



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL: um
estudo ecológico analítico de série temporal**

São Luís

2019

Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL: um
estudo ecológico analítico de série temporal**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família,
da Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Erika Bárbara
Abreu Fonseca Thomaz

Co-Orientador: Prof. Dr. Thiago Augusto
Hernandes Rocha

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do
cuidado em saúde.

São Luís

2019

Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL: um
estudo ecológico analítico de série temporal**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz
Universidade Federal do Maranhão
(Presidente/Orientadora)

Prof. Dr. Thiago Augusto Hernandez Rocha
Universidade Federal do Maranhão
(Co-orientador)

Prof. Dr. João Ricardo Nickenig Vissoci
Duke University
Membro externo

Profa. Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz
Universidade Federal do Maranhão
(Membro interno)

Aprovado em: _____ de _____ de _____

São Luís

Carneiro de Souza Cavalcante, Danyelle.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO BRASIL : um estudo ecológico analítico de série temporal / Danyelle Carneiro de Souza Cavalcante. - 2019.

73 f.

Coorientador(a): Thiago Augusto Hernandez Rocha.

Orientador(a): Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Suicídio. I. Abreu Fonseca Thomaz, Erika Bárbara. II. Hernandez Rocha, Thiago Augusto. III. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado oportunidade de realizar esse mestrado, pelo conforto, consolo nos momentos difíceis. Sem Ele eu não teria conseguido.

A esta Universidade Federal do Maranhão, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a realização do mestrado.

A minha orientadora, Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz, pela paciência, auxílio, construção coletiva, sabedoria compartilhada, pelas suas correções e incentivos.

Ao Professor Dr. Luiz Augusto Facchini, da Universidade Federal de Pelotas, e demais coordenadores da avaliação externa do PMAQ-AB; bem como a toda a equipe que coletou e supervisionou a coleta dos dados.

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento do PMAQ-AB.

À CAPES, pelo financiamento da RENASF.

Ao meu esposo Ademir Cavalcante, pela dedicação, companheirismo, amor e auxílio.

Ao meu filho Lucas Emanuel, pelo conforto, afeto, carinho e amor.

A minha irmã Dilyanne Carneiro, por me motivar e acreditar que eu ingressaria nesse mestrado.

A minha querida mãe Cleonice Carneiro, minha inspiração e amiga, por acreditar nos meus sonhos, pelo amor, auxílio, conforto.

Ao meu pai Claustonio Rodrigues, meu intercessor, pelas orações e palavras de ânimo que sempre me diz.

A todos da minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos amigos Heloísa Maria, Cirlândio Coutinho, Bruno Moreira, Lívia Cristina, Ellen Rose, Evanilde da Silva, John Lenon, Joelmara Furtado, Patrícia Veras, Ivonice Cirqueira, Neusa Amorim, Joama Gusmão e Maria Madalena que estiveram junto comigo durante todo o mestrado.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização desse trabalho.

Dedico este trabalho aos profissionais da Atenção Primária a Saúde, os quais possuem papel primordial na prevenção do suicídio no país.

RESUMO

O suicídio é definido como um ato consciente de auto aniquilamento vivenciado por aquele em situação de vulnerabilidade, que o percebe como a melhor solução para sair de uma dor psicológica insuportável. No Brasil, entre 2011 e 2016, foram registrados 62.804 óbitos, perfazendo uma média de 11 mil suicídios por ano. Ressalta-se que o risco elevado para suicídio pode ser intrínseco as pessoas com transtornos mentais. Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel imprescindível e estratégico no cuidado aos pacientes com transtornos mentais na prevenção do suicídio, dado o seu papel de porta de entrada preferencial para a assistência em saúde. O objetivo desse estudo foi analisar a associação de características e processo de trabalho da estrutura na APS e taxas do suicídio. Trata-se de um estudo ecológico com abrangência nacional e abordagem analítica. Utilizaram-se os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SMI) para informações sobre os suicídios e as características socioeconômicas dos municípios nos sítios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e ainda das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do inquérito de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ciclos I (2012), II (2014) e III (2017). Associações entre elementos da estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes de APS com as taxas de suicídio foram estimadas por regressão linear de efeitos mistos, com modelagem hierarquizada, estimando-se os coeficientes de regressão brutos e ajustados (β) e respectivos Intervalos de Confiança a 95% (IC95%). A taxa de suicídio aumentou no país, sendo maior no sexo masculino, e os meios mais utilizados foram enforcamento, intoxicação e uso de arma de fogo. Após ajuste dos modelos, as taxas de suicídio foram maiores em localidades com maior proporção de UBS que dispunham de drogas em quantidade suficiente ($\beta = 0.012$; $P < 0.001$) e naquelas localidades cujas equipes de APS realizavam menor proporção de autoavaliação ($\beta = -0.006$; $P = 0.020$), registro ($\beta = -0.011$; $P = 0.001$) e visita domiciliar ($\beta = -0.014$; $P = 0.015$). Conclui-se que ações como o monitoramento dos portadores de transtornos mentais na APS podem impactar na redução do suicídio nos municípios brasileiros.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Suicídio. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Suicide is defined as a conscious act of self-annihilation experienced by those in situations of vulnerability, who realize it as the best solution to overcome an unbearable psychological pain. In Brazil, between 2011 and 2016, 62,804 deaths were recorded, constituting an average of 11 thousand suicides per year. It is worth emphasizing that the high risk for suicide may be intrinsic to people with psychiatric diagnoses. Within this context, Primary Health Care (PHC) plays an essential and strategic role in the care of patients with mental disorders in the prevention of suicide, because of its role as the favorite entrance door for health care. This study was intended to analyze the effect of the PHC care on the occurrence of suicide. This is an ecological study with an national coverage and analytical approach. We used data from the Mortality Information System to gather information about suicides and socioeconomic characteristics of the municipalities on the websites of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), as well of Basic Health Units (BHU) and from the external evaluation survey of the Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB), cycles I (2012), II (2014) and III (2017). We estimated associations between elements of the Primary Health Care Units (PHCU) structure and the work process of PHC teams with suicide rates by means of linear mixed-effects regression, with a hierarchical modeling, estimating the gross and adjusted regression coefficients (β) and their respective 95% Confidence Intervals (95% CI). The suicide rate has increased in our country, showing higher levels in males; and the most used means were hanging, poisoning and firearm use. After adjusting the models, suicide rates were higher in locations with the highest proportion of PHCU that had sufficient amount of medicines ($\beta = 0.012$; $P < 0.001$) and in those locations where PHC teams performed the lowest self-rated proportion ($\beta = -0.006$; $P = 0.020$), registration ($\beta = -0.011$; $P = 0.001$) and home visit ($\beta = -0.014$; $P = 0.015$). We can conclude that actions to follow-up patients with psychiatric disorders in PHC can impact the reduction of suicide in the Brazilian towns.

Keywords: Primary Health Care. Suicide. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Taxa de suicídio no mundo em 2016.....	18
Figura 2 -	Modelo teórico do estudo.....	31
Figura 3 -	Taxa de suicídio na população brasileira, por sexo. 2010-2015.....	37
Figura 4 -	Distribuição do número de óbitos por suicídio, segundo o meio utilizado, Brasil, 2012, 2014 e 2017.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de suicídio na população brasileira, por Unidade da Federação (por 100 mil habitantes) 2012-2017.....	36
Tabela 2 - Descrição das variáveis de estrutura e processo de trabalho. PMAQ-AB, 2012, 2014 e 2017.....	39
Tabela 3 - Descrição das variáveis de estrutura e processo de trabalho. PMAQ-AB, 2012, 2014 e 2017.....	40
Tabela 4 - Associação entre estrutura e processo de trabalho na APS com taxa de suicídio. Brasil, 2012, 2014, 2017.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Associação Brasileira de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
b	Coeficientes de regressão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSRP	Centre for suicide research and prevention
DATASUS	Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde
DI _q	desvios interquartílicos
dp	desvios-padrão
EqAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
hab	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalos de Confiança a 95%
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INE	Instituto Nacional de Estatística
LGBTQI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais Queer e Intersexo
med	Mediana
MS	Ministério da Saúde
N	Norte
NASF-AB	Centros Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NE	Nordeste
OMS	Organização Mundial da Saúde
OVV	Observatorio Venezolano de Violencia
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ - AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PI	Piauí
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul

SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Taxa de Suicídio
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UF	Unidade Federativa
x	média
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO.....	15
3	OBJETIVOS.....	16
3.1	Objetivo Geral.....	16
3.2	Objetivos Específicos.....	16
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
4.1	Definição de suicídio.....	17
4.2	Dados da mortalidade por suicídio no Brasil e no mundo.....	18
4.3	Possíveis causas do suicídio.....	20
4.3.1	Transtornos Mentais.....	21
4.3.2	Fatores socioeconômicos.....	22
4.4	Posvenção do suicídio.....	23
4.5	Serviços de Saúde na prevenção do suicídio.....	24
4.6	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB.....	27
5	CAMINHO METODOLÓGICO.....	29
5.1	Tipo e local do estudo.....	29
5.2	Fontes de dados	29
5.3	Unidades de análise.....	30
5.4	Variáveis e indicadores.....	30
5.5	Análise de dados.....	34
6	RESULTADOS.....	36
7	DISCUSSÃO.....	42
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE – Quadro 1.....	64

1 INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo, a morbimortalidade por causas externas representa um grave problema de saúde pública, sendo que o suicídio representa uma importante parcela dessas mortes. O suicídio é compreendido como um fenômeno complexo, multideterminado, multidimensional, intencional, que resulta de uma interação entre vários fatores, sendo considerado um tema tabu em muitas sociedades (BERTOLOTE; FLEISHMANN, 2002; CESCOON *et al.*, 2018). Com a estimativa de uma morte a cada 40 segundos, a mortalidade por suicídio varia com o tempo e espaço. No Brasil, entre 2011 e 2016, foram registrados 62.804 óbitos, perfazendo uma média de 11 mil suicídios por ano (ABP, 2014; BRASIL, 2017a).

Diante deste cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu primeiro relatório global sobre suicídio, alertou para a gravidade do problema para a saúde pública, considerando a prevenção do suicídio como alta prioridade na agenda mundial. Ademais, procurou incentivar e apoiar os países a desenvolver ou fortalecer estratégias abrangentes de prevenção ao suicídio, com abordagem multissetorial da saúde pública (WHO, 2019).

Nesse sentido, presume-se que a Atenção Primária em Saúde (APS) possua papel fundamental nas abordagens de prevenção e tratamento de casos relacionados ao suicídio, por ser a porta de entrada preferencial para o acesso à rede de atenção à saúde (NOGUEIRA; BRITO, 2017), pelo contato mais próximo com o usuário, formando vínculos e pela possibilidade de agregar o apoio dos familiares, amigos e organizações no cuidado continuado ao usuário (MENDES, 2012). Porém, ainda há dúvidas quanto à associação do cuidado na APS com a redução das taxas de suicídio.

Aproximadamente 80% das vítimas de suicídio consultaram com os médicos clínicos gerais nos cuidados primários no ano do suicídio e cerca de 40% fizeram contato no último mês (LUOMA; MARTIN; PEARSON, 2002; STENE-LARSEN; RENEFLLOT, 2019). Isso evidencia a vulnerabilidade nos atendimentos e acompanhamentos a pessoa com risco ao suicídio.

Há, ainda, evidências de que o risco elevado para suicídio pode ser intrínseco aos pacientes com transtorno mental, pois o amplo espectro de autoagressão também está ligado a alguns diagnósticos psiquiátricos prejudiciais, como transtorno depressivo maior, transtorno de personalidade borderline, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de conduta transtorno de

personalidade antissocial e ainda a dependência de substâncias psicoativas (HOERTEL *et al.*, 2015). O risco de suicídio é maior em portadores de transtornos mentais graves (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; BOTEGA, 2014).

Salienta-se que comportamentos suicidas têm impacto individual e familiar, principalmente psicológico e físico (BEESTON, 2006). Mas, também, influencia a sociedade no nível comunitário e institucional, com ênfase para altas taxas de utilização de serviços de saúde ambulatoriais, de internação e de urgência e emergência, para tratar as consequências decorrentes da tentativa de suicídio (SHEPARD *et al.*, 2016).

Com a finalidade de diminuir os óbitos por suicídio, a OMS propôs um Plano de Ação sobre Saúde Mental, com as seguintes medidas: identificação de fatores de risco e de fatores protetivos; adequada avaliação e manejo do paciente com comportamento suicida; educação para população com o enfrentamento de preconceitos; restrição aos meios letais; ações educativas da mídia; e apoio às famílias de pessoas em risco suicida (SANTOS; KIND, 2019).

De acordo com este Plano, os sistemas de saúde podem ser fortes protagonistas na prevenção do suicídio. Entretanto, há evidências de que os serviços ainda não responderam adequadamente às necessidades dos portadores de transtornos mentais. Em países de baixa renda, 76% a 85% das pessoas com transtornos mentais graves não são tratadas. O problema torna-se ainda mais complexo pela má qualidade do cuidado ofertado a pessoas com sofrimento psíquico (WHO, 2012).

Alguns dos entraves para a assistência, na APS, às pessoas com sofrimento psíquico ou transtornos mentais consistem nas transferências e encaminhamentos excessivos, dificuldade de estabelecer serviços de referência e contrarreferência, Unidades Básicas de Saúde (UBS) com infraestruturas precárias, resistências dos profissionais para o atendimento a esses sujeitos, e práticas clínicas biomédicas centradas na medicação são descaminhos para a resolubilidade do cuidado em saúde mental e prevenção do suicídio nesse nível de atenção (PINTO *et al.*, 2012; BONFIM *et al.*, 2013).

Neste contexto, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade à Atenção Básica (PMAQ-AB) foi iniciado em 2011 para melhorar a qualidade e o desempenho da APS no Brasil, com o intuito de monitoramento e avaliação das ESF e, assim,

impactar a qualidade da atenção primária, fortalecendo uma cultura de avaliação, envolvendo e mobilizando profissionais da APS (SADDI *et al.*, 2018).

Assim, considerando que o suicídio é um problema de saúde pública eminente no Brasil e no mundo, e que estratégias para o seu enfrentamento na APS têm sido pouco exploradas, com escassez de estudos que analisem a relação entre o cuidado a pacientes com transtornos mentais na APS e as taxas de suicídio, justifica-se a realização deste estudo. O objetivo foi analisar a associação de características da estrutura e do processo de trabalho na APS e as taxas de suicídio. A nossa hipótese é que a APS tem papel imprescindível e estratégico no cuidado em saúde mental e na prevenção do suicídio.

2 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

1. Qual é a taxa do suicídio, segundo sexo e por Unidade Federativa no período de 2012 a 2017?
2. Quais são os principais meios utilizados para cometer suicídio no Brasil?
3. Houve melhora na oferta e na qualidade da atenção aos transtornos mentais na APS no Brasil nos anos de 2012, 2014 e 2017?
4. As ações e serviços ofertados na APS estão associados a mudanças na taxa de suicídio?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a associação de características da estrutura e do processo de trabalho na APS com as taxas do suicídio no Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

- Estimar a taxa de suicídio no país, estratificada por sexo, UF e região;
- Identificar os principais meios utilizados para o suicídio;
- Analisar a oferta da atenção aos transtornos mentais na APS no Brasil;
- Analisar a associação de elementos da estrutura e processo de trabalho na APS sobre as taxas de suicídio.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Definição de suicídio

O suicídio está entre as principais causas de morte no mundo, sendo considerado uma das formas mais desconcertantes e devastadores de todos os comportamentos humanos, levando a vida de uma pessoa a cada 40 segundos (NOCK; KESSLER; FRANKLIN, 2016).

Este fenômeno é definido como um ato consciente de auto aniquilamento, vivenciado por aquele em situação de vulnerabilidade, que o percebe como a melhor solução para sair de uma dor psicológica insuportável. Tem como resultado dar fim à própria vida voluntariamente. É visto como violência e agressividade, sendo categorizado como “causa externa” na 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID) (SOUSA *et al.*, 2014; SCHLOSSER; ROSA; MORE, 2014).

Para Puvar (2015), o suicídio se inscreve no campo dos transtornos mentais (angústias, depressão, alterações de comportamento, bipolaridade, entre outros) adquirindo o *status* de patologia. Esclarece-se que tanto a ideação quanto a intenção podem resultar em um comportamento suicida.

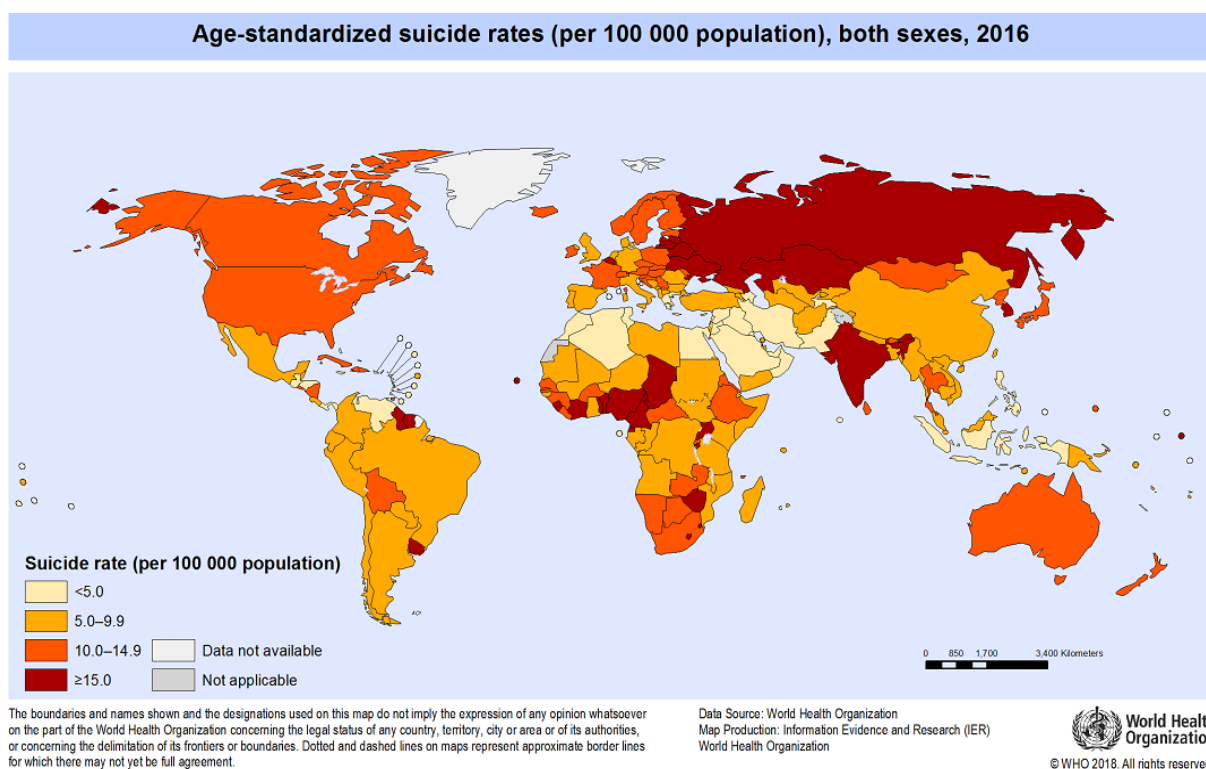
Os comportamentos suicidas, segundo Franklin *et al.* (2017), compreendem a ideação (pensamentos sobre matar a si mesmo), o planejamento (considerar um método específico por meio do qual tem a intenção de se matar) e a tentativa (envolver-se em comportamentos que ocasionam lesões autoprovocadas, nos quais há alguma intenção de morrer em decorrência deles).

Posto isto, para entender o suicídio, é essencial propiciar um olhar equânime às singularidades de cada condição, visto que a complexidade do fenômeno indica fatores internos e externos ao suicida. A ação extrema retrata uma ruptura radical para se desprender de uma dor psíquica insuportável, resultante da vivência de fatos traumáticos. A dor psíquica concerne a um sentimento de afastamento de si mesmo, que aproxima o indivíduo da vivência de morte. Deste modo, o suicídio é uma resposta autodestrutiva à intensa dor psíquica, isto é, uma saída para pôr fim aos conflitos e à angústia que ameaçam a integridade do eu (MACEDO; WERLANG, 2007).

4.2 Dados da mortalidade por suicídio no Brasil e no mundo

De acordo com Organização Panamericana da Saúde (2014), em todo o mundo, aproximadamente 1 milhão de pessoas cometem suicídio por ano e estima-se que em 2020 esse número aumente para 1,5 milhão, sendo que nos países ricos, os homens cometem suicídio três vezes mais que as mulheres (proporção de 3,5) e que nos países de média e baixa renda, a proporção masculino: feminino diminui para 1,5. Globalmente, o suicídio é a segunda principal causa de morte em pessoas entre 15 e 29 anos.

Figura 1 - Taxa de suicídio no mundo em 2016.



Fonte: WHO, 2018.

Em 2016 houve um número estimado de 793.000 mortes por suicídio em todo o mundo, isso indica uma taxa anual de suicídio padronizada por idade de 10,5/100.000 habitantes (hab). Alguns países possui uma taxa por suicidio igual ou maior que 15 como: Rússia, Guiana, Cazaquistão, Suriname, Uruguai e África do Sul (WHO, 2018) (Figura 1).

Na região das Américas, cerca de 65.000 mortes ocorrem anualmente por suicídio (TORRES; ZELEDON; ELIZONDO, 2019). Na América do Norte, nos Estados

Unidos o suicídio é a décima principal causa de morte para todas as idades, aproximadamente 110 americanos morrem por suicídio todos os dias, o que significa uma morte a cada 12,3 minutos e mais de 41.000 vidas a cada ano (ABUABARA *et al.*, 2017). No México entre 1970 e 2016, a taxa de mortalidade por suicídio em jovens quase quintuplicou, passando de 1,13 em 1970; 2,63 em 1990, para 5,2 em 2016, onde ocorreram 4,4 suicídios masculinos para cada mulher, na população de quinze a vinte e nove anos, é a terceira causa de morte em ambos os sexos, após os homicídios e acidentes de veículo a motor (DÁVILA-CERVANTES, 2019).

Referente a América do Sul, a Venezuela entre anos de 1995 a 2012 teve a média anual de suicídio de 4,02/100.000 hab. Em 2017, o estado de Mérida na Venezuela, registrou a maior taxa de suicídios nas últimas três décadas: 19 suicídios por 100mil hab. Este fato é decorrente a crise generalizada no país, a qual gera uma estrutura emocional em resposta à tensão derivada dela, produzindo reações particulares entre as quais o suicídio é uma opção viável para muitas pessoas. Ressalta-se que não existe a certeza de que todos os estados venezuelanos tiveram a mesma variação em suas taxas de suicídio em 2017, devido a qualidade dos dados oficiais sobre suicídio no país, os quais são severamente questionados, devido a censura e manipulação (OVV MÉRIDA 2018; CREPO, 2019).

O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios entre os Estados membros da OMS, com média de 24 suicídios/dia. Mas suas taxas são consideradas baixas (menos de oito por 100 mil hab/ano) se comparado ao de países do hemisfério norte, que registram taxas de 20 a 30 por 100 mil hab/ano (MINAYO, 2015).

Já na Europa, os países do leste têm taxas de suicídios superiores a 30/100mil hab, os países escandinavos com taxas inferiores a 20/100mil hab, mas superiores à média europeia e os países do sul com taxas inferiores a 10/100mil hab (WHO, 2018). Neste continente, Portugal tem tido, nos últimos anos, taxas globais superiores a 10/100mil hab, sendo de 10,9 em 2015, enquanto a taxa padronizada foi de 8,2, com taxa de 30,8 nos idosos com 75 e mais anos (INE, 2018).

No continente asiático, algumas cidades da China tem diminuído a taxa de suicídio ao longo dos anos, como Hong Kong que durante um período de 15 anos de 2003 a 2016, mostrou uma redução substancial na taxa geral de suicídios, durante esse período, a taxa de suicídio caiu de 14,7 por 100mil para 8,9 por 100mil. Isso se deve aos esforços de intervenção em todos os níveis de prevenção de suicídio (CSR, 2017; LAW *et al.*, 2019).

Portanto, apesar das taxas de suicídio variarem substancialmente entre diferentes países e regiões ao longo do tempo, observa-se que o suicídio é visto como fenômeno social que obedece a padrões ou regularidades, o que permite estabelecer os fatores que lhe são determinantes (WHO, 2015).

4.3 Possíveis causas do suicídio

O suicídio não é um problema recente. Desde o século XVIII mundialmente estuda-se as suas causas e sua relação com doenças mentais, problemas econômicos e de integração social, muitos estudos sobre esse flagelo foram expostos para chamar a atenção da sociedade (NOCK *et al.*, 2008).

Este problema complexo não existe por uma única causa ou uma só razão, ele resulta da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Seus fatores de risco incluem principalmente, doença mental e física, abuso de álcool ou drogas, doença crônica, sofrimento emocional agudo, violência, uma mudança súbita e importante na vida de um indivíduo, tais como: perda do emprego e separação ou morte do parceiro (WHO, 2012).

Salienta-se que a taxa de suicídio é mais alta nos homens do que nas mulheres. Conforme Saraiva, Peixoto e Sampaio (2014), uma possível explicação seria a influência de teorias sociais relacionadas com o papel social do homem (provedor econômico) e da mulher (mãe, esposa e pessoa responsável pela educação e crescimento dos filhos). No Brasil e em Portugal, a ocorrência de suicídios é três vezes superior nos homens (NOCK *et al.*, 2008; MOLLER-LEIMKUHNER, 2003; INE, 2015; LOVISI *et al.*, 2009).

Leal (1992) explica que os homens possuem comportamentos que predispõem ao suicídio (a competitividade, a impulsividade e o maior acesso a meios letais), sendo ainda mais sensíveis às instabilidades econômicas, como desemprego e o empobrecimento, fatores esses que podem levar ao suicídio. A alta taxa de mortalidade entre homens está relacionada também à letalidade do método utilizado (MAGALHÃES *et al.*, 2014).

Outros fatores relevante além do sexo, são a escolaridade e faixa etária, pesquisa realizada por Machado e Santos (2015) para identificar o perfil das vítimas de suicídios de 2000 a 2012 no Brasil, verificou que os mais acometidos em 2012 foram os menos escolarizados (63%) e a faixas etárias de 25 a 59 anos apresentou

crescimento de 22,7%. A associação positiva entre as taxas de suicídio e o baixo nível de escolaridade têm sido defendida por diversos pesquisadores. Visto que, o nível educacional, a situação de desemprego e a renda familiar, assim como o estado civil, definem o status econômico e social do indivíduo, o que proporciona distintos níveis de preocupações e estresse (DESAULNIERS; DAIGLE, 2008; STEVOVIĆ *et al.*, 2011).

A escolaridade de um indivíduo pode, ainda, afetar a sua autoavaliação, influenciando sua autoestima e as interações com os outros, pois a baixa autoestima pode levar a tendências suicidas (MANN *et al.*, 2004).

Já em relação a faixa etária, entre os jovens, as razões podem estar mais relacionadas a motivos afetivos como rompimentos de relacionamento, dificuldades financeiras e estabilidade profissional ou, ainda, pressões acadêmicas. Entre adultos e pessoas de meia-idade, são mais expressivos fatores socioeconômicos relacionados ao trabalho e pressão familiar, principalmente entre o sexo masculino (YING; CHANG, 2009).

Nos idosos os fatores associados aos suicídios são: a morte de um ente querido, principalmente de um cônjuge; doença terminal com dor incontrolável; medo de prolongar a vida sem dignidade, trazendo prejuízos econômicos e emocionais aos familiares; isolamento social; mudanças nos papéis sociais que lhes deram reconhecimento ou situações de dependência física ou mental, diante das quais o idoso se sente humilhado (MINAYO; CAVALCANTE, 2010; SILVEIRA; SANTOS; FERREIRA, 2012).

4.3.1 Transtornos Mentais

A OMS classifica o suicídio na categoria de saúde mental e considera que 90% das pessoas que têm morte autoinfligida possuem diagnóstico de transtorno mental (WHO, 2014).

Estudos revelaram que uma em cada quatro pessoas desenvolverá algum transtorno mental durante a vida, e que transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade de separação e agorafobia possuem associação significativa com ideação e tentativa de suicídio (WHO, 2001; NOCK *et al.*, 2009)

Bolton *et al.* (2008) associaram os transtornos de ansiedade com risco de suicídio, em adultos e idosos. Em tais populações, os indivíduos que tiveram risco de suicídio apresentaram algum transtorno de ansiedade ao longo do tempo. Tal associação continuou significativa quando correlacionado com características sociodemográficas e outros transtornos mentais.

Vale ressaltar, que transtornos de humor, especialmente os transtornos depressivos são os mais frequentes nos portadores de transtornos mentais que cometem suicídio. Reeves (2015) afirma que a depressão maior é responsável por 60% dos suicídios. Apesar da gravidade da depressão e da disponibilidade de tratamentos eficazes, apenas 30% dos casos em todo o mundo recebem os cuidados necessários (OMS, 2009).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) constatou-se que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clinicamente relevantes (78,8%) não recebia nenhum tipo de tratamento, revelando assim as inequidades no acesso aos cuidados em saúde mental no país. Referente a estes cuidados, a maioria dos países de baixa e média renda, como o Brasil, gasta menos de 2,00 US\$ per capita no tratamento e na prevenção de transtornos mentais; já países de alta renda gastam, em média, mais de 50,00 US (LOPES *et al.*, 2016; WHO, 2015).

Alves *et al.* (2016) asseguram que medidas urgentes de atenção à saúde mental devem ser implementadas para pacientes com transtornos mentais que apresentam maior risco de tentativas de suicídio. Caso contrário, haverá um aumento considerável no número de tentativas de suicídio e, por sua vez, no número de suicídios.

4.3.2 Fatores socioeconômicos

Segundo dados populacionais têm-se compreendido que os fatores desigualdade social, baixa renda e desemprego, bem como escolaridade, influenciam na ocorrência do suicídio. Sabe-se que a classe socioeconômica propicia diversos padrões de vida, com diferentes níveis de exposições a fatores de risco ambientais e de acesso a recursos, alterando inclusive fatores comportamentais e psicossociais como percepção de violência, sentimentos de privação e stress. Destarte, os fatores econômicos influenciam a saúde do indivíduo, inclusive a saúde mental (SAMPSON, 2003; SUBRAMANIAN; BELLI; KAWACHI, 2002).

Sendo que, a pobreza aumenta o risco de suicídio pela exposição a fatores “suicidogênicos” como desemprego, estresse causado por problemas financeiros, instabilidade familiar, doença física, alcoolismo, violência e problemas mentais (STACK, 2000). Leavey *et al.* (2016) asseguraram que pessoas que não tem um trabalho remunerado eram mais propensas a ter uma doença mental, e consequentemente um comportamento suicida.

Destaca-se que a relação entre suicídio e variações econômicas é anticíclica. Pois, as taxas de suicídios podem ser mais elevadas durante um período de crise econômica e reduzir durante os períodos de bem-estar econômico (PEREIRA *et al.*, 2016). Merzagora (2016) afirma que a probabilidade de suicídio durante uma crise econômica é três vezes maior em indivíduos que possuem uma doença grave, física ou psicológica, do que em pessoas sem nenhum tipo de acometimento.

4.4 Posvenção do suicídio

Cerca de 7% da população é exposta ao luto por suicídio a cada ano, pesquisas estimam que 60 pessoas sejam afetadas (socialmente, emocionalmente e economicamente) em cada morte por suicídio, incluindo família, amigos e colegas de classe. Portanto, se a estimativa é que 800 mil pessoas morram por suicídio a cada ano, então cerca de 48 milhões a 500 milhões de pessoas podem ser expostas ao luto do suicídio em um ano (ABP, 2014).

Nos EUA, os indivíduos afetados são descritos como “sobreviventes de suicídio” ou “sobreviventes de perda por suicídio”. Os chamados “sobreviventes” (pessoas impactadas por um suicídio de parente, colega ou amigo) necessitam de atenção especial, designada de posvenção (cuidado aos impactados após morte confirmada), pois estas pessoas estão muitas vezes sob alto risco de suicídio. (CVV, 2013; SOARES *et al.*, 2011; LAW *et al.*, 2019; WHO, 2014).

Em Hong Kong, o Centro de Pesquisa e Prevenção do Suicídio publicou um manual informando ao público, o sofrimento emocional dos “sobreviventes” enlutados, além de indicarem os serviços disponíveis para o acompanhamento dos mesmos, pois assistência adequada aos “sobreviventes do suicídio” pode ser benéfica. Desse modo, o suporte aos familiares é uma estratégia promissoras, tanto por meio de recrutamento ativo dos familiares, como abordagens de grupo de apoio ao luto, conduzidas por

facilitadores treinados. Tais ações ajudam no processo de luto e na redução do sofrimento psíquico associado ao luto (LAW *et al.*, 2019; ABP, 2014).

Para além das estatísticas, o sofrimento, que está por trás de um suicídio consumado, de uma tentativa ou de uma ideação suicida, é um fator que não pode ser ignorado pelos profissionais de saúde e pela sociedade, em geral (CESCON *et al.*, 2018).

4.5 Serviços de Saúde na prevenção do suicídio

Apesar do suicídio não ser um problema relacionado unicamente com a área da saúde, é fundamental que os profissionais que nela trabalham estejam (e se sintam) capacitados e possuam subsídios para prestar atendimentos aos usuários que manifestem ideação suicida. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2006, a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, a qual propõe o desenvolvimento de ações de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde; a organização de linhas de cuidado integrais envolvendo todos os níveis de atenção e de educação permanente, voltados aos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2011, a Portaria nº 3088/2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ofertado o cuidado em saúde mental em todos os pontos da RAPS, que prevê a articulação desde APS: Equipe de Saúde da Família (ESF), UBS, Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência, sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2011).

Em relação, a notificações de agravos por lesões autoprovocadas que já eram obrigatórias desde 2011, a Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014, definiu que as tentativas de suicídio e o suicídio seriam agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional. O que indica a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso (BRASIL, 2014).

Outro marco na prevenção do suicídio no país foi o lançamento da Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio em 2017, com a meta de reduzir em 10% a mortalidade por suicídio até 2020, posto que, a redução da taxa de mortalidade faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. As ações contempladas na Agenda visam ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionados ao suicídio, as quais são articuladas por três eixos referentes a melhoria de notificações, ampliação e qualificação da assistência, a pactuação de fluxos para os serviços de saúde locais, integralidade do cuidado, educação permanente para os profissionais de saúde na prevenção do suicídio e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2017b).

Em 2019, o Brasil assumiu um passo relevante na articulação da integralidade com o suicídio ao formular a Lei 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, com sua finalidade no terceiro artigo, que traz “a garantia ao acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio” (BRASIL, 2019).

Entretanto, é contraditório o fato de que outras políticas, fundamentais para tomar a prevenção do suicídio factual, como a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas, tenham intuito, em síntese, de “ultraespecializar” as demandas de saúde mental e de retirar os espaços próprios de ressocialização de pessoas com transtornos mentais, trazendo raízes históricas do modelo biomédico e manicomial da psiquiatria (ABRASCO, 2019).

Bertusso e Rizzotto (2018) asseguram que a APS é um projeto intrépido no sentido de repensar o modelo biomédico e tratamento de doenças com base na especialização, na medida em que se respalda no trabalho de uma equipe multidisciplinar e na promoção e prevenção da saúde. Desde os anos 1990, iniciativas de ampliação da APS foram implementadas, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e a ESF criada em 1994 como um programa, passando a ser a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial.

Outra política criada no país para estimular a consolidação da APS foram os Centros Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com equipes compostas de profissionais de diferentes especializações, os quais trabalham sob a

perspectiva do apoio matricial da ESF, a fim de fortalecer e ampliar a resolubilidade clínica. A diversidade de profissionais no NASF possibilita a realização de atividades interdisciplinares, podendo incluir cuidados a saúde mental e prevenção ao suicídio (BRASIL, 2017c; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

Vários autores destacam a importância da APS na prevenção do suicídio, com a integração de esforços dos profissionais de saúde, familiares e sociedade. Enfatizam ainda a necessidade de treinamento adequado dos profissionais de saúde que atuam na APS para lidar com propostas preventivas e mitigar os riscos de tentativas (MINAYO, 2015). A capacitação dos profissionais da APS para identificação de situações de risco possibilita o manejo e o acesso ao tratamento precocemente (BRASIL, 2006).

Em Portugal um programa denominado de Believe, visou à prevenção de suicídios em adolescentes, com foco na atenção primária por meio da capacitação dos profissionais e intervenção escolar, educando tanto adolescentes quanto profissionais a respeito do suicídio. As ações do programa permitiram a identificação dos adolescentes com fatores de risco relacionados à baixa autoestima e à dificuldade de resolução de problemas (FAÇANHA *et al.*, 2019)

Ressalta-se, que qualquer contato dos profissionais de saúde com os usuários representa uma oportunidade potencial para o reconhecimento do suicídio. O contato com os serviços da APS antes do suicídio é comum, oferecendo uma oportunidade de intervenção para pessoas reconhecidas como vulneráveis (LEAVEY *et al.*, 2016).

Um estudo de caso-controle de suicídios na Inglaterra durante um período de 10 anos mostrou que o risco de suicídio está associado ao aumento da frequência de consultas com médicos clínicos gerais, principalmente nos três meses anteriores ao suicídio, com maior risco entre os pacientes que consultaram com médico de família mais de vinte e quatro vezes no último ano. Em contrapartida, apenas um terço dos indivíduos que cometeram suicídios estiveram em contato com serviços de saúde mental durante o período de doze meses, as doenças mentais eram frequentemente não reconhecidas pelos médicos da família (NCISH, 2014).

Corroborando com essas informações, uma pesquisa na Noruega investigou o uso da APS no período de 2006 a 2015, a qual evidenciou que o contato com os médicos clínicos gerais na APS era comum no período que antecedeu ao suicídio. As taxas de consulta com o clínico geral um ano antes do suicídio foram aproximadamente 80% para os homens e 90% as mulheres (HAUGE *et al.*, 2018).

Observa-se com essas informações, que poucas pessoas que tiram a própria vida não entraram em contato com profissionais na APS (MALLON *et al.*, 2014).

Percebe-se que a relação do usuário com o profissional de saúde, da acolhida até a saída do serviço, é uma relevante ferramenta para a continuidade ou não do acompanhamento, bem como para a prevenção do suicídio (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Gutierrez (2014) aponta que um acolhimento de qualidade realizado no serviço de saúde pode determinar que o paciente aceite e dê continuidade ao seu tratamento. Para tanto, este acolhimento deve ofertar assistência resolutiva às demandas e a articulação necessária, caso haja necessidade de continuidade do tratamento (BRASIL, 2013).

A APS tem um canal de proximidade e territorialidade com o paciente e com a comunidade. Por estar na ponta, diariamente tem o poder de propiciar uma nova abordagem ao indivíduo, mas existem ainda barreiras. Para que, as barreiras que dificulta a prevenção sejam desconstruídas, é imprescindível que existam programas educativos para formação de médicos e profissionais de cuidados da saúde primária para a rápida identificação, avaliação e manejo de situações de baixo risco (ABP, 2014).

Destarte, há um longo caminho a percorrer na prevenção e posvenção do suicídio, pois o grande desafio da APS consiste em identificar, acompanhar e tratar indivíduos com algum transtorno psíquico, compreendendo este fenômeno e os múltiplos fatores que os provocam e estruturar intervenções capazes de minimizar esses atos. Apesar de existirem algumas experiências de estruturação de redes e de programas municipais de prevenção exitosos, essas iniciativas ainda precisam ser intensificadas em todo o mundo (CONTE *et al.*, 2012).

4.6 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB foi instituído no Brasil, em 2011 pelo Ministério da Saúde para fortalecer a APS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.654, de 2011, atualizada em 2015 pela Portaria nº 1.645, do GM/ MS. Teve a finalidade de suscitar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacionalmente, de modo a se permitir maior transparência e efetividade

das ações governamentais direcionadas à APS. O PMAQ-AB ocorreu através de avaliações, voltadas para questões que abrangesse desde a infraestrutura dos serviços de APS até o processo de trabalho das equipes e a satisfação dos usuários (BRASIL, 2012; 2015).

O programa é constituído por ciclos com a duração média de dois anos e possui três fases: adesão e contratualização, avaliação externa e certificação e recontratualização, além de um eixo transversal de desenvolvimento, que compreende: autoavaliação, educação permanente, monitoramento de indicadores, apoio institucional e cooperação horizontal. Já foram realizados três ciclos (2012/2013 e 2014/2015) e terceiro ciclo (2016/2018) (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

Em cada ciclo a coleta de dados aconteceu por meio de observação in loco, análise de documentos e entrevista com usuários e profissionais de saúde. O questionário de avaliação externa do PMAQ-AB, ciclo I, foi organizado em três módulos: Módulo I - observação da unidade de saúde, com questões sobre a estrutura. Módulo II - entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica (EqAB) e verificação de documentos na unidade básica; e o Módulo III - entrevista na unidade de saúde com o usuário, verificando a percepção e satisfação dele quanto aos serviços de saúde em relação ao seu acesso e utilização. A partir do Ciclo II foi acrescentado o Módulo IV – Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde (BRASIL, 2012).

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo ecológico, com abordagem analítica. A pesquisa ecológica integra uma tipologia de estudo epidemiológico que expõem áreas geográficas ou blocos de populações bem definidas, avaliando comparavelmente variáveis globais, na maioria das vezes por meio de correlação entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Esse tipo de estudo possibilita compreender a oferta de serviços ao paciente de saúde mental na APS – que evidencia a qualidade tanto de recursos humanos quanto materiais e estruturais, em relação a subsídios necessários para realização da assistência a esses pacientes.

Os municípios brasileiros serão as unidades de análise deste estudo. O Brasil possui 5570 municípios distribuídos em 26 estados e um Distrito Federal, divididos em cinco regiões geopolíticas (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

5.2 Fontes de Dados

Utilizamos os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) para obter as taxas de suicídios no Brasil, acessível no sítio eletrônico do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (Datasus) do Ministério da Saúde. O período do estudo foi de 2012 a 2017, incluindo os anos de abrangência e aplicação dos três instrumentos de avaliação APS. Foram incluídos no estudo todos os óbitos que ocorreram no território nacional e que tiveram como causa básica o suicídio, classificado na CID-10 como ‘causas externas de morbimortalidade’, sob os códigos X60 a X84.

As características socioeconômicas da população foram obtidas dos sítios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados sobre a disponibilidade e qualidade da APS foram dos três diferentes inquéritos: 1) Avaliação externa do processo de trabalho e percepção dos usuários da APS, como parte do Ciclo I do

PMAQ-AB, de maio de 2012 a abril de 2013; 2) avaliação externa do PMAQ-AB, Ciclo II, de novembro de 2013 e junho de 2014; e do Ciclo III do PMAQ-AB, em 2017 (ROCHA *et al.*, 2017). Foram selecionados dados referentes a saúde mental dos três inquéritos referidos. Preferencialmente indicadores comuns aos três inquéritos.

5.3 Unidades de análise

Neste estudo foram utilizados dados secundários. Estas informações foram obtidas do instrumento de avaliação no 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB (2012), realizado em 17.203 ESF contratualizadas, as quais correspondiam a cerca de 50% do total das equipes cadastradas no país no momento da aplicação do questionário, referentes a 3.944 municípios brasileiros; e do segundo ciclo do PMAQ-AB (2014), quando foram coletados dados de 29.778 equipes em 24.038 UBS de 5.043 municípios (BRASIL, 2016). No 3º ciclo do PMAQ-AB foram avaliadas 38.865 Equipes de Atenção Básica (EqAB) dos municípios (BRASIL, 2018).

5.4 Variáveis e indicadores

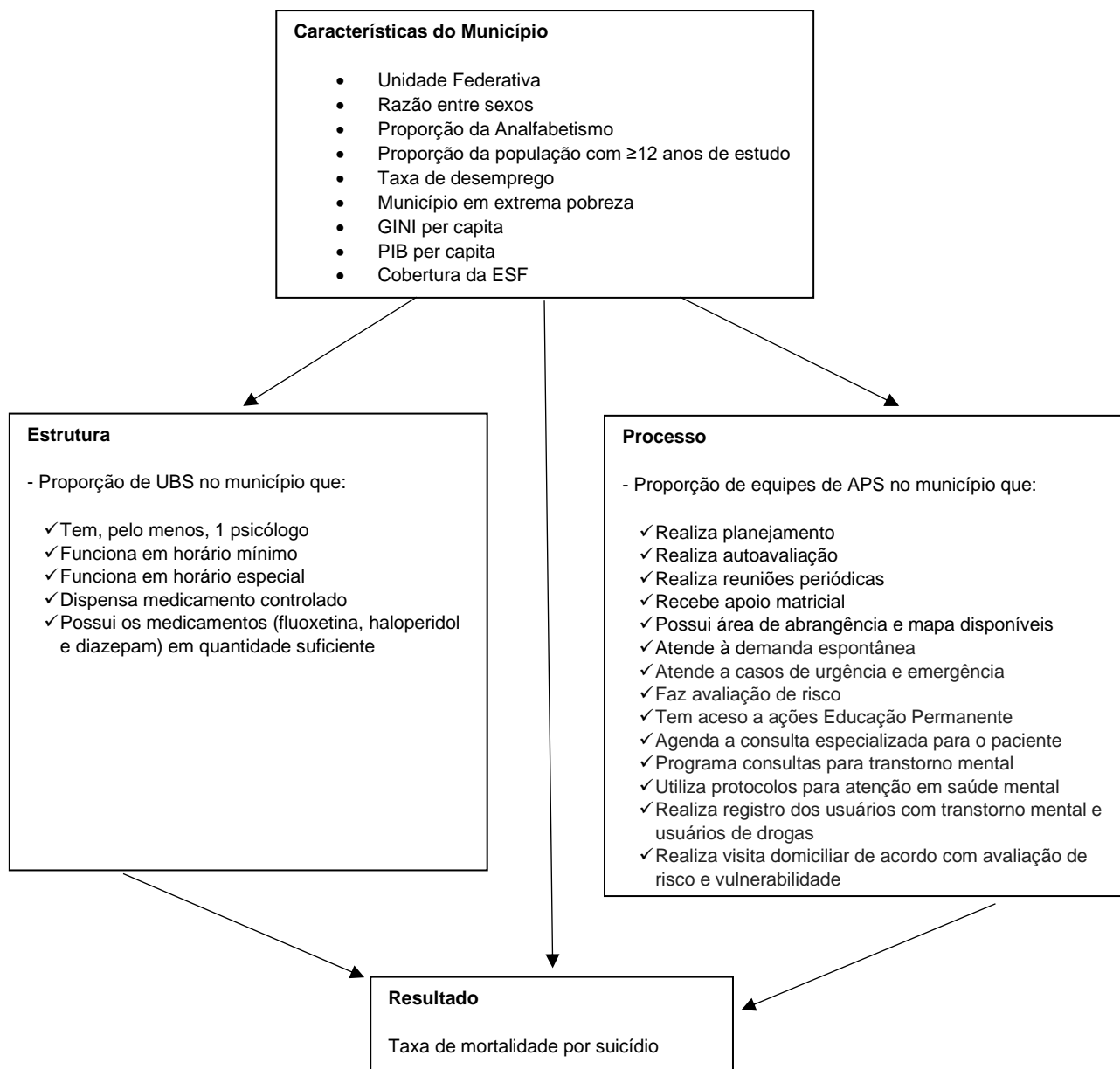
As variáveis utilizadas foram selecionadas dos bancos de dados dos três inquéritos de avaliação da APS em função de seu envolvimento na atenção à saúde mental e prevenção de casos de suicídio. Foram selecionadas, preferencialmente, perguntas iguais ou similares que estejam nos três instrumentos de avaliação da APS referentes aos profissionais da ESF, especialidades, estruturas, organização das UBS e atividades desenvolvidas (Apêndice).

Foram investigados aspectos como a existência de psicólogo na equipe, disponibilidade de medicação controlada (medicamentos antidepressivos/antipsicóticos/ansiolíticos e hipnosedativos), a existência de protocolos clínicos, a realização de visita domiciliares, planejamento das ações, acompanhamento em saúde mental, encaminhamento para especialistas, atividades em grupo, apoio matricial e educação permanente.

A inserção das variáveis seguiu uma abordagem hierárquica, de acordo com o modelo teórico (Figura 2), que analisou a influência das variáveis relacionadas a características estruturais e processos de trabalho nos resultados de saúde (DONABEDIAN, 1992). Agrupou-se as variáveis de forma sequencial abrangendo

aspectos do município (primeiro), características estruturais dos serviços de saúde (segundo) e processos de trabalho (terceiro) e resultado (quarto).

Figura 2 - Modelo teórico do estudo.



Baseando-se na proposta do modelo sistêmico de Donabedian (1988), fundamentado na avaliação de qualidade em saúde, o qual reputa a tríade 'estrutura, processo e resultado', compreendeu-se que, para a adequada atenção à saúde da população, é necessário que as equipes de ESF tenham os recursos mínimos essenciais e desenvolvam suas ações de acordo com as normas estabelecidas, trata-

se de um instrumento de referência para avaliação da qualidade dos serviços de saúde (MORAES; IGUTI, 2013).

Nesse cenário, esta pesquisa analisou a relação entre as variáveis referentes as características do município e dois domínios pertinentes à organização dos serviços básicos (estrutura e processo de trabalho) e um resultado selecionado para entender a ocorrência do suicídio no Brasil (modelo teórico).

As variáveis independentes abrangeram as características do município, estrutura da UBS e processo de trabalhos das equipes ESF. Para o contexto municipal, selecionamos as unidades federativas, a razão entre os sexos, proporção do analfabetismo, proporção da população com ≥ 12 anos de estudo, a taxa de desemprego, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) com distribuição segundo quartis (até 0,658, 0,659 a 0,750, 0,751 a 0,806, 0,807 a 0,819) para verificar os municípios em extrema pobreza, o GINI per capita, o qual é um instrumento para medir o grau de concentração de renda de um grupo, varia de zero a um, Produto Interno Bruto (PIB) per capita, variando de zero (sem desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total), categorizados em quartis e a cobertura da ESF.

A cobertura da ESF é incluída nesta pesquisa como embasamento para a decisão de governança em prol da extensão dos serviços básicos de saúde capazes de promover maior equidade no atendimento, favorecendo territórios e populações vulneráveis (FACCHINI *et al.*, 2015). Esse modelo teórico estudou a relação entre os elementos da estrutura, relacionado ao cuidado da APS a população com transtorno mental e conseqüentemente a taxa de mortalidade por suicídio. Sendo que, neste estudo, os dados de estrutura e processo são analisados no período que vai 2012 a 2017 abrangendo os três ciclos do PMAQ-AB.

Sendo os elementos estruturais relacionados ao psicólogo na UBS, horário de funcionamento e medicação controlada disponível e os elementos do processo, que retratam a assistência diária, relevante no entendimento mais detalhado das ações de prestação do cuidado sobre os resultados da saúde.

A descrição dos indicadores é apresentada no Quadro 1. O desfecho foi o número de óbitos por suicídio de 2012 e 2017, obtidos no SIM.

Quadro 1 - Descrição dos indicadores.

Indicador Municipal	Descrição	Fonte/ano
% de UBS com razão psicólogo/ equipe \geq 1	O número de psicólogo foi obtido somando-se os psicólogos da equipe ampliada de cada UBS do município, dividido pelo total de equipes em cada unidade. Em seguida, o indicador foi categorizado para refletir o percentual médio de UBS do município com, pelo menos, um psicólogo por UBS.	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de UBS funcionando, pelo menos, no horário mínimo	O horário de funcionamento foi considerado mínimo quando a UBS funcionasse, pelo menos, dois turnos por dia, cinco dias da semana. Foi construído um indicador para o município, calculando-se o percentual médio de UBS com horário mínimo	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de UBS funcionando, em horário especial.	O horário de funcionamento foi considerado especial quando a UBS funcionasse, pelo menos, no horário do almoço, no período noturno ou nos fins de semana. Foi construído um indicador para o município, calculando-se o percentual médio de UBS com horário especial.	PMAQ-AB (2012, 2014, 2017)
% de UBS que dispensavam medicamentos controlados.	Percentual das UBS que dispensavam medicamentos anticonvulsivos/ antidepressivos/antipsicótico/ansiolítico e hipnosedativos.	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de UBS que possuíam os medicamentos (fluoxetina, haloperidol e diazepam) em quantidade suficiente	Percentual das UBS que possuíam medicamentos (fluoxetina, haloperidol e diazepam) em quantidade suficiente	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que realizavam planejamento de suas ações	Percentual médio de equipes que informaram planejar suas ações	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que realizavam a autoavaliação	Percentual médio de equipes que informaram realizar autoavaliação	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que realizavam reuniões periódicas	Percentual médio de equipes que informaram realizar reuniões periódicas	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB no município que receberam apoio matricial	Percentual médio de equipes que informaram realizar reuniões periódicas	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB no município que possuíam área de abrangência e mapa disponíveis	Percentual médio de equipes que possuem área de abrangência e mapa disponíveis	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)

% de EqAB que atendiam à demanda espontânea	Percentual de EqAB que informaram atender à demanda espontânea	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que atendiam a casos de urgência e emergência	Percentual de EqAB que informaram atender a casos de urgência e emergência	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que faziam avaliação de risco	Percentual de EqAB que informaram realizar avaliação de risco	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que tiveram acesso à educação permanente em Saúde Mental	Percentual de EqAB que, participaram de educação permanente em saúde mental	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que se responsabilizavam pela referência do usuário para atenção especializada (Saúde Mental)	Percentual de EqAB que, quando um usuário atendido necessita ser encaminhado para consulta especializada, agendava e informava ao usuário a data da consulta com o especialista.	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB no município que programavam a consulta do usuário com transtorno mental	Percentual de EqAB que, programavam a consulta do usuário com transtorno mental	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que utilizavam protocolos de saúde mental	Percentual de EqAB que, acompanhavam os pacientes baseado em protocolos clínicos - Saúde Mental	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB que acompanhavam portadores de transtorno ou sofrimento psíquico	Percentual de EqAB que, possuíam o registro, atendiam e acompanhavam portadores de transtorno ou sofrimento psíquico	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)
% de EqAB realizavam visita domiciliar de acordo com a avaliação de risco.	Percentual médio de EqAB que realizavam visitas domiciliares de acordo com a avaliação de risco.	PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017)

5.5 Análise de dados

Os dados de todas as três pesquisas foram agregados por município, unidade federativa e região, criando um conjunto de dados que permitiu comparações relacionadas com a estrutura e processos de trabalho referente à saúde mental.

Utilizamos para as análises dos dados pacote estatístico STATA (Statacorp LLC) versão 14.0. Também utilizamos o programa Microsoft Office EXCEL 2013 para auxiliar na agregação dos indicadores e na produção de gráficos.

Foram médias (\pm desvios-padrão) e medianas (desvios interquartílicos) para as variáveis numéricas, bem como frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para testar a normalidade da distribuição dos dados. Como a distribuição foi não paramétrica, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para comparar as medianas entre os grupos.

Realizou-se análise de regressão linear de efeitos mistos para analisar a associação entre as variáveis da estrutura da UBS e do processo de trabalho das eAB com a taxa de suicídio, ajustadas para as características dos municípios. Os dados foram agregados para o nível do município. Estimamos coeficientes de regressão (β) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%) em análises univariáveis (estimativas não ajustadas) e multivariáveis (estimativas ajustadas).

Utilizamos modelagem hierarquizada para a seleção das variáveis que comporiam o modelo final. Inicialmente as variáveis do nível mais distal (características dos municípios) foram inseridas no modelo com o desfecho. Permaneceram no modelo aquelas que apresentassem P-valor menor que 0,10. Incluímos, na sequência, as variáveis referentes à estrutura das UBS. Permaneceram no modelo as variáveis que vieram do nível anterior e as desse nível (estrutura da UBS) que tiveram P-valor menor que 0,10. O processo foi repetido para as variáveis relacionadas ao processo de trabalho das equipes da APS. Considerou-se nível de significância de 5% para rejeição das hipóteses nulas.

Esta pesquisa foi realizada com dados secundários, coletados e utilizados somente para o que se referia aos objetivos da mesma, sendo as informações apresentadas de forma coletiva, sem qualquer prejuízo para as pessoas envolvidas, principalmente no que diz respeito a menção de nomes de pacientes ou profissionais de saúde envolvidos no atendimento destes.

6 RESULTADOS

No Brasil, no ano de 2012 ocorreram 10.321 óbitos por suicídio; em 2014 foram 10.653, e 12.495 em 2017, sendo que as taxas foram de 5.18/100mil, 5.25/100mil e 6.02/100mil, respectivamente. Embora a taxa de suicídio esteja aumentando no país, as tendências diferem entre as regiões e estados brasileiros. Os estados com as taxas mais elevadas nos anos de 2012, 2014 e 2017 foram Rio Grande do Sul (RS) (10.61; 9.92; 11,91/100 mil habitantes, respectivamente) e Santa Catarina (SC) (8.38; 8.73; 10.56/100 mil habitantes, respectivamente), ambos localizados na região Sul. Mas a partir de 2015 percebe-se um aumento significativo no estado do Piauí (PI) (8.46/100mil) e Roraima (RR) (10.28/100mil) (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa de suicídio na população brasileira, por Unidade da Federação (por 100 mil habitantes) 2012-2017.

		2012	2013	2014	2015	2016	2017
	RO	4.28	4.98	4.80	6.16	5.76	6.26
	AC	5.64	5.67	6.20	4.85	6.86	7.71
	AM	4.95	5.91	6.01	6.68	4.85	5.09
Norte	RR*	7.93	6.76	3.02	10.28	11.47	9,57
	PA	3.05	2.91	2.58	3.25	3.34	3,60
	AP	2.92	6.12	4.53	6.91	4.60	5,77
	TO	6.44	6.36	5.68	6.53	6.59	7,42
	MA	3.06	3.56	3.72	4.06	4.23	4.54
	PI*	7.35	7.13	7.64	8.46	9.99	9.85
	CE	5.85	6.72	6.40	6.34	6.58	7.14
	RN	5.12	4.65	4.96	4.53	5.21	5.13
Nordeste	PB	4.87	5.08	4.01	5.56	4.53	6.21
	PE	3.63	3.48	3.50	3.30	4.21	4.62
	AL	3.32	4.33	3.55	3.47	3.33	3.08
	SE	5.02	5.69	4.96	5.35	5.08	5.55
	BA	3.19	3.26	2.96	3.31	3.48	3.93
	MG	6.18	5.63	6.54	6.24	6.20	7.17
Sudeste	ES	4.69	4.12	4.43	4.81	4.40	5.15
	RJ	2.85	2.67	3.17	3.21	3.44	3.63
	SP	4.85	5.05	5.07	5.18	4.91	5.11
	PR	5.77	5.96	5.59	6.41	6.76	6.84
Sul	SC	8.38	8.56	8.73	9.34	9.75	10.56
	RS*	10.61	10.23	9.92	10.14	10.35	11.91
	MS	8.22	8.81	7.79	8.68	8.31	9.55
Centro-Oeste	MT	5.89	5.56	4.87	4.44	5.38	5.89
	GO	6.34	6.64	6.96	6.58	7.18	7.33
	DF	4.95	4.44	4.73	4.46	5.11	5.53

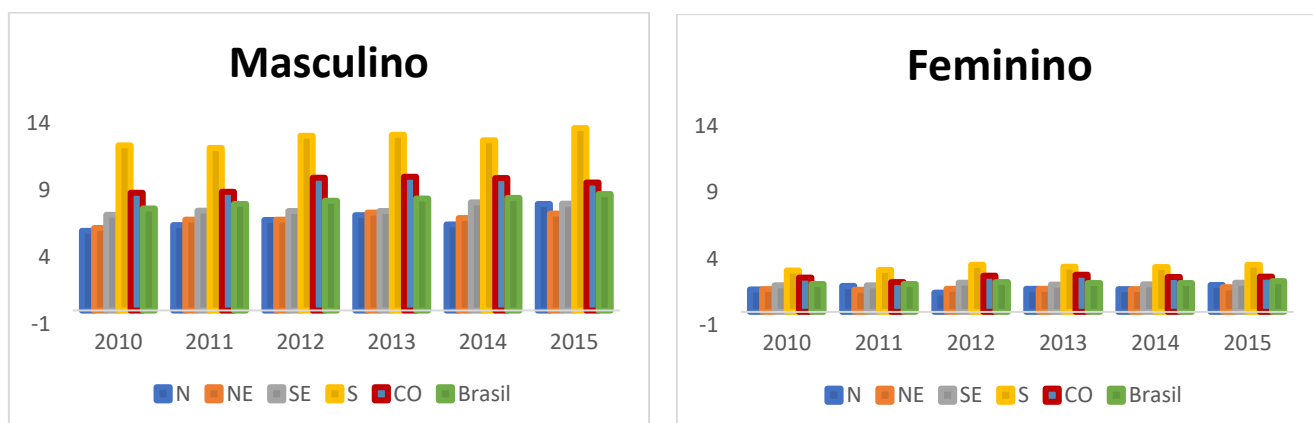
BRASIL	5.18	5.24	5.25	5.47	5.55	6.02
--------	------	------	------	------	------	------

*Unidade Federativa com a maior taxa de mortalidade na região.

Fonte: SIM, 2017. Indicadores calculados pelos autores.

Entre 2012 a 2015, houve um aumento de mortes por lesão autoprovocada em ambos os sexos, no sexo feminino de 2,24/100mil em 2012 e 2,31/100mil em 2015, no sexo masculino de 8,18/100mil em 2012 e 8,69/100mil em 2015. A maior taxa de casos de suicídio no sexo masculino em 2012 e 2015 foi na região Sul, de 13,04 /100mil e 13,61/100mil, respectivamente. Analisando os óbitos por suicídio na população feminina, as taxas são relativamente muito mais baixas que no sexo oposto, em destaque a região Sul com 3,54/100mil em 2012 e 3,56/100mil em 2015, conforme Figura 3.

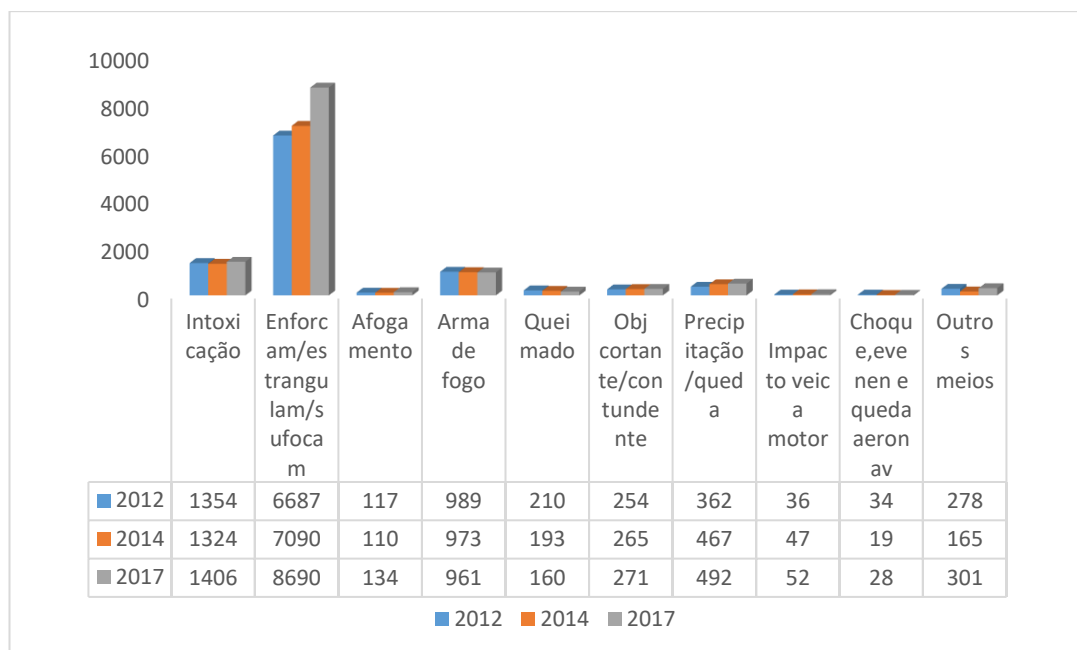
Figura 3 - Taxa de suicídio na população brasileira, por sexo. 2010-2015.



Fonte: SIM, 2015. Indicadores calculados pelos autores.

O enforcamento/estrangulamento/sufocamento foi o meio mais utilizado nos casos de violência por autoextermínio, com 6687 casos em 2012, 7090 casos no ano 2014 e 8690 casos em 2017. A autointoxicação apresentou um aumento no ano 2017 com 1406 casos. Precipitação/queda também teve um aumento significativo 362 casos (2012) para 492 casos (2016). Nota-se uma diminuição dos números de óbito por arma de fogo de 989 casos (2012) para 961 casos (2017) (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição do número de óbitos por suicídio, segundo o meio utilizado, Brasil, 2012, 2014 e 2017.



Fonte: SIM, 2017. Indicadores calculados pelos autores.

Na tabela 2, são descritos os dados sobre a estrutura das UBS e o processo de trabalho das eqAB nos três ciclos do PMAQ-AB. Referente aos elementos da estrutura houve uma diminuição significativa nos percentuais do 3º Ciclo. Sendo que, possuir pelo menos, um psicólogo na equipe foi de 18,75% no 1º ciclo, 18,91% no 2º ciclo e 7,58% no 3º ciclo. Em se tratando, da dispensação da medicação controlada descentralizada, no 1º Ciclo o percentual foi de 24,79%, enquanto no 3º ciclo 17,18%. Já as UBS que dispensavam e possuíam quantidade suficiente das drogas fluoxetina, haloperidol e diazepam, utilizadas por pacientes com transtorno mental, houve um aumento no percentual passando de 9,45% (1ºciclo), 9,49% (2ºciclo) para 11,80 (3ºciclo).

No processo de trabalho das eqAB houve uma melhora, destacando-se a oferta de consulta com 44,28% (1ºciclo), 55,24% (2ºciclo) e 92,11% (3ºciclo), o acesso à educação permanente com 32,24 % (1ºciclo), 39,67% (2ºciclo) e 93,32 % (3ºciclo) e o registro dos usuários com transtorno mental 11,90% (1ºciclo), 18,64% (2º ciclo) e 45,25% (ciclo 3). Quanto ao processo de autoavaliação da equipe a redução foi expressiva 68,39% (ciclo 1), 74,47% (ciclo 2) e 50,69% (ciclo 3) (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição das variáveis de estrutura e processo de trabalho. PMAQ-AB, 2012, 2014 e 2017.

Variável	Ciclo 1 (2012)		Ciclo 2 (2014)		Ciclo 3 (2017)		P ¹
	n	%	n	%	n	%	
Estrutura da UBS							
Psicólogo	7.279	18,75	4.549	18,91	2.300	7,58	<0.001
Horário mínimo	32.707	84,27	22.906	95,22	26.063	85,89	<0.001
Horario_especial	19.949	51,40	12.021	49,97	13.713	45,19	<0.001
Medicamentoscontrolado	9.623	24,79	3.931	16,34	5.214	17,18	0.014
Drogas disponíveis em quantidade suficiente	3.668	9,45	2.275	9,46	3.582	11,80	0.518
Processo de trabalho das eqAB							
Planejamento	10.787	62,71	20.178	67,76	30.581	78,69	<0.001
Autoavaliação	11.765	68,39	22.175	74,47	19.701	50,69	<0.001
Reunião periódica	16.894	98,21	29.341	98,53	37.107	95,48	0.440
Apoio matricial	6.419	37,32	15.917	53,45	25.149	64,71	<0.001
Área abrangência/mapa	13.394	77,86	24.933	83,73	32.798	84,39	<0.001
Demanda espontânea	16.712	97,15	28.866	96,94	37.012	95,23	0.010
Urgência/emergência	12.522	72,79	12.167	40,86	35.152	90,45	<0.001
Avaliação de risco	7.586	44,10	18.937	63,59	28.639	73,69	<0.001
Educação permanente	5.546	32,24	11.814	39,67	36.268	93,32	<0.001
Consulta especializada	11.571	67,27	19.589	65,78	28.849	74,23	<0.001
Consulta	7.617	44,28	16.449	55,24	35.800	92,11	<0.001
Protocolo saúde mental	7.457	43,35	9.227	30,99	32.891	84,63	<0.001
Registro pacientes	2.047	11,90	5.550	18,64	17.585	45,25	<0.001
Visita domiciliar	15.981	92,90	28.432	95,48	36.739	94,53	<0.001

¹Teste Qui-quadrado de tendência.

Na tabela 3, foram calculados através do teste de Qui-quadrado de tendência, o desvio padrão, mediana, desvios interquartílicos e significância. A análise evidenciou que todas as variáveis tiveram distribuição não paramétrica ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Descrição das variáveis de estrutura e processo de trabalho. PMAQ-AB, 2012, 2014 e 2017.

Variável	Ciclo 1 (2012)				Ciclo 2 (2014)				Ciclo 3 (2017)				P ¹
	x	dp	med	DIq	x	dp	med	DIq	X	dp	med	DIq	
Estrutura da UBS													
Psicólogo	26.21	35.50	5.26	50.00	23.47	36.95	0.00	40.00	13.09	29.32	0.00	0.00	0.001
Horário mínimo	87.38	22.46	100.00	20.00	94.97	15.55	100.00	0.00	88.48	23.11	100.00	12.50	0.001
Horario_especial	51.51	36.90	50.00	73.75	49.99	41.78	50.00	50.00	44.34	40.55	37.98	90.48	0.001
Medicamentoscontrolado	24.01	30.50	11.11	41.67	24.44	38.46	0.00	50.00	28.46	39.40	0.00	50.00	0.001
Drogas disponíveis em quantidade suficiente	18.16	32.56	0.00	21.43	16.41	33.68	0.00	0.00	21.41	36.24	0.00	33.33	0.001
Processo de trabalho das EqAB													
Planejamento	55.01	41.17	58.33	100.00	64.95	37.17	75.00	62.50	79.63	30.06	100.00	33.33	0.001
Autoavaliação	63.12	40.74	80.00	75.00	68.65	39.41	93.68	60.00	47.87	40.53	50.00	95.45	0.001
Reunião	97.17	13.71	100.00	0.00	97.98	10.38	100.00	0.00	98.36	9.15	100.00	0.00	0.646
Apoio matricial	24.49	37.23	0.00	50.00	35.52	39.97	16.67	75.00	48.77	42.69	50.00	100.00	0.001
Área abrangência/mapa	69.72	39.61	100.00	50.00	77.83	34.06	100.00	37.50	84.34	28.87	100.00	20.00	0.001
Demanda espontânea	97.48	11.41	100.00	0.00	96.51	13.36	100.00	0.00	98.22	9.31	100.00	0.00	0.001
Urgência/emergência	69.76	36.34	87.87	50.00	40.97	36.48	34.61	66.67	93.14	17.47	100.00	0.00	0.001
Avaliação de risco	41.56	41.71	33.33	100.00	62.08	36.31	66.67	72.66	72.20	33.51	86.67	50.00	0.001
Educação permanente	24.41	34.93	0.00	50.00	32.74	35.05	25.00	50.00	95.28	14.97	100.00	0.00	0.001
Consulta Especializada	56.51	43.04	66.67	100.00	56.37	40.71	60.00	85.72	70.61	34.13	85.71	50.00	0.001
Consulta	43.34	40.61	38.46	100.00	52.85	37.44	50.00	80.00	94.44	15.89	100.00	0.00	0.001
Protocolo saúde mental	36.11	39.93	25.00	66.67	26.38	35.34	0.00	50.00	85.34	26.37	100.00	20.00	0.001
Registro de pacientes	9.19	23.72	0.00	0.00	16.22	29.22	0.00	23.08	42.13	38.20	36.84	75.00	0.001
Visita domiciliar	91.44	21.80	100.00	0.00	94.78	16.20	100.00	0.00	97.50	11.20	100.00	0.00	0.001

¹Teste que Kruskal-Wallis.

x-média dp-desvios-padrão med-Mediana DIq- desvios interquartílicos

Após o ajuste dos modelos, as taxas de suicídio foram maiores em localidades com maior proporção de UBS que dispunham de drogas em quantidade suficiente ($\beta = 0.012$; $P < 0.001$) e naquelas localidades cujas equipes de APS realizavam menor proporção de autoavaliação ($\beta = -0.006$; $P = 0.020$), registro e acompanham os usuários com transtorno mental ($\beta = -0.011$; $P = 0.001$) e visita domiciliar de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade ($\beta = -0.014$; $P = 0.015$) (tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre estrutura e processo de trabalho na APS com taxa de suicídio. Brasil, 2012, 2014, 2017.

Variáveis	Análise não ajustada			Análise ajustada		
	β	IC a 95%	P	β	IC a 95%	P
Estrutura da UBS						
psicólogo	0.006	0.001 a 0.012	0.032			
horário mínimo	0.002	-0.007 a 0.011	0.638			
horário especial	0.002	-0.003 a 0.007	0.534			
medicamento controlado	0.007	0.002 a 0.012	0.006			
drogas disponíveis e quantidade suficiente	0.013	0.007 a 0.018	<0.001	0.012	0.006 a 0.017	<0.001
Processo de trabalho						
planejamento	-0.002	-0.008 a 0.003	0.380			
autoavaliação	-0.004	-0.009 a 0.001	0.067	-0.006	-0.010 a -0.001	0.020
reunião	0.001	-0.016 a 0.018	0.929			
apoio matricial	-0.007	-0.011 a -0.002	0.005			
área abrangência	0.004	-0.001 a 0.010	0.149			
demanda espontânea	-0.004	-0.021 a 0.012	0.612			
urgência/emergência	0.002	-0.003 a 0.007	0.455			
avaliação de risco	-0.001	-0.006 a 0.004	0.697			
educação permanente	0.004	-0.002 a 0.010	0.219			
consulta especializada	0.001	-0.004 a 0.006	0.656			
consulta	0.004	-0.002 a 0.009	0.207			
protocolo saúde mental	0.006	0.001 a 0.011	0.029			
registro de pacientes	0.008	0.002 a 0.014	0.008	-0.011	-0.004 a -0.017	0.001
visita domiciliar	-0.013	-0.024 a -0.001	0.029	-0.014	-0.026 a -0.003	0.015

β – Coeficiente de regressão linear. IC a 95% - Intervalo de Confiança a 95%.

Foram mantidas no modelo ajustado apenas as variáveis associadas ao desfecho.

7 DISCUSSÃO

O estudo aponta para uma alta magnitude do suicídio no país, com tendência de aumento ao longo dos anos, e com expressivas diferenças regionais, influenciada pelo processo socioeconômico e culturais, com grandes variações entre os estados. Os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentaram as taxas de suicídio mais elevadas do país, porém, a partir de 2015, também os estados de Roraima e Piauí tiveram um aumento significativo das taxas.

A região Sul do Brasil possui os estados com maior ocorrência de suicídio. O Rio Grande do Sul se sobressai pelas taxas mais altas. As mortes são mais frequentes nas áreas rurais do estado e entre os fatores predisponentes encontram-se aspectos socioeconômicos, educacionais e, particularmente, histórico-culturais, relacionados às condições de trabalho, dentre outros (MALTA *et al.*, 2017).

Meneguel (2018) destaca que no Rio Grande do Sul os municípios de pequenos e de médio porte, apresentam taxas maiores de suicídio em agricultores. Alguns estudos exploraram o comportamento suicida em agricultores que trabalhavam com fumo, associado ao uso de agrotóxico, depressão e suicídio. Nos descendentes de alemães o comportamento suicida também é expressivo. Outro estado na região Sul com o número de mortes por suicídio alarmante é Santa Catarina.

Sehnen e Pasquoli (2014) identificaram que as cidades-sedes de Santa Catarina com o número elevado de mortes por suicídio também apresentaram um elevado IDH e que cerca de 95% de todas as pessoas que cometeram suicídio têm um transtorno mental diagnosticado. Os autores ressaltam, ainda, que falta de equilíbrio mental ocasiona problemas de ordem psicológica, como a depressão, interfere na expectativa de vida das pessoas, mesmo que estas apresentem as melhores possibilidades de uma vida longa e melhor; o estresse da rotina maçante, bens materiais, mudanças na constituição familiar e globalização, são variáveis consideráveis para o aumento da depressão e suicídio.

Na região Norte, Roraima é um estado com elevado número de pessoas que buscam a morte voluntária, as hipóteses para esse fato seriam à violência de gênero contra a mulher e a população LGBTQI, desigualdades sociais, associados aos altos índices de migração, principalmente da Venezuela nos últimos anos. Sendo que o migrante, muitas vezes é discriminado e indesejado, sendo percebido como indivíduo desigual e inferior, vivem as frustrações intensificadas pela subalternidade não

correspondem prontamente ao seu ideal de ego e adoecem, pela angústia, potencializando, assim, o risco de suicídio (FERNANDES; COSTA, 2018).

Percebe-se que as variações regionais de suicídio acompanham mudanças nos aspectos socioeconômicos e demográficos, sendo que o contexto social do Nordeste (NE) merece destaque pela alta desigualdade de renda. Pois, nessa região existem mesorregiões carentes, nas quais a renda depende do setor agrícola. A maior parte de seus municípios estão situados no semiárido, onde as condições climáticas desfavoráveis associam-se às baixas produtividades, outro fator agravante é o baixo nível de escolaridade. Salienta-se, que dos dez municípios com maiores taxas de suicídio no NE, cinco estão situados no Piauí. É possível que as adversidades sociais e econômicas do estado contribuam para esse cenário (SANTOS; BARBOSA 2017).

Em relação ao sexo das pessoas que cometeram suicídio no país, a população feminina possui as taxas relativamente mais baixas. Em consonância com esse dado, na União Europeia a taxa de suicídio é quatro vezes maior nos homens em comparação com as mulheres, pressupõem-se que as mesmas utilizam métodos menos fatais (OECD/EU, 2016). No México, entre 2012 e 2016, dos 30.591 suicídios registrados, 81% eram do sexo masculino (DAVILA-CERVANTES, 2019). Estudos apontam que, em geral, os homens usam métodos mais eficazes para tirar suas vidas (JUNG *et al.*, 2019).

Meneghel *et al.* (2004) expõem que a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída a baixa prevalência de dependência do álcool, a maior religiosidade, o envolvimento social e o desempenho de papéis de mãe, esposa e filha, durante a vida. Ademais, as mulheres conseguem reconhecer mais precocemente sinais de riscos para depressão, suicídio e doença mental, além de buscarem mais ajuda em momentos de crise e de participarem mais das redes de apoio social.

Nas mortes por suicídio no Brasil, nos anos de 2012, 2014 e 2017, o principal meio foi o enforcamento, seguido de autointoxicação e lesões por arma de fogo. Rosa *et al.* (2017) afirmam que a prevalência de suicídio por enforcamento se justifica por ser um meio de fácil acesso e de alto grau de letalidade. Entretanto, o meio por arma de fogo tem diminuindo ao longo dos anos, uma possível razão seria o estatuto do desarmamento em 2003. De acordo, com Ministério da Justiça, desde 2004, as

campanhas nacionais foram responsáveis por retirar de circulação aproximadamente 570 mil armas de fogo (SANTOS; KASSOUF, 2012).

Enfatiza-se que restrição ao acesso a métodos letais de suicídio podem ser um escape para reduzir as taxas, pois se um método letal não é prontamente disponível no momento da ação, retarda a ação de morte e até mesmo a ideação suicida chegue a desaparecer. Mesmo quando o ato é planejado, a dificuldade de obter acesso aos meios letais podem constituir um impedimento significativo (MANN *et al.*, 2005; PEARSON *et al.*, 2017).

Machado e Santos (2015) afirmaram que algumas causas de óbitos por suicídio são mais complexas de controlar, como por exemplo: a intoxicação por medicamentos. Neste caso, a identificação precoce do indivíduo em risco torna-se fundamental, para recomendar uma vigília mais próxima por parte dos familiares ou amigos.

Os resultados aqui apresentados revelam a necessidade da identificação precoce de indivíduos em risco de suicídio objetivando a diminuição desse fenômeno no país. Vale frisar que alguns países tiveram experiências positivas de redução de óbitos por suicídio a partir de estratégias nacionais simples e de intervenções locais específicas. Um exemplo é o Reino Unido, que adotou a estratégia de capacitação dos profissionais da APS na identificação de comportamentos suicidas na população (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION, 2012).

Ferreira *et al.* (2019) ratificam que, ao pensar em prevenção do suicídio no campo da saúde pública, resulta pensar sobre o trabalho na APS. Ao analisar a função da APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado no SUS, evidencia-se a relevância da atuação neste ponto da rede, dado que o acesso ao atendimento de saúde para indivíduos cuja demanda se relaciona de alguma forma com o tema do suicídio é base para a prevenção.

Entretanto, no Brasil, a APS ainda possui alguns obstáculos relacionados à estrutura das UBS, como a descontinuidade no fornecimento de insumos, além da precarização das relações de trabalho e dificuldade de mudança do processo de trabalho (FAUSTO *et al.*, 2014; PIMENTEL *et al.*, 2015). Posto isto, com o intuito de superar esses percalços, comuns a APS do país, o Ministério da Saúde tem instituído práticas de indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, entre as quais está o PMAQ-AB (VIANA *et al.*, 2019). Neste estudo, os

dados de estrutura e processo de trabalho referentes ao cuidado à saúde mental foram analisados nos três ciclos do programa, segundo o modelo teórico proposto.

No que diz respeito à estrutura, as variáveis “ter pelo menos um psicólogo na eqAB ampliada” e “se a dispensação da medicação controlada era descentralizada” tiveram uma diminuição expressiva no 3º ciclo. No entanto, houve um aumento das UBS que “dispensavam e possuíam quantidade suficiente das drogas fluoxetina, haloperidol e diazepam”, utilizadas por pacientes com transtorno mental.

A inserção do psicólogo, inicialmente, na APS era nas eqAB ampliadas. Com o surgimento do NASF, o mesmo passou a ser inserido nessas equipes, assim como outros profissionais. Isso seria uma possível explicação para sua diminuição nas eqAB ampliada. Observar-se que, devido à crescente demanda de cuidado à saúde mental, o MS preconiza que pelo menos um profissional de saúde mental esteja inserido no NASF, de modo a possibilitar a inserção do psicólogo na APS (BRASIL, 2008; FURTADO; CARVALHO, 2015).

O profissional psicólogo na eqAB tem um papel significativo no controle e na ocorrência de agravos a pessoa com transtorno mental ou surto psicótico. A assistência desse profissional a esses indivíduos pode evitar o isolamento social, bem como favorecer a compreensão do transtorno mental tanto da parte do portador quanto do seu grupo familiar e investir na recuperação da autonomia do usuário (BOARINI; BORGES, 2009).

Sabe-se que outro atenuante no tratamento de indivíduos com transtorno mental é o acesso à medicação controlada, pois o uso regular da medicação, em alguns casos, reduz a possibilidade de agravar o quadro clínico. Desse modo, a diminuição da burocratização e a dispensação nas UBS dessas medicações melhoraria o acesso do usuário ou familiares à mesma.

Conte *et al.* (2015) realizaram um estudo em Porto Alegre/RS com idosos que tentaram suicídio. Os profissionais da equipe de saúde relataram que alguns medicamentos necessários não estavam disponíveis no SUS, o que dificultava o tratamento dessa população. Alguns idosos entrevistados afirmaram que pagavam pelos medicamentos psicotrópicos, porque consideravam pouco acessíveis, tanto pela falta de informações, como pela complexidade dos processos de aquisição.

Destaca-se que, em algumas situações, a medicalização aparece como uma possibilidade, mas os profissionais também percebem a ineficácia ou insuficiência dessa terapêutica (FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019).

Os dados mostram que o processo de trabalho das eqAB teve uma expressiva melhora, principalmente no 3º ciclo, destacando-se a oferta de consulta, o apoio matricial do CAPS, educação permanente e o registro dos usuários com transtorno mental.

A oferta de consulta da eqAB aos pacientes de saúde mental, em algumas regiões do país tem aumentado na APS, o que pode positivamente impactar nas taxas de suicídio. Machado e Santos (2015) relatam que o número de consultas médicas do SUS aumentou mais nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste. Salienta-se que o atendimento por qualquer profissional da ESF é essencial para identificação e acolhimento do paciente com risco de suicídio, pois, na escuta terapêutica pode-se avaliar as angústias e necessidades dos usuários (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Na assistência ou consulta dos profissionais da APS aos usuários, uma importante potencialidade na abordagem ao suicídio é a construção do vínculo. Alguns pacientes, devido ao tabu desse tema, têm dificuldade de falar abertamente sobre isso, de relatar seus pensamentos e toda a angústia com o qual o indivíduo não consegue lidar sozinho. Logo, é imprescindível existir uma relação de confiança que permita essa comunicação. Essa confiança pode ser construída através das visitas domiciliares do ACS, ou durante um atendimento, pela postura acolhedora dos profissionais, abrindo um diálogo que demonstre o interesse pela vida do paciente como um sujeito biopsicossocial (FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019).

Ressalta-se também, a necessidade da educação permanente aos profissionais APS, capacitando-os e preparando-os para o atendimento aos usuários com transtorno mental, para que tenham uma escuta qualificada e reconheçam os indivíduos com risco para o suicídio. Leavey *et al.* (2016) constataram que a maioria das pessoas que morreram por suicídio estiveram em contato com os cuidados primários doze meses antes da morte. A maioria dos contatos estavam relacionados a problemas de saúde mental, que foram se agravando com o tempo.

Na Europa, a Aliança Contra a Depressão tem como intuito principal a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária sobre os fatores de risco psiquiátrico, além de aumentar o acesso a cuidados especializado para pessoas em risco (SZÉKELY *et al.*, 2013). O apoio matricial do CAPS é necessário para o cuidado especializado aos indivíduos com transtorno mental, para uma atenção integral.

Bantjes (2017) assegura que é relevante incluir nas estratégias de prevenção do suicídio, a identificação de fatores de risco psiquiátricos, promovendo o acesso ao

atendimento especializado psiquiátrico a indivíduos em risco. Portanto, o apoio matricial é uma estratégia que permite o exercício interdisciplinar no cuidado integral, além de ser um instrumento que amplia o acesso e, como arranjo organizacional, tem a capacidade de dar sustentabilidade à Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo uma ação integrada e articulada (CAMPOS; DOMITTI, 2007; FONSECA SOBRINHO *et al.*, 2014).

Um dado que merece atenção neste estudo é que as taxas de suicídio foram maiores em localidades com maior proporção de UBS que dispunham de drogas em quantidade suficiente e nas localidades cujas equipes de APS realizavam menor proporção de autoavaliação, registro e visita domiciliar.

Cabe enfatizar que os municípios de grande porte ou metrópoles possuem geralmente uma Rede de Atenção à Saúde mais organizada, assim uma alta demanda de pacientes com transtorno mentais e conseqüentemente maiores taxas de suicídio. No artigo de Onocko-Campos *et al.* (2018), foi feita uma análise da assistência à saúde de usuários com transtornos mentais em quatro municípios de grande porte: Fortaleza (estado do Ceará), Campinas e São Paulo (São Paulo) e Porto Alegre (RS). Em todos os municípios, a ampla maioria dos usuários receberam medicação psicotrópica. Os autores ainda enfatizaram o fortalecimento do uso de outros dispositivos pelas eqAB, devido ao uso da medicação ser relativizada no tratamento.

A ação de autoavaliação permite ao profissional de saúde refletir sobre o seu desempenho, com base no modelo de saúde em que atua. Já que, o profissional ao realizar a autoavaliação estabelece uma linha histórica de suas ações, com a finalidade de propor melhorias e estratégias que levem a novas abordagens no âmbito de trabalho, as quais oportunizem satisfação (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

A realização da atividade de registro dos pacientes com transtornos mentais pela ESF pode ter um impacto positivo na redução das taxas de suicídio. Segundo Guareschi *et al.* (2007), a definição de risco está relacionada a um contexto com comportamento e populações específicas, o que acaba por individualizar certas condições de saúde ou doença. Ao pensarmos em pacientes de risco ou com vulnerabilidades, além do registro, a visita domiciliar também é um importante dispositivo na terapêutica.

Nos três Ciclos do PMAQ-AB, a ação visita domiciliar de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade, foi a que teve melhores percentuais entre as variáveis do processo de trabalho. Malakouti *et al.* (2009) realizaram uma pesquisa com famílias

no Irã que receberam visitas domiciliares durante 1 ano, com pacientes esquizofrênicos. Nas visitas, os profissionais de saúde faziam uma análise dos sintomas do paciente, realizavam psicoeducação em relação à esquizofrenia e ficavam à disposição do paciente, caso houvesse necessidade. Os resultados da pesquisa mostraram que houve melhora do quadro clínico dos pacientes após as intervenções e diminuição no número de hospitalizações

Pereira *et al.* (2014) discorrem que as visitas domiciliares são realizadas com o intuito de estabelecer momentos direcionados ao usuário e família. Esta ferramenta permite assistir o usuário no seu âmbito individual e familiar, propicia a realização de cuidado assistencial e educativo, além de possibilitar a inserção da família no tratamento, o qual gera um suporte para a continuidade deste.

Achados na literatura trazem a necessidade da inclusão da família e da comunidade nas ações de prevenção ao suicídio, já que os casos emergem no seio familiar e social, além de favorecer a desinstitucionalização do estigma que as doenças mentais e o suicídio empregam na sociedade contemporânea (MELO *et al.*, 2019).

É importante esclarecer que existem limitações nessa pesquisa referentes ao desenho de estudo ecológico, pois as associações são no nível populacional, e não analisam o âmbito individual. Além disso, o uso de fontes secundárias para a construção dos indicadores do estudo, a exemplo do SIM, pode ter subestimado a ocorrência do desfecho (suicídio). Já no PMAQ-AB, tem-se a possibilidade de viés de seleção, pois a adesão ao programa foi voluntária, e somente no Ciclo III a adesão foi quase universal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência de óbitos por suicídio é maior em pessoas do sexo masculino, com disparidades entre as diversas regiões e estados, percebendo-se a necessidade de intervenções locais específicas. O enforcamento foi o método mais utilizado.

Estratégias simples como a autoavaliação, registro dos usuários com transtorno mental e visita domiciliar com periodicidade adequada podem impactar de forma positiva na redução das taxas de suicídio.

Esses dados podem ser úteis para o planejamento, consolidação e avaliação de políticas de saúde; e fornecem subsídios para ações de reorganização das redes de atenção em saúde, sobretudo no que se refere ao fortalecimento das ações no campo da saúde mental na APS.

Salienta-se que este é o primeiro estudo que faz uma análise sobre a associação de características e processo de trabalho da estrutura na APS relacionado a saúde mental e taxas do suicídio. Nossos dados reforçam a relevância da atuação da APS na prevenção do suicídio levando em considerações as particularidades dos indivíduos, sexo, da localidade de ocorrência e da condição socioeconômica.

REFERÊNCIAS

ABUABARA, A. *et al.* Comparative analysis of death by suicide in Brazil and in the United States: descriptive, cross-sectional time series study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 135, n. 2, p. 150-6, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2019.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Introdução à epidemiologia. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

ALVES, V. M. *et al.* Evaluation of the quality of life and risk of suicide. **Clinics**, São Paulo, v. 71, n. 3, p. 135-9, mar. 2016. DOI: 10.6061/clinics/2016(03)03.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5 ed. Washington, DC: Author, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir** / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BANTJES, J. Don't push me aside, Doctor': Suicide attempters talk about their support needs, service delivery and suicide prevention in South Africa. **Health Psychology Open**, v. 4, n. 2, 2055102917726202, 2017. DOI: 10.1177/2055102917726202.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em região de saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.117, p. 408-19, 2018. ISSN 0103-1104. DOI: 10.1590/0103-1104201811705.

BEESTON, D. **Older people and suicide**. Centre for Ageing and Mental/Health Staffordshire University, 2006.

BERTOLETE, J. M.; FLEISHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181-5, out. 2002.

BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface** (Botucatu), p. 287-300, 2013.

BOLTON, J. M. *et al.* Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up study. **Depression and Anxiety**, v. 2008.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-6, 2014.

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. O psicólogo na atenção básica à saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 602-13, 2009. DOI: DOI: 10.1590/S1414-98932009000300013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 ago. 2006. Seção 1, p. 65. Disponível em: <http://bit.ly/2HD1pYk>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família NASF. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília, DF, 2013. (Cadernos de atenção básica, n. 34).

BRASIL. Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014. Ministério da Saúde. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde

públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) considerando a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da Atenção. Brasília, DF: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília (DF): MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança agenda estratégica de prevenção do suicídio. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <https://goo.gl/7fnnVo>. Acesso em: 31 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 2436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova uma política nacional de atenção básica, estabelecendo uma revisão de diretrizes para uma organização da atenção básica, no mínimo do sistema único de saúde (sus). Brasília; 2017c. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/161636273/dou-secao-1-22-09-2017-pg-68>. Acesso em: 27 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. 3ª ciclo: avaliação externa para as equipes. Brasília, DF: MS, 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Diário Oficial da União. 26 Abr. 2019.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 399-407, 2007.

CENTRE FOR SUICIDE RESEARCH AND PREVENTION (CSRP). Suicide rate statistics. 2017. Disponível em: <https://csrp.hku.hk/statistics/>. Acesso em: 02 maio 2019.

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

CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-26, 2012.

CONTE, M. *et al.* Encontros ou desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1741-9, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02452015>.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **Falando abertamente sobre suicídio**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://bit.ly/2xz3mmK>. Acesso em: 02 maio 2018.

DAVILA-CERVANTES, Claudio A. Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. **Universidad y Salud**, Pasto, v. 21, n. 3, p. 235-9, 2019.

DESAULNIERS, J.; DAIGLE, M. S. Inter-regional variations in men's attitudes, suicide rates and sociodemographics in Quebec (Canada). **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 6, p. 445-53, 2008. DOI: 10.1007/s00127-008-0340-2.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-8, 1988. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB. Quality Review Bulletin**, v. 18, n. 11, p. 356-60, nov. 1992.

FAÇANHA, J. *et al.* Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção *believe*. **SMAD**, v. 6, n. 1, p. 1-6, 2019.

FACCHINI, L. A. *et al.* Governança e desempenho do sistema de saúde: desafios nacionais e municipais da Estratégia Brasileira de Saúde da Família. In: Reich MR, Takemi K, editores. **Governando os sistemas de saúde: para nações e comunidades em todo o mundo**. Brookline: Lamprey e Lee, p. 203-36, 2015.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, v. 38, n. esp., p. 13-33, 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S003.

FERNANDES, R. M.; COSTA, E. Suicídio, desigualdades e migração em Roraima. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, Fortaleza, CE, v. 8, n. 21, p. 98-116, ago. 2018.

FERREIRA, Geovana da Silva; FAJARDO, Ananyr Porto; MELLO, Eliana Dable de. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 04, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290413>. Acesso em: 19 nov. 2019

FONSECA SOBRINHO, D. *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 83-93, 2014.

FRANKLIN, J. C. *et al.* Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. **Psychological Bulletin**, v. 143, n. 2, p. 187-232, 2017. DOI: 10.1037/bul0000084.

FURTADO, M. E. M. F.; CARVALHO, L. B. O psicólogo no NASF: Potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, MS, v. 7, n. 1. P. 9-17, 2015. ISSN 2177-093X.

GUARESCHI, N. M. F. *et al.* Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 7, p. 20-30, 2007.

GUTIERREZ, B. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-9, 2014.

HAUGE, Lars Johan *et al.* Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006-2015. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 619. 8 Aug. 2018, DOI:10.1186/s12913-018-3419-9.

HOERTEL, N. *et al.* Mental disorder sandrisk of suicide attempt: A national prospective study. **Molecular Psychiatry**, v. 20, n. 6, p. 718-26, 2015. DOI: 10.1038/mp.2015.19.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE). **Estatísticas demográficas: taxa de mortalidade padronizada**. Lisboa: INE, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE). **Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100000 habitantes**. Lisboa: INE, 2018.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION. **World suicide prevention day: suicide prevention across the globe: strengthening protective factors and instilling hope**. 2012.

JUNG, S. *et al.* Diferenças de gênero em adolescentes coreanos que morreram por suicídio com base em relatos de professores. **Psiquiatria infantil e adolescente e saúde mental**, 2019, [s.i].

LAW, Y. W. *et al.* Evidence-Based Suicide Prevention: Collective Impact of Engagement with Community Stakeholders. **Journal of Evidence-Based Social Work**, v. 16, n. 2, 2019. DOI: 10.1080/23761407.2019.1578318.

LEAL, O. F. Suicídio honra e masculinidade na cultura gaúcha. **Cadernos de Antropologia - UFRGS**, p. 7-21, 1992.

LEAVEY, G. *et al.* Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. **BMC Psychiatry**, v. 16, p. 120, 2016. DOI: 10.1186/s12888-016-0824-7.

LOPES, C. S. *et al.* Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. **International Journal for Equity Health**, v. 15, p. 154, 2016.

LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 31, suppl.2, p. s86-s93, 2009. ISSN 1516-4446. DOI: 10.1590/S1516-44462009000600007.

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **The American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 6, p. 909-16, 2002.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Tentativa de suicídio: o traumático via ator. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 2, p. 185-94, 2007.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, mar. 2015.

MAGALHÃES, A. P. N. *et al.* Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 1, p. 16-22, 2014. ISSN 0047-2085. DOI: 10.1590/0047-2085000000003. 2014.

MALAKOUTI, S. K. *et al.* Case-management for patients with Schizophrenia in Iran: a comparative study of the clinical outcomes of mental health workers and consumers' family members as case managers. **Community Mental Health Journal**, v. 45, p. 447-52, 2009. DOI: org/10.1007/s10597-009-9197-4.

MALLON, S. *et al.* Patterns of presentation for attempted suicide: analysis of a cohort of individuals who subsequently died by suicide. **Suicide Life Threat Behav**, v. 45, n. 3, p. 335-44, 2014. DOI: 10.1111/sltb.12134.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 142-56, 2017.

MANN, M. *et al.* Self-esteem in a broad spectrum approach for mental health promotion. **Health Education Research**, v. 19, n. 4, p. 357-72, ago. 2004.

MANN, J. J. *et al.* Suicide prevention strategies: a systematic review. **JAMA**, v. 294, n. 16, p. 2064-74, 2005. DOI: 10.1001/jama.294.16.2064.

MELO, M. M. *et al.* Percepções da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial sobre as motivações que levam o sujeito ao comportamento suicida. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, e529, 15 jun. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-10, dez. 2004.

MERZAGORA, I. Risco de suicídio e a crise econômica: uma análise exploratória do caso de Milão. **Plos One**, v. 11, n. 12, p. 1-13, 2016.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio em idosos: uma revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 750-7, 2010. ISSN 0034-8910. DOI: 10.1590/S0034-89102010000400020. 2010.

MINAYO, M. C. S. Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. In: MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; SILVA, R. M. (Org.). **Comportamento suicida de pessoas idosas**. Fortaleza: Editorial UFC, 2016.

MOLLER-LEIMKUEHLER, A. M. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 253, n. 1, p. 1-8, 2003.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-26, jul-set. 2013. DOI: 10.1590/S0103-11042013000300005.

NATIONAL CONFIDENTIAL INQUIRY INTO SUICIDE AND SAFETY IN MENTAL HEALTH (NCISH). National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness: suicide in primary care in England: 2002-2011. Manchester: University of Manchester, 2014.

NOCK, M. K. *et al.* Suicide and suicidal behavior. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, p. 133-54, jul. 2008. DOI: 10.1093/epirev/mxn002.

NOCK, M. K. *et al.* Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. **PLoS Medicine**, [s.i], 2009. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000123.

NOCK, M. K.; KESSLER, R. C.; FRANKLIN, J. C. Risk factors for suicide ideation differ from those for the transition to suicide attempt: the importance of creativity, rigor, and urgency in suicide research. **Clinical Psychology Science and Practice**, v. 23, n. 1, 2016. DOI: 10.1111/cpsp.12133.

NOGUEIRA, F. J. S.; BRITO, F. M. G. Dialogues between mental health and primary health care: a Brazilian educational program for health work case report. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, Minas Gerais, v. 12, n. 2, p. 374-87, 2017.

OBSERVATORIO VENEZOLANO DE VIOLENCIA (OVV Mérida). “Mérida: a taxa de suicídio em 2017 foi a mais alta nos últimos 30 anos”. 2018. Disponível em: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/merida-tasa-de-suicidios-en-2017-fue-la-mas-alta-dos-ultimos-30-anos/>. Acesso em 03 abr. 2019.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matriz e apoio institucional: analisando sua construção. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-38, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil” [Functioning of Psychosocial Care centers in four cities in Brazil/Actuación de los Centros de Atención Psicosocial en cuatro centros urbanos en Brasil]. **Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American journal of public health**, v. 42, p. 113, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.113.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OECD). “**Suicides**”, in OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **O relatório mundial de saúde**, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Mortalidad por Suicidio en la Américas. Informe Regional. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud, 2014.

OECD/EU. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. 2016. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>>. Acesso em: 02 maio 2019.

PEARSON, M. *et al.* Effectiveness of household lockable pesticide storage to reduce pesticide self-poisoning in rural Asia: A community-based, cluster-randomized controlled trial. **The Lancet**, v. 390, p. 1863-72, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31961-X.

PEREIRA, J.; TAVARES, M.; PITA, P. Mais do que números: taxas de suicídio e ciclo econômico em Portugal (1910-2013). **Saúde da População**, v. 2, p. 14-23, 2016.

PEREIRA, S. S. *et al.* Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 1, 2014.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A estratégia saúde da família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151040138.

PINTO, A. G. A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-60, 2012.

PUVAR, D. **The Struggle Overseas: risk factors for suicide among female migrant workers in Nepal**. Nepal: SIT Graduate Institute, 2015.

REEVES, A. **Working with Risk in Counselling and Psychotherapy**. SAGE Publications Limited, 2015.

RIBEIRO, N. M. *et al.* Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e2110016, 2018. DOI: 10.1590/0104-070720180002110016.

ROCHA, T. A. H. *et al.* Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. **BMC Câncer**, v. 17, p. 706, 2017. DOI 10.1186/s12885-017-3700-z.

ROSA, Natalina Maria *et al.* Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 73-82, jun. 2017.

SADDI, F. C. *et al.* Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): a mixed-method approach. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, p. e00202417, 2018.

SAMPSON, R. J. The neighborhood context of well-being. **Perspective in Biology and Medicine**, v. 46, n. 3, p. 53-64, 2003.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Avaliação de Impacto do Estatuto do Desarmamento na Criminalidade: uma abordagem de séries temporais aplicada à cidade de São Paulo. **EALR**, v. 3, n. 2, p. 307-22, 2012.

SANTOS, Emelyne Gabrielly de Oliveira; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 371-8, jul. 2017.

SANTOS, Luciana Almeida; KIND, Luciana. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190116, 2019.

SARAIVA, C. B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. **Suicídio e comportamentos autolesivos**: dos conceitos a prática clínica. Lisboa: Lidel, 2014.

SCHLOSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto (SP), v. 22, n. 1, p. 133-45, 2014.

SEHNEM, Scheila Beatriz; PALOSQUI, Vanusa. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. **Fractal – Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 365-78, ago. 20114.

SHEPARD, D. S. *et al.* Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 46, n. 3, p. 352-62. 2016. DOI: 10.1111/sltb.12225.

SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A. S.; FERREIRA, L. A. Impacto da morbi-mortalidade e gastos com o suicídio no Brasil de 1998 a 2007. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 4, n. 4, p.3033-42, out/dez. 2012.

SOARES, A. T. M. *et al.* (Org.). **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.

SOUSA, G. S. *et al.* Circunstâncias que Envolvem o Suicídio de Pessoas Idosas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 18, n. 49, p. 389-402, 2014.

STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. **Suicide Life Threat Behav**, v. 30. n. 2, p. 145-62, 2000.

STENE-LARSEN, K.; RENEFLLOT, A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: a systematic review of the literature from 2000 to 2017. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 47, n. 1, p. 9-17, 2019. DOI: 10.1177/1403494817746274.

STEVOVIĆ, L. I. *et al.* Gender differences in relation to suicides committed in the capital of Montenegro (Podgorica) in the period 2000-2006. **Psychiatria Danubina**, v. 23, n. 1, p. 45-52, 2011.

SUBRAMANIAN, PB; BELLI, P; KAWACHI, I. The macroeconomic determinants of health. **Annual Review of Public Health**, v. 23, p. 287-302, 2002.

SZÉKELY, A. *et al.* How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). **PLoS One**, v. 23, n. 8, e75081, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0075081.

TORRES, Magdalena Mora; ZELEDON, Diego Moya; ELIZONDO, Jorge Calderon. Suicidio en Costa Rica: Análisis de autopsias realizadas en el Departamento de Medicina Legal del 2010 al 2016. **Medicina legal de Costa Rica**, Heredia, v. 36, n. 2, p. 28-45, 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. World Drug Report. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime, 2014.

VIANA, I. B. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, p. e2018060, 2019. DOI: 10.5123/s1679-49742019000200015.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-87, jan. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2001: mental health new understanding, new hope**. Geneva: WHO, 2001.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health action for the prevention of suicide: a framework**. Geneva: World Health Organization, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health Atlas 2014**. Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suicide data. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso em: 02 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics data visualization dashboard**. Geneva: WHO, 2018.

YING, Y. H.; CHANG, K. A study of suicide and socioeconomic factors. **Suicide Life Threat Behav**, v. 39, n. 2, p. 214-26, 2009. DOI: 10.1521/suli.2009.39.2.214.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Quadro 1 - Descrição das variáveis: Causas externas – (Suicídio).

N	Variável	Código da Variável 2012	PMAQ 2012	Código da Variável 2014	PMAQ 2014	Código da Variável 2017	PMAQ 2017	Adequado
1	CNES	Cnes	Número do CNES?	CNES	Número do CNES na contratualização do PMAQ?	CNES_ADESÃO	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (No período de adesão ao programa)	
2	INE	INE	INE	INE	INE	INE	INE	
3	Código do município pelo IBGE	Ibge	IBGE	IBGE	IBGE	IBGE	IBGE	
4	UF	Uf	Unidade de Federação	UF	Unidade de Federação	ESTADO	Unidade de Federação	
5	Quantidade de profissionais da equipe ampliada das equipes existentes na unidade de saúde: psicologo	I_3_6_2	Quantidade de psicólogo?	I_3_5_2	Qual número de profissionais existentes para cada profissão? ___ Psicólogo	I.3.2.2	Existem profissionais que atuam na UBS e não fazem parte da equipe mínima e do NASF? Quantidade Psicólogo	>= 1 0 Não 1 SIM
6	Quantos dias a UBS funciona	I_7_3	Esta unidade funciona	I_8_2_1	Segunda	I.4.5.1	Segunda	1 para todos
				I_8_2_2	Terça	I.4.5.2	Terça	
				I_8_2_3	Quarta	I.4.5.3	Quarta	

	Horário		quantos dias na semana	I_8_2_4	Quinta	I.4.5.4	Quinta	
				I_8_2_5	Sexta	I.4.5.5	Sexta	
	Turnos de Atendimento horario	I_7_2_1	Manhã	I_8_1_1	Manhã	I.4.5.1.1	Manhã	(Manhã: até 8:30. Tarde: se fechou depois 16:00)
I.4.5.2.1								
I.4.5.3.1								
I.4.5.4.1								
I.4.5.5.1								
I_7_2_2		Tarde	I_8_1_2	Tarde	I.4.5.1.2	Tarde		
					I.4.5.2.2			
					I.4.5.3.2			
	I.4.5.4.2							
					I.4.5.5.2			
	Turnos de Atendimento horario_esp	I_7_2_3	Noite	I_8_1_3	Noite	Idem	Noite	Considerou se abriu pelo menos 1x na semana E se ficou aberta até as 20:00hs
7	Esta unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana? horario_esp	I_7_6	Unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana?	I_8_2_6	Sábado	I.4.5.6	Sábado	1 para, pelo menos, 1 dos horários
				I_8_2_7	Domingo	I.4.5.7	Domingo	
8	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)? horario_esp	I_7_7	Horário Especial	I_8_3	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)	I.4.6	Horário de Almoço	

9	A dispensação de medicamentos anticonvulsivos/ antidepressivos/ antipsicóticos/ ansiolítico e hipnosedativos é centralizada r_controlado	I_14_72	A dispensação de medicamentos controlados é centralizada? 2 =Não	I_21_7	A dispensação de medicamentos controlados é descentralizada? 1= Sim	I.15.19.1	Os medicamentos controlados são dispensados na unidade? 1-Sim	1
10	Cloridrato de fluoxetina. Em quantidade suficiente?	I_14_78_1	Medicamentos	I_21_11_1	Medicamentos	I.15.19.5	Cloridrato de fluoxetina em quantidade suficiente?	1 para os 3 Restrito os medicamentos que foram perguntados em todos os ciclos
	Haloperidol. Em quantidade suficiente?	I_14_81_1	Medicamentos	I_21_9_1	Medicamentos	I.15.19.3	Haloperidol em quantidade suficiente?	
	Diazepam. Em quantidade suficiente?	I_14_86_1	Medicamentos	I_21_10_1	Medicamentos	I.15.19.4	Diazepam em quantidade suficiente?	
11	Planejamento planejamento	II_9_1 Doc. II_9_1_1	Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de	II_8_1 Doc. II_8_1_1	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?	II.8.3 Doc. II.8.3/1	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	1

			planejamento de suas ações?					
12	Autoavaliação o autoavaliação	II_9_12 Doc. II_9_12_1	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?	II_8_8 Doc. II_8_9_1	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	II.8.7 Doc. II.8.8/1	No último ano, foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe?	1
13	Reunião reunião	II_11_1	A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe	II_8_12	A equipe realiza reunião?	II.8.1	A sua equipe realiza reunião de equipe?	1
14	Apoio Matricial apoio_m	II.10.1	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde?	II_9_1	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	II.8.9	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	1 para todos Considerou-se apoio matricial, se a equipe recebeu apoio da secretaria, de outros profissionais para resolução de casos complexos e apoio de qualquer
		II.12.1	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou	II_9_4	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	II.3.1	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	

			apoiar na resolução de casos considerados complexos					profissional do CAPS.
		II_12_2_1_1 até II_12_2_1_21	Qualquer profissional do NASF. (1 para, pelo menos, 1 dos profissionais. Se considerar somente psicólogo e psiquiatra - 3 e 6)	II_9_5_1	Do NASF	II.3.2.1	NASF	
		II_12_2_2_1 até II_12_2_2_5	Qualquer profissional do CAPS (1 para, pelo menos, 1 dos profissionais. Se considerar somente psicólogo e psiquiatra- 2 e 3)	II_9_5_2	Do CAPS	II.3.2.2	CAPS	
		II_12_2_4_1 até II_12_2_4_25	Qualquer profissional da Rede (1 para, pelo menos, 1 dos profissionais. Se considerar somente	II_9_5_4	Especialistas da Rede	II.3.2.4	Especialistas da Rede	

			psicólogo e psiquiatra- 3 e 6)					
15	Área de abrangência e mapa	II_13_3	Existe definição da área de abrangência da equipe	II_10_2	Existe definição da área de abrangência da equipe	II.6.1	Existe definição da área de abrangência da equipe	1 para ambas as perguntas
	area_ab	II_13_4	A equipe de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência	II_10_3	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	II.6.2	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (exemplo: áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade)?	1=Não
16	População descoberta	II_13_7	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe	II_10_5	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	II.6.3	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	2
	descoberta							
17	Demanda espontânea	II_15_4	Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas	II_12_1	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	II.10.1	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	1
	demanda							

			necessidades escutadas e avaliadas					
18	Atendimento de urgência e emergência urgencia	II_15_8	A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde	II_12_8 _1 II_12_8 _2 II_12_8 _3 II_12_8 _4 II_12_8 _5 II_12_8 _6 II_12_8 _7 II_12_8 _8	Atendimento de dor torácica, crise convulsiva, Nefrolitíase, crise de asma, crise hipertensiva, Hiperglicemia em diabéticos, casos suspeitos de dengue e outros (1 para todos)	II.10.5.1	Atendimento de urgência	1
19	Avaliação de risco risco	II_15_10	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade e no acolhimento dos usuários	II_12_1 7	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	II.10.5.3	Avaliação de risco e vulnerabilidade	1 para ambas
		II_15_9	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação	II_12_1 8	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	II.10.7	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos/critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	

			e classificação de risco e vulnerabilidade e dos usuários					
20	Educação permanente ep	II_29_4	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental	II_23_5	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	II.4.1.1 até II.4.1.5	No último ano, a equipe participou de ações de EP organizadas por pelo menos 1 das instituições (1 para pelo menos 1 delas)	1
21	Acesso e atenção especializada	II_17_1_1	O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada	II_14_1_1	A consulta especializada é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário	II.12.9.1	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário	1 para pelo menos 1 das perguntas
		II_17_1_2	A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente e informada ao paciente	II_14_1_2	A consulta especializada é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário	II.12.9.2	A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário	
22	Oferta de consulta consulta	II_16_7	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas?	II_14_3_6	A equipe programa oferta de consultas para quais situações- Transtorno mental	II.23.1.1	A equipe realiza consulta para: Usuários em sofrimento psíquico	1
23	Protocolos protocolo	II_17_4_9	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes	II_14_4_9	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações - Saúde mental	II.10.6	A equipe utiliza protocolos / critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?	1

			terapêuticas para Saúde Mental	E II_14_4_11	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações - Álcool e drogas			
24	Organização da Agenda	II_16_7_9	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas? Problemas relacionados à saúde mental	II_14_5_6	A programação da agenda da equipe esta de acordo com o risco classificado, para quais situações- Transtorno mental			1
25	Registro-pessoas com TM registro	II_29_5	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental	II_14_6_7 OU II_23_6	A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção-transtorno mental A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico	II.23.4.1 OU II.23.2.1	A equipe possui o registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção: Usuário em sofrimento psíquico Usuários em sofrimento psíquico	1
26	Registro-drogas	II_29_6	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com	II_23_7	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	II.23.2.2	A equipe possui registro dos usuários do território:Usuários de crack, álcool e outras drogas	1

			necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas					
27	Registro- medicamento	II_29_7	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos	II_23_9	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti- psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral	II.23.2.3	A equipe possui registro dos usuários do território:Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti- psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor	1
28	Visita Domiciliar	II_32_3	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade	II_28_2	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	II.25.4	As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	