festa é celebrada em 22 de maio. Inicialmente este local era terreno cultivado por agricultores. Devido a chegada da Perdigão, atual Brasil Foods (BRF) na região as pessoas começaram a fazer loteamentos e novos moradores foram chegando. Isso aconteceu no ano de 1975, com a chegada das famílias de Olivo e Santina Zuchi, Sergio e Geni Zuchi e Bernardo e Rosa Pastre.

4.1.2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DA ESF SANTA RITA

Fotografia 8 – Território em 2015



Fonte: Capturada pelas autoras

O bairro Santa Rita foi constituído pela instalação da empresa BRF, que empregava muitos trabalhadores da região, que acabaram fixando residência no município, povoando o entorno da empresa. O território da ESF Santa Rita compreende os seguintes bairros: Parte do São Cristóvão, Santa Rita e loteamentos Colina Verde, Solutus e Colussi.

A ESF possui em sua área uma população estimada de 4.000 pessoas, distribuídas entre as diversas faixas etárias. Formada em sua maioria por funcionários da BRF, e demais pessoas que se deslocam para municípios vizinhos diariamente para trabalhar. Entre as doenças que mais prevalecem na população adstrita estão diabetes, hipertensão e transtornos mentais, doenças relacionadas ao trabalho.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita atende a população de cinco micro-áreas, subdivididas de acordo com as características geográficas e populacionais dessas

regiões, o que limita do território da ESF com a ESF Central 2 é um local chamado Beco Sertão, conhecido como ponto de venda de drogas.

- ✓ Micro-área 19: parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde;
- ✓ Micro-área 21: parte do Bairro Santa Rita;
- ✓ Micro-área 22: parte do Bairro Santa Rita;
- ✓ Micro-área 41: Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus;
- ✓ Micro-área 47: parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lurdes de Oliveira;

As atividades econômicas predominantes são: indústrias de alimentos (BRF; Mega Doces;) Metalúrgica Sofinox e equipamentos para aviários, laticínio, mini-mercados, lavagem de carros, oficinas mecânicas, casas noturnas, salão de beleza, lojas de roupas e bazar, confecções, atelier de costura, padaria, fábrica e comércio de móveis, terraplanagem, madeireiras, tornearia.

Referente ao tipo de moradia destaca-se que a maioria das casas são próprias, de alvenaria e em bom estado de conservação. Há muitas construções e os loteamentos estão em expansão. As moradias alugadas normalmente são porções ou encontram-se nos fundos dos terrenos. O abastecimento de água é feito pela CORSAN. Existe a coleta do lixo três vezes por semana e mais um dia de coleta seletiva. Há poucas lixeiras e em grande parte da área, encontra-se lixo espalhado nas ruas e nos rios, por falta de conscientização dos moradores. Em vários locais tem-se a cultura de criar animais tais como, galinha, cavalo e coelho. Também é comum encontrar animais de estimação como gatos e cachorros nas ruas.

Na maioria das casas há rede de esgoto, porém há algumas áreas com fossa séptica. A iluminação nos domicílios é fornecida pela RGE, sendo que em algumas ruas a iluminação é precária.

Existem áreas verdes e uma sanga que perpassa o território, um campo de futebol que serve de espaço para prática de atividade física, neste mesmo local é onde ocorre o Grupo de Caminhada organizado pelas ACS com a população.

As ruas do bairro estão em boas condições, exceto em algumas onde não há pavimentação. Fica evidente a falta de educação para o trânsito, pois os pedestres transitam no meio da rua. Um trecho da RS 324 passa pelo bairro, dividindo o território e oferecendo riscos a população que precisa deslocar-se de um lado para o outro, pois apresenta um tráfego intenso tanto de carros quanto de caminhões devido ao transporte para a empresa BRF.

4.1.3 ESCOLAS

Atualmente a Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpato é a escola com maior número de alunos, totalizando 540 e 54 professores. Foi criada em 1972, iniciando seu funcionamento em 01 de março de 1973, na então zona Bernardi, distrito de Marau, num prédio de madeira de 52,90 m². O prédio atual, em alvenaria foi construído em 1984 com 162,96 m² e com uma ampliação em 1986, de 132 m² para atender a demanda de alunos. A referida escola foi construída em um terreno doado pelo senhor Afonso Volpato, homenageado hoje como patrono da escola, outra área doada pelo senhor Bernardo Antunes, homenageado hoje com o nome da rua, onde se localiza a escola e uma área adquirida pela Prefeitura Municipal, num total de 2.500 m². A primeira professora deste estabelecimento de ensino foi Maria Ana Pertile, que exercia as funções de docência, merendeira e administrativo.

Fotografia 9 – Escola Municipal Afonso Volpato



Fonte: Arquivos da ESF Santa Rita, 2016.

Devido ao grande número de pessoas que vem em busca de uma oportunidade de emprego e melhor condição de vida surgiu a necessidade de ter um lugar para deixar seus

filhos enquanto os pais trabalham, a fim de cuidá-los, educá-los deixando os pais despreocupados enquanto trabalham, com isso surge a criação da Escola Municipal de Educação Infantil Mágico de Oz.

Fotografia 10 – Escola Mágico de Oz



Fonte: Arquivos da ESF Santa Rita, 2016.

A mesma está em funcionamento neste bairro desde 25 de fevereiro de 2002. Quando a escola foi inaugurada começaram as turmas de maternal e jardim, com um total de 30 alunos, atualmente a escola contabiliza por volta de 300 alunos.

4.1.4 ESF SANTA RITA

A Sra. Marli Goetz moradora há 20 anos no Bairro Santa Rita, atuou no “Mini-posto de saúde voluntário”, onde havia um nebulizador, eram aplicadas injeções, feito curativos mais simples, distribuídas algumas pomadas e repassadas orientações sobre saúde, a SMS forneceu uma panela de pressão para esterilizar os materiais e também um aparelho para verificar pressão. Este atendimento aconteceu na sua casa durante 3 anos, e após teve continuidade na casa de Mariluce Minosso. Dona Marli conta que para realizar este trabalho

recebeu treinamento sobre técnicas de enfermagem. Relata que há 18 anos algumas senhoras realizaram um treinamento sobre como preparar xaropes, pomadas caseiras e chás em geral. Participaram deste curso Mariluce Minosso e Serli Wilhem. O prefeito da época era Luis Brocco, no mandato seguinte do prefeito Alci Luiz Romanini o atendimento a população passou a ser realizado no salão da comunidade com um ônibus adaptado (consultório medico e odontológico). Esse local foi reformado e atualmente é a ESF Santa Rita. Devido ao aumento da população foi implantado o PSF em março de 2003. Sendo a equipe composta inicialmente pelos seguintes profissionais: Enfermeira Lisiane Dal Agnese, médico Fabiano, técnica de enfermagem Maria Helena, dentista Eleimar Zanchetti, Auxiliar de Saúde Bucal Luciane Marchezan, Agente Comunitária de Saúde Elaine Hoppe, Carina Ramos, Janice Scandolara e sanificadora Ivone França.

Fotografia 11 – ESF Santa Rita



Fonte: Arquivo ESF Santa Rita – Maio de 2017.

Atualmente a estrutura física da Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por 01 consultório médico com sanitário, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico, 01 consultório da psicologia, 01 cozinha, 02 sanitários para usuários, 01 sala de reuniões, 01 sala de recepção, 01 sala de esterilização e estocagem, 01 almoxarifado, 01 área para estocagem de material de limpeza, 01 área para abrigo de material sólido, 01 sala de utilidade, 01 área para compressor e bomba a vácuo há ainda, 01 sala de vacinas, 01 sala onde ocorre dispensação de medicamentos.

Além disso, a ESF conta com a atuação de equipe multiprofissional. A enfermeira realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicita exames complementares e encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Além de realizar atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea, planejar e avaliar ações desenvolvidas pelas ACS juntamente com a equipe, assim como realizar ações de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários. No município, o enfermeiro não prescreve medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática reconhecida e prevista pela legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal). A técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, ações de educação em saúde, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF conta com duas médicas, sendo que uma destas é profissional efetiva da prefeitura (concurso público) e outra contratada através do Programa Mais Médicos. Essas profissionais atuantes na ESF Santa Rita realizam ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde (quando necessário, mantendo o acompanhamento) indica, quando necessário, internação hospitalar ou domiciliar, realiza e participa de atividades de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos. Ainda, a ESF conta com 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) totalizando cinco profissionais. As ACS trabalham com adstrição de famílias, cadastram os usuários de sua micro-área, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares, desenvolvem ações que integrem a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde e acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Ademais, no município de Marau, as ACS realizam também na área de abrangência da ESF ações de controle a Dengue. No que tange a equipe de Saúde Bucal (SB), a ESF conta com uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais, realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e ações de educação em saúde a equipe de SB da ESF também conta com uma técnica em saúde bucal, que realiza e coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos,

desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades dos ACS na prevenção e promoção da saúde, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

Na ESF não há serviços de radiografia odontológica, desta forma, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município. A jornada de trabalho da equipe de SB é de apenas 20 horas semanais, e por isso, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal, previstos pela Portaria, ficam prejudicados devido a crescente demanda para atendimentos clínicos e a redução da carga horária de atuação na ESF. A ESF conta com uma psicóloga e uma farmacêutica na composição de sua equipe mínima, com carga horária de 20 horas semanais cada, o que não é previsto pela Portaria.

Ademais, a ESF conta ainda com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo duas enfermeiras, duas psicólogas e duas farmacêuticas. Os quais atuam numa jornada de 60 horas semanais, sendo 40 horas de atividades em campo de prática, e 20 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência. Estes profissionais atuam junto aos demais profissionais da equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e movimentar transformações in loco.

A ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS. Ainda, a ESF Santa Rita conta com a atuação de um agente administrativo e uma sanificadora.

Na ESF ocorre a dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, composta por 182 medicamentos, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em consonância com as necessidades de saúde prioritárias do município). No que se refere a insumos, esses estão de acordo com as necessidades e demandas do dia a dia, tanto para procedimentos como para demais ações.

Como estratégias de promoção de saúde, são desenvolvidos grupos abertos para participação da comunidade, tais como o Grupo HiperDia, onde participam pacientes hipertensos e diabéticos ocorrendo encontros quinzenais nas quintas-feiras de manhã, também o Grupo de Artesanato, que ocorre semanalmente nas quartas-feiras a tarde e Grupo da Caminhada que ocorre nas terças e quintas-feiras das 16h às 17h no Campo. Ademais, a equipe realiza atividades em parceria com a Escola Afonso Volpato e EMEI Mágico de Oz quando necessário para os pais, professores e alunos.

4.1.5 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Iniciou no ano de 2013, com a inserção da 1ª turma de residentes. Tem como campo de práticas a ESF Santa Rita e a ESF São José Operário, são 6 vagas reservadas para o município: 2 psicologia, 2 enfermagem, 2 farmácia. Trata-se de uma formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A ênfase de atuação da Residência Multiprofissional é em “Saúde da Família e Comunidade”, que visa à formação de residentes para Atenção Primária à Saúde.

5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No que tange a assistência hospitalar para o acesso ao serviço de urgência e emergência, o município tem como referência o Hospital Cristo Redentor (HCR), que pode ser acessado pelo próprio paciente e por indicação dos profissionais da rede de atenção à saúde do município. Além disso, o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital da Cidade (HC). Além dos convênios a SMS também possui contratos com o HCR, HC, HSVP, Centro de Diagnóstico (CD) e diversos laboratórios de análises clínicas para a realização de exames. Quanto aos casos que demandam atenção especializada de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para grandes centros de referência do Estado conforme fluxo de atendimento estabelecido pela SMS e 6ª CRS (PLANO MUNICIPAL, 2014).

Além do HCR o município dispõe para os casos de urgência e emergência no âmbito extra-hospitalar os serviços dos Bombeiros e SAMU.

6. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O município oferece para a população as especialidades de Pediatria e Ginecologia, que está localizado junto a Secretaria de Saúde, o acesso a estes serviços se dá através de encaminhamentos dos profissionais das ESFs. O município oferece ainda o serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) para as pessoas que estão com transtornos mentais. As demais

demandas especializadas são reguladas pela 6ª CRS via Sisreg que é o Sistema Nacional de Regulação.

7. SAÚDE SUPLEMENTAR

Dados obtidos a partir da Associação Unisaúde indicam que ao longo do ano de 2015 foi realizado no município de Marau 5 partos normais e 61 cesáreas, o que corresponde a 92,4% da taxa de cesárea sobre o total de partos realizados no município (Agência Nacional de saúde suplementar).

Planos de saúde disponíveis: Unimed, Prontoclínica, Unisaúde, Bradesco saúde.

Tabela 6 – Saúde Suplementar

Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado						
Dez/2009						
Serviço prestado			SUS	Particular	Plano de Saúde	
					Público	Privado
Internação			2	2	-	-
Ambulatorial			16	58	6	39
Urgência			2	3	-	1
Diagnose e terapia			5	9	-	-
Vig. epidemiológica e sanitária			2			
Farmácia ou cooperativa			-	-	-	-

Fonte: CNES – Situação da base de dados nacional em 2010.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.

BRASIL. Diário Oficial da União. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012.

Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing population: the challenges ahead. *Lancet* [Internet]. 2009 Oct [cited 2012 Aug 06];374(9696):1196-208. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810516/pdf/nihms164804.pdf>

Dawalibi, N.W., Goulart, R.M.M., Aquino, R.C., Witter, C., Buriti, M.A., & Prearo, L.C. (2014). Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de Universidades Abertas para a Terceira Idade. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 496-505.

Pinheiro, J. C. V., Carvalho, R. M., & Freitas, K. S. (2009). Análise do suprimento atual e potencial de água potável para os municípios cearenses. *Sociedade & Natureza*, 21(2), 107-121.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. (2012). Desenvolvimento Humano e IDH. Em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>>

WILLIG, Mariluci Hautsch; LENARDT, Maria Helena and CALDAS, Célia Pereira. A longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos. *Rev. Bras. Enferm.* [online]. 2015, vol.68, n.4, pp.697-704.

Sites consultados para pesquisa:

<<http://www.portalnet.com.br/jardel/camara/institucional.php>>

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431180&search=||info%20gr%20s:-informa%20F5es-completas>>

< <http://www.salamarias.com.br/noticias/artigos>>

<<http://www.pmmarau.com.br/marau/11/histaoria>>

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431180&search=rio-grande-do-sul|marau|info%20gr%20s:-evolu%20E3o-populacional-e-pir%20mide-et%20ria>>

<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/situacao/saude.show.mtw>>

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=43&VMun=431180&VComp=201705>

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431180&VComp=201705>

<<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/marau/panorama>>

<www.ans.gov.br/index.php>

<http://populacao.net.br/populacao-marau-todos-os-setores_marau_rs.html>

Acessos em junho de 2017.

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

2º SEMESTRE

**PROJETO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DA
RESIDÊNCIA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS DE PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

ROBERTA BRIZOLLA ROSA

**VAMOS DIALOGAR SOBRE O SUICÍDIO?
TECENDO REDES DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO
TERRITÓRIO**

PASSO FUNDO

2017

ROBERTA BRIZOLLA ROSA

VAMOS DIALOGAR SOBRE O SUICÍDIO?
TECENDO REDES DE CUIDADO PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO
TERRITÓRIO

Projeto de Pesquisa apresentado ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para conclusão do primeiro ano.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Izabella Barison Matos
Co-orientadora: Prof^ª Me. Fabiana Schineider

PASSO FUNDO

2017

RESUMO

O suicídio é reconhecido como um problema de saúde pública, exigindo esforços em todo o mundo para reduzir suas taxas crescentes, cujo fenômeno revela um sofrimento insuportável daquele que o faz refletindo sobre as pessoas próximas. Assim, há necessidade de cuidado e atenção a pessoas que estão em sofrimento, a fim de que consigam ressignificá-lo encontrando outras possibilidades de vida. No Brasil foi criada a Portaria nº. 1876/2006, pelo Ministério da Saúde, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio e, desde então, tem sido implantadas e implementadas estratégias visando à redução dos casos de suicídio. O presente projeto objetiva realizar estratégias de prevenção do suicídio, através da criação espaços de escuta, gerando conhecimento e de ações de educação permanente. Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva, que utilizará a cartografia como estratégia metodológica para os processos de pesquisa-intervenção propostos nesse na qual serão realizadas oficinas, pesquisas bibliográfica, pesquisa documental e uso do diário de campo/ cartográfico. As atividades e ações serão desenvolvidas em escolas, Estratégia de Saúde (ESF) e empresa no território, o qual foi escolhido pelo fato de ser um ambiente de aprendizagem da residência multiprofissional em saúde. Os temas: suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio são recorrentes nos relatos de trabalhadores e de usuários da ESF e, por isso, decidiu-se abordá-lo a fim de instrumentalizar diferentes segmentos – profissionais de saúde e população - para seu enfrentamento. Pretende-se, para além do fortalecimento da rede de cuidados do território da ESF Santa Rita, em Marau (RS), proporcionar apropriação de conhecimento sobre os temas (suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio) aos participantes para seu enfrentamento.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativa de suicídio. Estratégia de Saúde da Família.

LISTA DE SIGLAS

ACS-	Agente Comunitária de Saúde
APS-	Atenção Primária à Saúde
CAPS-	Centro de Atenção Psicossocial
CD-	Centro de Diagnóstico
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-	Classificação Internacional de Doenças
CNS-	Conselho Nacional de Saúde
EMEFAV-	Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpato
EMEIMO-	Escola Municipal de Educação Infantil Mágico de Oz
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
GHC-	Grupo Hospitalar Conceição
HC-	Hospital da Cidade
HCR-	Hospital Cristo Redentor
HO-	Hospital Ortopédico
HSVP-	Hospital São Vicente de Paulo
IOT-	Instituto de Ortopedia e Traumatologia
MS-	Ministério da Saúde
OMS-	Organização Mundial da Saúde
PNAB-	Política Nacional de Atenção Básica
PSF-	Programa de Saúde da Família
RAS-	Rede de Atenção a Saúde
RMS-	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSFC-	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade
SINAN-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UFFS-	Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	DESENVOLVIMENTO	11
2.1	DIAGNÓSTICO	11
2.1.1	Contextualização do município	11
2.1.2	Contextualização do Sistema de Saúde	13
2.1.3	Contextualização do engajamento público	13
2.1.4	Contextualização da estrutura da unidade	15
2.1.5	Contextualização do processo de trabalho	16
2.1.6	Contextualização da população	17
2.2	ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO	19
2.2.1	Justificativa	19
2.2.2	Referencial Teórico	20
2.2.3	Objetivos	26
2.2.3.1	Objetivo Geral	26
2.2.3.2	Objetivos Específicos	26
2.2.4	Metas	27
2.2.5	METODOLOGIA	27
2.2.5.1	Tipo de estudo	28
2.2.5.2	Local e Período de Realização	28
2.2.5.3	População, amostra e critérios de inclusão e exclusão	29
2.2.5.4	Instrumento de Coleta de Dados	30
2.2.5.5	Logística	31
2.2.5.6	Análise de dados	32
2.2.5.7	Aspectos éticos	32
2.2.5.8	Análise Crítica de Riscos e Benefícios	33
2.2.5.9	Medidas de Proteção à Confidencialidade	34
2.2.5.10	Critérios de Suspensão ou Encerramento	34
2.2.5.11	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	34
2.2.5.12	Resultados Esperados	35

2.2.6	Recursos	35
2.2.7	Cronograma	36
2.2.8	REFERÊNCIAS	38
2.2.9	APÊNDICES	42
2.2.10	ANEXOS	45

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa está vinculado ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), no *campus* Passo Fundo, tendo como campo de prática no município gaúcho de Marau. O que segue é um projeto de pesquisa-intervenção no território da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Rita naquele município, que resultará em Trabalho de Conclusão da Residência(TCR).

As Estratégias de Saúde da Família foram instituídas como política de saúde no Brasil desde 2004, sendo um importante dispositivo da Atenção Básica (AB), na rede de atenção à saúde (RAS) brasileira. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) as ESF's compõem-se de equipes multiprofissionais¹ que possuem um território específico e população adscrita, a fim de possibilitar os atributos da AB, como por exemplo, o cuidado longitudinal e a integralidade. As ESF's são porta de entrada prioritária da RAS e, assim, o primeiro contato dos usuários com a rede; caracterizam-se por apresentarem baixa densidade tecnológica, alta complexidade dos serviços e serem ordenadoras da RAS (BRASIL, 2012b).

No Brasil, os programas de RMS's existem desde o ano de 2005, surgidos da lógica das residências médicas, mas com diferenças significativas; sendo direcionadas a graduados em diversas áreas profissionais do saber: enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia, nutrição, fisioterapia, entre outros. A formação teórico-prática ocorre em diversos lugares, tais como: ESF's, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, entre outros ambientes de aprendizagem. Regidos por legislação específica, os Programas são baseados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentam como objetivo principal a formação em serviço para atuação no SUS (BRASIL, 2005a).

A RMS é um curso de Pós-Graduação, em nível de especialização, com duração de dois anos e carga horária semanal de 60 horas em atividades de ensino (teóricas) e serviço (no campo de práticas). A Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), no *Campus* Passo Fundo- RS, a partir de um Termo de Cooperação com a Prefeitura de Marau, assumiu o programa de RMS em 2015. Dessa forma, deu continuidade ao convênio que o município mantinha, desde 2012, com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de Porto Alegre (RS), na modalidade descentralizada. Nesse processo, três turmas de residentes, na ênfase Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), já concluíram e receberam certificação. Atualmente o

¹ Sendo preconizado, quando da criação da política o mínimo de: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal em cada equipe.

Programa está com duas turmas de residentes, nas áreas profissionais de enfermagem, farmácia e psicologia, divididos no campo de práticas em Marau, na ESF Santa Rita e na ESF São José Operário.

Marau é um município localizado na região norte do Estado do Rio Grande do Sul (RS) com população estimada em 41.059; sendo aproximadamente 85% moradores na zona urbana, cuja etnia mais prevalente é a de descendentes de italianos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE, 2017). Marau é referência na oferta de serviços da Atenção Básica, apresentando 100% de cobertura de ESF, contando com 12 ESF's, um posto de saúde central, um CAPS e um hospital geral. Quando se faz necessário os serviços de alta tecnologia são disponibilizados aos usuários, que são encaminhados para outros municípios por meio de contratos e convênios.

No primeiro semestre do programa de RMSFC da UFFS, os residentes realizam a territorialização do seu campo de práticas, que é uma estratégia para reconhecer fatores determinantes e condicionantes de saúde na população adscrita. Nesse processo, são identificados dispositivos sociais e comunitários que o território possui, tais como: escolas, grupos comunitários, serviços, igrejas, curandeiras(os), benzedadeiras(os), e tantos outros. Ainda, é feito levantamento de dados estatísticos, epidemiológicos e diálogos com pessoas da comunidade e com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde. Por fim, a partir desses dados é realizado um diagnóstico de território.

A ESF Santa Rita responsabiliza-se pela saúde de uma população estimada em 4 mil pessoas, que são moradores dos bairros: Santa Rita, parte do bairro São Cristóvão, loteamentos Colina Verde, Solutus e Colussi (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARAU, 2017). Uma problemática no território da ESF Santa Rita encontra-se num trecho da rodovia RS 324 que atravessa esse território, oferecendo riscos para a população que precisa deslocar-se de um lado para o outro da rodovia. A BR Foods S.A., uma das maiores companhias de alimento do mundo, na área de processamento de carnes, mantém uma unidade de produção no bairro Santa Rita empregando parte significativa dos moradores da região². Portanto, muitos usuários acompanhados pela ESF Santa Rita são trabalhadores desta.

Também se encontra neste território a maior Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpato (EMEFV) do município, com aproximadamente 500 alunos e cerca de 70 profissionais³. Para além, também existem empresas de menor porte que empregam muitos profissionais da região, uma delas é a Doces Mega, que é empresa familiar existente no território desde 1993. A Doces Mega é reconhecida como a principal fabricante de Torrone

² Fala de profissionais da ESF Santa Rita em 2017.

³ Dados obtidos junto à Secretaria da Escola, em 2017.

com *waffer* do País e sua produção supera 100 toneladas de matéria prima ao mês (DOCES MEGA, 2017), empregando cerca de 50 profissionais, que residem no território da ESF e buscam assistência a saúde com a equipe.

Nas atividades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), no território da ESF Santa Rita, foi observada prevalência de doenças como diabetes, hipertensão, transtornos mentais e doenças relacionadas ao trabalho. A equipe da ESF Santa Rita mantém esforços para cuidar dos usuários sob sua responsabilidade sanitária por meio de ações preventivas e curativas, principalmente àqueles com hipertensão arterial, diabetes, demais doenças crônicas e grupos prioritários. A equipe também desenvolve ações de saúde mental, educação permanente e atividades educativas com alunos das escolas do território, e em demandas por problemas agudos de saúde.

No decorrer do ano de 2017 foi observado nos atendimentos da área da psicologia, na ESF Santa Rita, que muitos sujeitos demandaram acompanhamento psicológico e intervenções continuadas da equipe da ESF por questões que envolviam risco para suicídio, mutilações e muitos sofrimentos emocionais com problemáticas contemporâneas⁴. Sabe-se que o suicídio envolve fatores multicausais caracterizando-se como um grave problema de saúde pública mundial. É sabido que grande parte das pessoas que cometeram suicídio procurou ajuda na rede - CAPS, Unidades Básicas de Saúde- UBS, em ESF, em serviços de especialidades, dentre outros - até seis meses antes. Também, com frequência usuários solicitam atendimento em saúde mental na ESF o que leva a indagações sobre a oferta desse cuidado. Pode-se dizer, que se trata de um pedido de ajuda para sofrimentos emocionais (CONTE et al., 2012).

Assim, no cotidiano do serviço da ESF observo que os profissionais acabam se sentindo sobrecarregados com a alta demanda por ações curativas de saúde mental. Ao mesmo tempo constato que há fragmentação entre os pontos das RAS restringindo ações por núcleos profissionais, sem comunicação com demais profissões e/ ou outros setores. No entanto, a Política Nacional de Saúde Mental preconiza a existência de referência e contra-referência com responsabilização pelo cuidado, entre os dispositivos da RAS. Registro que muitos casos graves e complexos são acompanhados pela ESF Santa Rita demandando esforços da equipe. Embora sendo de sua responsabilidade a oferta de ações curativas, elas acabam dificultando o planejamento e a realização das ações programáticas, principalmente as de cunho preventivo. Ou seja, se a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS estivesse funcionando adequadamente, conforme preconizam os documentos oficiais (BRASIL, 2013) -

⁴ Observação própria através das atividades cotidianas na ESF, atuando enquanto Psicóloga Residente.

organizada e fortalecida compartilhando da responsabilidade do cuidado dos casos mais graves e complexos – a atuação das equipes das ESF's poderia ser mais direcionada às ações de prevenção e de promoção.

O Rio Grande do Sul possui altas e crescentes taxas de suicídio, a exemplo o ano de 2012 marcava 9,8 por 100 mil habitantes, superior outras regiões do País, superando inclusive a taxa nacional que no mesmo ano foi de 6,2 (BRASIL, 2012 a). Além disso, acredita-se que ocorrem subnotificações com relação às tentativas realizadas que não resultaram em morte. Provavelmente, um dos motivos é o fato de a sociedade atual continuar percebendo o suicídio como um tema proibido, um tabu; enquanto isso acontece prevalecem os mitos em torno do fenômeno e as pessoas que estão em sofrimento e com ideação suicida apresentam dificuldades para obter suporte familiar, social e profissional, aumentando o risco de uma morte que poderia ser evitável.

O presente trabalho propõe a realização de uma pesquisa-intervenção para dialogar sobre o suicídio no território da ESF Santa Rita, a fim de que atores da própria comunidade se sensibilizem com a temática. A partir dos diálogos sobre suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio pretende-se produzir conhecimento a fim de instrumentalizá-los para que se tornem multiplicadores em seu dia a dia. Tal proposição levou em consideração o fato de nem todos os casos serem levados aos profissionais da saúde e as pessoas do território constituírem-se num importante recurso da rede protetora. Dessa forma o desenvolvimento de novas ações de cuidado pode ter um potencial de redução de riscos e agravos decorrentes da possibilidade de suicídio na população local. Sendo assim, a morte por suicídio pode e deve ser evitada com algumas estratégias para seu enfrentamento.

A seguir, inicialmente tem-se a caracterização do município de Marau, juntamente com informações sobre o território da ESF Santa Rita. É realizada a descrição da escolha e o planejamento da intervenção com justificativa pela mesma, seguindo com fundamentação teórica, objetivos e questões metodológicas.

2. DESENVOLVIMENTO

O conteúdo dos itens: 2.1.1 à 2.1.6 abaixo descritos, foi desenvolvido a partir de atividade realizada no primeiro semestre da RMS, intitulada de Diagnóstico, a qual contou com levantamento de dados do município, do território da ESF Santa Rita com visitas ao território, diálogo com a equipe de saúde e moradores do bairro, e dados obtidos em meios

eletrônicos e bases de dados. Abaixo segue uma composição deste, para melhor compreensão da temática da pesquisa e intervenção.

2.1 DIAGNÓSTICO

2.1.1 Contextualização do município

Marau é um município localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul (RS), com população estimada de 41.059, possuindo um dos índices mais altos do estado em crescimento populacional (IBGE, 2017). O município recebeu esse nome após uma trágica história que aconteceu com indígenas da região, de origem kaingang. Conforme os registros do município, o cacique, denominado Marau e seu grupo foram culpados por crimes ocorridos no local. Representavam assim ameaça para o Império, que queria trazer mão de obra europeia, a qual não seria possível com os conflitos que estavam ocorrendo entre indígenas e colonizadores. Marau e seu grupo foram perseguidos e mortos em uma batalha que recebeu o nome de mortandade, onde hoje se localiza a comunidade de São Luiz da Mortandade (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2013).

Aguirre (2008) afirma que o extermínio e massacre dos povos indígenas ocorridos em todo o País foi carregado de pré-conceitos e interesses políticos e econômicos da elite, de tal forma que os povos indígenas foram desqualificados como subterfúgio para apropriação de suas terras e sua liberdade. Muito provavelmente esse grupo indígena, ao qual me referi no parágrafo anterior, não cedeu à catequização e aldeamento do governo, sofrendo pesadas consequências. Tal episódio pode ser compreendido a partir de Galeano (2015, p. 116) que - na tentativa de esclarecer as consequências da dominação europeia e, posteriormente, americana para o desenvolvimento dos países - lembra um provérbio africano: “até que os leões tenham seus próprios historiadores, as histórias de caçadas continuarão glorificando o caçador”. Da mesma forma Aguirre (2008) reitera que os primeiros relatos da história foram escritos pelos imigrantes e seus descendentes.

Atualmente, a cultura italiana é a que se sobressai em Marau e, assim, nesta região o colono é glorificado como figura heroica, que conseguiu semear vastas regiões de terra, e trabalhar para o desenvolvimento econômico da região. É preciso levar em consideração que os primeiros imigrantes também foram vítimas de um processo de exclusão ocorrido na Europa, sendo que a maioria deles se manteve na pobreza, cujos descendentes foram os conquistaram melhores condições e oportunidades na vida. Além dos nativos e dos imigrantes italianos e seus descendentes, os freis capuchinhos - assistentes espirituais dos marauenses –

se instalaram em 1934 no município. Por anos a região de Marau serviu apenas para o tropeio de gado, tendo sido colonizada em 1904, sendo sede do 5º distrito de Passo Fundo, transformado em município em 28 de fevereiro de 1955 (AGUIRRE, 2008).

Até a década de 60 a agricultura manteve um caráter de subsistência, mas a criação de suínos já se transformava em atividade comercial na década de 20, fomentada pelo frigorífico Borella e Cia Ltda.. Esse foi instalado no município tornando a vila conhecida no mercado nacional por seus produtos. Atualmente Marau é conhecida como a Capital Nacional do Salame. Com a industrialização e tecnologia, alguns bancos instalaram-se na cidade na década de 70, o setor agrícola passou por algumas crises, as quais modificaram todo o sistema que ficou marcado pelo êxodo rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2013).

A agropecuária no município, principalmente com a suinocultura, produção de leite e a avicultura, reúne mais de 1.700 estabelecimentos e ocupa o segundo lugar em valor adicionado no município. Nas últimas duas décadas, o parque industrial de Marau ganhou um impulso extraordinário, especialmente nos setores de alimentos, couros, metal-mecânico e equipamentos para avicultura e suinocultura, onde nos setores acima se destacam as empresas: BRF S.A., Fuga Couros, Metasa S.A. e GSI Group (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

Marau se sobressai como Polo Industrial no cenário Estadual, Nacional e Internacional, com cerca de 200 empresas, entre elas 12 de grande porte, totalizando mais de 6.500 empregos diretos. Os demais empregos são oferecidos por cerca de 860 estabelecimentos comerciais e mais de 1.300 estabelecimentos do setor de prestação de serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2017).

2.1.2 Contextualização do sistema de saúde

Atualmente o Secretário Municipal de Saúde de Marau é Douglas Kurtz (Gestão 2017-2020). Marau possui 100% de cobertura de ESF tendo, portanto 12 ESF's distribuídas na cidade para atender a população. Marau possui prontuário eletrônico em todas as unidades de saúde com acesso à internet; 75% dos profissionais são concursados e os demais contratados por Processo Seletivo Simplificado. Além dos atendimentos nas ESF's durante o dia (07h30min às 11h30min e a tarde das 13h às 17h), é oferecido à população um serviço de apoio para consulta médica à demanda excedente referenciados pelas ESF's durante o dia, e um horário alternativo de atendimento médico e de enfermagem das 18h às 22h, ambos localizados ao lado da Secretaria de Saúde.

Marau conta com uma rede bem estruturada de serviços de atenção à saúde, porém a observação ao longo das atividades de Residente permite perceber a ocorrência de algumas falhas entre os serviços, como de comunicação e responsabilização compartilhada do cuidado. Além das ESF's, existe um CAPS⁵, e o Hospital Cristo Redentor (HCR)⁶. O município possui convênios e contratos com os seguintes serviços: HCR de Marau, Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Centro de Diagnóstico (CD/HSVP) e Hospital da Cidade (HC). Ainda há os serviços privados vinculados ao SUS com Laboratórios e Serviços de Radiodiagnóstico.

Através dos sistemas de informação, principalmente com o Pontuário Eletrônico, e possível da ESF acompanhar a cainhada do usuário na RAS. As informações de consultas e evoluções do prontuário só podem ser acessas pelos profissionais de nível superior. Ainda assim, existe dificuldades na troca de informações sobre o manejo do cuidado e condutas profissionais nos diferentes níveis da RAS, principalmente na contra-referência dos serviços hospitalares, e de especialidades. Quando há necessidade de atendimentos de alta densidade tecnológica, e para exames laboratoriais, de imagem e diagnóstico que não são realizados em Marau, existe a referência para outros municípios como Passo Fundo e Porto Alegre.

Nas ESF's são realizadas principalmente as seguintes atividades: consultas médicas, odontológicas, psicológicas, de enfermagem; atendimento ambulatorial; atendimento farmacêutico; acompanhamento domiciliar pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) dos casos prioritários; visitas domiciliares multiprofissionais; atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, educação em saúde, tabagismo, artesanato, ente outros); imunizações; vigilância epidemiológica; prevenção de endemias realizada principalmente pelas ACS; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; coleta de exame citopatológico; saúde bucal; procedimentos de pequeno porte, bem como testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite B e C; Programa Remédio em Casa; reunião de equipe semanal, e educação permanente da equipe uma vez ao mês.

O município conta com um Plano Municipal de Saúde estabelecido em 2014 com vigência até 2017. As receitas municipais aplicadas à saúde giram em torno de 21%. O Fundo Municipal de Saúde está vinculado diretamente ao gestor local. O Município conta com um Conselho Municipal de Saúde, presidido pela representante dos usuários Alessandra Gomes e as reuniões acontecem nas segundas terças-feiras de cada mês no auditório da Secretaria Municipal de Saúde às 17h. Também são realizadas Conferências Municipais de Saúde

⁵ Do tipo I- composto por equipe multiprofissional: uma psicóloga, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, um médico e uma sanificadora.

⁶ Possui 109 leitos, sendo que 71 deles são destinados ao SUS e 8 leitos são destinados para a saúde mental.

conforme legislação. Marau gasta, em média, R\$ 635,39 por habitante/ano de sua despesa total de saúde, conforme dados do ano de 2016 (SIOPS, 2017).

2.1.3 Contextualização do engajamento público

Não foram encontradas informações acerca do engajamento público do município. Aguirre (2008) corrobora que a história de Marau após a colonização foi marcada por conflitos político-partidários, os quais ainda podem ser observados nas concorrências políticas e nos relacionamentos competitivos entre algumas comunidades do município. A vivência da RMSFC permitiu compreender que atualmente há dois Conselhos Locais de Saúde: um que ocorre na ESF Santa Rita e outro na ESF São José Operário. De acordo com Brasil (1990), a legislação não determina a existência de conselhos locais de saúde, apenas condiciona ao município a instituição de um conselho de saúde, como órgão colegiado, permanente e deliberativo, de composição paritária e eleição democrática. No dia-a-dia da RMSFC percebeu-se algumas deficiências no processo do Conselho Municipal de Saúde, envolvendo problemáticas na participação popular e dificuldades relacionadas com a legislação consonante.

A existência desses Conselhos Locais se deu por incentivo das equipes das ESF's cada qual com a sua comunidade. Partiu-se da compreensão que os Conselhos de Saúde proporcionam de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema local de saúde⁷. A existência do programa de RMSFC nessas ESF's também possibilita com maior facilidade a manutenção desses espaços, já que as ESF's que não tem residentes inseridos em suas equipes, não possuem conselhos locais de saúde.

Da mesma forma que a estabelecida pela lei, a Conferência Municipal de Saúde em Marau ocorre a cada quatro anos. No ano de 2017 foi realizada a XI Conferência Municipal de Saúde e I Conferência Municipal da Mulher, a partir de exigência do Ministério da Saúde. Foi realizada na Casa da Cultura no dia 12/05/2017 com presença da gestão e alguns trabalhadores que conseguiram liberação do serviço para participar⁸. Nesta ocasião ocorreram discussões para o planejamento das ações em saúde para os próximos anos, os profissionais envolvidos com a RMSFC puderam participar inclusive os residentes. Profissionais que trabalham há mais tempo no município relatam que historicamente há pouco interesse dos

⁷ Dados obtidos com a Equipe da ESF Santa Rita.

⁸ A maioria dos profissionais não foi liberada pela Gestão para essa Conferência.

trabalhadores da saúde na mobilização para essas atividades, preferindo manter-se em suas atividades nos seus locais de trabalho.

2.1.4 Contextualização da estrutura da unidade

A Sra. Marli Goetz moradora há 20 anos no Bairro Santa Rita, atuou no “Mini-posto de saúde voluntário”, onde havia um nebulizador, eram aplicadas injeções, feito curativos mais simples, distribuídas algumas pomadas e repassadas orientações sobre saúde; a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) forneceu-lhe uma panela de pressão para esterilizar os materiais e também um aparelho para verificar pressão arterial. Este atendimento aconteceu na sua casa durante três anos, e após teve continuidade na casa da Sra. Mariluce Minosso.

O prefeito da época era o Sr. Luis Brocco, no mandato seguinte, do prefeito Sr. Alci Luiz Romanini, o atendimento à população passou a ser realizado no salão da comunidade com um ônibus adaptado. Em março de 2013 foi implementado o Programa de Saúde da Família (PSF), eram poucos profissionais e muita demanda. Com novas políticas, a ESF passou a integrar o que antes era PSF, e esse local foi reformado sendo atualmente a ESF Santa Rita. A estrutura física atual da ESF é pequena para todos os profissionais que compõe a equipe. Atividades que envolvem grupos grandes de pessoas precisam ser realizadas em outros espaços do território.

Em 2017 precisou ser feita uma reunião do Conselho Local de Saúde na Igreja Católica do bairro, e na ESF os profissionais precisam se revezar para conseguir realizar atendimentos individuais. Também encontra-se dificuldade em salas para armazenamento de materiais e documentos, e com falta de isolamento acústico entre as salas, já que toda a estrutura da ESF foi adaptada, e as divisórias são de gesso.

2.1.5 Contextualização do processo de trabalho

O regime de trabalho na ESF Santa Rita é de 40 horas semanais (de segunda a sexta-feira, das 07h e 30min as 11h e 30min e na parte a tarde das 13h as 17h). Diariamente estão disponíveis na parte da manhã 24 fichas para consulta médica, 12 para cada uma das médicas, distribuídas conforme ordem de chegada. As demandas excedentes são atendidas pelos demais profissionais da equipe através de duplas de acolhimento, conforme escala de trabalho do dia. Pela parte da tarde o atendimento médico ocorre por meio de agendamentos para os grupos prioritários (pessoas idosas, pessoas com doenças crônicas como hipertensão, diabetes, gestantes e crianças menores de 1 ano) o agendamento é feito pessoalmente na unidade com o agente administrativo, na recepção.

O atendimento por agendamento leva aproximadamente 15 dias para ocorrer. Em virtude do atendimento por fichas instituído pela gestão neste ano, torna-se difícil implementar o acolhimento na ESF, a equipe esforça-se para acolher todas as demandas espontâneas, tentando ser resolutiva com as necessidades dos usuários

A equipe da ESF Santa Rita é composta de 21 profissionais, (uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um agente administrativo, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma psicóloga, uma farmacêutica, uma sanificadora, cinco agentes comunitárias de saúde, duas médicas) incluindo as residentes (duas enfermeiras, duas farmacêuticas, duas psicólogas). A equipe possui mais profissionais do que a grande maioria, em virtude disso, consegue realizar ações preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo das ações curativas, conforme determinado em lei. A população adscrita soma aproximadamente 4.000 pessoas, e percebe-se que a comunidade demanda diariamente dos serviços da ESF. No cotidiano, observa-se que profissionais conhecem os usuários pelo nome, mantendo um bom vínculo com a comunidade.

Para atendimentos psicológicos são destinados turnos de acolhimento nas segundas-feiras à tarde e quartas-feiras pela manhã oportunizando uma primeira escuta por livre demanda. Após avaliação de risco e necessidade de atendimento, são agendados horários com os profissionais, respeitando uma lista de espera, casos graves são atendidos com prioridade. Na ESF ocorre a dispensação de medicamentos conforme a lista básica do município, que é composta por 182 medicamentos, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e em consonância com as necessidades de saúde do município.

Como estratégias de promoção de saúde são desenvolvidos grupos abertos para participação da comunidade, tais como: Grupo HiperDia (onde participam usuários com hipertensão e diabetes); Grupo de Artesanato; Grupo de Caminhada; Grupo de Meditação, e ainda nas sextas-feiras de manhã aplicação de Auriculoterapia (uma Prática Integrativa e

Complementar em Saúde-PICS). Todas essas atividades são abertas para a comunidade do território. Ademais, a equipe realiza atividades em parceria com a EMEFAV e Escola Municipal de Educação Infantil Mágico de Oz (EMEIMO) quando necessário para os pais, professores e alunos, bem como o Curso de Gestantes e Grupo de Tabagismo que ocorrem anualmente.

Semanalmente, nas sextas-feiras, das 13h as 15h ocorre a reunião de equipe, onde todos profissionais reúnem-se para discutir casos e organizar as demandas relacionadas ao processo de trabalho. Mensalmente, após a reunião de equipe, a ESF mantém-se fechada para realização da educação permanente dos profissionais intitulada de: seminário de campo. Esse momento é organizado pelos próprios profissionais, sobre temáticas elencadas pela equipe no início de cada ano. Quando há realização de atividades, projetos ou eventos criam-se grupos condutores que ficam responsáveis por reunirem-se e planejar as ações a serem desenvolvidas (isso é possível uma vez que a equipe é ampliada com a inclusão dos profissionais vinculados pela RMSFC). A ESF também é campo de imersão e estágio dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS, que realizam reconhecimento do território, intervenções e atendimentos.

2.1.6 Contextualização da população

As características da população adscrita seguem aquelas mencionadas anteriormente na caracterização do município. Observa-se no dia-a-dia hábitos de alimentação que comprometem a saúde, a maioria relacionados a cultura italiana fortemente inserida na comunidade local. Percebeu-se com atividades do programa de RMSFC no decorrer do ano esses hábitos pelos usuários acompanhados, que ingerem frequentemente pães, massas, bolos e cucas caseiros, salame, queijos e vinhos. Além disso o território não dispõe de espaços para realização de atividades físicas, como o Programa Academia da Saúde, apenas um campo que permite jogos coletivos e caminhadas no entorno. O terreno de Marau inclui relevos que dificultam caminhar pelo território, reforçando a tendência de depender de um meio de transporte motorizado para deslocamento, mesmo que em curtas distâncias. Percebe-se, também, a tendência do fenômeno da medicalização dos sujeitos e da sociedade, muitas pessoas procuram atendimentos na

expectativa de receber a prescrição de um, ou vários medicamentos. Guarrido (2008) alerta que o uso de medicamentos, especialmente os psiquiátricos tem se tornado um problema de saúde mundial na contemporaneidade.

. Percebe-se a baixa adesão em atividades complementares, educativas com foco na prevenção em saúde. Embora perceba-se que a população acessa a ESF e se mostra participativa nas ações desenvolvidas. Sendo assim, há dificuldades no envolvimento dos trabalhadores do território nas atividades de prevenção e promoção à saúde ofertadas pela ESF, acredita-se que isso ocorre porque as atividades laborais tendem a ser no mesmo horário que a ESF está aberta.

Muitas pessoas que residem no território são oriundas de municípios da região, que na busca por melhores condições de trabalho instalaram-se ali e constituíram seus núcleos familiares destes, a grande maioria submetete-se a jornadas de trabalho em turnos inversos ao comercial, realizando atividades repetitivas e de esforço físico. Outros contextos envolvem descendentes de trabalhadores rurais do interior do próprio município que buscam com a residência na cidade acesso mais facilitado à serviços e bens. Essas condições acarretaram em distanciamento de familiares e amigos presente na realidade de muitos usuários do território, que atualmente possuem rede de relacionamentos restrita, sem realizar atividades físicas, de lazer e cultura, isolando-se em suas moradias, fator de risco para desenvolvimento de doenças e agravos de saúde.

2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

A escolha pela temática se deu em virtude da alta demanda dos usuários do território por atendimentos na área da psicologia envolvendo problemáticas sobre o suicídio. Observou-se que Marau desenvolve ações de prevenção ao suicídio, mas estas são pontuais, e torna-se dificultoso difundir esse assunto nos diversos territórios do município e principalmente nas empresas ali instaladas. Para tal, o planejamento que segue estruturou-se em diferentes ações estratégicas, envolvendo a sensibilização das pessoas frente à temática, informando sobre

comportamentos que podem beneficiar as pessoas em sofrimento, e responsabilizando todos e todas frente ao acolhimento e cuidado com o outro que sofre, já que a sociedade atual voltou-se muito para o trabalho e questões afetivas tem sido deixadas de lado na vida contemporânea.

2.2.1 Justificativa

Durkheim (2000) foi um dos primeiros pensadores que se debruçou sobre o tema do suicídio, suas inquietações sobre o fenômeno e tentativas de interpretação das mortes. O sociólogo francês, na sua obra *O Suicídio* apresentou informações inovadoras deste comportamento, pautando que fatores sociais estão muito mais envolvidos no suicídio do que os de personalidade e questões de ordem individual. A ocorrência de mortes por suicídio e de tentativas de suicídio, sempre permeou as sociedades, faz essas considerações inclusive exemplificando o modelo bíblico da morte de Cristo, uma morte assistida e pré-determinada.

Não é diferente no território da ESF Santa Rita, são poucas mortes por suicídio, mas são muitas tentativas⁹. Algumas chegam a ser notificadas para a vigilância em saúde do município e passam a integrar bases de dados, mas muitas não chegam a receber atendimentos, ficando sem ser notificadas. Nos atendimentos e acompanhamentos da psicologia na ESF, tem-se observado demanda significativa para esses casos (maior que outros problemas que demandam acompanhamento psicológico na ESF), e muitos envolvem sofrimentos por problemas familiares, vínculos frágeis, ausência de momentos de lazer, focando suas vidas apenas para o trabalho.

O Ministério da Saúde (MS) em cooperação com a Organização Mundial de Saúde (OMS/ WHO) e com o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp lançou um material intitulado: “Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental”, definindo o suicídio como um importante problema de saúde pública mundial. O suicídio integra o rol de situações de violência, no caso lesão autoprovocada, em formulário de notificação da área da saúde, sabendo que a morte por suicídio é uma morte que pode ser evitada. De acordo com esta obra é definido que o suicídio não possui causa única, e está relacionado com fatores biopsicossociais, que são singulares a cada situação. Trabalhar com prevenção do suicídio envolve compreender que toda intervenção realizada será feita valorizando a vida (BRASIL, OMS, UNICAMP, 2006).

Levando em consideração as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio de Brasil (2006) e demais materiais já citados, esse trabalho objetiva realizar algumas

⁹ Relato em reunião de equipe pelos Profissionais que trabalham na ESF Santa Rita em 2017.

intervenções locais que possibilitem maior sensibilização da comunidade com relação a esse importante problema de saúde pública. Há relatos de experiências exitosas na prevenção do suicídio, a exemplo no município gaúcho de Candelária, que apresenta um dos mais altos coeficientes de mortalidade por suicídio no estado, onde a implantação de um programa de prevenção ao suicídio demonstrou redução significativa na frequência absoluta de suicídios, tornando-se referência posterior para o desenvolvimento das estratégias governamentais do estado para redução dos casos de suicídio (NOGUEIRA, 2013).

Com base nessa experiência e nos manuais do MS, percebe-se que é necessário romper com os mitos em torno dessa temática, mantendo uma via de diálogo, acolhimento e informação. É isso que se pretende na comunidade da ESF Santa Rita, com enfoque na promoção à vida, implicando no fortalecimento de uma rede local, comunitária, que pode intervir na ocorrência de novos casos e promover a qualidade de vida, prevenindo ou reduzindo agravos em saúde que não são visíveis no corpo e tendem a gerar sofrimentos e consequências para todos os envolvidos com o sujeito que passa por isso.

2.2.2 Referencial Teórico

A Portaria nº. 2.542 de Brasil (2005b) instituiu a criação de um Grupo de Trabalho com finalidade de elaborar Estratégias de Prevenção do Suicídio em todo o País. Participaram deste grupo profissionais do MS, integrantes do Centro de Valorização da Vida, do Instituto Phillipe Pinel e ainda professores e pesquisadores da UNICAMP, UFRJ e PUC-RS. Com o trabalho desse grupo, em 2006 o MS lança a Portaria 1.876, instituindo as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, responsabilizando todas as unidades federadas pela sua implementação. Ambas as portarias reiteram que o suicídio é um grave problema de saúde pública e que pode ser evitado (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2006).

Dando visibilidade para a gravidade do assunto, a OMS, no ano de 2014, publicou o relatório: Prevenção do suicídio: um imperativo global (WHO, 2014, tradução própria). Neste, referiu que aproximadamente 800 mil pessoas suicidam-se por ano no mundo, podendo chegar a 1,6 milhão de mortes em 2020. Foi verificado que por dia a cada 40 segundos ocorre uma morte, totalizando três mil pessoas, e estimou-se ainda que para cada morte há em torno de 10 a 20 tentativas anteriores, ou seja, a cada dois segundos uma tentativa de suicídio é realizada no mundo. Essas estimativas já causam um impacto no leitor, mas a OMS vai além, referindo que esses dados podem ser maiores ainda, subestimando-os em 20 vezes devido a subnotificação e ausência de registros em muitos locais (WHO, 2014; tradução própria).

Conforme esses relatórios percebe-se que os jovens tem sido os mais afetados, entre 15-29 anos, o suicídio figura como a segunda causa de morte, um problema que desorganiza a família, a comunidade, municípios, estados e nações. A WHO (2014; tradução própria) considera o suicídio como questão complexa, já que não existe uma causa única, ocorre em todos os lugares do mundo, entre as diferentes idades, de variadas formas e em todas as classes econômicas (embora haja prevalência de 75% nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, ele ocorre nas classes econômicas elevadas também).

O Brasil é um país populoso e integra o quadro de países com mais mortes por suicídio do mundo, com grande número de ocorrências, embora na análise de suas taxas (cálculo por 100 mil pessoas) fica com baixa estimativa, conforme pode-se observar na figura abaixo:

Figura 1: Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes), segundo a OMS, tomando por base dados de 2009.



Fonte: WHO, 2014.

De acordo com Brasil (2017) no período compreendido de 2011 a 2015 no País ocorreram 55.649 mortes por suicídio, com uma taxa de 5,5 por 100 mil habitantes. Cada dia ocorre aproximadamente 25 mortes por suicídio no Brasil, e anualmente são cerca de 9 mil mortes. Mesmo que as taxas de suicídio por 100 mil habitantes sejam baixas quando comparadas com outros países, possui regiões do sul e do norte que preocupam com índices tão altos, que torna possível inclusive, fazer um comparativo com as ocorrências dos países do leste europeu. O estado do Rio Grande do Sul, juntamente com Roraima, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina lidera esses índices (WAISELFISZ, 2014).

No estado do RS a taxa de mortalidade por suicídio no mesmo período que a estatística nacional, compreendido de 2011 a 2015, registrou praticamente o dobro da taxa

nacional, sendo 10,3 mortes por 100mil habitantes. Os municípios gaúchos com mais de 50 mil habitantes que possuem os maiores índices de suicídio são: Venâncio Aires, Santa Rosa, Lajeado, Vacaria, São Borja, Canguçu, Uruguaiana, Passo Fundo, Santa Cruz do Sul e Sapiranga. A cidade de Marau faz divisa com Passo Fundo e sua população não chega a 50 mil habitantes, mas sabe-se¹⁰ que em 2015 ocorreram 59 notificações de violência autoprovocada (como tentativa de suicídio) registradas na Vigilância em Saúde do Município, nenhuma dessas morreu (BRASIL, 2017).

Há poucos dados disponíveis acerca do número de tentativas de suicídio em Marau, e poucas intervenções continuadas têm sido realizadas a respeito. Fatores como alta demanda de atendimento nas ESF's e falta de qualificação profissional para acompanhamento, notificação, e intervenção, impactam nas notificações e atendimentos dessas condições, por consequência poucas atividades com foco na prevenção são realizadas. A compreensão dos aspectos regionais que aumentam o risco de suicídio é de fundamental importância para elaboração de estratégias de prevenção. Como o Brasil é um país que possui diferenças regionais significativas, não é possível tratar o suicídio como fenômeno único em todo o país, é preciso levar em consideração questões socioeconômicas, demográficas e assistências de cada local (MACHADO; SANTOS, 2015).

Na tentativa de compreender melhor o comportamento suicida, Werlang, Borges e Fensterseifer (2005) definem que este compreende três dimensões: ideação suicida, suicídio realizado, e tentativas de suicídio. Atualmente observa-se um novo fenômeno ocorrendo, principalmente entre adolescentes, que são as mutilações em seus próprios corpos, sem a intencionalidade direta e o desejo suicida, algo que demanda maiores estudos. Cada suicídio afeta pelo menos seis pessoas, que são chamadas de sobreviventes, comumente são familiares, amigos, colegas, e o sofrimento emocional decorrente de uma morte por suicídio de uma pessoa próxima é incalculável (JUNIOR, 2015).

Botega (2006) corrobora que o suicídio, além de um grave problema de saúde pública, demonstra um sofrimento insuportável do indivíduo que o vê como único recurso e para aquele que o realiza. Conforme Rio Grande do Sul (2011, p.14) “[...] a causa de um suicídio é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa”. Sendo assim, o desejo não é o de morrer, e sim cessar um sofrimento insuportável, para o qual o sujeito não encontra outra solução.

A complexidade envolvendo o suicídio influenciou sua inserção, em 2013 no Plano de Ação de Saúde Mental, realizado entre os estados que integram a OMS, pactuando o objetivo

¹⁰ Dados obtidos em conversa com Lisiane Dall'Agnesse- Enfermeira da Vigilância em Saúde de Marau-RS.

de reduzir os índices de suicídio em 10% até 2020. Para esse objetivo leva-se em consideração a necessidade das ações conjuntas de múltiplos setores da sociedade, tanto públicos quanto privados, principalmente das áreas de saúde, educação, trabalho, agricultura, justiça, política, mídia, negócios, legislações e defesa. Da mesma maneira que o fenômeno do suicídio envolve questões complexas, demanda ações de vigilância, prevenção e controle de forma integral (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Brasil (2017, p.11) corrobora que:

A atenção aos casos de tentativa de suicídio pressupõe a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais.

Compreende-se que a prevenção do suicídio envolve intervenções de baixo custo, porém, como existe muito estigma circundando essa temática a mesma continua sem receber a importância necessária nas políticas desenvolvidas (WHO, 2013; tradução própria). Machado e Santos (2015) alertam para os altos custos econômicos que impactam diretamente o setor da saúde em ações curativas, nos tratamentos para pessoas que ficam com sequelas de tentativas de suicídio, nos atendimentos ambulatoriais, de emergência e o acompanhamento continuado dos familiares e amigos de pessoas que se suicidaram. Brasil (2017) define que a implementação dos CAPS's nos municípios tem sido um fator protetivo para o suicídio, uma vez que sua existência reduz 14% o risco de suicídio.

O suicídio é considerado no País um agravo de notificação compulsória, incluído pela Portaria nº 1.271 de 2014 no registro de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, através do no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Sua inclusão se relaciona aos critérios da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, também por considerar a necessidade imediata do acompanhamento profissional das pessoas que realizaram tentativas de suicídio, em virtude da possibilidade da ocorrência de novas tentativas, sobretudo da necessidade de uma base de dados para direcionamento das políticas e programas a ser desenvolvidos no País. Infelizmente, grande parte das tentativas de suicídio não chegam a ser notificadas, diferente dos casos que envolvem óbitos por suicídio, o que resulta em subnotificações e ausência de políticas efetivas para prevenção de novas tentativas (BRASIL, 2014).

Em consonância a isso, a OMS e pesquisadores da área, como Botega (2015), orientam que há possibilidade aumentada de efetivação do suicídio nas pessoas que já realizaram tentativa anterior, pois a chance de nova tentativa é de 15 a 25% no ano subsequente, desses, 10% efetivarão o suicídio ao longo de 10 anos. Sendo assim, uma

tentativa de suicídio será sempre um sinal de alerta do risco de novas tentativas. Botega et al. (2006) também alerta para o fato de que cerca de 50% das pessoas que realizaram suicídio nunca consultaram com profissionais da área da saúde mental, porém 80% das pessoas que tiraram sua própria vida foram atendidos no mês anterior por um profissional da saúde.

Esses dados informam, sobretudo, a necessidade dos diferentes profissionais, principalmente daqueles de áreas não afins da saúde mental, sensibilizarem-se diante do sofrimento alheio, conseguir acolher, compreender e intervir nas diferentes necessidades das pessoas que buscam seus serviços, já que há uma significativa parcela dos casos que não chegarão aos profissionais especialistas da saúde mental. Brasil (2013) corrobora que todos os profissionais de saúde, principalmente os da atenção básica, podem, e devem realizar intervenções de saúde mental, envolvendo-se também na busca de prevenção do suicídio.

Conforme Brasil, OMS e Unicamp (2006) o atendimento de saúde mental não pode se dar apenas àqueles pacientes que possuem um diagnóstico de transtorno mental, já que todas as pessoas passam por sofrimentos emocionais ao longo de suas vidas, e cada sujeito manifesta seus sentimentos e emoções de forma única. Com isso surge a necessidade de perceber cada sujeito de forma singular a fim de compreender como se dá a manifestação dos sofrimentos em cada um. Para além, percebe-se que quando o cuidado parte da perspectiva do sofrimento e não do quadro diagnóstico, permite outro tipo de relação, outras possibilidades de cuidado, sendo um agente de mudanças positivas nos diversos tratamentos. De acordo com WHO (2013; tradução própria) além do preparo dos profissionais para lidar com essa temática, é necessário empoderar a comunidade, já que esta pode ser integrante de uma rede protetora pelo laço e vínculo social estabelecido entre os sujeitos.

Felizmente a morte por suicídio é evitável e, embora as políticas públicas no Brasil estejam insipientes na prevenção, é possível encontrar relatos de experiências bem sucedidas com abordagens que possibilitam redução de mortes por suicídio, inclusive no estado do RS. Um projeto denominado Promoção de Vida e Prevenção ao Suicídio tem demonstrado resultados positivos no estado. Cujo tem por objetivo a formação de uma rede intersetorial de pessoas que sejam multiplicadoras em seus espaços cotidianos, para reduzir as mortes por suicídio em cidades com maiores índices do estado: Candelária, Venâncio Aires (maior índice do País), Santa Cruz do Sul, e São Lourenço do Sul (NOGUEIRA, 2013).

Baseando-se nos projetos descritos acima, a intervenção do presente projeto contará com ações em diferentes espaços do território da ESF Santa Rita, a fim de dialogar sobre o suicídio. É preciso reiterar que a grande parte dos usuários acompanhados pela ESF Santa Rita possui vínculo empregatício em grandes indústrias e empresas do território. Essas

peças estão trabalhando nos mesmos horários que a ESF está aberta, o que dificulta a inserção dos trabalhadores em atividades preventivas ofertadas pela ESF e o estabelecimento de uma relação de vínculo e cuidado continuado do usuário com a equipe de saúde. Também observou-se no cotidiano do serviço da ESF que existe fragilidade dos vínculos comunitários e familiares dos usuários, uma vez que a maioria saiu de suas cidades de origem para trabalhar nas indústrias de Marau e não conta com rede de apoio no local de residência.

O adoecimento pelas condições de trabalho é um aspecto condicionante e determinante de saúde na contemporaneidade. Da mesma forma a fragilidade de vínculos afetivos e escassos momentos de lazer impactam na qualidade de vida das pessoas, podendo produzir adoecimentos. A sociedade atual vive relacionamentos líquidos, conforme define Bauman (2004), os relacionamentos contemporâneos não são considerados plenos e verdadeiramente satisfatórios; a sociedade líquida tem buscado satisfações imediatas para suas carências, desejando relacionamentos duradouros, mas agindo de forma a descartar o outro/a outra de sua vida sempre quando há frustrações.

Muitas pessoas entram em sofrimento emocional por seus relacionamentos, e se vêm solitárias, sem alternativas para lidar com os problemas do dia-a-dia. Algumas delas chegam a tentar tirar suas vidas, outras iniciam tratamentos medicamentosos que se estendem por anos e acabam não melhorando. Poucas pessoas conseguem verbalizar seu sofrimento, ser acolhidas e ter a oportunidade de ressignificá-lo (LANCETTI et al., 2000).

Um aspecto que merece destaque é o de que a rede é composta por pessoas e pelas articulações entre elas, que são mais importantes do que as instituições e as convenções formais. Afinal, são as pessoas que vivem e enfrentam o problema no seu dia-a-dia, e são elas que podem gerar ações concretas e efetivas de apoio para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade. É a partir de sua sensibilidade e mobilização que elas serão capazes de formar e fazer funcionar a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio. (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 17).

Sendo assim, o que se objetiva com esta pesquisa é oportunizar espaços para o diálogo de questões que envolvem o suicídio, que estas ações se tornem disparadoras para tantas outras e que haja acolhimento diário das pessoas umas para com as outras, já que o setor da saúde não conseguirá ofertar todo o cuidado e suporte que são necessários. É preciso fortalecer a rede e aproveitar o potencial de cuidado existente nas diferentes comunidades, o qual precisa ser desenvolvido e qualificado, para uma saúde integral e com equidade.

2.2.3 Objetivos

2.2.3.1 Objetivo geral

Realizar intervenções de prevenção ao suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio; oportunizando espaços de escuta e atividades de educação permanente, fortalecendo a rede de cuidados do território da ESF Santa Rita.

2.2.3.2 Objetivos específicos

- a) Proporcionar maior sensibilização das pessoas do território com relação aos temas referidos.
- b) Oportunizar espaço de escuta aos empregados de empresa e escola do território a instrumentalização acerca dos temas citados.
- c) Qualificar a atuação dos profissionais de saúde da ESF Santa Rita para intervenção nas situações que envolvem risco de suicídio.
- d) Realizar oficinas de sensibilização sobre os temas citados para pessoas do território que apresentarem interesse pelos temas.
- e) Divulgar material informativo impresso sobre suicídio no território da ESF Santa Rita.

2.2.4 Metas

Nos meses de maio a setembro do ano de 2018:

- A) Sensibilização de, pelo menos, um colaborador da empresa Doces Mega de Marau e uma liderança da escola; por meio de espaço de escuta.
- B) Qualificação de, no mínimo, 10 profissionais da ESF Santa Rita.
- C) Realizar 3 oficinas de sensibilização sobre os temas citados para pessoas do território que apresentarem interesse pelos temas.
- D) Divulgação de material informativo impresso para, pelo menos, cinco estabelecimentos do território.

2.2.5 METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, descritiva, que utilizará a cartografia como estratégia metodológica para os processos de pesquisa-intervenção propostos nesse. A pesquisa-intervenção foca no processo sendo que os participantes vão determinando os

caminhos da pesquisa (ROCHA, 2003), estando a opção metodológica de acordo com os objetivos elencados nesse projeto. Ou seja, a pesquisa-intervenção ocorre de forma coletiva pelo grupo de participantes envolvidos. Dessa forma essa pesquisa planeja realizar diversas intervenções, de forma coletiva, no território da ESF Santa Rita com foco na sensibilização e instrumentalização das pessoas no que diz respeito ao fortalecimento de uma rede de cuidados para pessoas em sofrimento emocional, principalmente o que tange a temática d suicídio.

Aguiar e Rocha (1997, p.97) sobre o trabalho da cartografia salientam que ela é: “(...) um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno”. Sendo assim, o que se pretende na costura deste trabalho é cartografar o desenvolvimento de oficinas coletivas, principalmente os sentimentos, emoções, percepções sobre a temática pesquisada, no intuito de poder dialogar sobre o suicídio e relatando o processo de acolhimento e intervenção. A fim de fortalecer redes de cuidado, optou-se pela inclusão de empresa, ESF e escolas do território. Esses espaços e as pessoas que os habitam serão participantes da pesquisa, em diferentes momentos. O desenho metodológico que visa contemplar os objetivos elencados apresenta a seguinte operacionalização:

Desenho:

Estudo de abordagem qualitativa com 25 participantes, de 3 diferentes segmentos (trabalhadores de empresa, comunidade escolar e profissionais e saúde), que seguirão o critério de saturação da amostra. Os participantes foram definidos a partir da observação cotidiana sistemática da pesquisadora, em diferentes momentos de sua atuação como residente. A seleção se deu pelo critério de potencial envolvimento nos temas e da viabilidade de contar com os participantes nas escutas e oficinas. Os participantes serão convidados por meio de contato pessoal da pesquisadora e a coleta de dados se dará por meio de escutas individuais, quando for o caso, oficinas de abril a agosto de 2018, nos espaços do território. A devolutiva dos resultados será de dezembro de 2018 a março de 2019.

2.2.5.1 Tipo de estudo

Quanto aos objetivos é uma pesquisa descritiva e, quanto aos procedimentos técnicos, trabalhar-se á com pesquisa bibliográfica e estudo de campo envolvendo escutas (entrevistas) e ações (oficinas). Sua natureza é aplicada, sendo que objetiva instrumentalizar e sensibilizar os participantes da pesquisa para os temas: suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. Caracteriza-se como pesquisa de campo, orientada pela cartografia e serão realizadas oficinas, pesquisas

bibliográfica e pesquisa documental e uso do diário de campo/ cartográfico. Esse último para o registro de suas impressões realizado após cada encontro, valorizando o relato afetivo e subjetivo da atividade (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Nesse sentido, todos os envolvidos experimentam, vivenciam o objeto, com estratégias que permitem captar a complexidade no campo e nos dados produzidos, que evidenciam os encontros entre os participantes.

2.2.5.2 Local e período de realização

A pesquisa será realizada no município de Marau – RS em locais definidos pelos participantes e pesquisadora. O período de coleta dos dados desta pesquisa está previsto para ocorrer entre os meses de maio e setembro de 2018, após a autorização do CEP/UFRS. O agendamento das atividades do programa será em comum acordo definindo-se data, horário e local para as escutas e oficinas com os responsáveis pela empresa/instituição; na ocasião das oficinas, a pesquisadora informará aos sujeitos sobre a pesquisa e verificará o interesse e a disponibilidade da participação dos mesmos.

2.2.5.3 População, Amostra e critérios de inclusão de exclusão:

A definição da amostra seguiu o critério de saturação. Os participantes foram definidos a partir da observação cotidiana sistemática da pesquisadora, em diferentes momentos de sua atuação como residente. A seleção se deu pelo critério de potencial envolvimento nos temas e da viabilidade de contar com os participantes nas escutas e oficinas.

Ao todo serão 25 participantes nas atividades da pesquisa:

- 5 Colaboradores da empresa Doces Mega de Marau: serão selecionados a partir dos objetivos da pesquisa e identificados na fase inicial, a partir da aproximação da pesquisadora com a empresa. Um informante-chave, responsável pela gestão de pessoas, apontará os participantes, conforme disponibilidade da empresa para liberação desses profissionais, que irão até a ESF Santa Rita para participar da oficina. **Critérios de inclusão:** Maiores de 18 anos; de ambos os sexos. **Critérios de exclusão:** prestadores de serviço na Doces Mega vinculados a empresas terceirizadas.
- 10 Profissionais das Escolas municipais existentes no território: serão convidados para participar profissionais da equipe diretiva, professores, e demais profissionais do

quadro funcional, de acordo com a liberação pela direção e com o aceite dos mesmos. **Critérios de inclusão:** maiores de 18 anos; profissionais que atuam nas escolas do Bairro vinculados à Prefeitura Municipal de Marau; ambos os sexos. **Critérios de exclusão:** prestadores de serviço nas escolas vinculados por meio de contrato terceirizado; colaboradores da Prefeitura Municipal de Marau de outras escolas; que estejam afastados por motivo de licença ou férias.

- 10 Profissionais da equipe da ESF Santa Rita: todos os profissionais serão convidados para participar da pesquisa, será agendada atividade em reunião de equipe, priorizando para a escolha da data da oficina um dia em que esteja presente o maior número dos profissionais da ESF. **Critérios de inclusão:** trabalhar diretamente na ESF Santa Rita, independente do tipo de vínculo empregatício; de ambos os sexos; de qualquer núcleo profissional. **Critérios de exclusão:** trabalhadores da Prefeitura Municipal de Marau de outros setores do município; trabalhadores afastados por licença ou férias.
- A divulgação de material impresso será feita ao maior número de estabelecimentos do território possível, mercados, lojas, bares, serviços, entre outros, pela pesquisadora, aos proprietários ou trabalhadores que recepcionarem a pesquisadora. **Critérios de inclusão:** Empresas públicas e privadas existentes no território da ESF Santa Rita. **Critérios de exclusão:** Empresas que não estão situadas no território da ESF Santa Rita.

2.2.5.4 Instrumentos de coleta de dados

Procedimentos:

Doces Mega/Marau: os colaboradores serão convidados na empresa e pela pesquisadora a participar de uma oficina a se realizar em espaço definido através das mesmas no horário de trabalho, ou estendido. Inicialmente serão informados acerca da pesquisa e convidados pela pesquisadora a participar da oficina. No caso da aceitação será explicada mais detalhadamente, e após a efetiva concordância é assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Apêndice 1).

Após, será realizada uma sensibilização sobre a temática, utilizando materiais musicais e audiovisuais, na sequência será proposto diálogo sobre suicídio a partir de apresentação da pesquisadora. Ao final, será confeccionado pelos participantes material visual sobre a vivência. Cada participante será responsabilizado por repassar as informações à seus

colegas de trabalho e familiares e se tornar vigilante no acolhimento de situações que possam envolver ideação suicida, compreendendo que fazer nesses casos.

Escolas: A oficina ocorrerá separadamente em cada uma das escolas, porém será realizada da mesma maneira. Os profissionais serão convidados a participar da atividade, a se realizar em seus espaços e horário conveniente para o serviço, pactuados anteriormente a realização da oficina, com ciência da Secretaria Municipal de Educação. No início da atividade será explicado sobre a pesquisa e reiterado o interesse individual em participar da mesma, após consentimento de cada sujeito é assinado o TCLE.

Será feito um momento de sensibilização sobre questões que envolvem suicídio, realizado apresentação sobre a temática, e os participantes serão convidados a produzir material visual sobre a oficina. Os participantes serão instigados a realizar atividades envolvendo a temática no seu dia a dia.

ESF Santa Rita: No dia da oficina será explicado sobre os objetivos do trabalho e, após o aceite de todos os presentes, é preenchido o TCLE e será realizada uma sensibilização sobre a temática, confecção de material sobre o que os integrantes da equipe conhecem do assunto e os sentimentos suscitados no cuidado de usuários com histórico de suicídio e/ou ideação suicida; após será proposta a criação de um fluxograma com a equipe sobre o cuidado de usuários com essas problemáticas no território da ESF, e identificado possíveis ações nos casos que envolvem essas situações.

Cada oficina terá duração de aproximadamente 3 horas e ocorrerá, preferencialmente, em local sugerido pelos administradores dos serviços, em horário que for mais conveniente para estes. As oficinas serão gravadas em áudio por aparelho celular, que somente iniciar-se-ão após concordância de todos os participantes. Posteriormente, a pesquisadora fará a transcrição fiel e digitalizada que será grampeada juntamente com o TCLE correspondente.

As observações sobre as oficinas também serão registradas em um diário de campo/cartográfico pela pesquisadora (no decorrer das mesmas). O registro do diário de campo dessas oficinas, e o material produzido nelas, juntamente com as gravações e os áudios transcritos destas, serão armazenados pela pesquisadora, em arquivos digitais, da mesma forma os registros físicos em arquivo da pesquisadora, ambos serão guardados por um período de cinco anos e, após, serão destruídos. Somente terão acesso a estes dados a pesquisadora e as professoras-orientadoras, participantes desse projeto.

Na divulgação de material impresso sobre suicídio, será feita uma solicitação deste para a vigilância em saúde do município que os administra. Esse material será entregue

pessoalmente aos proprietários ou trabalhadores locais, e, se possível, será dialogado brevemente sobre o suicídio, em caráter informativo, educativo e preventivo.

2.2.5.5. Logística

- Solicitação da carta de ciência e concordância da gestão municipal de saúde frente à pesquisa a ser realizada;
- Apresentação do trabalho à Banca de qualificação da UFFS;
- Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) /UFFS.
- Após aprovação do CEP/UFFS se dará início a coleta dos dados, com a realização das oficinas previstas;
- Análise qualitativa dos dados;
- Confecção do trabalho de conclusão de residência (TCR);
- Devolutiva dos dados obtidos na pesquisa aos sujeitos participantes das oficinas;
- Apresentação do TCR.
- Elaboração de resumo para submissão em eventos.

2.2.5.6 Análise de dados

Os dados coletados serão analisados qualitativamente, na perspectiva da cartografia como estratégia metodológica para esse processo de pesquisa-intervenção. Barros e Barros (2013) afirmam que a perspectiva de análise de dados assume novas perspectivas nas pesquisas e intervenções nessa modalidade. Tem-se a possibilidade de utilizar outras abordagens concomitante a esta e os procedimentos levam em consideração a implicação na pesquisa e uma análise da participação e desenvolvimento desta.

De acordo com Passos, Kastrup, e Escóssia (2015) os objetivos são compreendidos de forma plural buscando produção de sentidos. Não se perde o rigor da pesquisa científica ao se utilizar desta estratégia metodológica, ela apenas assume uma lógica diferente das pesquisas tradicionais positivistas, sem abrir mão do rigor científico que uma pesquisa requer.

Os dados transcritos dos áudios das oficinas, juntamente com o registro do diário de campo, e o material visual produzido nas oficinas, serão compreendidos pela perspectiva da cartografia. Envolverá as impressões da pesquisadora, já que o método cartográfico dispõe de ferramentas para acessar uma dimensão que é relacional, e que está sempre em mudança ao falar de subjetividade e relações (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Concomitante a esta análise também serão utilizados autores para dialogar sobre as questões suscitadas nas intervenções da pesquisa.

2.2.5.7 Aspectos éticos

O presente projeto, a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFFS), contempla o que determina a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/CNS- MS (BRASIL, 2012c).

Para as oficinas por meio do TCLE, os sujeitos que aceitam participar autoriza sua participação voluntária na pesquisa, uma cópia deste fica para o participante e uma para a pesquisadora. Os sujeitos terão assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, e também poderão desistir em qualquer momento das atividades propostas. O termo de ciência e concordância da gestão municipal resguardará aos autores do projeto a propriedade intelectual dos dados e a divulgação pública dos resultados. As gravações, após o término da pesquisa, serão armazenadas em arquivos digitais pela pesquisadora, por um período de cinco anos e, após, serão destruídas. Da mesma forma, o registro físico das oficinas será armazenado em arquivo da pesquisadora, e também serão destruídos após cinco anos. Somente terão acesso a estes dados os estudantes e as professoras-orientadoras, participantes desse projeto.

2.2.5.8 Análises crítica de riscos e benefícios

De acordo com a Resolução n. 466, 22 de dezembro de 2012 do CNS, toda a pesquisa que envolve seres humanos pode gerar riscos, sendo que estes devem ser inferiores aos benefícios, justificando dessa forma, a realização do estudo. Sobre o presente estudo não será feita intervenção clínica, ou seja, não será colocada em risco a integridade física dos sujeitos uma vez que os instrumentos de pesquisa são: oficinas com atividades coletivas e pesquisa bibliográfica, porém haverá riscos psicológicos. Encontra-se explicitado no TCLE: o objetivo e a justificativa para realização do estudo, riscos e benefícios na participação da mesma e os contatos das pesquisadoras responsáveis. Para os participantes, além de contribuir na produção de conhecimento sobre o fenômeno do suicídio, haverá maior instrumentalização em ações de prevenção do suicídio no território da ESF Santa Rita.

O ÔNUS refere-se a certo desconforto no sentido de dispor de tempo (cerca de 3 horas) para a oficina, e dialogar sobre uma temática complexa, que permeia a vida de muitas pessoas. A CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO serão garantidos. Os RISCOS podem ser dimensionados como leves, pois poderá haver mobilização de sentimentos ao pensar em problemáticas que envolvem a vida e a morte e aspectos conflitivos

do cotidiano relativos as temáticas em estudo. Como forma de MINIMIZAR ESTES RISCOS as oficinas poderão parar em qualquer momento, podendo ser retomadas ou não. Caso necessário, os participantes poderão ser encaminhados à equipe de ESF de seu território, sendo que todas as equipes do município de Marau dispõem de profissionais da área da psicologia, ou ainda ser encaminhados aos profissionais de saúde que sua empresa dispor.

O BENEFÍCIO DIRETO para os participantes consiste em possibilitar momento para verbalização e escuta das impressões e reflexões dos sujeitos sobre questões que envolvem suicídio, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Como BENEFÍCIO INDIRETO os sujeitos poderão contribuir para a ampliação do conhecimento sobre os temas em pauta, repensando a multiplicação da rede de proteção do suicídio em seu cotidiano. Os resultados serão apresentados em momento especial, definido em comum acordo com os participantes, bem como serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas.

2.2.5.9 Medidas de proteção à confidencialidade

Em relação à confidencialidade encontram-se explicitado no TCLE que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato dos sujeitos, ou seja, o nome dos participantes das oficinas não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas, desta forma, há o compromisso de assegurar a confidencialidade dos dados. Assim, os procedimentos adotados serão: quando da oficina, ao ser feita a transcrição, cada sujeito terá um nome fictício; não havendo nenhuma identificação ao nome real. Serão armazenadas em envelopes de acordo com a ordem alfabética, permanecendo em total anonimato. Os registros digitais e físicos das oficinas serão armazenados pela pesquisadora desse projeto, durante cinco anos, em *pen drive* pessoal, e em arquivo da mesma, após cinco anos serão eliminados.

2.2.5.10 Critérios para Suspensão ou Encerramento da Pesquisa

Será considerado critério para suspender ou encerrar a pesquisa a recusa em participar da pesquisa de todos os sujeitos que atendam ao perfil descrito.

2.2.5.11 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Antes do início das oficinas, o TCLE será apresentado e, em caso de concordância, deverá ser assinado em duas vias; ficando uma com o sujeito da pesquisa e outra para posterior arquivamento. A transcrição das oficinas será anexada aos TCLEs respectivos. Este esclarece que a qualquer momento poderá ocorrer desistência de participação na pesquisa; aborda a manutenção da confidencialidade, a proteção do anonimato, e explicita os riscos e os benefícios advindos da presente pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL:

- Direção da Empresa Doces Mega, consta no Anexo 1;
- Secretário de Saúde do Município de Marau (RS), consta no Anexo 2;
- Secretária de Educação do Município de Marau, consta no Anexo 3;

2.2.5.12 Resultados esperados

O presente projeto busca:

1. Instrumentalização de usuários do território de abrangência da ESF Santa Rita para o acolhimento e enfrentamento das problemáticas relacionadas com o suicídio, através de atividades de sensibilização e informação.
2. Produção de conhecimento sobre o fenômeno do suicídio e indiretamente a redução de tentativas e/ou de pessoas com ideação suicida.
3. Subsídios para discussões intersetoriais e multiprofissionais, tanto na academia, quanto em diferentes instituições e serviços, principalmente nas áreas da Saúde e Educação; Segurança Pública, Direitos Humanos e Assistência Social.
4. Fortalecimento da Rede de cuidados do território da ESF Santa Rita de Marau.

2.2.6 Recursos

Tabela 1. Orçamento da pesquisa.

Material de Consumo	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
1. Cartucho de tinta para impressora- cor preto	3	70	210
2. Pasta simples, com elástico	4	1,5	6
3. Caneta esferográfica azul	4	2	8
4. Lápis	1	1,5	1,5
5. Borracha	1	0,5	0,5
6. Apontador	1	1,5	1,5
7. Envelope	4	0,5	2
8. Cartolina	4	1	4
9. Canetinha (12 cores)	1	15	15
10. Cola branca	2	3,5	7
11. Folha A4 (pacote com 500)	1	18	18
12. Grampeador	1	10	10
13. Grampos para grampeador (caixa pequena)	1	8,5	8,5
14. Pincel atômico	4	4	16
15. Cadernos simples, 200 folhas	1	8	12
16. Encadernação	4	3,5	14
17. Livros para embasamento teórico	4	50	200
18. Pen drive	1	15	15
VALOR TOTAL			549

Fonte: elaborada pela pesquisadora.

OBS: Os custos acima relacionados serão arcados pela própria pesquisadora.

2.2.7 Cronograma

Tabela 2: Cronograma de atividades da pesquisa.

Atividade s da pesquisa	2017					2018												2019		
	A g o	S e t	O t	N o v	D e z	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	J a n	F e v	M a r
Revisão da literatura científica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Obtenção do aval institucional dos gestores.				X																
Cadastro na Plataforma Brasil, submissão no CEP					X															
Coleta de dados									X	X	X	X	X							
Análise dos dados.														X	X	X				
Elaboração do artigo.																X	X	X	X	X
Apresentação dos resultados																	X	X	X	X
Divulgação dos resultados obtidos.																			X	X

Fonte: elaborada pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F. e ROCHA, M. L. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. **Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política**, nº 3/4,1997, pp. 87-102.

AGUIRRE, E. Sim ou não: A luta política pela emancipação do município de Marau e as disputas pelo poder. Orientador: Haroldo Carvalho. **Dissertação de Mestrado**. Curso de História, Passo Fundo: UPF, 2008. 125f. Disponível em:<
<https://secure.upf.br/pdf/2008ElianeAguirre.pdf>> Acesso em: 30/11/2017.

BARROS, L. R. de; BARROS, M. B. de. O Problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal*, **Rev. Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 373-390, Maio/Ago. 2013. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/10.pdf>> Acesso em: 1/12/2017.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zharar, 2004.

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

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, Porto Alegre: PUCRS, v.37, n.3, p.213-220, set./dez. 2006. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130> Acesso em: 19/11/2017.

BRASIL. Cadernos de atenção básica, nº 34: Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf> Acesso em: 22/11/2017.

_____. **Indicadores e dados básicos**: sistema de informações sobre mortalidade- SIM. [Brasília], Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:<
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/c09.def>> Acesso em: 22/11/2017.

_____. **Lei Nº.11.129**: Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, 10.429 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm> Acesso em 29/11/2017.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 16/11/2017.

_____. **Portaria nº 1271**: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. [Brasília], Ministério da saúde, 2014. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html> Acesso em: 22/11/2017.

_____. **Portaria nº 1876:** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. [Brasília], Ministério da saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html> Acesso em: 19/11/2017.

_____. **Portaria nº 2542:** Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. [Brasília], Ministério da saúde, 2005b. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-29-2005-12-22-2542>> Acesso em: 19/11/2017.

_____. **Resolução nº 466:** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em 16/11/2017.

_____. **Suicídio:** saber agir e prevenir. Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Secretaria de vigilância em saúde; Ministério da Saúde, [Brasília], v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>> Acesso em: 22/11/2017.

BRASIL. OMS. UNICAMP. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da saúde, 2006. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf> Acesso em: 15/11/2017.

CONTE et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 8, p. 2017-2026. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023073013>> Acesso em: 19/11/2017.

DOCES MEGA. **Site** da empresa, 2017. Disponível em: <<http://www.docesmega.com.br>> Acesso em: 30/11/2017.

DURKHEIN, E. **O suicídio:** estudo de sociologia. São Paulo: Martins fontes, 2000.

GALEANO, E. O livro dos abraços. Trad. Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2015.

GUARIDO, R. L. “O que não tem remédio, remediado está”: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação de mestrado: USP: São Paulo, 2008. 116f. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-16062008-140514/en.php>> Acesso em: 1/12/2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **População estimada em Marau/RS no ano de 2017.** Brasil, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>> Acesso em: 16/11/2017.

JUNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no Mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, Bahia, v. 2, n. 1, [s/p.] 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277130341_O_comportamento_suicida_no_Brasil_e_no_mundo_The_suicidal_behavior_in_Brazil_and_in_the_world> Acesso em: 19/11/2017.

KASTRUP, Virgínia. O fundamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. dos. Suicídio no Brasil: de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, UFRJ, v. 64, n. 15, p. 45-54, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>> Acesso em: 22/11/2017.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NOGUEIRA, R. de C. **Repercussões de projeto de implantação de rede intersetorial de prevenção do suicídio em municípios do Rio Grande do Sul**. 2013. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://portal.estacio.br/media/3623/ricardo-de-campos-nogueira-disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>> Acesso em: 22/11/2017.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. Disponível em: <<http://www.editorasulina.com.br/img/sumarios/473.pdf>> Acesso em 19/11/2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos sólidos: Relatório técnico final**. Marau, 2013. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/images/downloads/plano_residuos_solidos/plano_residuos_solidos.pdf> Acesso em 16/11/2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Site da prefeitura: histórico**. 2017. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br>> Acesso em: 22/11/17.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram**. Porto Alegre: CORAG, 2011. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>> Acesso em: 22/11/2017.

ROCHA, ML. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia Ciência e profissão**, Brasília: DF, v.23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>> Acesso em: 4/12/2017.

SIOPS. **Informações sobre despesas em saúde de todos os entes federados**. Brasil, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6137-indicadores-municipios>> Acesso em 16/11/2017.

WASELFISZ, J. J. **Os jovens do Brasil: Mapa da violência 2014**. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República, 2014. Disponível em: <

http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf> Acesso em: 19/11/2017.

WERLANG, B.; BORGES, V.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, Rio Grande do Sul, PUCRS, v. 39, n. 2, p. 259-266, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/284/28439210.pdf>> Acesso em: 19/11/2017.

WHO. **Mental Health: action plan 2013-2020** [Plano de ação para a saúde mental 2013-2020]. Geneva: Switzerland, 2013. (Tradução própria) Disponível em: <<http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/MHAP.pdf>> Acesso em: 19/11/2017.

WHO. **Preventing suicide: a global imperative** [Prevenção do Suicídio um imperativo global]. Geneva: Switzerland, [2014] (Tradução própria). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 Acesso em: 19/11/2017.

2.2.9 Apêndices

APÊNDICE 1

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Vamos conversar sobre o suicídio? Tecendo redes de cuidado para prevenção do suicídio no território em Marau (RS)**, sob orientação da Prof^a Dra. Izabella Barison Matos e Co-orientadora Me. Fabiana Schneider desenvolvida pela pós-graduanda na modalidade de residência Roberta Brizolla Rosa.

O objetivo é realizar intervenções de prevenção ao suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio; oportunizando espaços de escuta e atividades de educação permanente, fortalecendo a rede de cuidados do território da ESF Santa Rita. Sua participação não é obrigatória e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e não sofrerá penalização. Justificativa: além da produção de conhecimento sobre o fenômeno do suicídio, irá proporcionar instrumentalização para intervir em situações que envolvem risco de suicídio e o fortalecimento de uma rede de cuidados na prevenção do suicídio.

O **ÔNUS** refere-se a certo desconforto no sentido de dispor de tempo (cerca de 3 horas) para a oficina, e dialogar sobre uma temática complexa, que permeia a vida de muitas pessoas. A **CONFIDENCIALIDADE** das informações e o **ANONIMATO** serão garantidos. Os **RISCOS** podem ser dimensionados como leves, pois poderá haver mobilização de sentimentos ao pensar em problemáticas que envolvem a vida e a morte e aspectos conflitivos do cotidiano relativos as temáticas em estudo. Como forma de **MINIMIZAR ESTES RISCOS** as oficinas poderão parar em qualquer momento, podendo ser retomadas ou não. Caso necessário, os participantes poderão ser encaminhados à equipe de ESF de seu território, sendo que todas as equipes do município de Marau dispõem de profissionais da área da psicologia, ou ainda ser encaminhados aos profissionais de saúde que sua empresa dispor.

O **BENEFÍCIO DIRETO** para os participantes consiste em possibilitar momento para verbalização e escuta das impressões e reflexões dos sujeitos sobre questões que envolvem suicídio, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Como **BENEFÍCIO INDIRETO** os sujeitos poderão contribuir para a ampliação do conhecimento sobre os temas em pauta, repensando a multiplicação da rede de proteção do suicídio em seu cotidiano. Os resultados serão apresentados em momento especial, definido em comum acordo com os participantes, bem como serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas.

Nome da pesquisadora responsável: _____.

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____.

Declaro estar esclarecido (a) sobre os termos e **ACEITAÇÃO** por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa. A oficina será gravada com aparelho celular para a transcrição das informações. Somente com sua autorização. Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação Não autorizo gravação.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Nome completo do (a) participante: _____.

Assinatura: _____.

Marau, _____ de _____ de 2018.

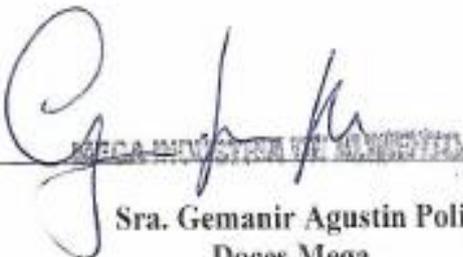
Em caso de dúvida poderá entrar em contato com a pesquisadora: Roberta (54) 999641003, e-mail: betabriz.cbjr@gmail.com; com as orientadoras: Dra. Izabella Matos: izabella.matos@uffs.edu.br; Me. Fabiana Schneider: fabischneider19@hotmail.com. Em relação à condução ética do estudo, se necessário, contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS (49) -2049-3745. E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br, site: <https://www.uffs.edu.br/institucional/pro-reitorias/pesquisa-e-pos-graduacao/comite-de-etica-em-pesquisa/apresentacao>.

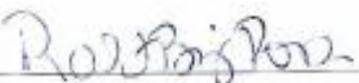
2.2.10 Anexos

ANEXO 1



Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Sra. Gemanir Agustin Poli** a representante legal da empresa **Doces Mega - Mega Industria de Alimentos Ltda - ME**, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: *Vamos dialogar sobre o suicídio? Tecendo redes de cuidado para prevenção do suicídio no território*, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.


MEGA INDUSTRIA DE ALIMENTOS
Sra. Gemanir Agustin Poli
Doces Mega


Roberta Brizolla Rosa
Psicóloga Residente – Pesquisadora responsável

Marau, 24 de novembro de 2017.

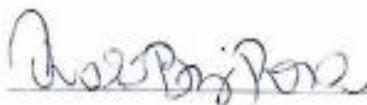
ANEXO 2



Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Sr. Douglas Kurtz** o representante legal da instituição **Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS**, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: *Vamos dialogar sobre o suicídio? Tecendo redes de cuidado para prevenção do suicídio no território*, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

 **Douglas Kurtz**
Secretário Municipal de Saúde
PM Marau/RS

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde de Marau



Roberta Brizolla Rosa
Psicóloga Residente – Pesquisadora responsável

Marau, 24 de novembro de 2017.

ANEXO 3



Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Sra. Fernanda Brandoli** a representante legal da instituição **Secretaria Municipal de Educação de Marau/RS**, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: *Vamos dialogar sobre o suicídio? Tecendo redes de cuidado para prevenção do suicídio no território*, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

Fernanda A. Brandoli

Sra. Fernanda Brandoli
Secretária Municipal de Educação de Marau

Fernanda Maria Brandoli
Secretária Municipal
de Educação

Roberta Brizolla Rosa

Roberta Brizolla Rosa
Psicóloga Residente – Pesquisadora responsável

Marau, 24 de novembro de 2017.

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

3º SEMESTRE

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS DE PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

ROBERTA BRIZOLLA ROSA

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO:
VAMOS CONVERSAR SOBRE O SUICÍDIO? TECENDO REDES DE
CUIDADO PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO TERRITÓRIO

Orientadora: Prof^a Dr^a Izabella Barison Matos
Co-orientadora: Me. Fabiana Schneider

PASSO FUNDO, RS.

2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	3
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	4
3	A PESQUISA VIVA EM ATO	6
3.1	A realidade delineando novos caminhos para o cuidado	12
3.2	Produzindo sentido no fazer da pesquisa-ação	21
3.3	“Cuidar do outro é cuidar de mim, cuidar de mim é cuidar do mundo!”	23
3.4	A potência do cuidado quando a amorosidade entra na roda	28
3.5	Um outro olhar sobre o suicídio	33
4	OS APRENDIZADOS QUE A SINGULARIDADE DO TRABALHO VIVO EM ATO POSSIBILITOU	38
5	REFERÊNCIAS	40
6	ANEXOS	41

RELATO DO PERCURSO DA INTERVENÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA

1 INTRODUÇÃO

O que segue é um relato sobre o percurso da intervenção do trabalho de conclusão da residência (TCR) intitulado: **Vamos conversar sobre o suicídio? Tecendo redes de cuidado para prevenção do suicídio no território**. O projeto teve como **objetivo geral**: realizar intervenções de prevenção ao suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio; oportunizando espaços de escuta e atividades de educação permanente, fortalecendo a rede de cuidados do território da ESF Santa Rita.

A **intervenção** dessa pesquisa consistiu no desenvolvimento de quatro oficinas, em diferentes espaços do território da ESF Santa Rita, orientada pela modalidade de pesquisa qualitativa, tendo o **método** da cartografia como orientador da coleta e da análise dos dados.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Em dezembro de 2017 o projeto foi avaliado por uma banca composta por professores da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Esses realizaram contribuições para aperfeiçoá-lo antes da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) na Plataforma Brasil. As principais sugestões foram direcionadas para a redação, de forma a permitir ao leitor maior clareza da intervenção que estava sendo proposta, e da forma como estas foram planejadas para acontecer. Também foi orientado reorganizar o método, pois havia inserido diferentes metodologias e estava confuso, inclusive para mim.

Desde o início do planejamento dessa pesquisa eu tinha o desejo de trabalhar com a cartografia, optei após a banca por mantê-la no trabalho como única orientação metodológica. Sobre a intervenção, foi sugerido não utilizar a ficha de dados pessoais e sociodemográficos, a fim de permitir maior direcionamento aos objetivos da pesquisa, e a mesma seria um delineamento mais distante dessa.

Na banca ainda surgiram outras discussões quanto ao projeto apresentado, da qual destaco aqui o diálogo sobre a história de Marau que foi contada pela perspectiva do colonizador demonstrando preconceito direcionado aos índios que habitavam a região de Marau. A partir dessas reflexões realizei alteração também no relato desse histórico, para demonstrar que não concordo com o massacre que ocorreu com os povos indígenas na região.

Também foi sugerido utilizar teorias psicológicas que dialoguem o fenômeno do suicídio pelo fato de eu ser do núcleo da psicologia, de forma a me colocar mais nesse trabalho. Não consegui fazer acréscimo de teorias entre a banca de qualificação e o envio ao CEP, já que isso demandaria um tempo a mais, que eu não tinha naquele momento. Também ressalto que tive dificuldades para cadastrar o trabalho junto a Plataforma Brasil, pois recebemos as orientações a cerca da Plataforma Brasil há muitos meses e algumas coisas não tinha certeza de como fazer, mas ao final consegui submeter ao CEP dentro do prazo que eu tinha planejado.

No parecer do CEP havia cinco itens de pendência, três eram detalhamentos, alguns sobre a metodologia proposta e outro sobre o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As alterações propostas versaram sobre um critério de exclusão, solicitando a retirada desse, pois, consistia no oposto de um dos critérios de inclusão. Ainda foi sugerido inserir a forma da devolutiva dos resultados aos participantes da intervenção no TCLE. Percebi que o trabalho não foi bem compreendido pelos avaliadores, já que todos os detalhamentos solicitados encontravam-se no projeto. Considero que algumas partes ficaram

repetitivas com esses esclarecimentos no texto por já estarem presentes em outro local no projeto. As alterações solicitadas no TCLE foram importantes, sendo que o projeto obteve parecer favorável em fevereiro de 2018, após essas mudanças.

As intervenções propostas no projeto encontram-se descritas no quadro abaixo, com as datas de realização e a produção das mesmas.

Quadro 1: descrição das principais atividades desenvolvidas na coleta de dados do TCR:

Oficinas	Data	Atividades desenvolvidas
Dados das fichas de notificações de violência	21/04/18 a 31/07/18	Coleta das fichas de notificação
Professores da manhã	20/06/2018	Cartaz
Professores tarde	20/06/18	Tarjas
Equipe ESF	06/07/18	Colcha de retalhos
Profissionais da empresa e moradores do território	24/07/18	Colcha de retalhos

Fonte: elaborada pela autora.

3. A PESQUISA VIVA EM ATO

Emerson Elias Merhy é uma referência para a saúde coletiva no País e em um de seus livros ele utiliza o termo “trabalho vivo em ato”, discorrendo sobre os processos que ocorrem no cotidiano do cuidado em saúde. Ele descreve com muita sensibilidade a potência das relações e a sua influência nas práticas cotidianas, principalmente como disparadoras de novos cuidados, ressignificando a prática e com isso as próprias pessoas envolvidas (MERHY, 2002). Para o relato que vem a seguir sobre a pesquisa, proponho esse mesmo olhar que Merhy proporciona na sua interpretação do cuidado, considerando a pesquisa itinerante em seu modo de produzir conhecimento e que instiga o pesquisador na busca de mais respostas na medida em que adentra no universo do ato de pesquisar.

No período de elaboração do projeto de pesquisa, me aproximei da Lisiane Dallagnese, que é a enfermeira do serviço de Vigilância em Saúde (VS) de Marau. Isso ocorreu por meio de uma atividade de Educação Permanente (EP) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Rita sobre as notificações e agravos de saúde. Lisiane estava ciente sobre o tema da minha pesquisa e me informou que os óbitos por suicídio não constariam mais nas notificações do sistema (Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAN), por orientação de novo protocolo. Desde então, ela disponibilizou-se a manter no sistema esses dados enquanto eu estivesse desenvolvendo o meu trabalho, para que essas informações não se perdessem, considerando importante a pesquisa a ser realizada e as notificações sobre tentativas e óbitos por suicídio.

Lisiane demonstrou muito interesse e conhecimento sobre o assunto envolvendo o suicídio, principalmente em Marau. Explicou que conseguiria as informações necessárias por meio do SINAN, mas que havia também o registro documental das fichas de notificações compulsórias de violências, que ficam armazenadas na vigilância. Combinei com Lisiane que iria após a aprovação do projeto pelo CEP na vigilância para entender melhor sobre o registro das notificações de suicídio.

No mês de fevereiro de 2018, após ter realizado as alterações solicitadas do projeto, recebi o parecer de aprovação do CEP da UFFS. Levei um tempo para iniciar as atividades, até porque previ o início da coleta de dados para o mês de abril, já que não tinha certeza da data de aprovação do CEP e naquele momento a entrega final da pesquisa era prevista para março de 2019. No desenvolvimento da pesquisa muitas coisas mudaram, dessas, inclusive a

previsão da banca para apreciação da versão final, para o mês de dezembro de 2018, alterando significativamente o planejamento que eu havia feito.

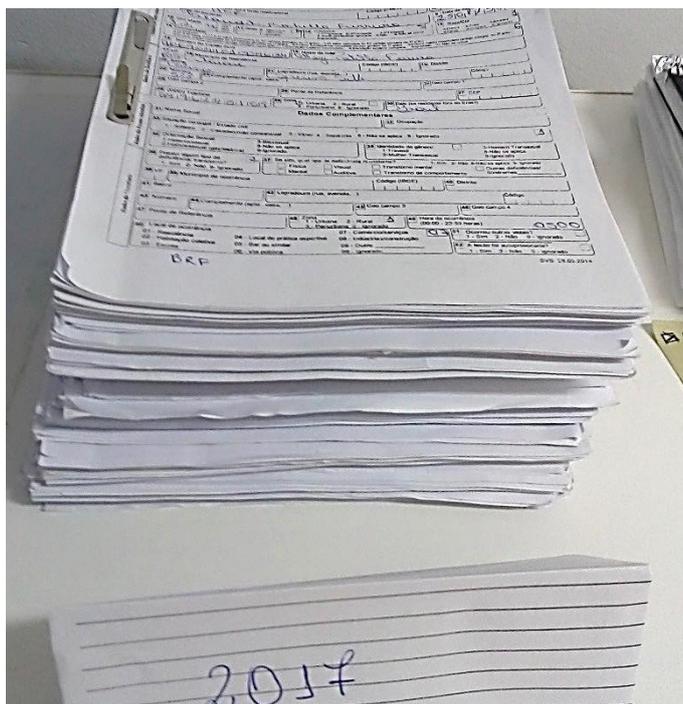
No final do mês de abril de 2018, consegui um turno do campo de prática para ir à vigilância. Lisiane estava com a agenda ocupada e me disponibilizou a caixa com as Fichas de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (segue a ficha no Anexo 1) em Marau no ano de 2017. Essa ficha é de preenchimento obrigatório por todos os profissionais, servidores públicos e privados, em todos os municípios do País, sempre que ocorrer uma situação envolvendo violência interpessoal ou autoprovocada. Os dados dessas fichas são encaminhados por meio do SINAN para o Ministério da Saúde, que a partir disso consegue elaborar políticas e programas para prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Preciso ressaltar que desde a elaboração do projeto de pesquisa eu não tinha o desejo de desenvolver um trabalho a partir de uma análise de dados documentais. Desde a graduação estudo o fenômeno do suicídio, onde, em uma disciplina optativa do curso dialogava a temática sobre o suicídio, e também na pós-graduação que realizei antes da residência onde foi abordado o fenômeno e sempre que possível, participei de palestras e eventos relacionados à temática.

Sendo assim, para essa pesquisa, parti da compreensão de que o suicídio ocorre, e é muito mais corriqueiro do que se pode imaginar. Inclusive, no estado do Rio Grande do Sul possui prevalência maior do que outros estados do país, sobretudo a região de Marau que concentra índices de tentativas de suicídio altíssimas como descrito no projeto dessa pesquisa, e que por isso era necessário planejar intervenção sobre a prevenção do suicídio. Com essas informações fiz um planejamento de intervenção do TCR de forma a permitir o diálogo sobre o suicídio, objetivando capilarizar o assunto em diversos espaços do território da ESF, desmistificando o tema, e buscando junto com os sujeitos participantes dessas intervenções formas de prevenir o suicídio e de acolher o sofrimento humano.

Consegui manter essa proposta, porém, no dia que recebi de Lisiane os arquivos com as fichas de notificações fiquei sem saber o que fazer com esses dados, pois, eram muitas informações, diversos meios de tentativas de suicídio, sobretudo causavam estranhamento, pela dificuldade de acreditar que uma pessoa teria coragem para fazer algo tão agressivo a si mesma. Sem ter nada planejado para fazer a respeito dessas fichas em meu trabalho, e por estar nesse dia sem meu computador, resolvi anotar as informações das fichas no meu diário de campo, mas não tinha ideia sobre o que poderia fazer com isso.

Ilustração 1- Fichas de Notificação de Violência correspondentes ao ano de 2017



Fonte: Elaborada pela autora

Nota: Inclui fichas de violência interpessoal e de violência autoprovocada

Nesse dia passei das 7h30min até às 11h30min anotando cada ficha que se relacionava à violência autoprovocada, com o máximo de dados que eu encontrava (apenas deixei de fora a informação do nome da pessoa). As fichas de notificações de violência interpessoal, violência autoprovocada e intoxicação exógena são armazenadas juntas, foi preciso separá-las para focar no tema do suicídio. Ao final dessa manhã, registrei setenta e sete tentativas de suicídio, dessas, duas eram de óbitos, havia algumas tentativas em municípios próximos que chegaram ao pronto atendimento do Hospital Cristo Redentor de Marau (PA/HCR), mas a grande maioria era residente de Marau.

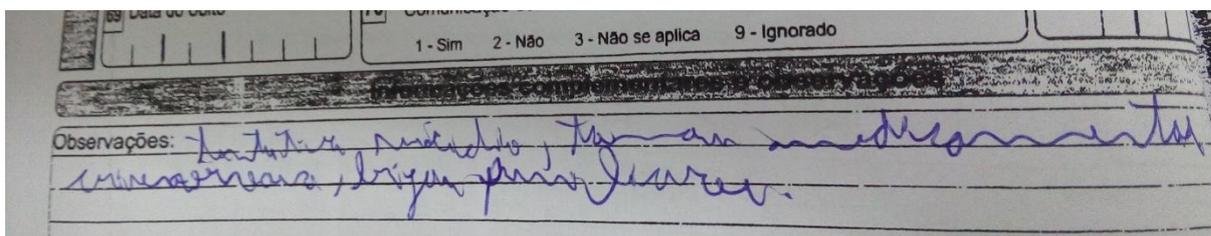
Observei ainda que, muitas vezes, a ficha de notificação havia sido preenchida pelo PA/HCR. Esse possui procedimentos operacionais padrão e fluxos internos já estabelecidos que favorecem o registro dessas fichas e encaminhamentos necessários. A partir do recebimento dessas notificações do HCR, a Vigilância em Saúde (VS), além de repassar as fichas no SINAM informa na ESF de referência do usuário a situação ocorrida, para que essa, na lógica da responsabilidade sanitária, vínculo e territorialização, realize a busca ativa desse sujeito, e/ou outras intervenções necessárias para a prevenção de futuras tentativas de suicídio e melhoria das condições de saúde dessa pessoa. Ressalto que essa conduta parte dos

profissionais da VS, que reconhecem a necessidade dessa comunicação na prevenção e recuperação das pessoas, já que não é uma obrigatoriedade a realização desse contato.

Percebi um esforço muito grande dos profissionais da VS para manterem atualizados os dados de sua responsabilidade, no repasse de informações para os outros serviços da rede, pela atualização constante dos profissionais e manutenção das atividades em dia. Observo ainda, que existe a busca em delegacias e outros lugares que se fizerem necessários das ocorrências que não chegam, a fim de cumprir com suas atribuições. Inclusive, muitas fichas de notificação foram preenchidas pelos profissionais da desse setor nessa busca constante de informações e atualização.

Na semana subsequente à visita na Vigilância em Saúde iniciei a digitação em planilha dos dados iniciais que havia em meu diário, e pude observar algumas questões que me levaram a outros questionamentos das tentativas de suicídio em Marau. Inicialmente observei que poucas fichas foram preenchidas de maneira completa, faltavam dados, havia dados preenchidos de maneira incorreta, como por exemplo, marca-se o item de lesão autoprovocada, e ao final na descrição relata-se situação de violência interpessoal, letras que se tornam ilegíveis, isso tudo atrapalhou a coleta subsequente, pois levava mais tempo analisando algumas fichas para compreender qual era realmente o tipo de violência, e quando não tinha descrição (muitas fichas foram preenchidas só a primeira folha) eu ficava sem saber. Pode-se observar isso no recorte de uma ficha de notificação que a letra do relator torna-se um problema para o entendimento.

Ilustração 2- Preenchimento da ficha de notificação de violência



Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Recorte de um fotografia para ilustrar a dificuldade em compreender o que o relator queria explicar sobre a tentativa de suicídio.

Ilustração 3- Preenchimento da ficha de Intoxicação exógena

3	Data da Notificação	20/10/2017
	Código (IBGE)	
7	Data dos Primeiros Sintomas	20/10/2017
9	Data de Nascimento	20/07/1964

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Recorte de uma fotografia para ilustrar como estão preenchidas algumas das fichas tanto de violência quanto de intoxicação exógena.

Dialoguei com Fabiana (minha preceptora que também trabalha na VS) sobre a ficha de notificação, que embora auto-explicativa, não se torna funcional, objetiva e fácil, para os profissionais que a preenchem. Nesse sentido, seria importante outra maneira de documentar a tentativa de suicídio, mais simples e prática, talvez separada das outras formas de violências, não sei exatamente como, mas acredito que se fosse diferente talvez houvesse mais qualidade de informações, já que são muito importantes.

Nessas conversas surgiu a ideia de realizarmos atividades de conscientização quanto ao preenchimento adequado da ficha de notificação no município, pois é através dela que se elaboram novas políticas a respeito do assunto. Fabiana corroborou que a VS já tentou diversas estratégias, em outros anos, mas há rotatividade dos profissionais, então são ações que precisariam ter continuidade.

Apesar dessa dificuldade com os dados das fichas, pude verificar que a grande maioria das tentativas de suicídio no município foram feitas por pessoas do sexo feminino, embora os óbitos foram de pessoas do sexo masculino, concernente com os referenciais científicos da área abordados no meu projeto. A maioria das tentativas de suicídio em Marau no ano de 2017 deu-se com a utilização de medicamentos psicotrópicos. Como esses medicamentos são controlados, ou seja, a retirada em farmácias é apenas mediante prescrição médica em receita específica (tanto no público quanto no privado), fiquei instigada com algumas questões, e essa curiosidade norteou os próximos passos da pesquisa, e levantaram algumas dúvidas:

a) Será que esses medicamentos foram prescritos por médicos da rede (médicos de família/comunidade, clínicos gerais), ou foram prescritos por médicos psiquiatras?

b) Se foram através de médicos psiquiatras (o município não ofertava na rede até esse momento, a consulta psiquiátrica era apenas de maneira particular), será que estes pacientes

passaram pela atenção básica, tiveram uma oferta de cuidados de equipes multiprofissionais também, conforme preconizado nos manuais de prevenção do suicídio do Ministério da Saúde?

c) Essas informações de atendimentos particulares eu não tenho como averiguar, mas no que tange aos médicos da rede, isso se torna possível, através do sistema integrado informatizado (prontuário eletrônico implementado desde 2013 na rede de Marau);

d) E na questão do atendimento pela rede, surgiu outro questionamento: já que todas as ESF's contam com um profissional da área da Psicologia, os pacientes que receberam prescrição de medicamentos psicotrópicos, desde então, tiveram acesso aos demais profissionais da equipe, incluindo o psicólogo, no decorrer do seu adoecimento?

Com essas indagações, foram delineados novos passos na coleta dos dados, inserindo na minha pesquisa a **coleta dos dados das fichas de notificação de violência autoprovocada em Marau nos últimos anos**. Fiz a opção de coletar o máximo de informações possíveis das Fichas de Notificação de Violência Autoprovocada de 2013 a 2017 de Marau. Optei por esses anos, pois, o prontuário eletrônico foi implementado em 2013, no município, o que permitirá realizar buscas nos prontuários das pessoas que realizaram as tentativas naquele período e verificar se receberam acompanhamento na atenção básica e como foi esse cuidado e manejo.

Com todas essas informações, precisei dar mais atenção para a análise documental. Considerei que esses dados eram muito relevantes, não para as intervenções que já estavam propostas na minha pesquisa, mas para estratégias futuras, e identificação qualitativa sobre quem são as pessoas que tentaram suicídio em Marau nos últimos anos. Ainda tomei por base a bibliografia utilizada, referindo sobre a probabilidade aumentada de novas tentativas de suicídio nos anos subsequentes dos sujeitos que já realizaram tentativas de suicídio, e desses efetivarem o suicídio num período de 10 anos.

Sendo assim, sabemos que os sujeitos das fichas de notificação demandam atenção e cuidado continuado pela ESF e por outros dispositivos da atenção básica. Sobretudo considerei que essa coleta permitirá análises epidemiológicas significativas para elaboração de estratégias de prevenção do suicídio a nível municipal.

3.1 A realidade delineando novos caminhos para o cuidado

Nos últimos dias do mês de abril consegui um turno para retornar à vigilância a fim de coletar o restante das notificações do ano de 2017. Minha preceptora e co-orientadora, Fabiana facilitou o processo e, inclusive, me ajudou, no intervalo de tempo que tinha disponível entre os atendimentos, no manuseio das fichas e ajudava a fazer as anotações necessárias.

Até o final de abril conseguimos repassar todas as fichas de notificação do ano de 2017, e encontramos um total de 83 tentativas de suicídio, dessas: duas resultaram em óbito. Abaixo seguem os dados variáveis que coletei das fichas de notificação:

- a) Número;
- b) Bairro;
- c) Notificador;
- d) Data da Notificação;
- e) Data da ocorrência;
- f) Sexo biológico;
- g) Idade;
- h) Escolaridade;
- i) Estado civil;
- j) Ocupação;
- k) Tipo de tentativa;
- l) Local da tentativa;
- m) Causa;
- n) Ocorreu outras vezes;
- o) Decorreu em morte;
- p) Observação (na ficha tem um campo onde é possível descrever algumas informações importantes, muitas não tem esse campo preenchido, mas nas que existe, é possível compreender melhor o contexto e tipo de tentativa de suicídio).

No início do mês de maio consegui finalizar a digitação dos primeiros dados das fichas de notificação da vigilância em saúde, e pude, inicialmente, confirmar algumas reflexões feitas no início dessa digitação. No ano de 2017 foram realizadas 84 tentativas de suicídio, sendo que duas resultaram em óbito. O serviço de pronto atendimento do Hospital Cristo Redentor foi a instituição de saúde que mais notificou nesse ano e do total das tentativas, mais de 70% foram com uso de medicações, mas do total das tentativas aproximadamente 40% utilizaram medicamentos psicotrópicos. Esses dados ainda não foram analisados, pois iniciarei essas análises em setembro de 2018, então essas análises são aproximações.

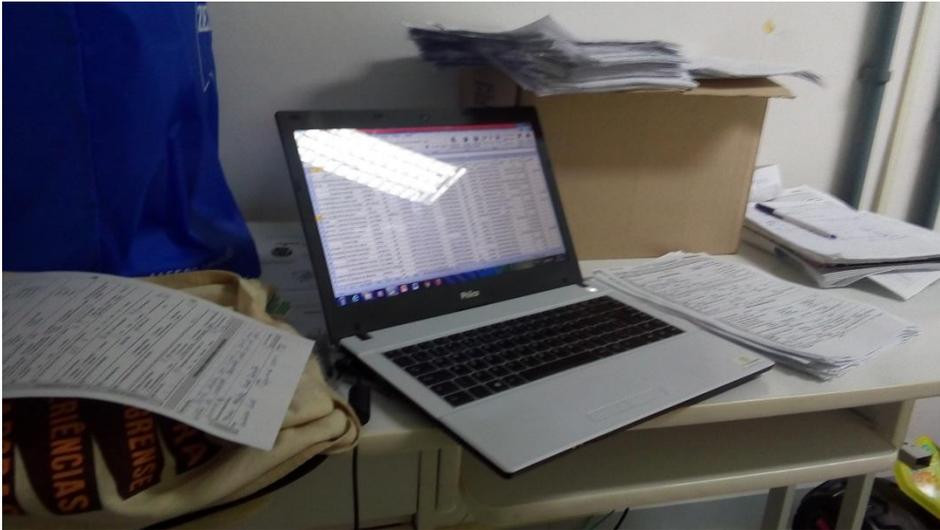
Houve um número significativo de tentativas de suicídio por meio de enforcamento e também de lesões/mutilações, essas tendo maior incidência da faixa etária dos 13 aos 19 anos, desses, a maioria com 15 anos na data da ocorrência. A maior parte das ocorrências entre os adolescentes foi através de lesões com objetos perfuro-cortantes, sobretudo foi interessante perceber que das notificações do HCR, a maioria ocorreu nas sextas, sábados e domingos, no segundo semestre do ano.

Retornando os passos da coleta, ainda em maio estive novamente na vigilância para continuar os dados das fichas de notificação. Apesar do prontuário eletrônico ter iniciado em 2013 (com o *TrakCare*), possivelmente alguns dados não serão encontrados, pois no ano de 2017 foi contratado outro sistema de prontuários (*G-mus*), e muitos dados se perderam.

Apesar disso, acredito que com essa coleta será possível obter dados importantes com relação ao suicídio no município e sobre o cuidado na atenção básica. Eu tenho dificuldades com análise de dados quantitativos, e optei em manter minha proposta de pesquisa dentro da linha qualitativa, até para não precisar alterar significativamente o método proposto. Considerei juntamente com minha orientadora e co-orientadora que é possível realizar uma análise bem detalhada dessas informações e que não serão perdidos dados importantes. Sem desmerecer a pesquisa quantitativa – que se eu tivesse domínio provavelmente optasse pelo uso da mesma- imagino que analisar esses dados qualitativamente será mais trabalhoso do que realizar análise estatística, mas é algo que eu tenho maior facilidade e desejo em fazer.

Ainda no que tange essa parte da coleta, com os questionamentos surgidos a partir dos primeiros dados das fichas, considerei necessário acrescentar na planilha os nomes e data de nascimento das pessoas que realizaram tentativas de suicídio, pois, dessa forma será possível realizar posteriormente a busca nos prontuários. Sendo assim, ficou pendente nessa etapa da pesquisa, retomar as fichas de 2017, uma a uma, e coletar essas informações. Por questões éticas, criptografei a planilha com senha que somente eu, minha orientadora e co-orientadora temos acesso. A cada coleta de dados encaminhava essa planilha por e-mail, para não correr risco de perda de dados com falhas tecnológicas. Percebi que levava em média uma manhã para coletar cada ano, considerando que minha preceptora e co-orientadora ajudou bastante nesses momentos.

Ilustração 4– Coleta das fichas de notificação



Fonte: Elaborada pela autora.

Em meados de maio encaminhei para a orientadora a justificativa das alterações do projeto, a fim de submeter a emenda de alteração do projeto de pesquisa para apreciação do CEP. Ela me retornou em seguida, como sempre e solicitou que eu realizasse a submissão o mais breve possível. Demorei para redigir o texto (justificativa da emenda), pois possuo um péssimo hábito de deixar questões que tenho mais dificuldades para depois, sendo que não fazia ideia de como precisava ser redigido este documento e a única pessoa do campus Passo Fundo que se disponibilizou a me ajudar, atua com modalidade de pesquisa quantitativa, sendo muito diferente da abordagem que eu estou desenvolvendo.

Passado um mês que comecei o trabalho com as fichas de notificação, consegui fazer o texto com as orientações via e-mail da orientadora. Tenho a considerar que ela sempre se colocou disponível para me auxiliar, leu todas as redações que encaminhei a cerca da pesquisa, retornou o quanto antes, muitas vezes no mesmo dia, e sempre organizou o que eu escrevi com linguagem mais adequada e texto coeso, inclusive me encaminhava frequentemente artigos que poderiam me auxiliar.

Nesse período ocorreu o compartilhamento do andamento do TCR, a facilitadora do espaço, Professora Jeanice deu algumas sugestões muito boas para o seguimento da pesquisa. Sugeri que na apresentação dos dados das fichas de notificação fosse utilizado o método de proporções (porcentagem), pois estava utilizando a frequência absoluta, mas por porcentagem considerou que talvez fosse um dado mais fácil de ser compreendido em sua totalidade. Outra sugestão foi de calcular o total de fichas de notificação de cada ano, e apresentar quantas delas diziam respeito apenas à violências autoprovocadas.

Como sugestão final, professora Jeanice indagou sobre a transformação em análise estatística/quantitativa os dados das fichas de notificação. Considerei sugestões muito boas,

que qualificarão muito a coleta dos dados, apenas por uma questão pessoal me manterei dentro da análise qualitativa, que consigo fazer com mais facilidade, como já descrevi anteriormente. Porém, não descarto a possibilidade para outra oportunidade futura em pesquisar esses dados sobre essa perspectiva, como projeto e pesquisa de um possível mestrado, ou mesmo, auxiliar outros pesquisadores sobre o tema.

Em maio estive mais duas manhãs na vigilância para coletar os dados, e me dei conta que de tempos em tempos eu e Fabiana conversamos outros assuntos enquanto ela me ditava as informações e eu digitava na planilha. Percebi que isso ocorreu todas as vezes que estávamos juntas com as fichas. Inicialmente considerei que no dia-a-dia na ESF é difícil encontrarmos um tempo para falar de outras coisas, o enfoque fica centralizado nas questões que demandam de soluções imediatas. Também percebi que algumas fichas apresentavam tentativas de suicídio muito graves do ponto de vista biológico e psicológico. Eram relatos de tentativas onde a pessoa se colocou fogo, ingerir produtos de limpeza, pesticidas, demonstrando um sofrimento demasiado daquele sujeito, portanto considero que conversar sobre outras coisas em meio a essa realidade tornou-se uma maneira de manter a nossa saúde mental e dar continuidade a coleta.

Até o final de maio já tinha a coleta de 2017, 2016, 2015. Na semana seguinte estaria em estágio curricular e passaria duas semanas que não conseguiria fazer a coleta de dados. Nesse mês também consegui, enfim, encaminhar a emenda com a justificativa pela alteração da pesquisa ao CEP. Estava ainda com pouca coragem, já que eram muitas dúvidas. Inicialmente não tinha certeza se precisava alterar dentro do projeto e submeter uma terceira versão modificada, também não sabia se era necessário neste momento anexar um cronograma a mais, em que local escrever essas nova parte da coleta das fichas de notificação, e outras mais. Pesquisando sobre modelo da emenda, conforme o CEP da UFFS, encontrei um campo na página que especificava exatamente sobre emenda. Não era minha obrigação saber, mas penso que as professoras que eu pedi ajuda quanto a isso poderiam ter feito referência à esse documento, teria me ajudado muito.

Neste momento, optei por anexar apenas a emenda, sem outras alterações ao projeto e aguardar o parecer do CEP, já que não havia nada sobre isso, em local algum. Cuidei para colocar a data de início da coleta para fim de junho, porque não saberia quando teria retorno do CEP e se iria demandar em mais alteração até ser aprovado. Ainda assim, fiquei com receio de não dar certo, e perder essa parte que seria um complemento valioso à minha pesquisa.

Nos últimos dias do mês de maio foi deliberado pela gestão municipal o início das atividades nas ESF às 6h30min, a fim de compensar o ponto facultativo do dia 1/06, posterior ao feriado. Nesse período eu estava em estágio no CAPS de Marau, mas como o serviço de saúde mental tem outro funcionamento e não faria sentido abrir o local uma hora antes para ninguém, então aproveitei, já que estaria no município uma hora antes, e combinei com minha preceptora de ficar essa hora inicial na vigilância coletando os dados das fichas de notificação.

Nesses dias consegui concluir até o ano de 2013, faltando retomar 2017, apenas inserido o nome e data de nascimento das pessoas na planilha. Também, ao final dessa parte, precisarei conferir com as fichas de intoxicação exógena os casos que não estavam descritos na ficha de notificação de violência.

Sempre que uma pessoa ingere algum medicamento seja equivocadamente, ou propositalmente para se matar, ou outros produtos, como venenos/pesticidas e outros produtos que causam intoxicação é necessário preencher a ficha de intoxicação exógena. A tentativa de suicídio por uso de medicamentos e venenos gera, então, o preenchimento de dois documentos, a ficha de violência, e a ficha de intoxicação exógena. Na realidade, observei que a maioria dos profissionais preenchem uma ou outra, cabendo à vigilância observar essa falha e preencher a ficha que falta.

Outro problema consiste no fato de que na ficha de violência tem um campo que pode ser marcado intoxicação exógena, muitos profissionais marcam apenas esse campo sem especificar o que ocorreu, então era necessário realizar uma busca nas fichas de intoxicação se havia maiores explicações do caso. Quando me dei conta disso, passei mais turnos realizando essa coleta, pois, descobri novos casos de tentativa de suicídio que não tinham ficha de violência.



Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Fichas de notificação de violência e de intoxicação exógena do ano de 2017.

No final de junho algumas coisas boas aconteceram relacionadas à pesquisa. Uma delas foi o parecer do CEP aprovando a emenda submetida do meu projeto, o que me deixou muito feliz, e aliviada. Na segunda quinzena de julho ficamos em férias da Universidade, e aproveitei o turno da terça-feira a tarde que estivemos sem núcleo para continuar a coleta dos dados das fichas de notificação. Em 17 de julho ficou faltando registrar apenas um bloco das notificações de 2017, daquelas que faltou identificar o sujeito da tentativa de suicídio. Combinei com Fabiana seguir indo na Vigilância nas terças à tarde.

Ressaltar que, embora exista a possibilidade de pactuar turnos para as coletas do TCR com o serviço, isso não garante que o mesmo será efetivado. Com todas as atribuições que possuímos no serviço, as quais não diferem dos demais profissionais da equipe, é muito complexo manejar um turno fora das atividades cotidianas do serviço.

Na psicologia acompanhamos semanalmente os mesmos pacientes, temos turnos específicos para realizar esses atendimentos, e uma carga horária significativa para atividades de núcleo, é muito complexo trocar paciente que é acompanhado semanalmente, tanto por não termos espaço físico na ESF para atender quando for mais conveniente, quanto por ser importante o paciente saber que tem um horário fixo e que esse será mantido ao longo de seu acompanhamento, inclusive como parte do método terapêutico para auto-organização. Além de que, sempre que for necessário optar por me ausentar de alguma atividade, pelo comprometimento ético, eu tento sempre utilizar turnos que não envolvam pacientes que realizo psicoterapia. Só que encontro outra dificuldade com isso, pois acabo saindo, ou no turno que tenho para visitas domiciliares, ou no turno que tenho acolhimento

multiprofissional, e depois sinto que perante a equipe aparenta que eu não tenho comprometimento com essas atividades.

Ressalto que essa problematização é relacionada ao contexto do TCR e do impacto que ele possui no programa, e no nosso cotidiano de residente. Sendo assim, não é uma dificuldade com a preceptoria, ou direcionada ao serviço, mas de organização do próprio processo de produção do trabalho de pesquisa-intervenção. Além de sobrecarregar as atividades, a saída do serviço, mesmo quando necessária, inviabiliza participar do planejamento de atividades de prevenção e promoção da saúde e/ou de estar presente nas mesmas com maior frequência.

Percebo que a distância da UFFS com o serviço não é apenas física e sempre que há proposta de alguma atividade por parte da instituição de ensino, não se problematizam os dilemas do contexto de práticas, até porque profissionais da UFFS nunca estiveram um turno sequer acompanhando como se dá o contexto de atuação da residência multiprofissional e a maioria dos profissionais da academia não tem diálogo com a atenção básica, tornando inviável uma formação em serviço pautada pelas necessidades do campo de prática profissional, voltando a formação para o viés academicista, que não é o direcionamento adequado para o profissional que se insere na residência.

Portanto, considero urgente a adequação da carga horária para realização das atividades, principalmente no que diz respeito a realização do TCR. Se a Instituição tem por objetivo o desenvolvimento de pesquisas-intervenção dentro do programa de residência que sejam com qualidade e que não adoeçam o residente, é necessário rever a carga horária, para que a escrita do TCR possa ser realizada dentro da carga horária estabelecida do programa (60 horas semanais); é um processo de reflexão que a UFFS precisa realizar, deixando de lado o olhar romântico que se tem da residência, que para a formação o campo de prática é muito bom, e estou satisfeita com ele, mas nos inserimos nas equipes da mesma maneira que todos os demais profissionais, e não estamos com espaço de tempo adequado para a formação nesse contexto com a exigências da universidade.

Esse relatório, por exemplo, ocupou muitos finais de semana que eu teria para fazer outras coisas que são importantes na vida pessoal, nos turnos a noite que temos para isso, também temos outras atividades a realizar da residência, percebo como injusto e até imoral! Qualquer pesquisador comprometido com o fazer pesquisa reconhece que escrever não é algo que se faz de qualquer jeito, a qualquer momento, e que as pesquisas que estão sendo apresentadas nesse momento das residentes seriam impossíveis de ser realizadas apenas na carga horária que a instituição definiu para tal.

Por que não reduzir a carga horária de algumas atividades do residente do segundo ano para que ele possa fazer uma análise de maior qualidade do TCR? Como essa, tenho muitas outras dúvidas e inquietações que tem produzido sofrimentos que não tem sido acolhidos, apenas rotulados como reclamações infundadas, sinto ainda que, a lógica atual da academia tende a reforçar a ideia do residente enquanto “mão de obra barata” para o serviço, principalmente quando não nos oferece espaços adequados para as necessidades envolvendo o TCR.

Retomando à coleta dos dados, me encontro nesse momento, já cansada das fichas de notificação, com desejo de terminar essa parte o quanto antes. Foi uma parte do trabalho que aparentava não render e além do impacto de algumas tentativas de suicídio, eu estava angustiada para que finalizasse essa parte a fim de não afetar tanto minhas atividades na ESF.

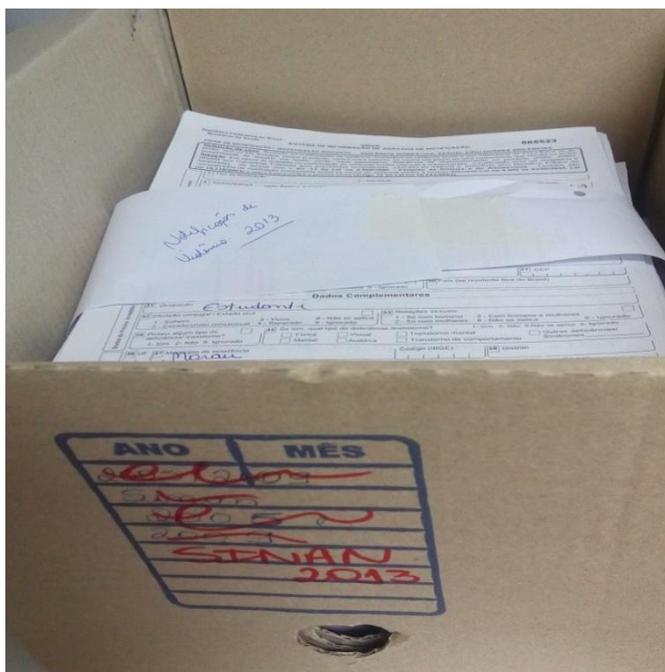
Lisiane vendo minha dificuldade de ir na vigilância coletar os dados, concomitante com estágios e toda dinâmica da residência, ofereceu para que eu levasse as fichas para casa. Fiquei feliz pela confiança que ela estava depositando em mim, mas considerei que são documentos da vigilância e não me sinto segura levando para casa, já que resido em Passo Fundo e me desloco diariamente em uma estrada perigosa que apresenta riscos constantes de acidentes, e numa cidade em que a violência tem aumentado, com riscos de assaltos e outras violências, que poderiam resultar no extravio de tais documentos. De qualquer forma, esperava conseguir finalizar até agosto toda a coleta. Apesar dessa coleta documental ter sido cansativa, com todas as idas na vigilância aprendi muito sobre o trabalho que é desenvolvido ali.

Na Psicologia não temos muito contato com esses serviços e na residência ficamos mais vinculados às ações de vigilância na ESF, nem sempre compreendendo bem o porquê de alguns fluxos. Visualizei que essa experiência foi semelhante a um estágio observacional na vigilância e percebi que enquanto profissão temos muito a aprender nesse serviço. Também consegui ter momentos para tirar algumas dúvidas sobre as fichas com Lisiane, e notei que nesses momentos os demais profissionais que estavam próximos se envolviam na discussão, com muito interesse pelo debate.

As principais dúvidas no decorrer da coleta eram com relação aos dados das fichas de notificação, como escolaridade e estado civil. Pude confirmar que muitas vezes na Vigilância os profissionais precisam preencher todos os dados no sistema, caso contrário, não finaliza a notificação, com isso, como muitas fichas são preenchidas de maneira incompleta, elas marcam aleatoriamente esses campos para enviar os dados ao SINAN. Eu fiz esses questionamentos baseada nas teorias referenciadas no projeto de pesquisa, partindo de Neury

Botega, OMS e Ricardo Nogueira por exemplo, sobre as pessoas que realizam tentativa de suicídio, mesmo que esse possa ocorrer em qualquer grupo populacional, essas referências falam de prevalências e não parecia que a realidade das fichas estava coerente com essas teorias, como por exemplo, muitas pessoas estavam casadas no momento da tentativa, mas a prevalência maior é de pessoas que estão solteiras ou divorciadas.

Ilustração 6- Arquivo das fichas de notificação de violência e intoxicação exógena– ano: 2013



Fonte: Elaborada pela autora.

3.2 Produzindo sentido no fazer da pesquisa-ação

Além desse novo delineamento com as fichas de notificação, dei seguimento às intervenções propostas na pesquisa. No início de abril, pela manhã, fui na Empresa Doces Mega, acompanhada da colega Farmacêutica Residente Marina Pelicioli, a fim de fazer combinações da oficina que propus para os colaboradores da empresa com a pessoa responsável, proprietária da empresa. Após minutos esperando, ela nos recebeu, demonstrou que não lembrava muito bem de mim. Era algo que já imaginava, aproveitei para deixar claro que a minha proposta de trabalho não consistia na interferência no processo de trabalho da empresa e que meu objetivo estava em trabalhar com pessoas do território para ajuda-las a buscar outras formas de lidar com sofrimento, que não seja a busca pelo suicídio.

Por já ter ouvido relatos de trabalhadores dessa empresa, que frequentam a ESF, sobre dificuldades nos relacionamentos interpessoais nesse local, senti a necessidade de esclarecer

quaisquer dúvidas com relação a isso, para não haver mal entendido, e que ela sinta que enquanto residente integrante da equipe da ESF Santa Rita desejamos maior proximidade. Foi dito que a empresa não possuía sala apropriada para fazer a atividade e que também não havia a possibilidade de liberar os profissionais do horário de trabalho para participar da atividade, já que possuem operadores de máquinas na produção e um serviço depende do outro. Essa mesma pessoa, confirmou os trabalhadores que mantinham o contrato com a empresa, da lista que eu possuía de quando fui convidá-los para participar da atividade que afirmaram interesse.

Foi referido que durante o horário de trabalho os funcionários não tem acesso à aparelhos celulares, então foi dito ser melhor eu fazer contato telefônico fora do horário de serviço com os que referiram interesse, e disponibilizado a repassar meu número para aqueles que tenham interesse em participar. Também colocariam um informe no recibo de pagamento dos trabalhadores, sobre a atividade com meu contato.

Ainda foi dito que o melhor momento para realizar a oficina era após o horário de trabalho, mas também referiu para que eu combinasse por telefone com os trabalhadores. Afirmaram que a empresa possuía cerca de 42 trabalhadores, e que a época de Páscoa não gerava lucro, pois trabalham na fabricação de outros produtos que não ovos/chocolates, mas disse que consegue se recuperar nas festividades juninas, pois há maior procura pelos tipos de produtos que eles produzem.

Ao final referiu estar preocupada com uma infestação de mosquitos do tipo *Aedes Aegypti*, disse que no fim da tarde, após 16h não aguentam de tantos que aparecem, isso já ocorre há 2 meses. Acredita que haja foco de mosquito nas proximidades, inclusive já reclamou na prefeitura, mas alega que não recebeu visita. Observa que a população tem depositado lixo em um terreno quase na frente de sua empresa, imagina que inclusive isso pode ser um dos motivos. Nos responsabilizamos em encaminhar a solicitação dela para órgãos competentes. Ao final comprei um pote de paçocas, com desconto de R\$0,80 para compartilhar com colegas da ESF, os quais ficaram alegres em receber o mimo.



Fonte: <http://www.docesmega.com.br>

Na semana seguinte à ida na Doces Mega, em um final da tarde de domingo, recebo uma ligação de número desconhecido, ele perguntou se eu era a psicóloga, e me disse que a chefe dele havia repassado o contato. Ele me disse que está mal, precisando muito de uma psicóloga. Não compreendi muito bem no começo, mas expliquei o motivo da Sra. Gemanir ter meu contato, e expliquei sobre meu trabalho, inclusive o convidei para participar do mesmo. Questionei sobre onde residia, e qual ESF pertencia, e percebi que não é usuário do território da ESF Santa Rita.

Sobre essa situação, orientei a pessoa a buscar um profissional na sua ESF de referência, e expliquei que se fosse algo de urgência poderia acolher de segunda a sexta na ESF, mas que o acompanhamento eu não tenho como realizar. Ele aparentou ter compreendido, fiquei com um sentimento de decepção por não tê-lo ajudado da forma como precisava, e de frustração com as orientações que a Sra. Gemanir estivesse repassando, pois aparentou com essa situação não ter compreendido meu trabalho.

Nesse momento eu planejava aguardar a finalização do primeiro estágio para realizar as oficinas, tanto com os profissionais da Doces Mega, quanto com os profissionais das Escolas, ainda assim, nessa época aproveitei para ir na Escola Municipal de Ensino Fundamental e deixar agendada a data da oficina com eles. Consegui falar com a Diretora (que já estava ciente que eu iria realizar essa atividade) no terceiro dia que fui na Escola. Nesse dia agendamos a oficina conforme a disponibilidade deles. Ela sugeriu no dia da reunião pedagógica, prevista para o dia vinte de junho, disponibilizando 45min para a oficina, tanto no turno da manhã, quanto no da tarde, pois os professores não são os mesmos.

3.3 “Cuidar do outro é cuidar de mim, cuidar de mim é cuidar do mundo!”

A relação que a ESF desenvolveu ao longo dos anos com a escola, e o reconhecimento que os profissionais da escola dão para os da ESF favorece na receptividade, pactuação e no desenvolvimento dessa e de outras atividades propostas, principalmente na compreensão da direção de que as discussões pautadas pela ESF na escola são importantes e beneficiam todos os envolvidos. Com isso quero salientar que a Escola é aberta para a ESF sempre que há o interesse e disponibilidade da equipe. Da mesma forma, os profissionais da ESF reconhecem o espaço da Escola como prioritário para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde.

Após o estágio a primeira oficina do TCR a ser realizada era com os profissionais da Escola, no dia 20 de junho. Lembrei apenas no dia anterior, na ESF que precisaria imprimir os termos de consentimento (TCLE) para os professores, e naquela tarde teria atividade da residência em Passo Fundo. Imprimir na ESF os TCLE's para a oficina, mas o toner estava fraco e tive dificuldades, pois, precisaria de aproximadamente 80 termos, já que cada professor ficaria com uma cópia e a Diretora me passou o número estimado de 20 professores em cada turno. Como não havia parado minhas atividades na ESF para fazer isso, por não me organizar antecipadamente, levei mais de duas horas para imprimir, colocar meu nome e assinar todos os TCLE's.

Ainda nesse dia, após o término das atividades da residência, consegui um momento para conversar com a Professora Vanderleia sobre a oficina do dia seguinte, estava tentando conversar com Vanderleia a mais de uma semana sobre, mas sem sucesso. A minha ideia era de verificar se ela recordava alguma metodologia de trabalho diferenciada para realizar com os professores. Me sugeriu boas ideias, as quais utilizei, me sentindo mais segura quanto ao que desenvolver, e que seria uma maneira aproximada do que imaginava quando propus as oficinas. Uma das ideias foi de convidar os participantes para escrever em tarjas palavras relacionadas à temática e após colocar no centro para que todos visualizassem o produto final.

Também foi importante essa troca de ideias, pois sugeriu demonstrar que o cuidado que o professor oferta aos alunos, mesmo sendo desgastante para ele, é uma forma de cuidar de si também, e que essa conotação ao trabalho deles seria uma bela reflexão para levar, valorizando o trabalho que eles desenvolvem. Nesse contexto, recordei uma ciranda tradicional sobre o cuidado, ela inicia esse capítulo e diz muito do significado que tive das oficinas com os professores, “cuidar do outro é cuidar de mim, cuidar de mim é cuidar do mundo!”.

Essa ciranda surge com a educação popular em saúde, e está presente nos encontros de trabalhadores do SUS, fortalecendo a sensibilidade do ato de cuidar e também enriquecendo os aprendizados que emergem nas relações humanas. Inclusive esse lema foi recentemente utilizado por essa escola norteando ações que envolvem a cultura de paz.

Cuidar do outro é cuidar de mim

Gritava um homem da rua
Cantando com sua voz
Embargada de pigarro
Em sua língua rota e nua:

Lá no tempo em que nasci,
Logo aprendi algo assim:
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar de mim é cuidar do mundo.

Se cuido um pouco de tudo,
De mim, de mim quase nada;
Eu preciso me incluir,
É hora de me amar;
É sabido, viver é bom,
Viver é bom pra quem sabe amar.

Lá no tempo em que nasci,
Logo aprendi algo assim:
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar de mim é cuidar do mundo.

Outro mundo, outros tempos;
Outros fins, outro começo;
Sabidos são os afetos,
O amor é terapêutico.

Lá no tempo em que nasci,
Logo aprendi algo assim:
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar do outro é cuidar de mim,
Cuidar do mundo é cuidar de mim,
Cuidar de mim é cuidar do mundo.
(SOARES, SANTOS, LIMA, 2013, s/p)

Sobre essa perspectiva, preciso considerar como é importante valorizar a opinião dos outros, principalmente quando trabalhamos com grupos. Tenho refletido que a academia nos faz sentir apropriados de muitas tecnologias, conhecimentos, e práticas, e isso é muito bom! Mas, com a minha proximidade com a educação popular, e estudos sobre outras pedagogias que tem produzido lindos saberes, tenho me questionado acerca do meu fazer. Percebido que quando surge o convite para falarmos (eu, colegas da residência, professores da universidade) sobre algum assunto em um grupo, há uma tendência da concepção de que sabemos mais do que as pessoas daquele grupo acerca do assunto em questão. Será mesmo? Tenho constatado que esse é o maior equívoco que cometemos enquanto profissionais de nível superior.

Como profissionais de saúde, sinto que muitas vezes partimos a falsa concepção de saber o que o outro precisa para ficar bem, o deixamos falar, mas não escutamos de fato! Tanto que na maioria das vezes, sabemos exatamente o que o outro precisa. Sinto, cada vez mais, que não deve ser por aí o caminho do cuidado!

A residência, e principalmente, essa pesquisa tem me ensinado muito sobre isso. Sobre humildade com o conhecimento que adquiro. Eu conheço uma parte do que estou falando, os livros e teorias existentes me ajudam nisso, mas sou incapaz de dominar um assunto por completo, e muito provavelmente encontrarei pessoas que talvez possuam menos formação acadêmica do que eu, mas que tem um conhecimento muito maior sobre o assunto que eu estou levando.

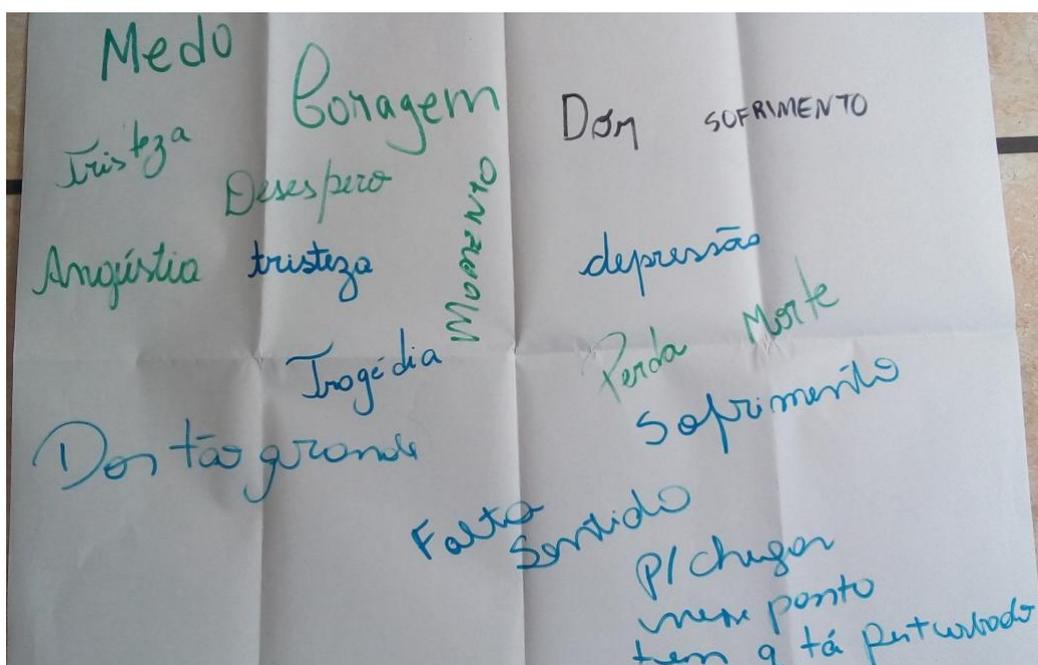
Acredito que justamente o título do meu trabalho versa a respeito dessa perspectiva que tenho considerado até aqui. O convite para conversar sobre o suicídio permite que muitas vozes emergam e o aprendizado do que é possível captar de todas essas vozes é muito mais efetivo e produtor de tecnologias de cuidado do que apenas uma voz sobressaindo e até oprimindo com um saber existente.

Sendo assim, optei, pela primeira vez em uma atividade que realizo em um grupo, por não levar uma apresentação pronta para ser projetada. Com isso, passei muitas horas lendo, estudando, e pensando como faria sem slides, e ainda em 45 minutos! Meu desejo maior para esse espaço era de compreender a percepção dos profissionais da escola sobre o suicídio, e de acolher como tem sido para eles trabalhar essas questões no ambiente escolar (a diretora já havia salientado que ocorreram casos de adolescentes que se mutilavam, ou que realizaram tentativas de suicídio) e identificarmos juntos como intervir positivamente nessas situações. O momento da oficina chegou, e infelizmente não havia nenhuma colega disponível para ir comigo, algumas estavam em estágio e com a equipe reduzida precisaram se organizar para dar conta das demandas da ESF, que não são poucas.

Ao chegar na escola fui recebida pela diretora que me encaminhou na sala dos professores. A sala estava cheia, com um chá delicioso em cima de um fogão a lenha, e um apetitoso cachorro quente e um doce. Deixei minhas coisas em cima do sofá e enquanto tomava o chá, observava o ambiente aconchegante que havia ali. Após uma meia hora aguardando a diretora nos levou para a sala de vídeo, onde seria realizada a minha oficina e posteriormente a reunião. O espaço acolhedor em que fui recebida favoreceu para diminuir minha ansiedade com o momento.

Ao início aguardei todos sentarem, a diretora falou da atividade, e me apresentei. Expliquei sobre a proposta do meu trabalho, e sobre o que planejava realizar com eles naquele momento. Entreguei os TCLE's e iniciei a gravação em áudio, contei sobre os motivos que me levaram a realizar esse trabalho e pedi para que cada um escrevesse na cartolina que levei uma palavra que vinha na mente quando falava em suicídio. Após li uma a uma e constatei mais uma vez, que eles estavam mais apropriados sobre a temática do que eu imaginava.

Ilustração 8– Cartolina confeccionada com os professores do turno matutino



Fonte: Elaborada pela autora.

As duas oficinas na escola ocorreram de maneira semelhante, e minhas sensações também. Notei que os professores da tarde aparentavam mais cansaço que os da manhã, mas houve envolvimento e contribuições muito boas em ambas oficinas. A descrição sobre os conteúdos das oficinas deixarei para fazer juntamente com a discussão da análise dos dados.

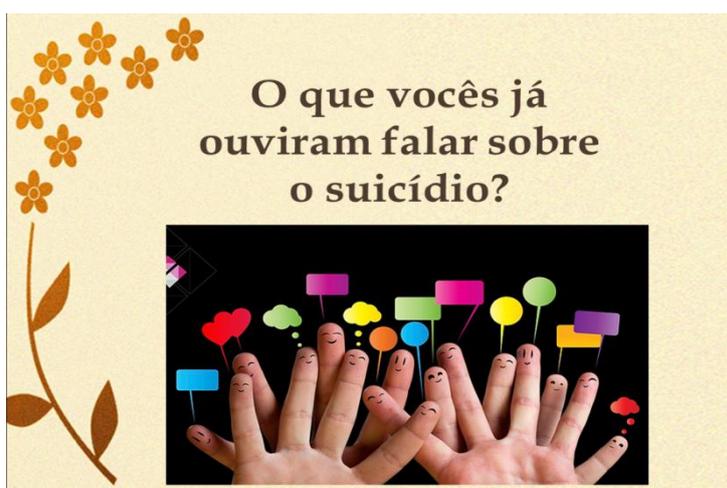
da Seleção Brasileira na Copa do Mundo, e o jogo da seleção iniciaria no mesmo momento que a minha oficina com a equipe. Foi pactuado anteriormente com a gestão municipal que a ESF estaria fechada no turno da tarde, pois das 13horas até às 15horas haveria matriciamento com o CAPS na ESF, e das 15horas até as 17horas teríamos educação permanente (EP).

Combinamos no dia anterior para realizar a EP com a minha oficina no intervalo do almoço, das 11h:30min até às 13h, com alguns minutos para todos almoçarmos. Me disponibilizei para fazer um cachorro quente e fiquei feliz que todos apoiaram essa sugestão. Essa proposta foi principalmente planejada para que os colegas pudessem estar totalmente presentes na minha oficina, sem preocupar-se com o que estava acontecendo no jogo, pois provavelmente isso aconteceria se não alterássemos o horário.

Optei por utilizar alguns slides para apresentar os objetivos do meu trabalho. Fui acrescentando algumas informações, algumas imagens para favorecer o diálogo, apresentar alguns dados que eu já tinha conseguido verificar com a coleta das fichas de notificação e assim terminei com 24 slides. Pelo menos, a maioria deles levantava questionamentos e me ajudou com a organização sequencial da abordagem, muito mais como um roteiro, do que como uma conversa de apenas uma voz.

Naquela manhã alguns pacientes que eu tinha agendado faltaram, então fui dar mais uma atualizada nos slides, e levei mais duas horas mexendo na apresentação, ao final ficou muito aproximada do que eu imaginava, e satisfazendo meu nível de exigência!

Ilustração 10- Slide inicial apresentado para a equipe da ESF.



Fonte: Elaborada pela autora.

A imagem acima retrata o lugar de onde partiram todas as oficinas do TCR, mesmo com metodologias diferentes em cada uma, essa pergunta direcionava para compreender o que

seria necessário enfatizar, e o que estaria mais próximo das orientações de prevenção do suicídio. No dia da oficina, as coisas aconteceram diferente do planejado no horário, até todos almoçarmos (o cachorro quente ficou delicioso graças a ajuda das agentes comunitárias-ACS) conseguimos iniciar a oficina pelas 12h20min e seguimos até 13h10min. Faltou a parte final de aproximadamente 20min, que pactuamos continuar após o matriciamento, até para que os colegas interessados no jogo não o perdessem. Eu achei justo essas combinações, e demonstraram a realidade do serviço que desenvolvemos cotidianamente, muitas vezes nos organizamos para realizar alguma atividade e acabamos não conseguindo, por vários motivos.

Não senti que prejudicou meu trabalho, pois estava preparada para que essa problemática acontecesse desde o dia anterior e já havia organizado o trabalho conforme essa possível realidade. O ideal seria que tivéssemos continuado direto, mas o desenvolvimento da oficina e a produção que ela proporcionou cheia de afetos, sendo que a fiz com muito carinho, e senti o mesmo retorno da equipe, que também estava disponível, interessada, contribuindo sempre que possível.

Como nos mantivemos trabalhando desde as 7h30min e alguns colegas chegaram de outras atividades, todos almoçamos, e antes de começarmos a oficina ofertei uma breve meditação, a fim de silenciarmos para conseguir focar no que estava por vir. Estava bem nervosa no começo, mesmo estando com tudo organizado, planejado, e trabalhando diariamente com aquelas pessoas, mas ter todo o roteiro nos slides foi algo que me proporcionou segurança.

Após todos preencherem o TCLE, iniciei a gravação e a oficina propriamente dita. No primeiro questionamento, sobre o que os profissionais já tinham ouvido falar sobre o suicídio (valorizando o saber de cada um) houve várias falas, ficamos alguns minutos apenas conversando sobre as experiências. É muito produtivo levantar esse tipo de discussão com uma equipe que gosta do que faz, e preocupa-se com a qualificação profissional. Houve pouca participação de falas das ACS nesse dia, mesmo com todas presentes, mas ainda assim, foi bastante produtivo. Houve relatos emotivos de experiências pessoais e profissionais de alguns membros da equipe, acredito que consegui dar um acolhimento para essas situações.

Surgiram várias propostas de intervenção para o cuidado no nosso território. Anotei todas elas e planejo organizá-las (após o término da coleta dos dados da pesquisa) para que possamos implementar todas. É gratificante fazer parte de uma equipe que gosta do seu trabalho e se empenha no cuidado das outras pessoas. Além dos slides, exibi dois vídeos breves e a discussão foi muito agradável. Ocorreu exatamente como eu desejava,

principalmente em termos afetivos e espero que essa sensação também tenha permeado os demais colegas.

Ilustração 11- Oficina com a Equipe da ESF Santa Rita



Fonte: Elaborada pela autora

Nota: encerramento da oficina, confecção dos retalhos para a colcha.

Falar sobre suicídio, inicialmente, pode parecer um fardo, uma conversa desagradável, mas sem deixar de pontuar aspectos importantes, apostei que essa conversa, se conduzida com amorosidade e delicadeza poderia ser um momento mais agradável do que poderíamos imaginar, e isso se concretizou. Ao final convidei os participantes para escreverem em um pedaço de tecido uma palavra, ou uma frase que eles imaginavam que poderia fazer a diferença para alguém que está em intenso sofrimento, todos se dedicaram a isso de tal maneira que fiquei emocionada com toda a amorosidade do momento.

Ilustração 12- Oficina com a Equipe da ESF Santa Rita

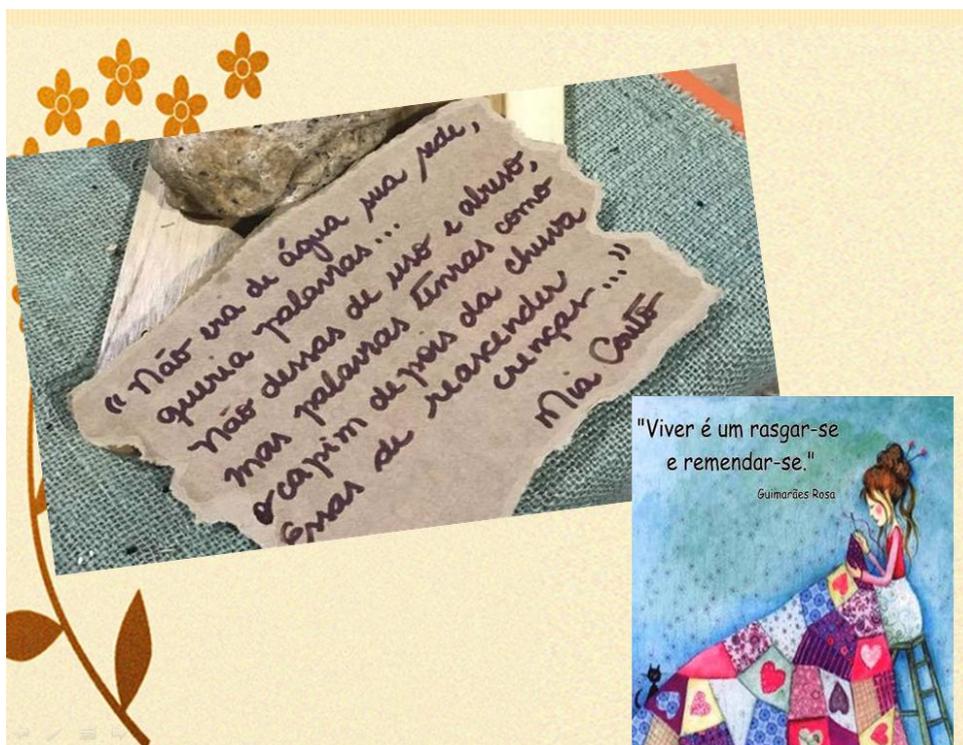


Fonte: Elaborada pela autora

Nota: encerramento da oficina, confecção dos retalhos para a colcha.

Concluí a oficina dizendo que faria desses retalhos uma colcha para ser exposta na ESF no mês de setembro, que enfoca a prevenção do suicídio. E optei pela colcha por ser mais significativa nesse momento. Combinei que esboçaria um fluxograma do cuidado aos pacientes que chegam com demandas relacionadas ao suicídio e que levaria numa reunião de equipe para aprovação de todos, sendo que esse era um objetivo da oficina com a equipe, mas considerei que ele seria uma tecnologia mais “dura”, a colcha de retalhos estaria mais de acordo com meu desejo de sensibilização dos colegas da equipe.

Ilustração 13- Slide final da oficina com Equipe da ESF.



Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Convite para escrever no retalho uma mensagem importante para alguém que está passando por um sofrimento intenso.

Reitero aqui, o quão satisfeita fiquei com essa oficina e acredito que foi um momento significativo para a maioria das pessoas, onde houve cuidado, acolhimento e afeto. Atingi meus objetivos com essa oficina. Planejo organizar fluxograma previsto no projeto e levar em reunião de equipe para que possamos pensar coletivamente sobre o mesmo, e que todos possam ser protagonistas desse processo.

Ilustração 14- Retalhos confeccionados nas oficinas para a colcha de retalhos.



Fonte: Elaborada pela autora

Nota: O disparador foi dizer alguma coisa que considerasse importante para alguém que está passando por um sofrimento muito intenso.

3.5 Um outro olhar sobre o suicídio

Dando continuidade as intervenções, ficou agendada para o dia 24/07, às 18h, a oficina para os profissionais da empresa Doces Mega. Considerando que havia poucas pessoas na lista que deixaram o contato e que nem todas talvez participassem, abri esse momento para outras pessoas do território também estarem presentes, a fim de ter mais participação.

Fiz um convite para deixar no mural da ESF, fiz convites menores para entregar para a população, divulguei nos grupos da ESF na semana anterior, falei na reunião de equipe, e ainda divulguei que faria um café para o momento. Meu receio era de não haver ninguém presente. De qualquer forma acredito que toda a tentativa é válida, e não imaginava que haveria muita participação. Dependendo de como ocorresse, se não tivesse participação, planejava estimular uma conversa sobre prevenção do suicídio nos grupos da ESF.

Além do convite impresso, no dia anterior a oficina, no horário do meio dia, liguei um a um para os contatos da lista da Doces Mega, alguns não consegui contatar, outros retornaram a ligação em seguida, e alguns conseguiram atender. Foi estranho fazer esse tipo de ação, já que não é do meu cotidiano e é do ser humano ter dificuldade com situações novas. Quando me sentia receosa, recordava a importância que tinha essas atividades para intervir numa situação de risco de suicídio, e então isso me fortalecia para continuar. Todos os contatos que consegui apresentar novamente a proposta demonstraram boa receptividade, nenhum confirmou e alguns disseram que tentariam ir.

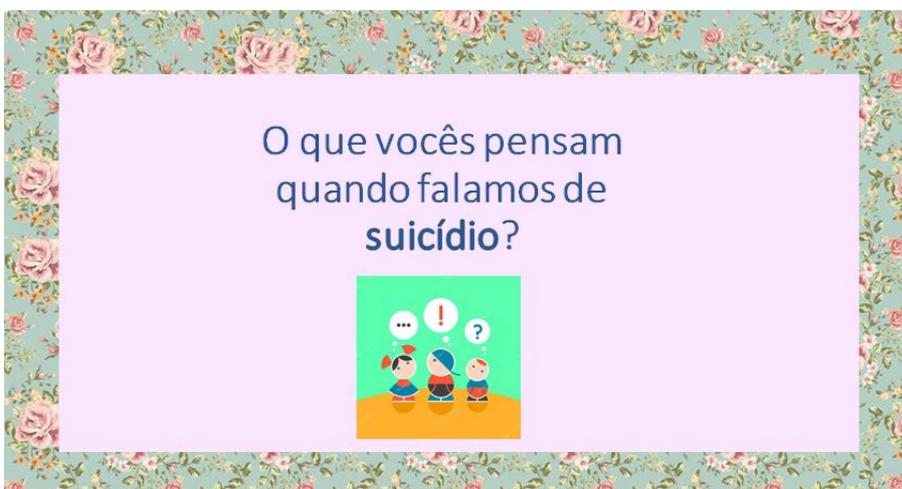
Ilustração 15- Convite para a população do território da ESF Santa Rita



Fonte: Elaborada pela autora.

Passei muitas horas envolvida com a elaboração da apresentação dessa oficina, pois não conseguiria utilizar a mesma apresentação feita por os profissionais da ESF e com os slides me senti mais segura e confortável quanto aos passos da apresentação. Mesmo que fazendo o melhor que conseguia nesse momento, tentei não criar expectativas quanto a participação dos usuários, até porque compreendo a dificuldade das pessoas que sentem-se cansadas ao final de um dia de trabalho e por ser uma temática que desperta percepções negativas na maioria das pessoas.

Ilustração 16- Slide disparador da oficina com usuários/ empresa Doces Mega



Fonte: Elaborada pela autora.

O dia da oficina foi chuvoso e frio, apesar disso quando encerrou o turno de atividades na ESF às 17h, eu e as colegas do segundo ano da residência Jucelia e Marina ficamos organizando o espaço para a oficina e os lanches. Os demais colegas da equipe não conseguiram estar presente nesse momento. Gostaria de ressaltar a importância que teve o comprometimento das colegas para realização dessas atividades, pois eu não teria condições de ficar sozinha na ESF naquela noite por questão de segurança e também de tempo para organizar tudo. Essa parceria é o que, na maioria das vezes, fortalece para a continuidade das atividades.

Ilustração 17- Convite para a oficina com usuários na página da ESF.



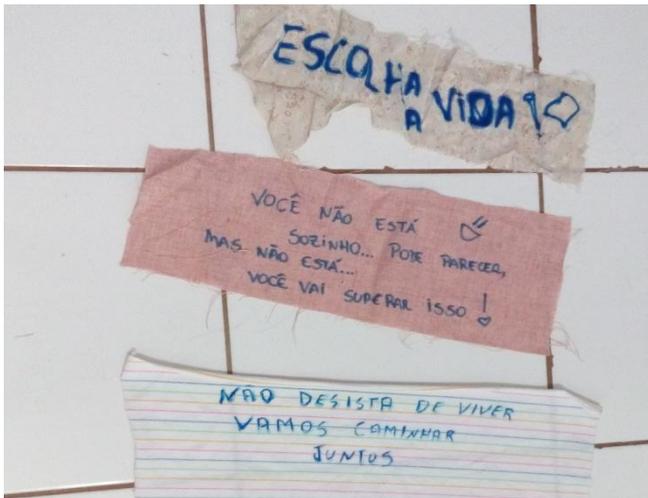
Fonte: elaborada pela autora.

Apenas uma pessoa da comunidade se fez presente nessa oficina, e não havia profissionais da empresa Doces Mega, mas como estávamos organizadas para tal, optei por valorizar a presença dessa participante e realizar o que tinha sido planejado, apenas reduzi um pouco a apresentação para não se tornar cansativo já que estávamos em pouco número. E novamente, o que motivou a manter as atividades planejadas foi o pensamento de que, se uma pessoa conseguir estar instrumentalizada poderá evitar uma morte, e nisso todos ganhamos. Marina não participou da oficina com a equipe, porque estava em estágio, então duas pessoas presentes estavam vendo pela primeira vez essa apresentação.

Da mesma maneira que as demais discussões, as reflexões dessa oficina farei na análise dos dados, mas quanto ao sentimento desse espaço, senti que valeram os esforços, mesmo não tendo significativa participação da comunidade. Percebi que consegui sensibilizar as colegas e a usuária quanto a delicadeza do trabalho de prevenção do suicídio. Ouvi discursos diferentes de momentos anteriores, com maior clareza do assunto e de sua abordagem por parte das colegas que estavam presentes e a mensagem de que a morte por suicídio pode ser evitada tomou força após essa atividade.

A produção desse momento foi o mesmo convite feito aos colegas da equipe da ESF, de escrever em um retalho de tecido algo que as pessoas presentes acreditassem ser significativo para uma pessoa que está em sofrimento e que pensa em por fim a sua vida, que após eu confeccionaria a colcha de retalhos para utilizar no mês de setembro na ESF, pois é o mês que oficialmente trabalha a temática da prevenção do suicídio no País.

Ilustração 18- Retalhos confeccionados na oficina com usuária da ESF e colegas



Fonte: Elaborada pela autora.

Fiquei com o sentimento de tarefa cumprida, mesmo não atingindo o número de pessoas que eu desejava, mas isso conseguirei, aos pouco disseminar nos grupos da ESF e em outros espaços do território que possam surgir. Infelizmente o que eu fizer além, não entrará nesse trabalho como dado de pesquisa, mas o trabalho de prevenção do suicídio é mesmo assim, além de constantemente precisar lidar com a frustração é preciso de continuidade, longitudinalidade, ser feito de muitas mãos, com paciência, delicadeza e amorosidade.

Dos lindos aprendizados que Nise da Silveira nos possibilitou, o tripé terapêutico englobando a afetividade, atividade e liberdade para o cuidado em saúde mental, permite aproximação com o trabalho de prevenção do suicídio, possibilitando nortear os próximos passos dessa tarefa de sensibilizar as pessoas e empoderá-las cada vez mais no cuidado do outro e no acolhimento ao sofrimento alheio (OLIVEIRA; MELO JUNIOR; VIEIRA-SILVA, 2017).

4 OS APRENDIZADOS QUE A SINGULARIDADE DO TRABALHO VIVO EM ATO POSSIBILITOU

A proposta desse trabalho se diferencia da maioria das produções acadêmicas, ele distancia-se da lógica cartesiana e da rigidez metodológica, sendo incompreensível aos olhos que estão habituados com pesquisas mais tradicionais. Como pesquisadora, essa experiência

está sendo única na minha trajetória. Embora tivesse contato maior com a pesquisa qualitativa desde a graduação, e nas duas pós que já realizei, trabalhar com a cartografia é uma realidade nova para mim.

Acredito que no campo da psicologia, aprendemos muito sobre escuta, acolhimento, empatia, e na prática mais ainda. A cartografia permite dialogar sobre a minha singularidade nesse processo, além de que oferece um outro lugar ao trabalho de prevenção do suicídio, que é um desafio por ser um tema complexo, que causa angústia em qualquer ser humano, e que fala muitas vezes da maneira como cada pessoa encara sua passagem pela vida. Então a possibilidade da cartografia numa pesquisa que aborda a prevenção do suicídio me conduz por um caminho permeado de afetos, e da reflexão sobre a minha intervenção nos espaços que estou inserida, sendo autora, protagonista, e também sujeito participante da própria pesquisa.

Além desse contato inicial com a cartografia, me colocando em outros lugares de interlocução, e sentindo que sou ainda principiante nessa modalidade de redação, aprendi sobre flexibilidade no fazer pesquisa-ação e sobre a necessidade primordial de conhecer com quem estou conversando e de compreender qual é o conhecimento que o outro possui. Visualizo muito da educação popular na construção e condução das oficinas, os princípios elencados inicialmente por Paulo Freire estão presentes a cada momento que reflito sobre as ações que realizei até aqui.

A saber, a Educação Popular em Saúde é uma Política Nacional no âmbito do SUS, e compreende que para efetivar a promoção, proteção e recuperação da saúde é necessário partir do “diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e seus princípios”, sendo orientada pelos princípios do “diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular” (BRASIL, 2013).

Compartilho que no decorrer desse trabalho identifiquei um forte pulsar de amorosidade na realização de cada uma das tarefas dessa pesquisa e acredito fortemente que esse é um caminho possível para mudarmos, aos poucos, o panorama do suicídio nos nossos territórios de atuação. Além desse caminho, o fragmento abaixo do texto Atritos, demonstra a importância da afetividade nas ações que realizamos, o autor diz que “ninguém muda ninguém, ninguém muda sozinho, nós mudamos nos encontros. [...] É nos relacionamentos que nos transformamos. Somos transformados a partir dos encontros, desde que estejamos abertos e livres para sermos impactados pela ideia e sentimento do outro” (CREMA, [s.d.]).

Então, ainda tenho um caminho longo a seguir com esse trabalho, mas os afetos que ele já permitiu são primordiais para a continuidade das ações e do próprio processo de escrita.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Brasília, DF. Ministério da saúde, 2013. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html> Acesso em 12/08/2018.

CREMA, Roberto. Atritos. [S. l.: s. n., s.d.]. Disponível em: <
<https://www.pensador.com/frase/NTE2NDYz/>>. Acesso em 12/08/2018.

MERHY, Emerson E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. São Paulo: editora Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, Patrícia Fonseca de; MELO JUNIOR, Walter; VIEIRA-SILVA, Marcos. Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 12, n. 1, p. 23-35, abr. 2017 . Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 ago. 2018.

SOARES, Johnson; SANTOS, Júnio; LIMA, Ray. Cuidar do outro é cuidar de mim. In: BRASIL; SUS; PATRIMÔNIO DO POVO. **Cantigas e Músicas populares**. 13º Congresso Paulista de Saúde Pública. 2013, [s.p]. Disponível em:
<[http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3608/CANTIGAS%20POPULARES-1%20-%20Universidade%20Popular%20de%20Arte%20e%20Ci%C3%Aancia%20\(UPAC\).pdf](http://www.circonteudo.com.br/stories/documentos/article/3608/CANTIGAS%20POPULARES-1%20-%20Universidade%20Popular%20de%20Arte%20e%20Ci%C3%Aancia%20(UPAC).pdf)>
Acesso em 12/08/2018.

ANEXOS

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		Código (CID10) Y09	
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código (IBGE)	
	8 Unidade de Saúde		Código (IBGE)	
Notificação Individual	10 Nome do paciente		9 Data da ocorrência da violência	
	12 (ou) Idade		11 Data de nascimento	
	13 Sexo		14 Gestante	
	15 Raça/Cor		16 Escolaridade	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência	
Dados de Residência	21 Distrito		22 Bairro	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
	29 CEP		30 (DDD) Telefone	
	31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil			
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Distrito		43 Bairro	
	44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Número	
	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência	
	50 Zona		51 Hora da ocorrência	
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?		
54 A lesão foi autoprovocada?		55 Ocorreu outras vezes?		

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual	1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outas) <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Defensoria Pública		

Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		

Informações complementares e observações		
Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
--	---	--------------------------------

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
Nome	Função	Assinatura

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

4º SEMESTRE

ARTIGO

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DA
RESIDÊNCIA**

**Submetido à Revista Psicologia: Ciência e
Profissão**

Sofrimento humano e espaços de cuidado: estudo sobre suicídio em município gaúcho

Roberta Brizolla Rosa

Izabella Barison Matos

Andrea Nobre Viana

Resumo

Introdução: O suicídio é um fenômeno complexo, multifatorial e uma das dez maiores causas de morte no mundo; caracterizando-se como problema de saúde pública, de difícil abordagem preventiva. No Brasil há tendência crescente de suicídios de homens jovens e idosos; no sul, o Rio Grande do Sul apresenta o maior coeficiente de suicídios. **Objetivo:** Analisar falas dos participantes sobre suicídio em oficinas no território de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, descritiva, que utilizou a cartografia no processo investigativo, pesquisa documental e diário de campo. Realizaram-se quatro oficinas, com técnicas de educação popular, resultando em uma colcha de retalhos, exposta na ESF, contendo falas impressas dos 46 participantes: profissionais de saúde, de educação e usuária. **Resultados:** Nas oficinas, ao serem perguntados o que pensavam sobre suicídio, parte dos participantes citou a palavra **assustador**. De forma geral sentem despreparo diante do tema indicando não haver espaços de fala e escuta, sugerem ações de prevenção com lideranças religiosas e familiares de pessoas em sofrimento. A Vigilância em Saúde do município aponta 84 tentativas de suicídio, sendo dois óbitos no ano de 2017. **Discussão:** Por meio da sensibilização e da informação todos podem acolher e identificar possíveis comportamentos suicidas, sendo a Educação Permanente em Saúde uma importante estratégia para efetivação desse cuidado, fortalecendo as redes de cuidado intersetoriais. **Considerações finais:** Ações de prevenção e proteção da vida devem ser mais valorizadas. Oficinas podem ser espaços de fala e escuta, qualificando o cuidado à pessoa em sofrimento e seus familiares.

Palavras-chave: Suicídio, Prevenção do suicídio, Comportamento suicida, Estratégia de Saúde da Família, Saúde Mental.

Human suffering and spaces of care: study about suicide in a city from Rio Grande do Sul

Abstract

Introduction: The suicide is a complex phenomenon, multifatorial and one of ten biggest causes of death in the world; being characterized like a problem of public health, and difficult preventive approach. In Brazil is growing the tendency of suicides of young and old men; in

the south, Rio Grande do Sul presents the biggest suicides coefficient. **Goal:** To analyse the discourse about suicide of the participants in meetings in the territory of a Family Health Strategy (FHS). **Methodology:** Qualitative and descriptive research, that used the cartography in the investigative process, documentary search and diary of field. Were realized four meetings, with techniques of popular education, turning in a patchwork quilt exposed in the FHS, containing printed words of 46 participants: professionals of the health, of education and patients. **Resulted:** In the meetings, after they were asked what they think about suicide, part of the participants said the word scary. In the general they feel unprepared to manage the subject, indicating not to have spaces of speech and listening, suggest actions of prevention with religious leaderships and with relatives those persons which's in suffering. The Health Vigilance department, in this city, indicated 84 attempted suicides, which two resulted in death, in the year 2017. **Discussion:** Through the awareness and the information everybody can take care and identify possible suicidal behaviors, consisting the Permanent Education in Health an important strategy to realize this care, strengthening this intersectoral networking. **Final considerations:** Actions of prevention and protection of the life must be more valued. Meetings can be spaces of speech and listening, qualifying the attention and care to the person in suffering and his relatives.

Keywords: Suicide; Preventing suicide; Suicide behavior; Family Health Strategy; Mental Health

Sufrimiento humano y espacios de cuidado: estudio sobre suicidio en ciudad gaucha

Resumen

Introducción: El suicidio es un fenómeno complejo, multifactorial y una de las diez principales causas de muerte en el mundo; caracterizando-se como problema de salud pública y de difícil abordaje preventiva. En Brasil existen tendencias crecientes al suicidio de hombres jóvenes y ancianos; en el sur, la provincia de Rio Grande do Sul presenta el más grande coeficiente de suicidios. **Objetivo:** Analizar hablas sobre el suicidio de los participantes de seminarios en el territorio de una Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Metodología:** Pesquisa cualitativa y descriptiva que utilizó la cartografía en el proceso de investigación, pesquisa documental y diario de campo. Realizaron-se cuatro seminarios, con técnicas en educación popular, resultando en una colcha de retazos, expuesta en la ESF, conteniendo hablas impresas de los 46 participantes: profesionales de la salud, de la educación y usuaria. **Resultados:** En los seminarios, cuando cuestionados sobre lo que pensaban sobre el suicidio, parte de los participantes dijo la palabra *asustador*. De forma general sienten no tener preparación para abordar el tema indicando no haber espacios de charla y escucha, sugieren acciones de prevención con líderes religiosos y familiares de personas en sufrimiento. La Vigilancia de Salud, de la ciudad, apunta 84 tentativas de suicidio, dos resultando en óbitos en el año 2017. **Discusión:** Por medio de la sensibilización y de la información todos pueden acoger e identificar posibles comportamientos suicidas, siendo la Educación Permanente en salud estrategia importante para efectividad de ese cuidado fortaleciendo las redes de cuidados intersectoriales. **Consideraciones finales:** Acciones de prevención de la vida deben ser más valorizadas. Seminarios pueden ser espacios

de charla y escucha, calificando el acogimiento y el cuidado a la persona que sufre y sus familiares.

Palabras –clave: Suicidio, Prevención del suicidio, Comportamiento suicida, Estrategia de Salud de la Familia, Salud Mental.

Suicídio: considerações iniciais

A temática do suicídio tem recebido atenção de pesquisadores da saúde, entidades e organizações sanitárias do mundo todo, envolvendo muitos países numa agenda comum de estratégias para a sua prevenção. Autores renomados consideram que o suicídio é um fenômeno complexo, multicausal e um problema de saúde pública mundial (Ribeiro et al, 2016, Baptista, Carneiro, Gomes & Cardoso, 2012; Felix et al., 2016; Minayo & Cavalcante, 2010).

Para Souza et al. (2011) tal fenômeno é responsável por uma das dez causas de morte no mundo e se configura como terceira na faixa etária entre 15 e 35 anos conforme alerta Brasil (2006 a). No entanto, Minayo e Cavalcante (2010) referem que as estatísticas e compreensões sobre o assunto se apresentam de forma desigual entre os países, sendo o suicídio considerado um “tema desafiador” (Ribeiro et al., 2016, p. 3).

Em 2002 o Brasil ocupava a 9ª posição em números absolutos de morte por suicídio e havia tendência crescente de suicídios por homens jovens, ocorrendo, ainda, possibilidade de crescimento de incidência em pessoas mais idosas, para a faixa etária desde 15 até 45 anos (Souza et al., 2011; Brasil, 2006 a). Os dados de mortes por suicídio oscilavam entre 3,50 e 4/100.000 habitantes (Minayo & Cavalcante, 2010). Em 2006, o Sudeste foi responsável por 50% dos registros de suicídio no Brasil, estando em 1º lugar e, na região sul, o Rio Grande do Sul apresentava os maiores coeficientes: 8 a 10/100.000 habitantes (Souza et al., 2011).

Diante das taxas crescentes de suicídio na realidade brasileira, em 2006, o Ministério da Saúde desenvolveu o material “Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental” (Brasil, 2006 a). Em 14 de agosto de 2006, instituiu “Diretrizes

Nacionais de Prevenção do Suicídio”, cujo objetivo é orientar ações nos estados e municípios para prevenção do suicídio e promoção da vida (Brasil, 2006 b).

No ano de 2013, o Plano de Ação em Saúde Mental, da Organização Mundial de Saúde (OMS), define que a meta de redução dos suicídios, até o ano de 2020, será de 10% (World Health Organization [WHO], 2013). O Brasil, signatário do Plano, disponibilizou o material: “Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde”. Esse, além de contextualizar o suicídio, apresenta um conjunto de ações em três eixos principais: ações de vigilância e informação; prevenção do suicídio e promoção da saúde; gestão e cuidado. Essa Agenda está sintonizada com a redução dos casos de suicídio no país (Brasil, 2017).

O interesse pelo tema surgiu durante a realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em uma Universidade Federal no Sul do Brasil, nos atendimentos cotidianos na ESF. Sendo a demanda por atendimento psicológico a pessoas com comportamento suicida maior do que outras de saúde mental e têm sido crescente nos últimos anos situações de pessoas com comportamentos suicidas nesse território.

Enquanto profissional da área da saúde parte-se da compreensão de que a morte por suicídio é uma morte evitável, e esse foi um dos entendimentos que delineou essa pesquisa. Entretanto, não desconsidera-se a percepção de alguns críticos da área da saúde mental, como Thomas Szasz por exemplo, que argumenta sobre o livre arbítrio das pessoas, e que a decisão do que fazer de suas vidas é individual, inclusive sobre findá-las por meio do suicídio (Szasz, 1973 como citado em Solomon, 2014, p. 236).

Solomon (2014, p 236) problematizando o diagnóstico de transtorno mental nos casos envolvendo suicídio, considerou que “o direito ao suicídio deveria ser uma liberdade civil básica; ninguém deve ser forçado a viver contra sua vontade”. Esse diálogo comprova a complexidade envolvida no tema. Tendo ciência da importância dessas compreensões, da necessidade de ações de saúde mental na atenção básica, e não limitando-se a percepções

únicas sobre o suicídio, surgiu este trabalho, que teve o objetivo de analisar falas sobre suicídio nas quatro oficinas realizadas no território de uma ESF, em município gaúcho.

Esse estudo contribui para o avanço da Psicologia enquanto ciência e profissão com possibilidades de re(inventar) a atuação do psicólogo na atenção básica diante das demandas de saúde mental. Em termos de relevância científica destacam-se a abordagem de saúde mental de maneira intersetorial e multiprofissional no contexto da Atenção Básica (AB) e a aproximação entre serviços públicos de saúde e de educação para abordagem do fenômeno do suicídio no território de uma ESF.

A contribuição social refere-se à explicitação de uma forma criativa de oportunizar escuta, fala e reflexão sobre suicídio, por meio de oficinas de educação popular em saúde (ciranda tradicional). Essas resultaram em uma colcha de retalhos exposta na ESF, problematização sobre o acolhimento do sofrimento humano e novas abordagens de prevenção ao suicídio no território.

Método

Estudo com abordagem qualitativa, descritiva, que utilizou a cartografia como estratégia metodológica no processo de sua realização. Entre maio e setembro de 2018 foram desenvolvidas quatro oficinas permeadas de sentimentos, emoções e percepções sobre o tema em pauta. Essas atividades resultaram em uma constante reflexão sobre o tema e na problematização sobre o cuidado e acolhimento do sofrimento humano. Destaca-se também a construção coletiva de uma colcha de retalhos que instigou os participantes a colocarem-se no papel de cuidadores, demonstrando amorosidade e empatia.

Além das oficinas a investigação utilizou diário de campo e pesquisa documental, principalmente na consulta aos dados de 2013 a 2017, junto à Vigilância em Saúde do

município. Também houve divulgação no comércio local de material institucional impresso sobre suicídio.

Duas oficinas contaram com 27 professores de uma escola pública municipal de ensino fundamental, uma com 18 profissionais da ESF (enfermeiros e técnicos, agentes comunitários de saúde, médicos, psicólogos, agente administrativo e farmacêuticos) e outra com usuária adulta, com experiência na área da saúde, totalizando 46 participantes. Por meio da educação popular em saúde - ciranda tradicional - foi possível sensibilizar e estimular o protagonismo dos sujeitos. A ciranda tradicional sobre o cuidado favorece a participação, afetividade, criatividade, desenvolvendo autonomia e a construção compartilhada do conhecimento, valorizando o saber dos participantes (Brasil, 2016).

As oficinas precederam convites por escrito, divulgados no mural da ESF e junto aos grupos da ESF e o Conselho Local de Saúde, contando também com abordagem pessoal e uso de mídias sociais da ESF. Os participantes obedeceram aos seguintes critérios: pessoas maiores de 18 anos, usuários residentes no território da ESF, profissionais das escolas do território, profissionais da ESF e colaboradores de uma empresa local.

Com relação a que previa usuários como participantes, houve a adesão de somente uma usuária, embora a atividade tenha sido realizada às 18h para facilitar a participação, visto que geralmente há boa adesão nas atividades que a ESF realiza. Destaca-se que o dia da oficina estava chuvoso e frio o que pode ter dificultado a adesão da comunidade.

As oficinas oportunizaram espaços de fala e escuta sobre o suicídio, cujo registro das impressões dos participantes foi possível pela autorização da gravação, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido individual. Para assegurar o anonimato dos participantes foram utilizados nomes de flores substituindo os nomes reais. Nas quatro oficinas a pergunta disparadora das falas foi: “O que pensam quando se fala em suicídio?” cujo registro se deu numa perspectiva cartográfica, que oferece ferramentas para acessar a dimensão relacional na busca de produção de sentidos (Passos, Kastrup & Escóssia, 2015).

A cartografia trabalha com “pistas” que nortearam a pesquisa e seu processo por meio de passos que consistiram no rastreamento, toque, pouso e no reconhecimento atento (Passos, Kastrup & Escóssia, 2015). Procedeu-se inicialmente o rastreamento entendido como certa varredura do campo sobre o fenômeno sintonizando com o tema. O toque referiu-se à seleção, seguindo a percepção do que merecia a atenção do estudo. O pouso configurou-se numa mobilização da atenção que visou apreender elementos e suas possíveis conexões. O reconhecimento atento redirecionou a atenção para observação dos acontecimentos que afetam e fazem acompanhar o processo a partir do mapeamento das falas e das vivências.

Assim, a seleção do material analisado, a partir do método cartográfico originou-se do acompanhamento dos percursos e processos de produção das falas e suas possíveis conexões com redes e rizomas (Passos, Kastrup & Escóssia, 2015). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da universidade – Parecer nº 2.492.798 e Parecer nº 2.730.175.

Resultados

Rastreamento: o suicídio e alguns aspectos de sua dimensão nacional, regional e local

Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2018) compara o número de habitantes de cada estado brasileiro com a ocorrência de suicídios e aponta que, com 14% da população nacional, os três estados do sul concentraram 23% dos suicídios. No ano de 2016 ocorreram 1.168 mortes por suicídio no Rio Grande do Sul, ficando abaixo apenas de São Paulo e Minas Gerais, com 2.199 e 1.302 mortes por suicídio respectivamente (IPEA, 2018). Embora se constate certa imprecisão de dados que acaba por limitar pesquisas epidemiológicas, estudos e documentos relativos ao Rio Grande do Sul e a região analisada apontam altas taxas de suicídio (Baptista et al., 2012).

Entre as cidades com mais de 20.000 habitantes o município estudado encontra-se entre os 70 com as maiores taxas de suicídio do país, conforme dados do Mapa da Violência, ocorrendo 21 casos de suicídio entre 2008 e 2012 (Waiselfisz, 2014). Dados obtidos junto aos arquivos de notificação de violência autoprovocada (tentativa de suicídio) do município onde a ESF está inserida revelam uma situação preocupante. Com cerca de quarenta mil habitantes foram registradas 84 tentativas de suicídio no ano de 2017, sendo que duas resultaram em óbito (IBGE, 2018).

A partir da coleta dos dados na Vigilância em Saúde do município, foi identificado que do total das tentativas, mais de 70% foram com uso de medicações e, dessas, aproximadamente 40% utilizaram psicotrópicos. Também foram notificadas tentativas por enforcamento, a grande maioria por pessoas do sexo masculino e, ainda, ocorrências de lesões/mutilações causadas por objetos perfuro-cortantes, com maior incidência na faixa etária dos 13 aos 19 anos.

A instituição de saúde que mais notificou foi o Serviço de Pronto Atendimento do Hospital local, sendo que a maioria ocorreu nos finais de semana, no segundo semestre de 2017. Dados obtidos junto à ESF informam que situações relacionados a saúde mental constituem um dos principais motivos para consulta na ESF, e em determinados períodos do ano queixas de sofrimento e ideações suicidas tornam-se constantes.

O tema do suicídio também tem surgido com destaque em diferentes mídias regionais, seja em matérias dos jornais, televisão ou nas redes sociais. Matérias recentes em jornal de grande circulação no estado alertam sobre o adoecimento psíquico dos trabalhadores rurais, principalmente sobre a depressão, sendo que o suicídio pode ser uma das consequências mais graves (Vergara, 2018). Destacando ações de prevenção realizadas em diversas cidades gaúchas, o artigo informa que foi criado Comitê Permanente para o enfrentamento do suicídio por meio de parcerias interinstitucionais com as Secretarias de Saúde/ Centro de Referência

de Saúde do Trabalhador (CEREST) e Centro de Valorização da Vida (CVV) (Vergara, 2018).

O toque: As oficinas e o espaço de fala e de escuta

As quatro oficinas realizadas se mostraram espaços de sensibilização, com organização do ambiente para o acolhimento dos participantes. O silêncio inicial - visível desconforto para todos e gerador de ansiedade, inclusive na residente/pesquisadora, pois o que estava acontecendo era desconhecido para todos – foi vencido. Na medida em que foi dita a frase disparadora “O que pensam quando se fala sobre suicídio?”, o silêncio foi substituído por murmurinhos e as impressões e reflexões foram compartilhadas.

Nas tentativas de descrever o que pensam sobre o suicídio, a palavra **assustador** surgiu em todas as oficinas e diferentes sentimentos, indissociáveis da tentativa de compreensão das causas que levam alguém ao suicídio, foram explicitados. Foram referidas expressões como: medo, falta de fé, dor, sofrimento, angústia, tristeza, desespero, momento, depressão, perda, morte, tragédia, falta de sentido, perturbação, agonia, frustrações, sociedade, problema grave, individualismo e solidão.

Nas duas oficinas junto aos professores foi percebido que há um movimento de compreensão multifatorial do fenômeno; valorizando o saber prévio e o trabalho em grupo para sua abordagem; demonstrando certa mobilização pelo tema. Os participantes que estão no ambiente escolar revelaram uma série de problemáticas identificadas no contexto de vida dos alunos que poderão refletir na fase adulta, tais como: pouco diálogo em casa, baixa perspectiva de vida, desestímulo, dificuldade de lidar com frustrações.

Eles veem o pai e a mãe naquela “m” e pensam que a vida deles vai ser aquilo também. Então não tem uma perspectiva... desestímulo, eles não têm sonhos, ambições. Acho que cabe mais a nós fazer esse tipo de coisa (Bromélia - Escola).

[...] Os pais têm que deixar o filho deles resolver o problema dele, que é o suicídio futuro, [...] esse adulto não vai saber o que fazer com a frustração, aí toma medicação para se matar, causa problemas futuros, é questão do álcool, das drogas, porque [...] eles estão procurando outras coisas para sanar essas questões (Orquídea- Escola).

Os educadores alegaram que a função de professor deixa pouco tempo para tratar de outras questões, identificadas na fala a seguir:

[...] Não tem como aprofundar e dar um significado efetivo para o que eles estão sentindo e realmente trabalhar isso de alguma forma, [...] muitas vezes não tem muito que fazer. Então penso que isso tem que ser uma política um pouco mais ampla, mais presente, [...] mas acho que é muito difícil pra nós, mesmo que a gente passe o conteúdo proposto, a gente não vai conseguir atender todos, não tem tempo pra isso, acho que esse é o maior problema, e um desafio que a gente tem como professor (Araçá- Escola).

Já, a realizada com os profissionais de saúde demandou outra abordagem, pois a equipe desenvolve anualmente atividades de prevenção ao suicídio e participa de formações/capacitações a respeito. Importante salientar que a pactuação do horário oportunizou a participação de todos, durante o horário de almoço, que foi iniciada com breve apresentação de algumas imagens sensibilizadoras e da pergunta disparadora.

Os relatos destes profissionais são acompanhados de descrições de sofrimento psicológico em adultos, reconhecendo que esses sentimentos não foram identificados previamente e cuidados quando em seu início, desenvolvendo condições de saúde mais graves ao longo do tempo. Os relatos revelam sensação de despreparo para lidar com situações relacionadas ao suicídio, conforme os fragmentos abaixo:

[...] Porque a nossa expectativa é de tentar resolver na primeira tentativa e que não houvesse outras tentativas [...] e a gente tende a também a se sentir, às vezes, até incompetente, porque a repetição é bem frequente (Camomila- ESF).

A USP está tendo uma disciplina no curso de enfermagem sobre a prevenção do suicídio. O que a gente vê nas disciplinas é o desgaste que os profissionais da enfermagem têm, porque eles trabalham pra salvar vidas, e aí tu ter que cuidar de uma pessoa que acabou de realizar uma tentativa de suicídio, quando tu desconhece tudo isso, todos esses elementos, é muito difícil (Margarida – ESF).

Sentimentos de frustração e impotência permearam falas de quem trabalha com pessoas que apresentam ideação suicida e/ou realizaram tentativas de suicídio. Observou-se empenho em compreender o suicídio como fenômeno multicausal/multifatorial. Os relatos se reportam a situações reais que produziram desapontamento nos profissionais, tendo sido assinalado que as experiências negativas contribuíram para o aprendizado sobre prevenção do suicídio.

A quarta oficina com uma usuária do serviço foi realizada mesmo com participação reduzida. A usuária destacou diferenças entre os comportamentos dela na infância e os dos seus filhos comparando-os. Segundo ela, a percepção é de que atualmente existe aumento dos casos de suicídio e de tentativas. Acha que isso se deve a aspectos da contemporaneidade, dentre eles o individualismo, e os relacionamentos instituindo-se cada vez mais de maneira virtual.

[...] geralmente é a pessoa que tem bastante, eu conheço vários que se deparam com isso, e que tem uma condição boa de vida, e a gente se pergunta pra que né? será que é melhor se ver pobre? [...] A gente trabalhava no interior, era bem pobre, na época não tinha nem luz onde nós morava, a gente, trabalhava todo o dia e toda noite ia nos vizinhos, aí passava de casa em casa, tal noite tava em um vizinho, rezava o terço, tinha os encontros de família, agora é um tendeu [...]e isso faz muita falta hoje (Hortênsia- Usuária).

A infância, foi sofrida, pobre, nos era muito pobre, nos éramos 4 irmãos, nos não tinha escolha eu sempre conto pros meus filhos, hoje vocês tem tudo, nós passava vontade de chupar uma bala, de comer uma banana, quando os pais iam pra cidade, compravam uma banana pra cada filho, e era uma festa né, e agora tem de tudo! (Hortênsia- Usuária)

Pode-se identificar pelas falas da usuária que ela identifica o suicídio ocorrendo com maior frequência nas famílias com boa condição financeira, mas também quando compara sua infância com a de seus filhos, percebe que as dificuldades que enfrentava poderiam ser

aspecto favorável na prevenção do comportamento suicida. Atualmente considera que o acesso à bem e serviços é mais facilitado e que o suicídio ocorre com maior frequência.

Cada oficina teve elementos e discussões singulares ao coletivo participante, mas apresentaram em comum alguns temas: a) Necessidade de dar limites na criação dos filhos e aspectos familiares; b) Sentimento de vazio- vida esvaziada de sentido; c) Suicídio relacionado às questões sociais contemporâneas; d) Manifestação de frustração e impotência de profissionais de saúde, de educação e familiares-usuários diante do suicídio e; e) Importância da espiritualidade como prevenção ao suicídio.

Emergiu, ainda, dificuldade para identificação de aspectos que possam explicar o porquê de alguém “tirar sua própria vida”, e certa confusão com algumas terminologias (eutanásia e bioética) associadas ao suicídio. Da mesma forma, o misticismo surge como explicação ou hipótese através de alegações como a “falta de fé”; a busca por um “ser maior” ou “coisa do demônio”; sugerindo que o suicídio também se encontra associado a crenças pessoais.

As oficinas revelaram que há reconhecimento da multicausalidade do suicídio e não somente como consequência de adoecimento; contribuindo na forma de pensar o tema mediante um outro olhar diante dos casos acompanhados na ESF. Conforme uma das profissionais de saúde participante destaca-se: “Eu tipo demorei, agora que eu estou entendendo esse outro lado de vida que a pessoa tem, se não tu pensa que aquela pessoa só quer morrer” Jasmim (ESF). As interlocuções demonstraram a necessidade de dialogar sobre o suicídio, seja pelo fato de haver poucos espaços, seja pela dificuldade em falar a respeito.

O pouso: experiências comuns verbalizadas nas oficinas

As oficinas permitiram desenvolver algumas análises acerca das impressões do sofrimento humano, pois a experiência de ter um conhecido, familiar ou amigo que tirou sua

própria vida foi compartilhada, bem como a vivência profissional sobre o atendimento em saúde. Necessidades como o acolhimento e a empatia diante dessas situações foram citadas, embora os três segmentos participantes não se sintam adequadamente capacitados. As falas a seguir, tanto nas oficinas com profissionais da educação, como da saúde revelam tal entendimento:

Às vezes até a própria família está pedindo ajuda pra escola, [...] a própria família não sabe o que fazer. [...] Esse trabalho de conversar desgasta um monte, emocionalmente, [...] não compete a mim resolver todos esses problemas de pais, de família que eu estou resolvendo na escola (Orquídea- Escola).

A gente se sente com as mãos atadas em dado momento, que não sabe de que forma pode mais ajudar aquela pessoa mesmo (Narciso- ESF).

Entendem que a dificuldade de falar sobre o suicídio e de não ter compreensão adequada do fenômeno, considerando vários aspectos, podem contribuir para o aumento dos casos. Considerando o suicídio uma morte evitável, o acolhimento das dificuldades do ser humano por outra pessoa legítima o sofrimento, e permite que ele seja compartilhado e assim, talvez, diminuído. A fala de uma professora é reveladora desta situação:

[...] A criança chega pra conversar comigo com ar triste, eu pergunto: o que está te entristecendo? E eu acho que nós, professores, é focar alguma coisa positiva nela [...]. Tem alguns que até tem a referência na professora: “eu gosto da profe”, “mas por quê?” “porque a professora me ouve, a professora vem conversar comigo, a professora é carinhosa comigo (Lavanda- Escola).

Parece ter havido reconhecimento de que cada um pode fazer a diferença para redução do sofrimento alheio, desde que se sinta instrumentalizado; em um espaço que favoreça boas relações interpessoais, mostrando a necessidade de repensar o cuidado ofertado à comunidade.

Os participantes tratam de questões da vida contemporânea, que não têm favorecido encontros com trocas entre pessoas, atribuindo isso cotidiano permeado por relacionamentos virtuais, pouco contato físico e conversas face a face. Iniciativas de alguns professores tentam abordar e contribuir nas situações detectadas no cotidiano escolar:

Eu dou um trabalho pra eles que é construir a história da vida deles, e sinto duas coisas: [...] eles não conseguem nem reconhecer a história da vida deles e essa questão que eles não conseguem nem se identificar com muita coisa. [...] É bem assustador (Araçá- Escola).

Aspectos como a falta de tempo, de não estar disponível e de formação insuficiente estiveram presentes nas falas das oficinas realizadas, tanto com os profissionais de saúde quanto com os de educação. Compreendendo as dificuldades que a maioria das pessoas apresentam, entendem que o suicídio não pode ser tratado de maneira simplista; ressaltando a ausência de identificação profissional imediata com o trabalho de prevenção, embora citem a relevância de ações preventivas.

Nas duas oficinas com professores foi perceptível a fragilidade do ambiente escolar diante de questões de saúde mental. Apesar da acolhida, verificou-se a ausência de espaços de cuidado e de formação para professores e equipe diretiva. Constatou-se a sobrecarga de trabalho, a cobrança de apresentar conteúdos disciplinares previamente definidos no planejamento de atividades educativas em sala de aula. Tal situação dificulta reconhecer a importância do tema e incluí-lo no cotidiano escolar. No entanto, alguns argumentos dos professores reverberam a necessidade por um espaço que acolha as dificuldades e angústias detectadas na fala a seguir:

E eu sempre digo assim, graças a sala dos professores, se a sala dos professores falasse, porque lá é o nosso desabafo , lá a gente ri, conversa, esse momento que para, é o nosso, [...] ali (sala dos professores) é um desabafo. [...] Chega num ponto que tu diz: não, eu tenho que parar! Eu chego num ponto que eu sei quando que é o meu limite, quando eu estou explodindo ou quando eu estou furando os olhos de alguém (Orquídea – Escola).

A sala dos professores parece ser o único local para um diálogo entre eles, ou melhor, para desabafos, em poucos momentos compartilhados. Não foi possível identificar quando são tratados outros temas, para além dos já previstos, somente pistas sobre as demandas:

Eu tenho uma aluna que se corta. [...] eu falei pra ela, tu quer conversar sobre isso? “- Não, eu não quero”, puxou as mangas, e eu disse: “o q tu precisar a profê tá aqui!”. E eu não quis ser mais invasiva, então seria bom conversar com ela, mas eu não sei até que ponto, eu não sei como chegar e tocar no assunto (Anis- escola).

Continuar com a parte emocional e desenvolver um conteúdo, pra mim isso é apavorante, eu fico apavorada! Eu cuido, cuido, cuido, mas na verdade eu soffro! (Dália- Escola).

[...] Ter que resolver essas questões é bem complicado. O que seria da família, acabam que tudo vem pra escola e a gente às vezes não está preparado pra trabalhar com isso (Cravo- Escola).

Foi verificado que os professores, por acompanharem os alunos, com frequência acabam desenvolvendo bons vínculos, por vezes, maiores do que dos alunos com seus familiares. Vistos como referência, professores parecem estar cumprindo um papel de suporte e proteção, que se assemelha ao de um cuidador, com atuação invisibilizada pelo cotidiano escolar e ainda, não reconhecida socialmente.

Reconhecimento atento: Produzindo colagens e tecendo a colcha de retalhos

Vou tecendo palavras com fios de vida. Novelos de várias cores do passado, presente e futuro. Tenho um novelo de fios de sonho com o qual teço as palavras que os fios da vida não me dão crença. Palavras tecidas com fio do futuro ficam transparentes, inertes, paradas. São as que utilizo para entrelaçar os pontos finais do passado...

Teço palavras com o fio do presente que me enche folhas com um olhar interrogativo. Teço palavras com o fio do presente que me magoam, me arrepiam, vindas á do altar das lembranças esquecidas.

Vou fundir todos os novelos. Refugiados num só. Vou distrair as palavras, tecendo-as com suas Armadilhas do infinito. Vou tecer com o emaranhado de novelos. E assim, a minha folha da vida teci. (Silvestre, 2011)

Durante a territorialização do campo de práticas da residência foram identificadas ações de prevenção, dentre elas a campanha “Setembro Amarelo”, vinculada a dez de setembro, dia mundial de prevenção do suicídio. Essa campanha iniciou em 2015, através de

uma iniciativa do Centro de valorização da vida (CVV), Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Psiquiatria com as Secretarias de Saúde, seguindo ações internacionais relacionadas (<http://www.setembroamarelo.org.br/>, recuperado em dois de janeiro, 2018). Tal ação é destinada para público específico, para profissionais ou para usuários do serviço de saúde e não é contínua, tornando-se difícil a mobilização fora deste mês.

O entendimento de que a morte por suicídio pode ser evitada impulsionou a continuidade da pesquisa em momentos mais difíceis. De início as dificuldades em realizar ações preventivas do suicídio foram detectadas e verificou-se que, além do suicídio ter se revelado um tema estigmatizado, não se tem muito claro como agir profissionalmente diante de comportamentos suicidas. Cotidianamente na ESF quando surge uma situação envolvendo suicídio, o psicólogo é acionado para auxiliar no manejo do caso, ficando evidente a necessária instrumentalização dos demais profissionais de saúde para sua condução.

Na intenção de criar um marcador simbólico para a experiência das oficinas, foi proposta a confecção de uma colcha de retalhos, para a qual os participantes foram convidados a escrever em retalhos de tecido, as palavras que considerassem importantes de serem ditas a quem está em sofrimento.

Figura 1 - Colcha de retalhos: costurando palavras e compartilhando o cuidado.



Fonte: Arquivo pessoal da residente, 2018.

Unindo expressões dos participantes das quatro oficinas, montou-se a colcha que buscava dialogar com as pessoas em sofrimento. O impacto visual da colcha produziu inquietações nos usuários e trabalhadores, uma vez exposta na recepção da ESF. Ainda provocou os participantes das oficinas a colocarem-se numa relação de cuidado.

Além da colcha foram sugeridas ações de prevenção, destacando duas já implementadas: 1) Realização de encontros com lideranças religiosas da comunidade para dialogar as dimensões espirituais e como é abordado o tema no meio religioso; 2) Abordar e fomentar o diálogo sobre o tema suicídio nos grupos de saúde existentes na ESF e na sala de espera, incluindo a produção/reprodução de materiais audiovisuais e outras formas de expressão.

Outras propostas das oficinas estão sendo articuladas pela equipe, como: oferta de cuidado mais contínuo aos familiares de pessoas que estão com ideação suicida, por meio da criação de atendimentos direcionados a estes sujeitos que também podem demandar de cuidados; fortalecimento da parceria da ESF com escola, CAPS e hospital, e a criação de

comissão municipal/comitês municipais para socializar dados sobre suicídio e poder realizar um trabalho mais abrangente.

Discussão

O suicídio como “solução duradoura para um problema frequentemente temporário”¹¹

Solomon (2014) considera que em muitos casos a pessoa com ideação suicida tem vivenciado um sofrimento que é temporário. Justifica isso com os variados casos em que o sujeito é salvo de uma tentativa de suicídio e fica grato por isso, pois não desejava morrer. Considerando que a tentativa de suicídio pode ser a expressão final de um adoecimento/sofrimento de uma pessoa, torna-se fundamental que intervenções em saúde mental aconteçam antes da ocorrência de comportamentos suicidas.

Ações de promoção da vida no ambiente escolar, familiar, comunitário, e nos meios de informação devem ser priorizadas, a fim de evitar a cronificação dos problemas de saúde mental (Benincasa & Rezende, 2006). Botega (2014) e Waiselfisz (2014) compreendem que as estatísticas apontam para números crescentes de suicídio no Brasil, principalmente em homens jovens e, mais recentemente em idosos. Dos três estados do sul, o Rio Grande do Sul é responsável por índices crescentes: em 1996 foram registrados 950 casos e, em 2016, 1.168 suicídios (IPEA, 2018).

A coleta de dados das fichas de notificação de violência autoprovoada do município demonstrou que ocorreram tentativas de suicídio por meios diversos. O uso de medicamentos psicotrópicos foi o mais corriqueiro, enforcamento a principal causa de morte. As lesões/mutilações causadas por objetos perfuro-cortantes foram mais incidente em jovens dos

¹¹ Solomon (2014, p.236).

13 aos 19 anos, sendo que essas foram notificadas principalmente pela atenção básica do município ao setor de Vigilância em Saúde.

Para Mesquita, Ribeiro, Mendonça e Maia (2011) as mutilações podem ser consideradas maneiras que os adolescentes encontram para externalizar frustrações, e outros sentimentos negativos, uma vez que a dor física desloca o sofrimento emocional. Também pode ser considerado um ato punitivo de si mesmo.

A automutilação não costuma ter intencionalidade suicida consciente, sobretudo esse pode ser um comportamento preditor da tentativa de suicídio, pela relação com sofrimento emocional. Adolescentes que se auto-mutilam podem encontrar nesse ato uma maneira de evitar a tentativa de suicídio externalizando seu sofrimento (Mesquita et al., 2011). O comportamento suicida na adolescência extrapola características naturais dessa fase do desenvolvimento humano; alguns jovens, ao não visualizarem perspectiva de futuro, podem buscar a morte como uma solução aos tormentos vividos (Benincasa & Rezende, 2006).

O documento “Mapa da Violência: Os jovens do Brasil” ao analisar a mortalidade juvenil entre 1980 e 2012 conclui que: “em todas as fases se observa um panorama incremental nos suicídios: crescimento negativo na primeira década, baixo crescimento na década de 1990/2000, crescimento acelerado até 2012” (Waiselfisz, 2014, p.96). Num estudo com adolescentes, Benincasa e Rezende (2006) identificaram a tristeza como fator de risco para comportamento suicida em adolescentes, evidenciando a ausência de espaços para falarem e refletirem a respeito de seus problemas cotidianos. O suicídio é mais corriqueiro na sociedade do que se pode imaginar (Borges & Werlang, 2006).

As idades de 15 a 24 anos têm recebido atenção dos pesquisadores no enfoque do comportamento suicida e a adoção de comportamentos de risco é frequente e envolve muitas dimensões (Mesquita et al., 2011). O suicídio de adolescentes é considerado a terceira causa de morte no Brasil e os fatores de risco mencionados atingem esse grupo. O contexto familiar é um aspecto fundamental das relações humanas, e pode cumprir funções de proteção diante

do suicídio em adolescentes com atitudes de apoio, coesão e comunicação entre seus membros (Borges & Werlang, 2006).

O Programa Saúde na Escola (PSE) do governo federal estimula os municípios a realizarem parcerias entre setores públicos de saúde e educação. Visa o desenvolvimento da cidadania, redução das vulnerabilidades e melhoria da qualidade de vida, contribuindo numa formação integral dos educandos da rede pública de ensino. O PSE possui temas prioritários para sua execução, dentre eles existem: promoção da cultura de paz; promoção de saúde mental; prevenção das violências. A promoção da vida e prevenção do suicídio insere-se nessas temáticas, e por meio do PSE é possível implementar o diálogo sobre sofrimento humano e comportamento suicida no ambiente escolar (Brasil, 2015).

Há relatos de experiências exitosas na prevenção do suicídio, a exemplo no município gaúcho de Candelária/RS, que apresentava um dos mais altos coeficientes de mortalidade por suicídio no estado (Nogueira, 2013). A implantação de um programa de prevenção ao suicídio demonstrou redução significativa na frequência absoluta nos casos de suicídios, tornando-se referência desses para o desenvolvimento das estratégias governamentais do estado para a redução de casos.

Fatores precipitantes: o suicídio não é lógico, para quê motivos?¹²

Numa tentativa de resposta pode-se dizer que, talvez definir as causas/motivos que levaram alguém ao suicídio nos deixam menos inseguros diante deste fenômeno. No entanto, com a pertinência da reflexão anterior, para o planejamento de ações de prevenção é indispensável o reconhecimento dos fatores precipitantes das tentativas e dos suicídios, bem como dos meios utilizados (Fukumitsu, 2014).

¹² A partir das reflexões de Solomon (2014).

Estudos a respeito do suicídio têm sido realizados com maior frequência nos últimos anos aportando ao fenômeno dimensões sociais, ou seja, como parte do que se chama sofrimento existencial, o suicídio é um fenômeno coletivo e também, individual (Fukumitsu, 2018). Durkheim (2000) entendia o suicídio como um problema da sociedade, pois alguns contextos culturais específicos estariam mais associados à ocorrência de suicídio. Segundo Meneguel, Victora, Faria, Carvalho e Falk (2004) o suicídio está relacionado a aspectos culturais e sociais, questões étnicas, crises sociais e econômicas que concorrem para esses altos índices já apontados.

A possibilidade de uma pessoa querer tirar sua vida suscita uma série de sentimentos e pensamentos negativos na maioria das pessoas. Outros justificam remetendo às histórias do passado do suicida ou relacionam à ausência de elos com a religiosidade ou a falta de espiritualidade, inexistência de alguma crença pessoal que dê certa força para superação de “maus pensamentos”. É comum a atitude de não querer falar sobre o assunto. Neste sentido, a literatura tem considerado tanto a religiosidade, quanto a espiritualidade como aliadas das pessoas que sofrem, sugerindo uma associação entre saúde mental e religiosidade, sendo esses fatores protetivos do suicídio (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003).

Término de um relacionamento, perdas importantes e estresse têm sido relacionados ao suicídio como fatores precipitantes (Botega, 2015). Doença mental, características comportamentais como impulsividade e/ou agressividade parecem ter associação com comportamento suicida. Por essas questões Chachamovich, Stefanello, Botega e Turecki (2009) consideram necessário ir além da associação entre transtorno mental e suicídio, já que o suicídio não se constitui apenas dessa relação.

Ao identificar fatores de risco para o suicídio é importante destacar o diagnóstico de depressão. Apesar do quadro depressivo por si não se constituir enquanto aspecto precipitante para o suicídio, a depressão é uma psicopatologia que tem sido fortemente associada ao comportamento suicida. Também existem estudos que alertam para a depressão em

comorbidade com outras patologias mentais como preditores do risco de suicídio (Chachamovich et al., 2009).

Sobretudo, mesmo que uma análise sobre depressão na contemporaneidade seja uma temática relevante para compreensão do suicídio, é necessário ir além e visualizá-lo de maneira mais ampliada, pois além dos transtornos mentais, aspectos como sexo biológico, aspectos da sexualidade, idade, estado civil, emprego, histórico de suicídio na família, abuso de álcool e outras drogas, doenças incapacitantes, ausência de crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade, tentativas de suicídio anteriores, têm sido consideradas na identificação dos aspectos de risco para o suicídio (Botega, 2015; CVV, 2018; Fleck et al., 2003).

A satisfação também é um aspecto que envolve a dimensão de saúde mental, relacionando-se a fatores protetivos da vida, apresentando relação com o comportamento suicida. Apesar da compreensão de que são muitos os fatores que levam o sujeito à necessidade de um tratamento medicamentoso, a quantidade de pessoas em uso de psicotrópicos denota um adoecimento expressivo da população brasileira, além da dificuldade no gerenciamento de sentimentos negativos (Santos, Ulisses, Costa, Farias & Moura, 2016).

Através da avaliação das fichas de notificação ficou evidenciado que as mortes por suicídio que ocorreram no município foram em sua maioria por enforcamento, revelando alta intencionalidade e letalidade do comportamento suicida. Por um aspecto é importante a combinação de terapias medicamentosas, psiquiátricas e psicológicas em algumas psicopatologias, e por outro, a sociedade tem feito utilização inadequada do tratamento medicamentoso, como sendo de fácil acesso e demandando pouca modificação de hábitos (Silva, 2009).

A morte por suicídio causa um impacto significativo nas pessoas mais próximas, existindo uma tendência a sentimentos de culpa diante dessa situação, justificando-se ser uma perda repentina e violenta para as pessoas que são próximas. Também estima-se que o período e as dificuldades na elaboração do luto, sejam maiores do que nas mortes naturais. Essa

condição também demanda cuidado dos profissionais de saúde, exigindo o direcionamento de ações voltadas para o cuidado e acolhimento da demanda das pessoas que foram impactadas diretamente por um suicídio (Fukumitsu & Kovács, 2016).

Suicídio: um tema impossível¹³?

A partir dos dados, observa-se que as redes de atenção precisam criar e manter condições de detectar de forma precoce os comportamentos suicidas, possibilitando aos profissionais de saúde a realização de projetos terapêuticos preventivos, com envolvimento de familiares e amigos (Felix et al., 2016). Por se tratar de uma questão complexa, leva a uma falsa ideia de que precisa ser tratado também de forma complexa. Ou seja, não parece ser destaque a possibilidade das tecnologias leves, caracterizadas pela oferta de espaços de fala e escuta e de convivência e outras estratégias de base comunitária sem o enfoque na prevenção do suicídio para que elas ocorram.

Os profissionais de saúde podem recorrer às diferentes tecnologias no cuidado: as leves, leve-duras e duras. Dentre as leves encontram-se as relações entre usuários e profissionais – que são os espaços relacionais por excelência; as tecnologias duras incluem equipamentos, ferramentas e normas organizacionais. E as leve-duras são caracterizadas pelo saber estruturado acadêmico da formação profissional (Merhy, 2007).

A percepção de despreparo para trabalhar com demandas relacionadas ao suicídio foi relatada nas oficinas com os profissionais de saúde. Trata-se de algo preocupante já que, cerca de 50% das pessoas que realizaram suicídio nunca consultaram com profissionais da área da saúde mental; porém 80% das pessoas que tiraram sua própria vida foram atendidos no mês anterior por um profissional de saúde com outras queixas (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006). Dessa forma, profissionais de diferentes áreas devem estar instrumentalizados para

¹³ Solomon (2014, p.235).

acolher pessoas com comportamento suicida, pois sua intervenção poderá fazer diferença direta na decorrência da tentativa ou mesmo do óbito.

A sensibilidade dos profissionais diante do suicídio é tão importante quanto a capacitação sobre o tema, para que haja acolhimento e detecção precoce de sinais e sintomas (Conte et al, 2012). No entanto, estudo recente levanta um aspecto importante em relação à formação profissional da saúde, ressaltando que raramente tem feito parte dos currículos a abordagem de temas relacionados ao manejo de comportamentos suicidas ou formas de acolhimento a quem está de luto por suicídio (Fukumitsu, 2018).

A Educação Permanente (EP) pode ser um dispositivo para abordagem da situação. A EP - política do Sistema Único de Saúde (SUS)- visa uma transformação das práticas em saúde, é realizada no cotidiano dos serviços, partindo da problematização de situações e/ou dificuldades enfrentadas pelos próprios profissionais e a busca de estratégias para seu enfrentamento ou superação. Parte do pressuposto de que a partir da reflexão as ações podem ser modificadas, podendo ser utilizada em outros espaços, como o do ambiente escolar (Ceccim, 2005; Ceccim, 2004).

Raramente nos deparamos com atividades de prevenção ao suicídio destinadas ao público escolar, sendo que esse é um dos grupos primordiais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Por essa questão a aproximação entre serviços públicos de saúde e educação são tão importantes, além da valorização do trabalho desenvolvido pelos profissionais de educação, deve ocorrer o acolhimento das demandas do ambiente escolar, incluindo também as dos professores. Qualificar a atuação de profissionais para que esses tornem-se multiplicadores em seu dia a dia por meio de ações de prevenção e cuidado.

Ações integradas entre profissionais de saúde e lideranças religiosas têm recebido retornos favoráveis na redução de casos de suicídio apresentando esclarecimento a respeito das percepções envolvendo o comportamento suicida. Seguindo nesta direção, Botega (2015) e Fleck et al., (2003) corroboram que religião e espiritualidade devem ser consideradas,

embora às vezes, vistas como sinônimas, apresentam algumas diferenças. A espiritualidade remete a questões sobre o significado da vida, bem como de razões para viver, e a religiosidade consiste em crença envolvendo práticas da pessoa que segue tal credo (Fleck et al., 2003).

As oficinas consistiram na oferta de espaços de escuta, com referencial da educação popular em saúde, caracterizando-se em uma tecnologia leve de cuidado (Merhy, 2007), sensibilizando os participantes a falar sobre o suicídio através da instrumentalização e responsabilização pelo sofrimento alheio. Fukumitsu (2018, p. 108) considera que é necessário assumir a tarefa do cuidado ao sofrimento humano com “acolhimento, a presença, a escuta e a manifestação genuína de compaixão para com o outro”. É preciso manter a interlocução de diferentes profissionais para que seja possível a formação de uma rede de apoio e o seu fortalecimento “para lidar com a sensação de impotência”, e contribuir para a prevenção do suicídio (Fukumitsu 2018, p. 110).

Considerações Finais

O suicídio integra o rol de problemas de saúde pública e é um fenômeno multicausal em que concorrem fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e de contexto geográficos singulares a cada situação. O estudo evidenciou que ações curativas e de reparação são mais frequentes do que as de promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que há alta demanda pela cura e reabilitação.

As oficinas produziram sugestões de ações preventivas. Revelaram o professor como cuidador no ambiente escolar, ainda que esse papel não seja atribuído a ele, bem como não haja gratificação ou estímulo para essa tarefa. Há urgência em ampliar o diálogo sobre o

suicídio nas formações da área da saúde, com indicativo de que os usuários devem ser sensibilizados para discutir a respeito, uma vez que há um tabu sobre o assunto. Foi verificada a ausência de Educação Permanente (EP) nos dispositivos do território para além da ESF, sendo que a EP pode ser estratégia potente na atuação sobre suicídio. Além de espaços de EP, a promoção da cultura de paz por meio do Programa Saúde na Escola pode servir de aporte para inserção da prevenção do suicídio e promoção da vida no ambiente escolar.

As vivências nas oficinas e a literatura mostraram que é necessário oportunizar espaços de fala, escuta e reflexão em torno do tema suicídio, acolhimento e informação com ações com enfoque na promoção da vida, implicando no fortalecimento de uma rede local comunitária. Trabalhar com prevenção ao suicídio na atenção básica envolve compreender que toda intervenção realizada será feita valorizando a vida.

Sobretudo destaca-se que a utilização de oficinas e a garantia de espaços para dialogar problemáticas sobre a vida, que causam sofrimento aos indivíduos, são maneiras efetivas de acolher o sofrimento humano, e constituem estratégias valiosas para o desenvolvimento de vínculo, relações de cuidado, qualidade de vida e prevenção do suicídio.

A experiência no decorrer das atividades de residente na ESF, em conjunto com essa pesquisa, demonstrou que o acolhimento oportuno à sujeitos com ideação suicida promoveu diminuição do sofrimento psicológico, decorrendo na redução das tentativas de suicídio naquele momento. Por fim, a pesquisa demonstrou o potencial do trabalho em rede, na atuação do psicólogo em parcerias intersetoriais e com a comunidade, tratando-se de uma aposta na habilidade humana de inventar novas formas de cuidar do outro e cuidar de si.

Referências

Baptista, M. N., Carneiro, A. M., Gomes, J. O., Cardoso, H. F. (2012). Análise Epidemiológica do Suicídio em duas Regiões do Estado de São Paulo entre 2004 e 2008. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 2-12. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100002.

- Benincasa, M., Rezende, M. M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de Psic*, LVI(124), 93-110. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v56n124/v56n124a07.pdf>.
- Borges, V. R., Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de psicologia*, 11(3), 345-351. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/12.pdf>
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Rev. Psic. USP*. 25(3), 231-236. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Werlang, B.S. G., Cais, C. F. S., Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, PUCRS, 37(3), 213-220. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <https://core.ac.uk/download/pdf/25531805.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006 b). Portaria nº 1876, de 14 de agosto de 2006. *Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-1876-2006>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006 a) *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1241.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Caderno do Gestor do PSE*. Brasília, DF. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Suicídio, Saber, agir e prevenir: Boletim Epidemiológico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde. 48(30). Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>.
- Ceccim, R. B. (2004). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface, comunic, saúde, educ*, 9(16), 161 – 177. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde : descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc. & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_abstract&tlng=pt.

- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr*, 31(I),18-25. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1>.
- Conte, M., Meneghel, S., Trindade, A. G., Ceccon, R. F., Hesler, L. Z., Cruz, C. W., . . . Jesus, I. (2012). Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Rev Ciên e saúde col*, 17(8), 2017-2026. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n8/2017-2026/pt/>.
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: estudo de sociologia* (1a ed.; Monica Stahel trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Felix, T. A., Oliveira, E. M., Lopes, M.V. O., Parente, J. R. F., Dias, M. A. S., Moreira, R. M. M. (2016). Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Rev Contexto & Saúde*, 16(31), 173-185. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.173-185>.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais . *Rev. Saúde Pública*. 37(4), 446-455. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf>.
- Fukumitsu, K. O. (2014) O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), 270-275. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0270.pdf>.
- Fukumitsu, K. O. (2018). Suicídio: do desalojamento do ser ao desertor de si mesmo. *Revista USP*,119, 103-114. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <https://jornal.usp.br/revistausp/revista-usp-119-textos-7-suicidio-do-desalojamento-do-ser-ao-desertor-de-si-mesmo/>.
- Fukumitsu, K. O., Kovács, M. J. (2016) Especificidades sobre o processo de luto frente ao suicídio. *Psico*. 47(1), 3-12. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psico/v47n1/02.pdf>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). *População estimada: Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2018*. Brasil: IBGE. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <https://cidades.ibge.gov.br>.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BR). (2018). *Atlas da Violência- Suicídios entre 1996 a 2016*. Brasil: IPEA. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019. <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/dados-series/83>.
- Meneguel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A., Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Púb*, 38(06), 804-810. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008.
- Merhy, E. E. (2007). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., Maia, A. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Rev Psic da Criança e do*

- Adol*, 3, 96-109. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/115/1/rpca_n3_artigo_6.pdf.
- Minayo, M. C. S., Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre Pessoas Idosas: Revisão da literatura. *Rev Saúde Pub*, 44(4), 750-757. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020.
- Nogueira, R. C. (2013). *Repercussões de projeto de implantação de rede intersectorial de prevenção do suicídio em municípios do Rio Grande do Sul* (dissertação). Universidade Estácio de Sá: Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://portal.estacio.br/media/3623/ricardo-de-campos-nogueira-disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Passos, E., Kastrup, V., Escóssia, L. (2015). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Ribeiro, D. B., Terra, M. G., Soccol, K. L. S., Schneider, J. F., Camilo, L. A., Plein, F. A. S. (2016). Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev. Gaúcha Enferm*, 37(1), 1-7. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100414&lng=en&nrm=iso.
- Santos, W. S., Ulisses, S. M., Costa, T. M., Farias, M. G., Moura, D. P. F. (2016) A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3):515-526. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n3/v17n3a16.pdf>.
- Silva, D. M. C. (2009). *Avaliação do consumo de medicamentos psicotrópicos no município de Pacatuba* (Dissertação). Escola de Saúde Pública- ESP: Fortaleza, Brasil. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=947:avaliacao-do-consumo-de-medicamentos-psicotropicos-no-municipio-de-pacatuba&id=116:esp.-vigilancia-sanitaria.
- Silvestre, Ana. (2011, junho, 16). *Poemas: Tecendo Palavras*. Recuperado de <https://www.luso-poemas.net/modules/news/article.php?storyid=189553>.
- Solomon, A. (2014). *O demônio do meio dia: uma anatomia da depressão*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Souza, V. S., Alves, M. S., Silva, L. A., Lino, D. C. S. F., Nery, A. A., Casotti, C. A. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J. Brasi. Psiquiat*, 60(4), 294-300. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852011000400010&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Vergara, N. (2018, junho 10). *Uma dor que avança*. Jornal Correio do Povo Caderno Rural: 1-3.
- Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da Violência 2014: Os jovens do Brasil*. Flacso: Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneve: WHO. Recuperado em 01 de fevereiro de 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=6B04F80EF900B4F1D8CC68457FE48295?sequence=1.

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

**ANEXO: NORMAS PARA SUBMISSÃO DA
REVISTA *Psicologia: ciência e profissão***

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)
- [Submissão do manuscritos pelo\(s\) autor\(es\)](#)

Escopo e política

A Revista **Psicologia: Ciência e Profissão** é uma publicação trimestral editada pelo Conselho Federal de Psicologia.

Publica manuscritos originais, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, nas categorias de **Estudo teórico, Relato de pesquisa, Relato de experiência**. Os manuscritos submetidos serão avaliados com base em critérios específicos que salientem a sua relevância científica e social no âmbito da produção de conhecimento em Psicologia.

O título abreviado do periódico é **Psicol., Ciênc. Prof.** que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

A Revista adota o sistema iThenticate para identificação de plágio.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Forma e preparação de manuscritos

O manuscrito submetido a RPCP não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica ou de pesquisa.

Todas as submissões de manuscritos devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author), no que diz respeito ao estilo de apresentação do manuscrito e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA.

Observação: Se uma citação ou trecho de entrevista compreende menos do que 40 palavras, incorpore-a ao texto e a coloque entre aspas duplas. Caso compreenda 40 ou mais palavras, apresente-a em um bloco de texto separado e omita

as aspas.

Categorias do manuscrito

1. Estudo teórico - discussão de temas e problemas fundamentados teoricamente, envolvendo reflexão crítica e indicação avanços científicos no estado da arte a ele associado. É necessário conter: resumo, introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais e referências. Devem ser escritos entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências;

2. Relato de pesquisa – investigação original, de relevância científica, baseadas em estado da arte e dados empíricos, lastreada em metodologia específica e discussão. É importante que seja explicitada a contribuição da pesquisa para a produção do conhecimento em Psicologia. É necessário conter: introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais. Devem ser escritos entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências;

3. Relato de experiência - relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, de interesse e relevância científica e social para as diferentes áreas do conhecimento psicológico, e que demonstrem contribuições para a melhoria de práticas profissionais em Psicologia. É necessário conter: resumo, introdução, método, resultados, discussão e conclusão ou considerações finais e referências. Devem ser escritos entre 15 e 20 laudas, não considerando resumos e referências.

Critérios gerais para avaliação dos manuscritos

1. Os trabalhos enviados devem ser redigidos em português, em inglês ou em espanhol e, obrigatoriamente com resumo, abstract e resumen;
2. Espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, margens de 2,54 centímetros, texto alinhado à esquerda;
3. Textos devem ser submetidos em extensão .doc ou .docx;
4. Tabelas e figuras (gráficos e imagens) devem constar no corpo de texto, mas necessariamente em formato editável.
5. As páginas não devem ser numeradas
6. O título deve ser centralizado, em negrito e conter letras maiúsculas e minúsculas;
7. O título deve explicitar o(s) fenômeno(s) estudado(s) e a relação com o contexto de investigação.
8. O resumo deve ater-se às informações relevantes do manuscrito, destacando o contexto teórico do estudo, objetivo, método, resultados, discussão e conclusão. Manuscritos de revisão sistemática ou teóricos devem explicitar a perspectiva adotada e as

- contribuições ou avanços produzidos pela pesquisa no campo da Psicologia. De 150 a 250 palavras, e de 3 a 5 palavras-chave em cada um dos resumos.
9. A introdução deve destacar o estado da arte, propósitos e objetivos e potencial contribuição da investigação na área de conhecimento considerada.
 10. O método deve salientar o delineamento e os procedimentos de pesquisa e, principalmente, no caso das pesquisas empíricas, especificar o contexto, participantes, variáveis ou categorias estudadas, instrumentos de coleta de dados, análise dos dados sistematizados e discussão.
 11. As referências e formas de citação devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author).
 12. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs) incluídos no texto devem estar ativos e prontos para acesso imediato.

Envio de manuscritos

Os manuscritos devem ser inéditos e os artigos serão submetidos a exame pela comissão editorial, que poderá recorrer ao conselho consultivo e/ou a pareceristas *ad hoc*, a seu critério, omitida a identidade dos autores.

Submissão do manuscrito pelo(s) autor(es)

Os autores devem atentar-se as seguintes especificações de envio:

1) Carta ao Editor

Os autores devem dar ciência da sua concordância com a publicação do manuscrito à Revista Psicologia: Ciência e Profissão por meio de **carta ao editor** assinada por todos os autores, digitalizada e enviada via Plataforma SciELO como "Documento Suplementar", atendendo as seguintes exigências:

- a) Identificar a categoria do manuscrito, conforme especificado no item "Forma e preparação dos manuscritos";
- b) Justificar a relevância científica e social;
- c) Declarar que o manuscrito submetido à RPCP não foi submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica;
- d) Declarar que os procedimentos éticos de pesquisa exigidos pela legislação

vigente ([Resolução 466/2012](#)) foram cumpridos e, em todos os casos de estudo/pesquisa empírica, sejam Relatos de Pesquisa ou Relatos de Experiência, é necessário apresentar o respectivo parecer do Comitê de Ética da Universidade/Instituição ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no caso de estudo individual/grupal;

e) Autorizar o início do processo editorial do manuscrito.

f) Indicar a área de conhecimento a qual o manuscrito pertence de acordo com a [Tabela de áreas](#).

Somente serão avaliados manuscritos submetidos à Revista PCP via Plataforma SciELO.

2) Folha de Rosto

A folha de rosto deverá ser enviada via Plataforma SciELO como "Documento Suplementar", contendo:

Título em português (máximo de 12 palavras);

Título em inglês;

Título em espanhol;

Nome, titulação e afiliação institucional e/ou profissional, por extenso, de cada um dos autores;

Nomes dos autores como devem aparecer em citações;

Endereço de correspondência do(a) autor(a) com o qual a Revista poderá se corresponder (recomendamos que sejam utilizados endereços institucionais);

Agradecimentos e observações, quando pertinentes.

3) Apresentação formal do manuscrito

Os textos originais deverão ser submetidos via Plataforma SciELO mediante cadastro do(a) autor(a) no sítio da Revista PCP

(<http://submission.scielo.br/index.php/pcp/about/submissions#authorGuidelines>).

Como a revisão dos manuscritos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade dos autores verificarem a não existência de elementos capazes de identificá-los em qualquer outra parte do manuscrito, inclusive nas propriedades do arquivo.

Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do manuscrito e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica, utilizando seu nome de usuário e senha. Os manuscritos somente iniciarão o processo editorial com o registro de **todos** os autores no sítio da Revista e de seus respectivos e-mails.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**SAF/SUL Q. 02, Bloco B, Edifício via office, térreo, sala 105
70070-600 Brasília DF Brasil
Tel.: 55 61 2109-0100
Fax: 55 61 2109-0150**

Considerações finais

Compreende-se que esse trabalho permitiu identificar as necessidades do território em estudo por meio do diagnóstico, e realizar uma intervenção baseada nas demandas existentes. A inserção da psicologia na atenção básica permite contribuir com as demandas de saúde mental existentes no território, e também possibilita o desenvolvimento de uma prática profissional direcionada à problemáticas sociais, ampliando assim atuação profissional. Também possibilitou o trabalho em equipe com demais colegas da residência, de forma a promover um cuidado integral aos usuários.

Enquanto um trabalho de conclusão da residência compreendo que me desafiei numa intervenção a partir de uma temática complexa, que é o suicídio, aprendi novas técnicas metodológicas de pesquisa-intervenção, e pude desenvolver ações coerentes com princípios do SUS de forma multiprofissional e intersetorial.

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Campo de Prática: ESF Santa Rita – Marau/RS

**ANEXO: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO NA
REVISTA-**

Psicologia: ciência e profissão



Roberta Brizolla Rosa <betabriz.cbjr@gmail.com>

[pcp] Agradecimento pela Submissão

Neuza Maria de Fátima Guareschi <noreply.ojs@scielo.org>
Para: Roberta Brizolla Rosa <betabriz.cbjr@gmail.com>

8 de fevereiro de 2019 03:28

Roberta Brizolla Rosa,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Sofrimento humano e espaços de cuidado: estudo sobre suicídio em município gaúcho" para Psicologia: Ciência e Profissão. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/pcp/author/submission/219676>

Login: roberta_rosa

Informamos que será verificado se o manuscrito está de acordo com as normas da revista. Caso esteja, será submetido à apreciação do Corpo Editorial da Revista que, conforme estabelecido nas regras da revista, será submetido a avaliação cega, finda a qual o Editor decidirá se o artigo é aceite com ou sem alterações, ou recusado.

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Neuza Maria de Fátima Guareschi
Psicologia: Ciência e Profissão

Psicologia: Ciência e Profissão
<http://submission.scielo.br/index.php/pcp>