

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**EGLÊ REJANE KOHLRAUSCH**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL RELACIONADAS AO  
INDIVÍDUO COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**Porto Alegre**

**2012**

**EGLÊ REJANE KOHLRAUSCH**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL RELACIONADAS AO  
INDIVÍDUO COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Agnes Olschowsky

**Porto Alegre**

**2012**

CIP - Catalogação na Publicação

Kohlrausch, Eglê Rejane  
Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família / Eglê Rejane Kohlrausch. -- 2012. 207 f.

Orientadora: Agnes Olschowsky.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Saúde mental. 2. Tentativa de suicídio. 3. Suicídio. 4. Avaliação de serviços de saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Olschowsky, Agnes, orient. II. Título.

**EGLE REJANE KOHLRAUSCH**

**Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 11 de dezembro de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Agnes Olschowsky:   
Presidente – PPGENF/UFRGS

Prof. Dr. Luciane Prado Kantorski:   
Membro – UFPEL

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider:   
Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Christine Wetzel:   
Membro – EENF/UFRGS

Prof. Dr. Márcio Wagner Camatta:   
Membro – UFCSPA

*Dedico esta pesquisa para aqueles que não encontram mais motivos para viver e para os trabalhadores que se empenham em cuidar deles, entendendo seu sofrimento e resgatando-os para a vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, obrigada a todos e todas que foram solidários comigo e me incentivaram a concluir esta jornada. Muitas pessoas se incluem aqui, e ficam representadas pela Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha e pelo Prof. Ms. Baltasar Renosi Lápis. Preciso fazer uma homenagem especial para alguém que já não se encontra mais no mundo terreno, Prof. Ms. Jorge Rodrigues, querido Jorjão, professor, colega, mestre e amigo. Obrigada pelo carinho, pelo apoio, pelas palavras lindas, encorajadoras e por ouvir meus desabafos durante os momentos difíceis deste caminho. Queria que estivesse na minha defesa, como tínhamos combinado. Iria adorar ouvir teus comentários sobre esta tese.

Para minha orientadora Profa. Dra. Agnes Olschowsky não tenho palavras para agradecer. Tua disponibilidade para me acolher ao longo de meu trajeto no doutorado, teu incentivo, competência, exigência e parceria foram imprescindíveis para que esta pesquisa fosse concluída.

Obrigada pelo suporte e apoio, Dra. Luciane Lemos, minha analista, para o entendimento dos percursos do dia a dia da vida. Não tenho mais o que dizer para te agradecer pelo acolhimento, escuta e pelos espaços para reflexão.

Aos meus colegas da área de Saúde Mental dedico uma menção especial por terem possibilitado meu afastamento para capacitação, bem como aos colegas de Departamento por aprovarem essa liberação.

Parceiros de pós-graduação, em especial aos colegas da área de saúde mental, obrigada pela boa convivência. Fizemos trocas pessoais e profissionais enriquecedoras. Ressalto também que a experiência de conviver com ex-alunos como colegas me ensinou muito.

Para a Universidade Federal do Rio Grande do Sul um agradecimento especial. Possibilitou que ficasse quatro anos afastada das funções docentes para cursar o Doutorado, mantendo minha remuneração, situação não comum em universidades privadas. Espero poder contribuir com a construção de conhecimento em enfermagem em saúde mental para retribuir esta oportunidade

Por fim, minha homenagem e agradecimento especial aos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família Pitoresca. Vocês possibilitaram, com sua generosidade e acolhimento, que esta pesquisa fosse realizada, se dispuseram a participar dela,

me incluíram em sua rotina de trabalho, fizeram e fazem com que eu me sinta parte dessa equipe. Nossos laços continuam e vão continuar.

*Andava com mania de suicídio e com crises de depressão aguda; não suportava ajuntamentos perto de mim e, acima de tudo, não tolerava entrar em fila comprida pra esperar seja lá o que fosse. E é nisso que toda a sociedade está se transformando: em longas filas à espera de alguma coisa. Tentei me matar com gás e não consegui. Mas tinha outro problema. Levantar da cama. Sempre tive ódio disso. Vivia afirmando: "as duas maiores invenções da humanidade foram a cama e a bomba atômica; não saindo da primeira, a gente se salva, e, soltando a segunda, se acaba com tudo". Acharam que estava louco. Brincadeira de criança é só disso que essa gente entende: brincadeira de criança - passam da placenta para o túmulo sem nem se abalar com este horror que é a vida.*

*Sim, eu odiava ter que me levantar da cama de manhã. Significava que a vida ia recomeçar e depois que se passa a noite inteira dormindo cria-se uma espécie de intimidade especial que fica muito mais difícil de abrir mão. Sempre fui solitário. Você vai me desculpar, creio que não regulo bem da cabeça [...] eu sei que isso não é uma atitude simpática. Mas ficaria todo refestelado aqui dentro do meu caracol [...].*

*Charles Bukowski*



## RESUMO

KOHLRAUSCH, E.R. **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na estratégia saúde da família.** 2012. 207 f. Tese [Doutorado] – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

O objeto de estudo desta tese são as ações de saúde mental desenvolvidas junto ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta pesquisa é vinculada às “Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”, projeto financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), pelo Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008. Enquanto subprojeto contribuiu para avaliar as ações de saúde mental, fazendo um recorte para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, já que cada situação de sofrimento psíquico requer ações que deem conta de sua especificidade de acolhimento e cuidado, dada sua prevalência. A pesquisa é avaliativa, qualitativa, desenvolvida na modalidade de estudo de caso, em que se utilizou a Avaliação de Quarta Geração para a construção do processo de condução da coleta e análise das informações. Essas foram coletadas por meio de 192 horas de observação e 15 entrevistas com a equipe ESF Pitoresca, como grupo de interesse. Pelo Método Comparativo Constante chegou-se à construção das categorias temáticas tecnologias relacionais, atendimento usuário-centrado e gestão do cuidado, subordinadas à categoria analítica processo de trabalho. Os trabalhadores da ESF avaliam que as tecnologias relacionais, junto com o cuidado clínico, são fundamentais para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, principalmente porque o vínculo que têm com eles favorece a procura em caso de necessidade. Salientam que a postura de acolhimento que a equipe tem faz com que se torne mais ágil o acesso à ESF no caso do comportamento suicida se agravar. Em relação ao atendimento usuário-centrado trazem muitas dúvidas na avaliação do risco de suicídio, ao mesmo tempo em que conseguem construir um cuidado individualizado e de acordo com as necessidades do indivíduo com comportamento suicida. Sobre a gestão do cuidado, avaliam que é fundamental o trabalho em equipe para o atendimento ao comportamento suicida. Poder contar com a parceria da equipe de matriciamento da Secretaria da Saúde do município de Porto Alegre e das alunas de enfermagem em saúde mental da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do RS proporciona segurança na abordagem do comportamento. No entanto, se ressentem da falta de uma rede estruturada em saúde mental que acolha os casos mais graves. A ESF Pitoresca vem construindo uma atuação que se insere no modo psicossocial de atendimento em saúde mental, valorizando as tecnologias relacionais como estratégias fundamentais para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida.

**Palavras-chave:** saúde mental, tentativa de suicídio, avaliação de serviços de saúde, atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

KOHLRAUSCH, E.R. **Evaluation of mental health actions related to the individual with suicidal behavior in family health strategy**. 2012. 207 f. Thesis [ PhD ] – Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

The object of study of this thesis is the mental health actions developed with the individual with suicidal behavior in the Family Health Strategy (FHS). This research is linked to the “Mental Health Actions in the Family Health Strategy”, project funded by the National Research Council (CNPq) by the announcement CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008. While a subproject, it contributed to evaluate the mental health actions, emphasizing the aspect of the care with the individual with a suicidal behavior since each situation of psychic suffering requires actions that consider its specificity of reception and care, according to its prevalence. It is an evaluative and qualitative research, developed in the form of case study, in which used the fourth generation evaluation to build the process of conducting the collection and analysis of information. The information was collected through 192 hours of observation and 15 interviews with the team of the FHS Pitoresca, as an interest group. With constant comparative method was reached to the construction of the theme categories of relational technologies, user-centered care and care management, methodologies subordinate the analytical category work process. Workers of FHS evaluate the relational technologies with the clinical care are the base to the care of the individual with suicidal behavior, mainly because the bond they have with this individual propitiates the demand in case of need. The workers say their mode of reception makes the FHS access more agile in case of aggravation of the suicidal behavior. In relation to the user-centered care, they relate many doubts about the assessment of suicide risk, at the same time they are able to build up an individualized care, according to the needs of the individual with suicidal behavior. About the care management, they evaluate that the team work is fundamental to reception of the suicidal behavior. The association with the team of matricial process of Health Department of the city of Porto Alegre and with the nursing students in mental health of the Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul provides security in approach of this behavior. However, they resent about the lack of a structured network of mental health that receives the most serious cases. The FHS Pitoresca has been building a performance inserts in the psychosocial aspects in the mental health care, valuing the relational technologies as fundamental strategies to the care of the individual with suicidal behavior.

**Keywords:** mental health, suicide attempted, health services evaluation, primary health care

## RESUMEN

KOHLRAUSCH, E.R. **Evaluación de las acciones de salud mental con relación al individuo con comportamiento suicida en la estrategia salud de la familia.** 2012. 207 f. Tesis [ Doctorado] – Escuela de Enfermería de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

El objeto de estudio de esta tesis son las acciones de salud mental desarrolladas junto a la persona con comportamiento suicida en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Esta investigación está obligada a las “Acciones de Salud Mental en Estrategia Salud de la Familia”, proyecto que está en financiación por el Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), por la Nota CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008. Como subproyecto ha contribuido para evaluar las acciones de salud mental, haciendo una ejemplificación para el manejo a la persona con comportamiento suicida, ya que cada situación de sufrimiento psíquico requiere acciones que dan cuenta de su especificidad de recepción y cuidado, dado su predominio. La investigación tiene carácter evaluativo, cuantitativo, y se desarrolla en la modalidad de estudio de caso, en que se ha utilizado la Evaluación de Cuarta Generación para la construcción del proceso de conducción de informaciones y sus análisis. Esas fueron logradas por medio de 192 horas de observación y 15 entrevistas con la equipo ESF Pitoresca, como grupo de interés. Por el Método Comparativo Constante se ha llegado a la construcción de categorías temáticas tecnologías relacionales, interacción usuario-centrado y gestión de atención, subordinadas a la categoría analítica proceso de trabajo. Los trabajadores de ESF evalúan que las tecnologías relacionales, junto con el cuidado clínico, son fundamentales para la interacción con la persona con comportamiento suicida, principalmente porque el enlace entre los dos favorece a la busca en caso de necesidad. Agregan que la postura de recepción que el equipo tiene hace con que sea más ágil el acceso a ESF en caso de que el comportamiento suicida se agrave. En relación a la interacción usuario-centrado traer muchas dudas en el proceso de investigación de riesgo de suicidio, al mismo tiempo en que se consigan construir un cuidado individualizado y de acuerdo a las necesidades del individuo con el comportamiento suicida. Sobre la gestión del cuidado, evalúan que es fundamental el trabajo en equipo para la interacción al comportamiento suicida. Poder contar con la asociación de la equipo matricial de la Secretaria de Salud del municipio de Porto Alegre y de las alumnas de enfermería en salud mental de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de RS ha proporcionado seguridad en el abordaje del comportamiento. Sin embargo, resentirse de la falta de un red con estructura en salud mental que haga la recepción a los casos más graves. ESF Pitoresca está construyendo una actuación que se inserta en lo psicosocial de interacción en salud mental, valorando las tecnologías relacionales como estrategias fundamentales para la interacción al individuo con comportamiento suicida.

**Palabras clave:** salud mental, intento de suicidio, evaluación de servicios de salud, atención primaria de salud

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

- Figura 1 - Círculo hermenêutico-dialético..... 88
- Figura 2 - Distribuição da área física da ESF Pitoresca..... 92

### IMAGENS

- Imagem 1 - Localização da ESF Pitoresca .....90
- Imagem 2 - Registro de uma reunião do Grupo Evolução .....93
- Imagem 3 - Território atendido pela Equipe da ESF Pitoresca.....94
- Imagem 4 - Equipe da ESF Pitoresca, alunas e professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS.....95
- Imagem 5 - Grupo de estágio da Disciplina Enfermagem em Saúde Mental II da Escola de Enfermagem da UFRGS, segundo semestre de 2011.....96

### QUADROS

- Quadro 1 - Construções desdobradas em relação ao atendimento do indivíduo com comportamento suicida.....105
- Quadro 2 - Processo de análise das ações de saúde mental desenvolvidas para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na ESF Pitoresca.....110

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	16
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 Objetivo Geral .....	27
2.2 Objetivos Específicos .....	27
3 OBJETO DE ESTUDO.....	28
3.1 O comportamento suicida .....	28
3.2 Ações de saúde mental na ESF .....	48
4 METODOLOGIA .....	80
4.1 Esta pesquisa.....	80
4.1.2 Enfoque Responsivo .....	83
4.1.3 Metodologia construtivista .....	84
4.1.4 Processo hermenêutico-dialético .....	86
4.2 Local do estudo .....	88
4.3 Sujeitos do estudo.....	95
4.4 Coleta de dados.....	95
4.5 Aplicação prática da coleta de dados .....	98
4.5.1 Aproximação com o campo .....	99
4.5.2 Organização do processo avaliativo .....	99
4.5.3 Identificação dos grupos de interesse .....	100
4.5.4 Elaboração de construções conjuntas.....	102
4.5.6 Preparação da agenda de negociação .....	105
4.5.7 Condução da negociação.....	106
4.6 Análise das informações .....	107
4.7 Considerações éticas .....	109
5 AVALIANDO AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL PARA O ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ESF PITORESCA .....	111
5.1 Tecnologias relacionais.....	122
5.2 Atendimento usuário centrado .....	129
5.2.1 Avaliação do risco de suicídio.....	133
5.2.2 Cuidado singular .....	141
5.3 Gestão do cuidado .....	146
5.3.1 Trabalho em rede.....	148
5.3.2 Trabalho coletivo .....	154

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	173
REFERÊNCIAS .....	182
APÊNDICES .....	198
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	199
APÊNDICE B - Roteiro de observação .....	200
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista .....	201
ANEXOS.....	202
ANEXO A - Ata de aprovação no Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 15 de dezembro de 2009. ....	203
ANEXO B - Aprovação pela Coordenadora da Equipe da Pitoresca para ser desenvolvido no campo empírico de coleta de informações em 21 de dezembro de 2009. ....	204
ANEXO C - Aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 05 de janeiro de 2010, conforme Carta de Aprovação 01/2010. ....	205
ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em 03 de fevereiro de 2010, Parecer Consubstanciado 451, Processo N° 001.002494.19.8. ....	206

## APRESENTAÇÃO

Esta tese trata do atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações que são desenvolvidas, as facilidades e dificuldades que os trabalhadores encontram para que ocorra seu atendimento. Essas informações foram construídas pelo referencial da Avaliação de Quarta Geração de Guba e Lincoln (1989), adaptado por Wetzel (2005). Foi utilizada a metodologia de estudo de caso, usando o Método Comparativo Constante no processo de análise, já que esse procedimento possibilita uma análise concomitante à coleta de informações (Angelis, 2009), o que oportuniza agregar às informações que foram obtidas nas entrevistas, que possam ser acrescentadas aos próximos sujeitos do grupo de interesse.

Essa escolha metodológica possibilitou dar voz os trabalhadores, sujeitos da pesquisa, na avaliação de seu processo de trabalho em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, podendo manifestar, de forma reflexiva e crítica, como isso se dá e como se organizam para que isso aconteça.

Meu interesse pelo tema do comportamento suicida e o atendimento dos sujeitos que se encontram nessa situação está inserido em minha trajetória profissional, que é marcada pela imersão no campo da saúde mental, tanto nas experiências assistenciais, quanto na docência. O tema suicídio sempre se fez presente nessa caminhada. Tive experiências com pessoas<sup>1</sup> suicidas, sejam pacientes, alunos e colegas. Por isso, procurar conhecer como os trabalhadores avaliam suas ações nesse comportamento, e o que é feito com a pessoa que tem comportamento suicida pode ajudar a estruturar ações de cuidado, nos vários níveis de atenção em saúde.

Pensando nesses diversos níveis de cuidado em saúde mental, nesta pesquisa o foco de atenção a esse comportamento é a atenção básica, mais especificamente a ESF, que assumiu, a partir da implantação da Reforma

---

<sup>1</sup> Nesta pesquisa usuários, pessoas, pacientes, sujeitos e indivíduos serão os termos utilizados para referenciar aqueles que apresentam comportamento suicida, e que são atores na construção dos atos de cuidado, tendo em vista a diversidade de terminologias utilizadas na literatura e pelo grupo de interesse.

Psiquiátrica no Brasil, a função de acolher e atender as pessoas com agravos em saúde mental, e, por extensão, aqueles que têm comportamento suicida. A modificação do foco de cuidado em saúde mental do Modo Asilar para o Modo Psicossocial faz com que os profissionais da ESF acolham e atendam essas pessoas, e no meu entendimento, a ESF é um equipamento potente para isso, desde que tenha o suporte necessário, como o apoio das equipes de matriciamento e de outros parceiros na rede de cuidados, como a academia.

Aliando essa parceria de serviço e ensino, em meu percurso como enfermeira assistencial e docente, experienciei que esse comportamento traz estigma para quem o tem e os profissionais, mesmo os especialistas, muitas vezes, enfrentam dificuldades para compreender porque alguém deseja morrer. Existe uma complexidade nesse comportamento que confronta os trabalhadores em saúde entre a pulsão de viver e morrer. Isso mobiliza processos interpessoais que muitas vezes dificultam o atendimento.

Poder avaliar como se dá a atenção para quem tem comportamento suicida, na perspectiva dessa metodologia participativa, em que são os trabalhadores que tem voz para dizer como veem suas ações, traz informações únicas, porque inéditas, e apontam atos que são possíveis de serem realizados na ESF para acolher e atender essas pessoas.

O tema do comportamento suicida esteve presente em minha intenção de pesquisa desde que ingressei no doutorado em 2007, pelos dados de sua prevalência no Rio Grande do Sul e Porto Alegre, segundo a Organização Mundial da Saúde (2002). Quando me inseri no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), em 2009, e me apropriei dos referenciais em que estavam trabalhando, encontrei o percurso para estudar a temática. A Avaliação de Quarta Geração possibilitou a interlocução dialógica entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Nessa metodologia, esses são os responsáveis pela produção dos resultados, tendo em vista que se constrói os resultados a partir das negociações compartilhadas com quem participa do estudo.

A pesquisa está estruturada em capítulos que possibilitam percorrer o caminho que fiz para chegar aos resultados das informações, sua análise, discussão e considerações finais.

Na introdução, contextualizo minha aproximação com a temática, bem com apresento dados epidemiológicos que fundamentam minha preocupação com o



comportamento suicida. Apresento, também, indagações que tenho sobre a dificuldade de compreender o comportamento suicida por parte dos profissionais de saúde, e sobre o estigma que se insere em quem quer se matar.

Nos objetivos, delimito o objeto de estudo. O comportamento suicida tem muitas demandas de atendimento. Neste estudo fiz um recorte para o atendimento na ESF, campo de pesquisa para esta tese.

No capítulo que trata do objeto de estudo, discuto o comportamento suicida em vários enfoques, antropológico, epidemiológico, psicanalítico, sociológico, de saúde pública, bem como apresento informações sobre a inserção da atenção básica e da ESF nesse atendimento.

A seguir apresento a metodologia deste estudo, demonstrando como foram construídos os passos que ordenaram a coleta de informações, fundamentados na Avaliação de Quarta Geração, detalhando cada um deles e dando nexos na apresentação dos resultados finais.

Esses foram discutidos no capítulo “Avaliando as ações de saúde mental para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na ESF Pitoresca”, e trouxeram os resultados desta pesquisa. Os trabalhadores tiveram voz e fizeram sua avaliação sobre o atendimento nesta situação.

Nas considerações finais, sintetizei as discussões das informações, a partir das avaliações dos trabalhadores, levando em conta a categoria analítica desta tese, processo de trabalho, e nas construções que se desdobraram em função dessa escolha. Os dados empíricos que sustentaram isso foram estruturados a partir da análise das informações, e ordenados nas categorias temáticas tecnologias relacionais, atendimento usuário-centrado e gestão do cuidado.

Apresento, ao final, os documentos que autorizaram a realização e dão sustentação ética a esta pesquisa.

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta tese são as ações de saúde mental desenvolvidas junto ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta pesquisa é vinculada às “Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”, projeto financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), pelo Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008 (OLSCHOWSKY *et al.*, 2011) Enquanto subprojeto contribuiu para avaliar as ações de saúde mental, fazendo um recorte para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, já que cada situação de sofrimento psíquico requer ações que deem conta de sua especificidade de acolhimento e cuidado.

Neste estudo, o termo comportamento suicida é utilizado para designar os pensamentos e atos que assinalam a ideação suicida, o risco de suicídio, a planificação do suicídio e a tentativa em si.

Barros (2003) delimita o tema ao dizer que no comportamento suicida estão presentes vários componentes, abrangendo uma extensão que vai de pensamento suicida, plano de suicídio, tentativa de suicídio, até comportamento suicida fatal. Os pensamentos englobam ideias que encaminham para o risco de vida, ainda que o gesto fatal não seja executado. O plano existe quando a pessoa organizou de que forma vai se matar, se com arma de fogo, enforcamento, envenenamento, ou de outra forma, ainda que possa não fazê-lo. A tentativa representa uma situação em que o indivíduo executa um ato que pode ameaçar a vida, com a intenção de morrer. Também pode significar um pedido de ajuda, pode ser evitada e interrompida pela ação de outras pessoas, que podem impedir a morte. O suicídio inclui todos os atos que ameaçam a vida e culmina com a própria morte.

O interesse pelo tema está fundamentado, em parte, pela minha formação profissional como enfermeira psiquiátrica e docente da área de enfermagem em saúde mental na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENf-UFRGS) e, por outro lado, pelas experiências em que me deparei com o comportamento suicida, seja em usuários de serviços de saúde, na comunidade ou em situação de internação hospitalar, ou em alunos que procuraram ajuda ao terem ideias de morte.

Além disto, estive engajada em um projeto financiado pelo CNPq, Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS n.024/2004, “Observatório de Causas Externas na Atenção

Básica de Saúde no município de Porto Alegre” parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, que ajudou a estruturar um banco de dados para o Observatório de Causas Externas, na área da Gerência Distrital Partenon / Lomba do Pinheiro, e me surpreendi com os dados elevados em relação ao comportamento suicida, levando em conta a população da área e as notificações existentes. O mapeamento do banco de dados demonstrou que, ao longo dos anos, o número de registros sobre comportamento suicida vem aumentando (UFRGS, 2007), principalmente em jovens e idosos.

Durante minha trajetória na área de saúde mental essa temática esteve presente, seja no atendimento àqueles que tentaram suicidar-se e seus familiares, seja na orientação de trabalhos de conclusão de curso de graduação em enfermagem, que envolviam psicopatologias que predispunham ao comportamento suicida, ou sobre o tema em si. A grande questão que se apresentava para mim era: como poderíamos ajudar alguém com comportamento suicida?

Em minha vivência percebia a perplexidade presente naqueles que experienciaram a tentativa, ou daqueles que tiveram um familiar ou amigo envolvido neste gesto. Possivelmente esse sentimento de não compreensão em relação ao comportamento suicida decorra do fato de que a preservação da vida seja o esperado nos humanos, e quando alguém tenta se matar contraria esse instinto, ainda que tenha realizado a tentativa em um momento limite de sua existência. Isso fez com que o interesse pelo tema aumentasse ainda mais, pensando na perspectiva daqueles que cuidam de alguém que tentou acabar com a própria vida. Além do enfrentamento dos seus sentimentos sobre esse comportamento, deparam-se com a necessidade de identificar o que pode ser feito para evitar novas tentativas, e como ajudar as pessoas com comportamento suicida.

Acredito que esse seja um aspecto extremamente relevante, pois os dados epidemiológicos mostram o aumento do padrão das taxas de mortalidade por suicídio, o que, de certa forma, incapacita a intervenção, pois depois que o gesto foi consumado, não há mais o que fazer. No entanto, levando em conta que o comportamento suicida ocorre pela manifestação da ideação, avaliação do risco e do plano para realizar o ato em si, julgo relevante pensar sobre as ações de saúde mental que podem ser implementadas para aqueles que não conseguiram concluir seu intento.

Onde se encontram essas pessoas? Como se sentem as pessoas que podem ter acesso mais eficiente a elas para propor intervenções ao comportamento suicida, incluindo a família e ele mesmo? Essas questões me remetem para atenção em saúde no território e, a Estratégia Saúde da Família (ESF), espaço escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa, já que, na atualidade, a rede de atenção em saúde mental se desloca para o território, e tem o campo social como foco de cuidado.

Essa forma de pensar o atendimento em saúde oportuniza que preceitos como vínculo, responsabilização, integralidade, territorialização possam ser colocados em prática, dada a forma de organização do trabalho nesse espaço social.

Por isso, pensando sobre o que o comportamento suicida suscita na família, nos vizinhos, na comunidade, nos trabalhadores e no próprio envolvido no sofrimento psíquico, é relevante avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF junto aos usuários com comportamento suicida na promoção, prevenção e manutenção da saúde, e como essas ações se configuram como tarefas de cunho social que comprometem todos envolvidos com o tema.

Depois de concluir minha graduação em Enfermagem, em 1982, tive experiência em cuidar dentro de um território, ao ingressar na Residência Integrada em Saúde Comunitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Essa formação me possibilitou ter contato mais próximo com a saúde comunitária e o desenvolvimento de atividades multidisciplinares. As equipes exerciam suas atividades por meio de atendimentos individuais, grupais, e visitas domiciliares, dentre outras atividades que envolvem o trabalho na comunidade.

Nessa experiência, meu trabalho se direcionou para a saúde mental, provavelmente pela minha afinidade com a área. Iniciei grupos com alcoolistas e com mulheres classificadas como poliqueixosas, conhecidas como as “nervosas” da comunidade. Evidenciava-se, nos relatos dos participantes, o comportamento suicida, seja por manifestações de desânimo, tristeza e desesperança, seja pela expressão clara do desejo de morrer, e de estar pensando de que forma poderia operacionalizar essa vontade.

Em 1983, continuei a aprimorar minha formação na Residência Integrada em Psiquiatria e Saúde Mental, também coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com uma proposta de trabalho multidisciplinar, dessa vez em psiquiatria e saúde mental, no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP).

Novamente me deparei com o fato de que o comportamento suicida estava presente em muitas situações de atendimento hospitalar e comunitário. Desde essa época, o que despertava minha atenção é que, muitas vezes, os profissionais tinham dificuldade em perguntar para as pessoas sobre o comportamento suicida, como se, ao fazerem isso, fossem estimular o gesto.

Tendo concluído essa residência, trabalhei no HPSP como enfermeira e supervisora de enfermagem na Residência Integrada em Saúde Mental, e vivi a dolorosa experiência de ter uma colega de unidade que tentou suicídio. Nessa ocasião, meu questionamento constante era como e porque alguém tão próximo de mim tentou se matar, e eu não percebi nenhum indicativo de que isso poderia estar sendo planejado? O sentimento de impotência foi grande, pois quando acontece com alguém próximo, compartilhamos aquela sensação de perplexidade referida anteriormente, e, ao mesmo tempo, pude de algum modo, entender a angústia da família.

Continuando minha caminhada na formação profissional, tive a oportunidade de cursar a Especialização em Enfermagem Psiquiátrica, em 1986, na EEnf-UFRGS. A especialização foi importante, porque me possibilitou construir saberes na área específica de enfermagem, o que agregou um diferencial em minha formação. Esse diferencial se constituiu na possibilidade que tive em poder aliar o conhecimento acadêmico com os saberes construídos anteriormente, de caráter teórico-prático. E ainda, de poder pensar o exercício de enfermagem em saúde mental e psiquiatria para além dos muros do hospital.

Nessa época, também era enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e pude, na unidade de internação psiquiátrica, experienciar um trabalho de enfermagem qualificado, inserida em uma equipe com número suficiente de profissionais em relação à experiência que havia tido no HPSP. Também ali, o comportamento suicida estava presente, mobilizando a equipe de trabalho. Ficávamos muito atentas aos pacientes que internavam com risco de suicídio, porque sabíamos da determinação presente em quem quer se matar e tem um plano para isso. Além da responsabilidade de avaliar o risco para o suicídio e estarmos vigilantes enquanto cuidado necessário, também vivíamos a apreensão da tentativa e reconhecíamos como era difícil lidar com a culpa que se instala em um grupo de trabalho que não conseguiu dar conta de cuidar de alguém com comportamento suicida.

Em 1991, no ambulatório do HCPA, fui convidada para organizar e participar do Programa de Transtornos do Humor, mais conhecido como o “Grupo do Lítio”, destinado a pacientes que apresentavam uma patologia que se manifesta com alterações do afeto, podendo ir da depressão à euforia. Os familiares também acompanhavam essa atividade, e não foram poucos os casos que expressaram manifestação do comportamento suicida, chegando à tentativa de suicídio. No atendimento a essas situações, a equipe multidisciplinar de atendimento avaliava cada situação em particular, e discutia com cada sujeito e sua família a melhor alternativa para lidar com o fato, propondo ações que poderiam ser o aumento de frequência no grupo, internação domiciliar, oferecendo suporte para que a família pudesse fazer o monitoramento do comportamento suicida ou a internação hospitalar. Mas o fato de considerarmos cada situação não nos eximia da angústia que é cuidar de alguém com comportamento suicida, e da possível consequência que poderia representar não mensurar bem a intensidade desse desejo, e não avaliar de forma adequada os estímulos, necessidades ou sentimentos que poderiam mobilizar a pessoa a querer morrer.

Por toda essa trajetória e experiência, observei que o tema comportamento suicida é um tabu, tendo em vista a complexidade do gesto, remetendo a uma ideia anterior em que indivíduo com comportamento suicida confronta-se com o instinto de sobrevivência inerente aos humanos. É difícil compreender como alguém planifica sua própria morte, escolhe o método que vai utilizar para isso e o põe em prática, mesmo sabendo que esse gesto pode acabar com sua própria vida. Entendo que a vontade de se aliviar de um sofrimento emocional intolerável proporciona uma aproximação do sujeito com a vontade de morrer. No entanto, como profissional de saúde mental, tenho que pensar em ações que promovam a saúde, proporcionem a redução dos riscos, e alívio do sofrimento psíquico, o que, em parte justifica a relevância do tema.

Nessa perspectiva, muitas vezes, mesmo em profissionais da saúde e em familiares, existe a não compreensão da gravidade das palavras “penso em me matar”, ou existe insegurança para abordar o tema com a pessoa que manifesta esse desejo. Parece existir uma falsa ideia de que não podemos investigar se alguém tem ideias suicidas, pois isto induziria ao desejo de morte autoinfligida.

E mais, para muitos, “quem avisa não faz”. No entanto, quem manifesta comportamento suicida percorre um caminho que começa na ideação, pode

apresentar risco, vai para o plano e realiza a tentativa de suicídio. Portanto, as pessoas precisam saber reconhecer e trabalhar com essa possibilidade de que “quem avisa ou fala, está dizendo que quer fazer”. Na maioria das vezes, a ideação, o risco e o plano podem ser identificados por qualquer pessoa. É preciso ter consciência de que a manifestação verbal ou não do desejo de morrer traz uma mensagem que precisa ser considerada para estabelecer ações de cuidado em saúde mental.

Em 1998, aconteceram dois marcos importantes em minha trajetória profissional: ingressei no Mestrado em Enfermagem da EEnf-UFRGS e fui aprovada em um concurso para ser docente nessa Instituição, na área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental.

Na docência comecei a experienciar como proporcionar conhecimento aos alunos, de modo que pudessem compreender e implementar o cuidado nos Serviços de Saúde Mental, com a intenção de provocar modificações em seu pensar, sentir e agir, tentando desmitificar o estigma sobre a doença mental.

Durante as minhas atividades docentes novamente me deparei com pessoas com comportamento suicida, algumas vezes manifestado pelos usuários dos serviços de saúde em que os alunos faziam estágio, em outras pelos próprios alunos. Isso me inquietava constantemente, pois sempre ficava me questionando sobre qual a melhor forma de abordar cada situação, já que cada caso é singular.

Nas situações de ensino-aprendizagem em que se evidenciava o comportamento suicida com usuários, procurava mostrar aos alunos a importância da identificação e reconhecimento desse fato, e que, com atitudes de acolhimento e escuta, conseguiriam realizar ações de saúde mental, delimitando a intensidade do risco, o estabelecimento de um contrato não suicida, vigilância, dentre outras, além de ter que lidar com sua ansiedade diante dessa situação.

Fatos que me marcaram também nessa época me remetem para algumas alunas que fizeram estágio comigo, e expressaram claramente o desejo de se matar. Uma dessas acadêmicas, provavelmente em função de uma reprovação, manifestou sua ideação suicida, pedindo ajuda para mim. Minha dúvida foi como lidar com essa situação? Qual a melhor forma de ajudar a aluna? Qual a intensidade de seu comportamento suicida? Daria ou não para fazer um contrato não suicida? Isso me gerou ansiedade, já que a estudante morava sozinha, e eu não conseguia vislumbrar

nenhum recurso continente para seu desejo, exceto confiar que me procuraria caso decidisse se matar.

Somando-se a isso, orientei um projeto de trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, que tinha por objetivo realizar uma pesquisa qualitativa para conhecer as motivações para o suicídio, em pessoas internadas em um serviço especializado em psiquiatria, que teve muita resistência para aprovação dentro da EEnf-UFRGS e no hospital onde seria executado. Essa resistência se sustentava no fato de que motivação é uma palavra positiva, que estaria se contrapondo ao comportamento suicida, e que investigar desejo de morte pode desencadear o ato de matar.

Como isto aconteceu em ambiente acadêmico, de pesquisa e de profissionais da saúde, fico pensando sobre meus questionamentos em relação às dificuldades das equipes de saúde e das demais pessoas para a intervenção junto aos indivíduos com comportamento suicida, e, principalmente, como as equipes da ESF lidam com os usuários com esse comportamento. Em relação a isso, me pergunto se existe reprodução, nos serviços da ESF e nas famílias, do que aconteceu no meio acadêmico e de pesquisa, ou seja, será que pessoas com comportamento suicida mobilizam de tal forma a subjetividade dos sujeitos que o tema pode vir a não ser abordado e investigado? Os profissionais de saúde desenvolvem ações de saúde mental com os usuários que apresentam essa condição, e auxiliam seus familiares para lidar com o fato? Cabe lembrar que, com temas tabus, na maioria das vezes, os trabalhadores e as outras pessoas não estão abertos para escutar, e, conseqüentemente, não conseguem ter uma postura acolhedora, o que dificilmente levará à identificação dos indivíduos com comportamento suicida.

Nesse sentido, chama atenção que os profissionais das equipes da ESF podem ser modelares em ações de saúde mental junto ao comportamento suicida, dada sua proximidade com os usuários do serviço e seus familiares, o que poderia favorecer a formação de vínculo e a possibilidade de identificação desse comportamento. Haveria a possibilidade de colocar em prática ações de saúde mental protetoras, tais como escuta, acompanhamento, avaliação da variabilidade da intensidade do risco de suicídio, supervisão do uso das medicações, e acompanhamento das famílias para o enfrentamento do comportamento suicida, dentre outras.

Ao ingressar no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, da EEnf-UFRGS, em 2005, no projeto “Observatório de Causas Externas na Atenção Básica de Saúde no



município de Porto Alegre, na zona leste da Porto Alegre, 7ª Gerência de Saúde (UFRGS, 2007), tive acesso à informação de que, entre janeiro de 2003 e agosto de 2006, foram notificadas 36 tentativas de suicídio em uma população de aproximadamente 120.000 pessoas.

Esses dados me chamaram atenção. Identifiquei, por leituras já realizadas em Mello-Santos, Bertolote e Wang (2005), Meneghel, Victora, Faria *et al.* (2004), Werlang e Botega (2004), Organização Mundial da Saúde (2002), dentre outros autores, que, para aquele quantitativo populacional, os dados eram elevados em relação às taxas epidemiológicas de outras regiões do Brasil, mesmo que sejam notificações de tentativas de suicídio, quando se trabalha, habitualmente, com dados absolutos em relação aos suicídios.

Pensando nessa constatação, ainda que a mortalidade por suicídios no Brasil seja menor que a dos países do leste e norte europeu, alguns Estados apresentam taxas duas vezes superiores à média nacional, como, por exemplo, o Rio Grande do Sul, onde o índice atinge o patamar de 9,8/100.000 habitantes. Nesse Estado, em determinadas faixas etárias, como adolescentes e idosos, as taxas chegam a 30,2/100.000 habitantes (BRASIL, 2006a; BERTOLOTE *et al.*, 2010).

Acredito que a relevância deste estudo se fundamenta na gravidade do problema. Levando em conta o princípio da integralidade dos cuidados em saúde, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a tarefa dos profissionais de saúde é responsabilizar-se pela manutenção da vida, e, nesse sentido, poder programar ações de saúde mental para os indivíduos com comportamento suicida atende a essa recomendação.

Por isso, minha tese é de que a ESF é um dos equipamentos importantes para que se desenvolvam ações em saúde mental junto ao usuário com comportamento suicida e seus familiares. Isso se sustenta na ideia de que a condição de proximidade, as possibilidades de conhecimento da comunidade e a territorialidade podem propiciar a formação de vínculo entre os profissionais das equipes da ESF e os usuários dos serviços. Essa relação de confiança construída mutuamente pode tornar viável a identificação do indivíduo com comportamento suicida e proporcionar que sejam adotadas práticas de cuidado para essa situação.

Ao ingressar no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental (GEPESM), em 2008, reafirmei essa convicção de que pesquisar nessa ótica é uma necessidade dentro do campo da saúde. Para além de

minhas observações e reflexões, esse entendimento se apoiou no fato de que os pesquisadores do GEPESM estavam envolvidos em projetos financiados por órgãos de fomento à pesquisa, que tinham por objetivo avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas em vários espaços de cuidado, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Residenciais Terapêuticos (RT). Assim, esta pesquisa inseriu-se em um projeto maior, “Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” (Olschowsky *et al*, 2011), que teve por objetivo avaliar as ações de saúde mental em relação ao indivíduo com comportamento suicida na ESF.

Nessa perspectiva, acredito que as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF poderiam representar uma possibilidade de garantia da integridade física, da manutenção da vida e da prevenção dos traumas decorrentes desse comportamento em familiares, amigos, e de todos aqueles próximos do sujeito, e até dos profissionais que tenham que lidar com a perda de uma pessoa adstrita a sua área de atendimento.

Nesse sentido, percebi que não é só a área assistencial que se preocupa com esse tema. Identifiquei que, no meio acadêmico, a atenção com o comportamento suicida também está evidenciada.

A afirmação de que o meio acadêmico vem se preocupando com a realidade factual é documentada por Moraes e Oliveira (2010), que apresentam dados sobre a necessidade de socializar a produção acadêmica. Em decorrência disso, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que está vinculada ao Ministério da Educação, por intermédio da Portaria nº. 013, de 15 de fevereiro de 2006, instituiu a divulgação digital das teses e dissertações produzidas pelos programas de doutorado e mestrado reconhecidos sobre todas as temáticas de pesquisa.

Apoiado nessa prerrogativa, um estudo descritivo bibliográfico, realizado no banco de dados de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por Alves *et al* (2007) identificou 50 teses e 128 dissertações sobre o comportamento suicida de 1989 a 2003, e o número de produções vêm aumentando ao longo dos anos.

Em consonância com isso, em consulta realizada por mim nas produções de teses e dissertações nos sites da CAPES de 2000 a 2007, encontrei estudos sobre comportamento suicida, mas nenhum com o recorte para a ESF, o que pode

caracterizar a importância da abordagem desta tese. Essas informações encontram respaldo em Oliveira *et al.* (2009), que fizeram um levantamento da produção de teses e dissertações produzidas nas universidades brasileiras sobre o tema do comportamento suicida registradas no banco de dados da CAPES, no período de 1996 a 2007. Foram encontradas 341 teses e dissertações, sendo 263 dissertações e 78 teses. As autoras têm a expectativa de que esses dados possam servir de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS) ao dar destaque a essa produção, e ao grupo de trabalhadores que se envolvem com o tema com a finalidade de qualificar o atendimento oferecido ao indivíduo com comportamento suicida.

Por isso, creio que aqui cabe retomar meu pensamento de que profissionais de saúde, usuários, familiares e meio acadêmico se preocupam com os indivíduos com comportamento suicida, têm dificuldade de entender a gravidade da manifestação da condição, e ainda não conseguiram construir um modo de abordar os indivíduos que apresentam esse comportamento. Acredito que, se as equipes de saúde pudessem se apropriar das ações de saúde mental na ESF como uma tecnologia relacional, em que acolhimento, vínculo e escuta são utilizados para dar conta da situação, e instrumentalizar os familiares para o cuidado a essa condição, poderíamos ter a possibilidade de enfrentar o sofrimento psíquico, o que é o objetivo da atenção em saúde mental.

Tenho convicção de que essas ações não podem ser protocolares, em que exista um roteiro dos passos a serem seguidos para determinar as intervenções. Como o comportamento suicida envolve o usuário, família e equipe, não há como deixar de considerar a subjetividade de todos envolvidos para estabelecer uma estratégia de ajuda. Cada caso precisa ser visto como único, com sua singularidade e particularidades, em cada momento de tempo em se apresenta, ainda que com as mesmas pessoas. Acredito que o recomendado para a presença dessa condição é a avaliação individualizada, personalizada, contextualizada e socialmente situada, em que seja considerada a situação de vida, no mais amplo sentido do termo, de cada pessoa. Isso significa que as ações de saúde mental para os indivíduos com comportamento suicida precisam ser pensadas e construídas em conjunto, parceria, respeito e corresponsabilização entre usuário, família e equipe, a partir das necessidades identificadas em cada manifestação do comportamento. Nesse sentido, ainda que existam várias recomendações para a investigação e acompanhamento do comportamento suicida, como apresento nos próximos

capítulos, entendo que não são somente essas orientações que darão conta daquilo que é necessário para o alívio desse sofrimento na ESF.

Assim, tenho como pressuposto que a ESF é um equipamento importante para o desenvolvimento de ações de saúde mental junto aos indivíduos com comportamento suicida, já que esse espaço de cuidado pode promover a potencialidade do encontro entre os trabalhadores e aqueles que têm sofrimento psíquico. E mais, considero que as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF junto aos indivíduos com comportamento suicida, vistas sob a ótica do processo avaliativo, proporcionam a possibilidade de ouvir informações sobre os indivíduos com comportamento suicida e seu atendimento diferentes daquelas que se encontra nos achados epidemiológicos, provavelmente apontando para indicadores que nos ajudem a compreender o comportamento suicida.

Isto pode sinalizar para a relevância e ineditismo desta pesquisa. A construção de um processo avaliativo participativo sobre as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF junto aos indivíduos com comportamento suicida, dando voz à equipe que cuida dessa situação.

Acredito que este estudo colabore para que se vislumbre como se dá o atendimento ao comportamento suicida na ESF, trazendo informações sobre quais ações em saúde mental são desenvolvidas, contribuindo para preservar vidas e subsidiar os profissionais no enfrentamento dessa condição.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família para o atendimento o indivíduo com comportamento suicida.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer as ações relacionadas ao atendimento do indivíduo com comportamento suicida identificadas pelas equipes.

- Identificar as facilidades e as dificuldades para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na ESF.

- Realizar um processo avaliativo participativo.

### **3 OBJETO DE ESTUDO**

Neste capítulo serão abordados o comportamento suicida e as ações de saúde mental na ESF para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida.

Como o objetivo geral deste estudo é avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família desenvolvidas para o indivíduo com comportamento suicida, é necessário que eu situe essas duas condições, para que possa ser delimitada a relevância e gravidade do tema. Pensar em comportamento suicida na atenção básica implica em sair do modelo preventivista de atendimento e construir uma forma de realizar promoção da saúde.

Nesse sentido, saúde não pode ser entendida como a simples ausência de doença, mas uma condição que pode ser criada, aproveitando as potencialidades existentes nos sujeitos, mesmo que eles apresentem algum problema identificado, como o comportamento suicida. Nessa direção, pensar no comportamento suicida na ESF envolve a avaliação do que está sendo feito, para tentar negociar com os trabalhadores alternativas de promoção da saúde, pois, ainda que o usuário apresente tal comportamento, ele não se expressa de forma constante, e pode manifestar-se em diversos graus de intensidade, como apresento a seguir .

#### **3.1 O comportamento suicida**

O comportamento suicida tem sido objeto de atenção de vários autores e organizações, dada sua relevância epidemiológica.

Durkheim (1951) foi o precursor das preocupações com o tema dentro da área das ciências sociais. Foi ele, que viveu de 1858 a 1917, quem rompeu com a ideia dos defensores da teoria da hereditariedade-degeneração. Ele mostrou em seu estudo de 1897, que o suicídio é um fenômeno social que não é dependente de raça ou da psicologia, hereditariedade, insanidade ou degeneração moral. Nesse sentido, viu o suicídio tal como Freud (1920), que foi contemporâneo dele. Os dois formularam teorias sobre o suicídio que enfocavam causas múltiplas, cada um em núcleo de saber.

Durkheim (1951; 1996; 2000) estudou as interrelações entre os indivíduos e a sociedade. Defendeu a ideia de que um ato individual é o resultado do meio social

que o cerca, e que o comportamento suicida está inserido nesse contexto, e isso seria objeto de estudo da sociologia. Aponta que, entre os católicos, os índices de suicídio seriam menores em função do forte controle social.

Nesse sentido, de acordo com ele, as pessoas estabelecem certo nível de integração com os seus grupos, e isso representa seu grau de integração social. Taxas extremas nessa gradação, com níveis anormalmente baixos ou altos de integração social, poderiam levar a um aumento das taxas de suicídio. A baixa integração social resultaria numa sociedade desorganizada, tornando o suicídio a última alternativa, e a interatividade alta levaria a pessoa a preferir destruir a si própria a viver sob grande controle da sociedade.

Para esse sociólogo, que estudou as influências sociais e culturais no suicídio, existem três tipologias nesse comportamento: egoísta, altruísta e anômico. O comportamento suicida egoísta pode ser exemplificado por pessoas que não têm vinculação social, e nesse grupo, ele inclui os solteiros. Esse autor diz que os casados, com filhos, moradores em comunidades rurais e católicos têm uma proteção maior, devido a seu maior engajamento e coesão na sociedade. O tipo altruísta pressupõe uma excessiva integração em determinado grupo, e o comportamento seria resultado disso. Exemplifica, trazendo o caso dos soldados que se sacrificam por uma causa. Já o comportamento anômico traduz a trajetória daqueles que têm, no mundo social, comportamento tão comprometido, que não conseguem seguir as regras impostas pela sociedade. Ressalta, ainda, a instabilidade social dessas pessoas e sua total ruptura com os padrões e valores vigentes, além da possibilidade de ter havido uma modificação drástica em sua situação econômica.

Os estudos de Durkheim (1951; 1996; 2000) foram fundamentais para alertar sobre a gravidade do problema. A partir da formulação de seus pressupostos, outros autores, ao longo dos anos, vêm se agregando em pesquisas e estudos sobre a temática.

Freud (1996), em uma perspectiva psicanalítica, em um livro publicado em 1920, procurou explicar o conflito humano entre existir e morrer. Nesse estudo, fala sobre pulsão de vida e pulsão de morte. Para ele, pulsão é a energia vital que orienta os atos humanos e, por isso, as pulsões de vida e morte coordenam o funcionamento psíquico, e as pulsões de morte se opõem às de vida. Isso se

estabelece, para ele, no conflito de Eros e Thanatos. Eros é a pulsão que conduz à vida e Thanatos é a pulsão que conduz à morte, sendo necessário haver equilíbrio entre as duas pulsões para que o suicídio não ocorra com o predomínio da pulsão de morte. Nesse estudo, Freud, pela primeira vez tratou do problema da destrutividade humana, que desempenhou papel cada vez mais importante em suas obras teóricas. Deparar-se com o instinto de morte significava lidar com um ego fragilizado, que não consegue mediar os conflitos emocionais, e que imerge para a destruição.

Para Freud (1996) cada pessoa lida com essas pulsões de acordo com sua estrutura de personalidade, aliada aos fatores sociais e ambientais, e aí se dá sua concordância com Durkheim (1951).

Machado e Leite (2004) dizem que as formulações teóricas de Freud foram fundamentais para o entendimento do comportamento suicida, principalmente para as ações de cuidado na enfermagem. O reconhecimento de que os processos psíquicos inconscientes se convertem em atos faz com que a enfermeira que tenha conhecimento dessa postulação possa estar atenta a modificações de comportamento de quem ela cuida, como isolacionismo, desesperança e outros sintomas que possam indicar a necessidade de uma atenção dirigida para isso. Ou seja, reconhecer a força que o inconsciente, que abriga as pulsões de vida e morte, tem na governança da vida, qualifica o cuidado por ampliar a perspectiva de atenção da enfermeira no dia a dia do trabalho no cuidado em saúde mental.

Vários seguidores de Freud também formularam hipóteses sobre o tema. Klein (1975) foi uma das que mais se destacou na elaboração dessas ideias, enfocando o aspecto da solidão. Para ela, o comportamento que as pessoas têm socialmente é produto de suas vivências desde a mais tenra infância, na forma como elaboraram a fase esquizoparanóide e a fase depressiva. Klein tem uma teoria de que o bebê, em seus primeiros meses de vida percebe a mãe de duas formas, provedora ou castradora. Dependendo de como essa criança e essa mãe conseguem articular emocionalmente essa dicotomia, vai se construindo a personalidade. Portanto, as formas como foram elaboradas essas fases de desenvolvimento são fundamentais na construção das interações sociais que vão ser estabelecidas, e a sensação de ser aceito é fundamental nisso. Construiu a ideia de que tanto a potencialidade para amar quanto o sentimento de ser perseguido,



quando em desequilíbrio, pode levar a desejos de morte, principalmente quando existe na pessoa um sentimento de não aceitação emocional pelos outros.

Lacan (1995), outro psicanalista, discípulo dissidente de Freud, diz que no suicídio há uma singularidade, porque a partir do momento em que alguém morre se torna um símbolo eterno para os outros, e quando se suicida mais ainda essa mitificação se constrói. Ele faz uma figura de linguagem interessante, como é seu costume, ao falar da beleza de cair, tornando-se um signo, e a queda é o suicídio. Ele expressa a importância do relacionamento entre o sujeito e o que ele é como objeto, e sua congruência e integração com o mundo. Quando melancólico, Lacan diz que, com muita rapidez, deixa-se cair pela janela. Ao saltar, suicidar-se, rompe com as amarras que o uniam com o mundo, por sentir-se no limite de suas possibilidades de relações interpessoais.

Cremaresco e Brunhari (2009) fizeram uma revisão de textos psicanalíticos, analisando a articulação entre a angústia e o suicídio, e entrevistaram duas pessoas sobre esse tema. A angústia foi entendida a partir das referências da teoria psicanalítica, ou seja, o fato do sujeito ter um afeto que busca o prazer, se esforçar para obtê-lo, não conseguir e se frustrar. Já o suicídio foi considerado como escolha pelo término da própria existência, isto é, quando existe uma ação organizada para acabar com a vida, consistindo numa tentativa ou num ato suicida. Ilustram a questão da angústia e dos atos mobilizados por esse afeto com duas entrevistas com pessoas que relatam tentativas de suicídio e que haviam deixado bilhetes de adeus, bem como apresentam informações de cartas de indivíduos que cometeram suicídio. Entendem que a tentativa e o ato suicida se apresentam como descargas emocionais produzidas diante da angústia extrema. Levantam o questionamento sobre o fato da tentativa de suicídio e o suicídio concretizado serem uma passagem ao ato, por não haver continente emocional, psicanaliticamente falando, mas afirma que é imprescindível não esquecer que angústia não resolvida na maior parte das vezes pode levar a comportamentos destrutivos. Nas entrevistas que realizaram obtiveram informações de um sofrimento emocional insuportável, angústia intensa, que culminou na tentativa de suicídio. Nesse sentido, à luz do conhecimento construído desde então, o comportamento suicida vem sendo entendido, hoje, como decorrência de vários fatores, sendo multicausal, integrando as várias áreas de abrangência da vida humana, incluindo fatores como sexo, idade, estado civil,

situação familiar, influências culturais, condições socioeconômicas, como trabalho, empregabilidade, desemprego, dentre outras.

Além disso, para suicídio, conforme Werlang e Botega (2004) é possível encontrar quinze conceituações, denotando múltiplas pesquisas dos mais variados autores sobre o tema. É importante salientar que o termo suicídio é relativamente recente, podendo-se afirmar que é o nome que a modernidade dá à morte voluntária. Segundo consta, teria sido usado como neologismo, em latim, na Inglaterra, no ano de 1630. Para eles, o termo é apontado como utilizado primeiramente, em língua francesa, pelo abade Desfontaines, em 1734 ou 1737, e significa morte intencional.

Esses autores dizem que Sócrates é sempre lembrado, pois forçado, ou condenado, que foi ao suicídio, consente em ingerir cicuta. É que esse filósofo referia não estar imune à dúvida de que pelo conhecimento se chegaria à virtude. Sócrates foi acusado de desrespeitar as divindades, corromper os jovens e violar as leis, sendo responsabilizado e obrigado a suicidar-se. O estado grego, portanto, não aceitava, naquela época, a transgressão do espírito comunitário, o que era expresso na repulsa ao suicídio pelos demais filósofos da época, como Platão e Aristóteles. Já nesse momento histórico indicava-se negar aos suicidas o sepultamento em locais sagrados, bem como realizar rituais de escárnio sobre o cadáver. Observa-se, também, no entendimento do fenômeno do suicídio, a concepção de combinação de fatores: agressão contra o ambiente, necessidade de vingança e castigo.

Para eles, na Roma antiga, durante a República, as regras sobre o suicídio eram semelhantes às dos gregos. O suicídio era reprovado, como forma de enfraquecimento do grupo social, e o interessado em tirar a própria vida deveriam apresentar suas razões para o senado, que analisaria o caso.

Nesse sentido, Ribeiro (2005) salienta que a doutrina grega do estoicismo, na qual o homem não é o inteiro senhor de seu destino, agregou ao pensamento romano a aceitação do suicídio em determinadas situações, sempre de cunho nobre, como a defesa da pátria. Interessante observar que questionamentos de ordem econômica e política deslegitimavam o suicídio. Os escravos, que eram comprados ou dados em garantias de dívida, eram proibidos de suicidar-se, pelo prejuízo que causavam aos seus donos-senhores. Os soldados também eram proibidos de suicidar-se, pois isso enfraqueceria o exército. Curiosamente, nesse último caso, o suicídio equivalia à deserção, e o soldado que não lograsse matar-se, ele próprio, no

que hoje chamaríamos de tentativa, era morto, pois essa era a pena para o desertor. Em seguida, a adoção dos credos monoteístas modificou grandemente essas concepções, no tocante à negação do suicídio. Nota-se que a vinculação de gregos e romanos no repúdio ao ato suicida tem conotação de vinculação estatal, e não divino.

Para esse autor, no monoteísmo - cristianismo, judaísmo e islamismo - a vida era considerada sagrada, com relevância profundamente teológica. O suicídio passa a ser considerado um ato injusto, não digno, sujeito à punição de não merecer os rituais de velório e enterro. A vida é um dom divino, não patrimônio da comunidade, logo, matar-se era cometer sacrilégio. Na Idade Média, surgem com mais vigor as punições ao cadáver do suicida, como a negativa de sepultamento em solo consagrado, as mutilações, e, mesmo rituais especiais, derivados de várias superstições, como o vampirismo.

Ribeiro (2005) destaca que, devido às represálias sobre o cadáver, e conseqüentemente sobre os familiares do suicida, surgem na Europa moderna tribunais eclesiásticos encarregados de julgar se a morte de um determinado indivíduo foi ou não suicídio. Passa-se, nessa época, a considerar que somente nos casos de melancolia ou loucura agressiva estaria isento o suicida de ter desprezado seu cadáver.

Esse autor diz, ainda, que, mais tarde, ao lado do positivismo de Comte, imperava a ideia de que a história da comunidade estava condicionada ao avanço do conhecimento, durante a moral vitoriana, com fortes regras e proibições sociais. O suicídio foi, nesse momento histórico, considerado um ato de vergonha, recusado e mantido em segredo, pois era tido como indício de patologia mental, cuja possível hereditariedade não deveria ser veiculada à comunidade.

Ressalta, ainda, que foi nessa época que surgiram os estudos de Durkheim (1951) argumentando ser o suicídio um fenômeno social, não podendo ser cingido ao aspecto meramente individual. A partir daí, no século XX, o suicídio passa a ser objeto da psiquiatria, entendendo o comportamento suicida como indício de doença mental, com o reforço da pesquisa estatística sobre o tema, já iniciada com Durkheim.

Nessa direção, para Ribeiro (2005), é na idade contemporânea que o fenômeno do suicídio mereceu as mais variadas formas de pesquisa e interpretação psiquiátrica, sociológica, filosófica e antropológica.

Destaca que, no século XX, grandes catástrofes e crises, bem como uma aceleração dos meios de produção e consumo de bens e informações produzem modificações na forma de analisar o comportamento suicida. A postura da Igreja Católica também se modifica: o suicídio passa a ser encarado como uma decorrência de problemas psicológicos, retirando a responsabilidade moral do suicida.

Para ele, a partir dessa postura, os códigos penais das nações deixam de considerar o suicídio como uma figura delitativa, sendo que o último país ocidental a abolir a criminalização da conduta foi a Inglaterra, em 1961. Por fim, sem pretender adentrar na seara específica sobre o denominado direito de morrer, passou a fazer parte da cultura popular o questionamento à possibilidade de tirar a própria vida.

Constato, portanto, que o contexto histórico acerca do comportamento suicida varia de acordo com a concepção que se tem do próprio destino da humanidade, com todos os reflexos daí decorrentes, fazendo com as ideias sobre a compreensão desse comportamento sejam concebidas de acordo com as mudanças do pensamento ao longo dos tempos.

Nesse sentido, Silva (2005) utiliza a mesma designação que Durkheim (1951; 1996; 2000) deu ao suicídio. Para ele, chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia que poderia produzir esse resultado.

Em relação a isso, Rodrigues (2006) destaca que existem várias formas de morrer e que o comportamento suicida se situa entre as mortes violentas, causando várias repercussões emocionais nos sobreviventes, que conviviam com o suicida.

Nesse sentido, existe uma discussão em relação ao poder da morte. Rodrigues (2006) diz que esse poder se concentra no embate que ela representa ao sistema, e decorre da intensidade com que cada sociedade reage à morte. Varia de acordo com o tipo de morte, ou do morto, e da forma com que cada cultura a aceita e assimila em seu cotidiano. É um fantasma que o poder cria e no qual se espelha. E o comportamento suicida mobiliza as pessoas.

Para esse autor, as culturas costumam odiar as mortes que não conseguem controlar, principalmente as incomuns, não esperadas, como:

[...] os desastres, a morte do casal que voltava da lua de mel, do jovem que foi assassinado no dia de sua formatura, do rapaz fulminado por um raio, do filho que morre eletrocutado ao tentar salvar o pai, as chacinas e monstrosidades (Rodrigues, 2006, p.86).

Para ele, em geral, essas mortes causam uma comoção especial, e entre elas, se inscreve o suicídio.

Nessa direção, o comando sobre a vida dos homens representa também poder sobre sua morte. *“Poder algum admite a liberdade do suicídio”* (RODRIGUES, 2006, p.94).

Para Rodrigues (2006), o poder é provocado pelo suicídio, por identificar nele uma forma de liberdade humana. O suicídio representa uma estratégia para resolver situações contraditórias que as culturas apresentam a seus componentes, sendo considerado um recurso utilizado pelos humanos.

Esse autor diz que cada suicídio representa uma face do poder, pois é sempre contra algo, alguém, ou alguma coisa, indo em direção das ideias de Durkheim (1951; 1996; 2000) sobre o tema.

Ressalta as situações da China, em relação às noras e sogras, em que as noras viúvas se matavam para não serem obrigadas a servir, quase que de forma escrava, às sogras, e do Japão, onde os nobres praticavam o haraquiri, forma de morte em que, com uma adaga, espada ou faca, cortavam o abdômen em defesa da honra ou em desagravo a alguma situação enfrentada.

Para Rodrigues (2006) a morte pode ser um instrumento de contrapoder, e de que o poder possa ser definido como uma dialética complexa entre a vida e a morte. Conduzir o dominado ao ato de morte pode ser instrumento de poder, unicamente caso o dominado identifique na vida sob o poder algo preferível à morte.

Nesse sentido, as mortes heroicas são valorizadas, pois acontecem em defesa do bem comum. Salienta que, nesse caso, o poder institui mártires e heróis, estabelecendo modelos de morrer, em que esses não temem a morte, e doam suas vidas em prol da comunidade. Os kamikazes são exemplo disso. Eram soldados japoneses que lutaram durante a II Guerra Mundial, voluntariamente oferecidos para morrer pela pátria. Pilotavam aviões com explosivos, que se projetavam céu abaixo, sobre alvos militares inimigos. No entanto, esses soldados não eram apenas determinados à renúncia voluntária da vida por razões religiosas, morais ou práticas. Eles eram impulsionados pelo traço cultural, presente no meio militar japonês, de se recusar a se tornar prisioneiro e servir a outro comandante, o que reforça a ideia de Durkheim (1951; 1996; 2000) de suicídio altruísta.

Conforme Ribeiro (2005), o suicídio é um fenômeno exclusivamente humano, ocorrente em todas as culturas, variando, contudo, o aspecto valorativo dispensado

a tal evento. É um ato humano de cessação autoinfligida, intencional, que pode ser mais bem compreendido como um fenômeno multidimensional, num indivíduo carente, que define uma questão, para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução. Pode ser uma reação psicótica e resultante de uma indução, e não apenas o resultado de uma livre determinação individual, acreditando na existência de uma cultura suicida, típica de nosso tempo.

Para ele, essa diferença de interpretação sociocultural diante do suicídio, variável de uma época para outra, é observada a partir do exame da antiga sociedade grega pré-cristã, considerada como berço da filosofia. É possível denotar que a alteração no modo de vida dos antigos gregos, com o surgimento das cidades - polis - emprestou um caráter diverso na sua concepção de vida e de morte. Chegando a concepção de um Estado - cidade-estado - de cunho racional, o indivíduo não tinha mais decisão pessoal sobre a vida dele, não podendo se suicidar sem a prévia autorização da comunidade.

Para Werlang e Botega (2004) o suicídio inautorizado era, então, considerado uma transgressão. Contudo, em determinadas situações, como em quase todos os lugares e épocas, o suicídio era tolerado, inclusive sendo considerado um ato corajoso ou nobre, em batalhas, ou como forma de negativa de rendição ou traição de seu povo.

Angerani (1997) diz que o suicídio nada mais é do que a constatação derradeira de que é o fato de não poder viver que leva a pessoa a procurar a morte.

Nesse sentido, Silva (1992) diz que o suicídio é uma representação ancorada em diferentes representações de morte e, também, representações de vida: descanso, transformação, ausência de sofrimentos, vida paralela, demonstrando que é um fenômeno psicossocial - intra e interpsíquico. É intrapsíquico, uma vez que o sujeito vive um conflito emocional consigo mesmo. É interpsíquico porque, nesse conflito, as emoções e os pensamentos são elaborados nas relações sociais. Portanto, falar de suicídio é falar de comunicação, cognição e atividade, onde os sentimentos desempenham papel decisivo.

Isso me remete à Nova Iorque, EUA, onze de setembro de 2001. A explosão das Torres Gêmeas, por dois aviões tripulados por muçulmanos, demonstra o quanto a determinação política e religiosa pode impulsionar o homem para a morte, nesse caso, o suicídio, por uma causa nacional, ocasionando a morte de milhares de outras pessoas.

Também hoje, vivemos a situação dos homens-bomba, no Oriente Médio, que têm a promessa de muitas esposas na vida post-mortem, se sacrificando por seus países e por um ideal solidamente construído dentro de seu processo cultural, ainda que esse ato se reverta no aniquilamento de milhares de outros indivíduos, além deles mesmos.

Acredito que outros exemplos dessa situação sejam as Guerras Mundiais, as invasões no Afeganistão, Iraque, Irã, a Guerra das Malvinas, os confrontos na Faixa de Gaza, a disputa entre tibetanos e chineses, dentre outros fatos da modernidade.

Depois de apresentar essas formulações sobre o comportamento suicida, cabe lembrar que a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) o considera como Causa Externa, sendo representado pelos danos intencionais à saúde que promovam morbidade ou mortalidade. Também pode ser chamado de lesão autoprovocada, ou violência auto-inflingida (BRASIL, 2001b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Autores como Mann (2002), Werlang e Botega (2004), Meleiro, Teng e Wang (2004), Corrêa e Barrero (2006) dizem que o comportamento suicida pode ser desdobrado no ato suicida consumado, e nos elementos relativos às tentativas de suicídio. Esses autores consideram que as tentativas de suicídio representam indícios da procura de ajuda para o comportamento suicida. E mais, para Sadock e Sadock (2007) e Organização Mundial da Saúde (2002) uma história prévia de tentativa de suicídio aponta para a repetição do gesto.

Isso decorre do fato que a conduta suicida tem uma gama de variações, passando pelos pensamentos suicidas, elaboração de um plano, até a organização das formas de execução do suicídio. Por isto, houve a proposição de expressões, baseadas no resultado, de comportamento suicida fatal, para gestos suicidas que resultem em morte, e comportamento suicida não fatal para aqueles gestos que não levam a óbito, e se enquadram no que chamamos de tentativas de suicídio. A expressão ideia suicida indica o pensamento dirigido ao ato de se matar, em variada graduação de intensidade e elaboração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; BERTOLOTE, 2010, MELEIRO; TENG; WANG 2004).

Barros (2003) complementa, dizendo que no comportamento suicida estão presentes vários componentes, abrangendo uma extensão que vai de pensamento suicida, plano de suicídio, tentativa de suicídio, até comportamento suicida fatal. Os pensamentos englobam ideias que encaminham para o risco de vida, ainda que o

gesto fatal não seja executado. O plano existe quando a pessoa organizou de que forma vai se matar, se com arma de fogo, enforcamento, envenenamento, ou de outra forma, ainda que possa não fazê-lo. A tentativa representa uma situação em que o indivíduo executa um ato que pode ameaçar a vida, com a intenção de morrer. Também pode significar um pedido de ajuda, pode ser evitada e interrompida pela ação de outras pessoas, que podem impedir a morte. O suicídio inclui todos os atos que ameaçam a vida e culmina com a própria morte.

Em relação a esta diversidade de manifestações do comportamento suicida, Sadock e Sadock (2007) relatam que o pensamento de se matar não é fixo, pode ir e vir conforme o tempo. Vai ocorrer em indivíduos vulneráveis, como resposta a estressores. Pode acontecer em qualquer idade, podendo estar presente por longos períodos, sem que resulte em uma tentativa efetiva.

Noto que a preocupação com o comportamento suicida vem aumentando ao longo do tempo. Este fato possivelmente decorre em função dos achados epidemiológicos.

Nesse sentido, Trigueiro (2005) diz que ao falarmos em violência no Brasil, logo pensamos em acidentes de trânsito e homicídios. No entanto, o aumento do número de suicídios já ultrapassou, percentualmente, as taxas de mortos no trânsito e assassinados.

Numa pesquisa realizada entre 1989 e 1998, ficou demonstrado que houve aumento de 56,9% no índice de suicídios, representando 7.045 casos por ano, mas esse número pode estar longe da realidade (TRIGUEIRO, 2005).

Aqui cabe uma interrogação. O que pode ocorrer para que um problema que necessita de ações de saúde mental para ser atendido ainda possa não ter números confiáveis em sua notificação?

Werlang e Botega (2004) explicam que isto pode ser justificado, possivelmente, pelo fato de que o suicídio pode trazer estigmatização para o suicida, sua família e para aqueles de suas relações, provocando subregistro das tentativas, dificultando dados mais precisos. Isto significa que muitos acidentes, como atropelamentos e quedas de edifício, podem encobrir o comportamento suicida.

Avalio que essas tentativas veladas do comportamento suicida possam decorrer de uma necessidade de não revelar a presença do comportamento suicida, tendo em vista as repercussões socioculturais, religiosas, filosófico existenciais e financeiras que podem ser trazidas. Além disso, não é possível esquecer que o



comportamento suicida não é unicausal. Sua manifestação envolve fatores pessoais articulados com fatores externos, como condições financeiras, situação de empregabilidade, presença de eventos ambientais traumáticos, condições gerais de vida, crises acidentais além das peculiaridades de cada faixa do ciclo evolutivo.

Nesse sentido, tomo como exemplo a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que trouxe em seu ideário a proposta de modificação do modelo de atenção existente na época, medicalizante e excludente, em que o manicômio era o recurso mais utilizado para o tratamento, e o usuário tinha poucas possibilidades de não revelação de sua condição e de sua problemática, criando rótulos. A recomendação de abandonar esse modelo, e trabalhar dentro do modo psicossocial, significou ver o sujeito como um todo, não só doença, respeitar sua autonomia, incluir a ele e seus familiares no planejamento dos atos de cuidado, trabalhando na direção de um cuidado integral, dentro de um território, responsabilizando-se de forma compartilhada, equipe, usuários e família, pelas ações de saúde mental.

A ESF é um dos dispositivos que podem proporcionar essa forma de atenção, já que se insere dentro da perspectiva da territorialidade, responsabilização, vínculo e acolhimento, compondo a rede de serviços em saúde, sendo, pelo trabalho em território, a porta de entrada para os usuários e familiares nos serviços. Dessa forma, nesse processo de trabalho existe a possibilidade de haver uma desconstrução do estigma de ter que internar em um hospital psiquiátrico por um transtorno mental, já que o fato de realizar tratamento em outro equipamento que não o manicômio, poderia diminuir a chance de seu segredo, o comportamento suicida, ser descoberto.

Muitas vezes, esse temor faz com que a pessoa busque atendimento em uma situação limite, em que não pode mais ocultar sua situação, sendo necessário contar sobre sua condição para o profissional de saúde. Revelando seu problema, podem surgir sentimentos de vergonha, rejeição e exclusão social (Limandri, 1989), o que de fato acontece, reforçando a situação de estigma.

Por isso, Souza, Ximenes, Alves *et al.* (2003) alertam para o fato de que é necessário não esquecer a complexidade das situações de violência autoinflingida que culminam no suicídio. E mais, tem-se que lembrar que fatores externos se associam para que a pessoa tenha comportamento suicida.

Por isso, me pergunto sobre as ações de saúde mental que são realizadas na ESF para o comportamento suicida, já que essa condição tem a necessidade de ser identificada o mais rápido possível, dada sua gravidade. E, mais, a ESF com o

trabalho em território, tem a possibilidade de cuidar de forma integral, olhando cada situação no todo da vida do sujeito. Em relação ao comportamento suicida, é importante lembrar que atinge pessoas nas faixas etárias mais produtivas da vida, como apresento a seguir.

O suicídio ocupa a décima terceira causa de morte no mundo, sendo que os ferimentos autoinflingidos representam a quarta maior causa de morte e a sexta maior responsável por morbidade e incapacitação física, na faixa etária de 15 a 44 anos. De uma forma geral, os suicídios ocorrem mais entre pessoas abaixo de 45 anos, em comparação com as acima de 45, em torno de um terço dos países, em todos os continentes, sem estar relacionado com níveis de industrialização ou riqueza (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; BERTOLETE, 2010).

Concordando com estes achados, de acordo com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, em 2004, 55% das pessoas que se suicidaram tinham menos de 40 anos, representando 0,8% de todos os óbitos ocorridos no ano (BRASIL, 2006a).

Em outra pesquisa, realizada por Legay (2007), foi identificado que, no ano 2000, as unidades do SUS atenderam um total de 9.312 casos notificados como tentativas de suicídio na cidade do Rio de Janeiro.

Além disto, no comportamento suicida fatal ou não existem outros focos de atenção como a idade, sexo e cultura.

Nesse sentido, Carneiro (2005) refere que o comportamento suicida não fatal é mais frequente em jovens. As tentativas de suicídio na faixa etária acima dos 65 anos vêm sendo estimadas na proporção 1:2-3, enquanto nos jovens com menos de 25 anos, é 1:100-200. Além disto, as taxas de comportamento suicida não fatal tendem a ser de 2 a 3 vezes maiores nas mulheres.

Ainda assim, mundialmente as taxas de suicídio tendem a aumentar com a idade. Para a Organização Mundial da Saúde (2002), em pessoas com 75 anos ou mais, estes índices são três vezes mais altos que em jovens entre 15 e 24 anos. Esta distribuição é mais acentuada nos homens. Nas mulheres o comportamento manifesta-se de forma diversa. Em algumas, o suicídio aumenta com a avançar dos anos; em outros casos, a taxa apresenta pico na idade mediana; e, ainda, sobretudo em países emergentes e em minorias, pode apresentar ápice em mulheres adultas jovens.

Em relação à idade e sexo, no Brasil, um estudo realizado por Mello-Santos, Bertolote e Wang (2005) investigou as taxas de suicídio entre 1980 e 2000, fazendo uma comparação com a situação epidemiológica mundial, considerando idade e sexo. Os resultados apontaram que os índices globais de suicídio cresceram 21% em 20 anos. Os homens suicidam-se 2,3 a 4 vezes mais que as mulheres. Os idosos acima de 65 anos apresentaram as taxas mais elevadas e os jovens entre 15 e 24 anos, o maior crescimento.

Esses achados confirmam outras pesquisas já desenvolvidas. As mulheres tentam mais, mas os homens são mais eficientes em seu comportamento suicida. As proporções de suicídios entre homens e mulheres são consideravelmente mais avançadas para os homens, e parecem ter relação com a cultura, já que são baixas em partes da Ásia, elevadas em vários países da antiga União Soviética, e muito altas no Chile e Porto Rico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Segundo Meneghel, Victora, Faria *et al.* (2004) caso o comportamento suicida prepondere em uma faixa etária, grupo étnico, profissional ou isolado geograficamente, isto poderia representar um fator indicativo de pressão social, e para eles estaria de acordo com a relevância da presença de outros fatores, além dos pessoais, para a presença do comportamento.

Uma pesquisa realizada no México, onde os índices de suicídio estão em torno de 3,4/100.000 habitantes, descreveu a mortalidade por suicídios em 2001, e identificou as principais alterações nos métodos utilizados e no perfil por idade e sexo, desde 1990. Existem registros de 3.784 suicídios em 2001, sendo 3.110 em homens, e 674 em mulheres, representando uma taxa de 3,72/100.000 habitantes, 6,14/100.000 em homens e 1,32/100.00 em mulheres. Foi identificado que os métodos empregados tem se modificado, e que o enforcamento é a forma mais utilizada por homens e mulheres (PUENTES-ROSAS; LÓPEZ-NIETO; MARTINEZ-MONROY, 2004).

Outro estudo, realizado em Bogotá, na Colômbia, onde os suicídios ocorrem na proporção de 5,02/100.000 habitantes, estabeleceu as tipologias dos suicidas relacionadas a fatores de risco, descrevendo-as num recorte de tempo de 1985 a 2000. Em 1985 ocorreram 171 casos; em 1990, 222; em 1995, 273 casos, e em 2000, 329. Fatores como comorbidade física e mental, uso de substâncias psicoativas, acesso a métodos letais e o pouco uso de armas de fogo pelas mulheres são constantes nos anos estudados. Identificou que, ainda que as

tipologias sejam relativamente constantes ao longo do período em questão, as trocas no perfil epidemiológico e nos estilos de vida provocam alterações nos métodos utilizados. Os fatores de risco também são dinâmicos e se modificam ao longo do tempo (SÁNCHEZ; OREJARENA; GUZMÁN, 2004).

Além desses fatores existem outras condições que contribuem para a presença do comportamento suicida.

Os conflitos familiares se destacam como importante fator de risco para o suicídio. Problemas como dificuldades de relacionamento e de comunicação, ausência de afeto e falta de apoio, por vezes, estão na origem de comportamentos suicidas. A disfuncionalidade familiar é um risco ainda maior para crianças e adolescentes, visto que as relações familiares são importantes no desenvolvimento do indivíduo (MINAYO; CAVALCANTE; SOUZA, 2006.).

Em contrapartida, o ato suicida ocasiona desajuste no funcionamento familiar, visto que os outros membros da família fazem uma avaliação dos seus atos, podendo gerar um sentimento de culpa. Ademais, a presença de familiares que tentaram ou cometeram suicídio é um fator agravante para o comportamento suicida. Estas informações ressaltam que a família funcional é um fator de proteção aos agravos em saúde mental, e, portanto, as ações dos profissionais de saúde precisam ser direcionadas não somente ao indivíduo, mas também ao grupo familiar (JIMÉNEZ; DISOTUAR; SILVEIRA; ALEAGA, 1998).

Em relação ao estado anímico, Souza Ximenes, Alves *et al.* (2003) dizem que os indivíduos com comportamento suicida, no geral, são desesperançados, entristecidos, com condutas autodestrutivas, têm desentendimentos com pessoas próximas, e comorbidade entre transtorno de pânico, ansiedade, depressão e suicídio.

Essas observações estão em consonância outros estudos realizados. Para Ballone (1999), Porsteinsson (2005) e Sadock e Sadock (2007), os transtornos de humor, principalmente as depressões, outros transtornos psiquiátricos e dependência de substâncias psicoativas representam risco para comportamento suicida, o que confirma minha experiência com os grupos que realizei na residência em Saúde Comunitária, nos Grupos do Lítio, e nas minhas outras vivências profissionais. Esses autores dizem que se pode identificar que 10 a 25% das mortes em pessoas com depressão uni e bipolar é por comportamento suicida. Apesar disto, apenas um quarto desses suicidas tinha diagnóstico, e uma parcela desses

recebeu tratamento adequado. Os alcoolistas apresentam índices de suicídio entre 2 a 3,4%, de 60 a 120 vezes maior que na população em geral. Na esquizofrenia, grave transtorno psiquiátrico que tem prevalência entre 1 e 1,5% da população, 50% daqueles que tem esse agravo tentam suicídio pelo menos uma vez na vida, e 10 a 15% desses morrem por suicídio. Já a personalidade borderline, que apresenta como traço marcante a impulsividade, se torna um fator de risco para o suicídio, já que, nas pessoas com esse transtorno, cerca de 10% suicidam-se.

Thompson *et al.* (2005) estudaram o papel da ansiedade, depressão e perspectivas de vida como fator de risco para comportamento suicida em 1287 alunos de ensino médio. Os achados demonstraram efeitos diretos da depressão e das perspectivas de vida no comportamento suicida dos homens, e efeitos diretos dessa condição em mulheres, mas não correlacionada com a depressão. Ficou evidenciado que, para homens e mulheres, houve relação direta da ansiedade com a depressão e perspectivas de vida. Já o envolvimento com drogas contribuiu de forma direta e indireta no comportamento suicida, e o suporte familiar influenciou indiretamente no comportamento suicida e na ansiedade, em ambos os sexos.

Isto também já havia sido verificado em uma pesquisa realizada que estudou adolescentes grávidas. Num grupo de 120 adolescentes de 14 a 18 anos, foram identificados 23,3% de ansiedade, 20,8% de depressão e 16,7% de ideação suicida. Antes da gestação, cerca de 13,3% das adolescentes haviam tentado suicídio. Além disto, houve correlação entre ideação suicida e depressão, ser solteira, sem namorado e contar com pouco apoio social. Ainda que o grupo fosse heterogêneo, evidenciou-se alta frequência de quadros depressivos, ansiedade e ideação suicida, revelando a premência de que os profissionais que tenham contato com adolescentes investiguem sobre ideias depressivas e suicidas (FREITAS; BOTEGA, 2002).

Então, com especial atenção devemos olhar para as mulheres que já tenham tentado suicidar-se, estejam na puberdade, tenham pensamentos suicidas, consumam álcool, não vivam com os pais e tenham um nível baixo de autoestima, pois essas têm o perfil de risco para novas tentativas de suicídio. Sabemos que uma história prévia de tentativa, indica comportamento suicida fatal subsequente. Existe maior perigo especialmente nos seis meses posteriores à tentativa, sendo que 1% desses morre dentro de um ano, e 10% eventualmente se suicidam. Além disto, ainda que a tentativa prévia aumente a chance de nova tentativa, a maioria dos que

se suicidam não tentaram anteriormente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Nesse sentido, Silva, Oliveira, Botega *et al.* (2006), em estudo realizado em Campinas, São Paulo, Brasil, pesquisaram variáveis associadas à ideação suicida. Os resultados demonstraram que variáveis demográficas não estiveram associadas com ideação suicida. No entanto, falta de energia, humor depressivo, dificuldades emocionais relatadas, vizinhança não solidária e menor frequência à igreja tiveram significância estatística. Sintomas depressivos, principalmente falta de energia e humor deprimido, estão consistentemente associados à ideação suicida.

Em relação à percepção de sintomas depressivos, Lin, Peruchi, Souza *et al.* (2008) realizaram um estudo contemplando as questões culturais, em Santa Catarina, no Brasil, investigando as comunidades açoriana, italiana e alemã. Os grupos evidenciaram diferenças na manifestação dos sintomas depressivos, demonstrando formas próprias de expressão desses sintomas, de acordo com a cultura, sendo que os descendentes de alemães tinham mais dificuldade em reconhecer sua sintomatologia, e os italianos expressavam de forma mais direta seu sofrimento.

Por isso, Goldney *et al.* (2003) destacam a importância de dados estatísticos sobre suicídio e ideação suicida no planejamento de programas de saúde pública, considerando que, seguramente, a depressão é a maior responsável para o desenvolvimento de ideação suicida.

Acredito que os achados das pesquisas realizadas sobre o tema se constituem em fonte para o planejamento das ações em saúde mental para o comportamento suicida. No entanto, os números são frios, não revelam as características de cada condição pessoal, não costumam analisar a subjetividade de cada situação, e o que vem no entorno da vida do usuário e sua família, relacionando esses fatores com as características do serviço de atendimento.

Esses dados contribuem para que se investigue numa outra ótica de pesquisa esse comportamento suicida, como a que desenvolvi, avaliando as ações de saúde mental para o indivíduo com comportamento suicida, dentro de um processo contextualizado, em uma perspectiva qualitativa e avaliativa.

E, dentro dessa abordagem de investigação, a ESF parece ser um dispositivo potente para que se promovam ações de saúde mental em relação ao indivíduo com comportamento suicida, tais como identificar os usuários e famílias que precisam de

cuidado, monitorar a presença da ideação suicida, avaliar a intensidade do risco, fazer acompanhamento da evolução da intensidade do comportamento, avaliar as possibilidades de estabelecer um contrato não suicida com o usuário, bem como as condições que a família tem para ser continente com comportamento, oferecendo suporte para que isso possa acontecer, auxiliando nas dificuldades da família e usuário.

Essas ações atendem à Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2006b), criada pela Portaria nº1876 de 14 de agosto de 2006, em que estão previstas várias etapas para sua implantação. Existe uma recomendação de que as medidas preconizadas pela estratégia sejam articuladas entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, Secretarias Municipais de Saúde, instituições acadêmicas, organizações da sociedade civil, órgãos governamentais e não governamentais nacionais e internacionais.

Após a publicação da Portaria, várias ações foram colocadas em prática: criação da logomarca Amigos da Vida que identifica a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio; realização do I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio, nos dias 17 e 18 de agosto de 2006, em Porto Alegre; lançamento do Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, no dia 10 de outubro de 2006, em comemoração ao Dia Mundial da Saúde Mental; publicação de Referências Bibliográficas comentadas sobre suicídio, sobreviventes e família; lançamento do DVD do I Seminário de Prevenção do Suicídio com todas as apresentações dos pesquisadores e gestores que participaram do evento e instalação do Projeto ComViver no dia 30 de agosto de 2006, no Rio de Janeiro. Esse projeto oferece acompanhamento para parentes de pessoas que cometeram suicídio (BRASIL, 2006b).

No texto da Portaria (Brasil, 2006b), estão elencadas as atividades que devem ser implantadas. Essas ações abrangem estratégias de promoção de qualidade de vida, proteção, educação, prevenção e redução de danos, trabalho com a sociedade para elucidar a gravidade do problema, criar linhas de cuidado integral, identificar fatores predisponentes e protetores, estimular pesquisas sobre o tema, promover educação permanente para os profissionais de saúde da atenção básica, inclusive aqueles da ESF, e dos outros níveis de atenção, de acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Observo que desde o lançamento da Estratégia de Prevenção ao Suicídio (Brasil, 2006b) existem tentativas isoladas para que sua implantação efetiva aconteça. No entanto, como a construção de redes de cuidado é um processo lento, e considerando que o suicídio é um tema tabu, que mobiliza a subjetividade de todos, acredito que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as propostas da estratégia se solidifiquem.

Isso pode ser exemplificado pelo texto da Política de Atenção Integral à Saúde Mental (Rio Grande do Sul, 1999), que recomenda articulação do cuidado em saúde mental às outras políticas de saúde, preocupação com a qualidade da atenção integral e a possibilidade de que a saúde mental seja inserida nas ações de saúde em geral.

No entanto, identifico no cotidiano dos serviços da atenção básica, e, em especial, na ESF, é que mesmo que os profissionais das equipes se preocupem com a necessidade de incluir as ações de saúde mental nos atos de saúde como um todo, é difícil fazer com que seu atendimento consiga ser articulado aos outros atos em saúde. Acredito que isso ocorra porque o atendimento ao sofrimento psíquico também envolve a subjetividade de quem cuida. Para os profissionais, dispor-se a indagar sobre essa condição de sofrimento envolve uma disponibilidade para questionar sobre algo que vai além da objetividade do motivo referido da consulta, e que demanda questões que colocam em cheque a aparente normalidade no funcionamento, ou seja, a adaptação de quem sofre ao que é esperado pela sociedade, como capacidade produtiva, adequação e discernimento, dentre outros, a partir de uma lógica construída por outras pessoas. A impressão que tenho é de que os profissionais, usuários e familiares buscam se encaixar dentro desse mundo adequadamente construído, e aí fica difícil falar de sofrimento psíquico.

Por isso, considero relevante avaliar como as equipes de trabalho da ESF vêm desenvolvendo ações de saúde mental para o indivíduo com comportamento suicida. Isso pode ajudar a conhecer a realidade da ESF para atender essa condição e enfrentar o sofrimento psíquico, já que o comportamento suicida é uma situação grave e prevalente. Essa ideia é fundamentada por alguns índices e taxas, como apresento a seguir.

Mesmo considerando que a mortalidade por suicídios no Brasil é de 4,5/100.000 habitantes, índice bem menor que de países do leste e norte europeu, alguns estados apresentam taxas duas vezes superiores à média nacional, como,



por exemplo, o Rio Grande do Sul, onde o índice atinge o patamar de 9,8/100.000 habitantes. Nesse Estado, em determinadas faixas etárias, como adolescentes e idosos, as taxas chegam a 30,2/100.000 habitantes (BRASIL, 2006a).

Agregado a isto, segundo Meneghel; Victora; Faria *et al*, (2004), segundo um estudo realizado entre 1980 e 1999, identificaram que esse Estado apresenta a primeira posição em relação ao comportamento suicida, com média de 10,2 suicídios por 100 mil habitantes

Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, os índices de suicídio nos anos de 2004, 2005 e 2006 foram, respectivamente, 5,77, 5,18 e 8,12 por 100.000 habitantes (Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2007), bem acima da média nacional.

Chama atenção o aumento dos índices. Tenho o entendimento que isso vem acontecendo não só pelas predisposições individuais e familiares, mas também pelas condições de vida, pressão social, dificuldade de empregabilidade, falta de reconhecimento social, dentre outros. Acredito que esses fatores vêm favorecendo cada vez mais a exclusão social, associada à falta de perspectiva de vida, trazendo, como consequência, o aumento do comportamento suicida. Retomo aqui a ideia sobre aquilo que é socialmente adequado e/ou esperado. Possivelmente, a dificuldade apresentada por alguém que se encontra em sofrimento psíquico para se adaptar à demanda emergente do mundo do trabalho e de outras obrigações sociais e familiares, associada a fatores individuais que favorecem o aparecimento do comportamento suicida, faz com que quem sofre, e não recebe ajuda, seja de profissionais, familiares ou outras pessoas, pense que a alternativa viável para acabar com seu problema é se matar.

Levando isso em conta, enfatizo a importância do acolhimento, responsabilização e parceria nos atos de cuidado, para promover a saúde. Nesse sentido, identifico que a noção de trabalho em território, com integralidade no cuidado, condições de acesso e acolhimento ajudam na identificação da situação do comportamento suicida. Por isso volto a reafirmar minha ideia de que a ESF é um dos equipamentos para isso, sendo necessário avaliar quais ações de saúde mental são implementadas e como a ESF está organizada para atender ao indivíduo com comportamento suicida.

Penso que a relevância deste estudo se fundamenta no fato de que a função dos profissionais de saúde é garantir a manutenção da vida. Essa construção

encontra respaldo em Merhy (1997) que diz que o trabalho em saúde não se constitui como algo que se produz para depois usufruir, pois a produção e o consumo ocorrem em concomitância. As ações de saúde chegam ao usuário e são aproveitadas por ele no mesmo momento em que estão sendo produzidas, incluindo-se nesse universo a assistência ao usuário da ESF com comportamento suicida (adaptação da autora).

Isso significa que no momento que um profissional da ESF identifica uma situação de comportamento suicida, e desenvolve alguma ação de saúde mental para proteger o usuário, está contribuindo para a manutenção da vida, e mais, fazendo a abordagem necessária para que exista a condição de acolhimento, preocupação e trabalho vivo em ato.

Interrogo como estão se produzindo os atos em saúde para atender ao indivíduo com comportamento suicida? De que forma as equipes da ESF se estruturam para atender essa demanda? Como as equipes da ESF se organizam para acompanhar os familiares e usuários com esse comportamento? Existe acolhimento para a situação?

Para que se entendam essas questões, e que se busque a implementação de ações de saúde mental junto ao indivíduo com comportamento suicida, tendo como foco a atenção no território, a parceria com a atenção básica surge como fundamental na promoção da saúde, e por isso falar nas ações de saúde mental na ESF é necessário.

### **3.2 Ações de saúde mental na ESF**

O comportamento suicida precisa ser visto como um dos focos de atenção da ESF, dada sua prevalência e sofrimento psíquico, e, por isso, é necessário avaliar as ações de saúde mental implantadas para seu atendimento. Essa avaliação vai trazer informações sobre como os sujeitos envolvidos constroem o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, trazendo subsídios para analisar de que forma isso se dá, bem como para proporcionar que a integralidade seja realmente garantida.

Os setores da saúde cumprem seu papel, tanto no campo da gestão, como das práticas de saúde. A fim de alcançar a integralidade nos cuidados de saúde, a

atenção básica<sup>2</sup> tem um papel estratégico por suas relações estreitas com a comunidade. Seus objetivos devem buscar a atenção integral de qualidade, a resolutividade, e o alicerçamento da autonomia das pessoas no cuidado em saúde, articulando-se em uma rede de serviços (CECCIM, 2004).

Encontra-se no documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2003b) “Saúde mental e atenção básica”, a necessidade de que exista a inserção de ações de saúde mental na atenção básica, propostas de diretrizes gerais para a composição dessas ações, e é destacada a formação como instrumento básico para que isso ocorra, bem como a importância de incluir indicadores de saúde mental no Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), para que se consiga concretizar o que é preconizado na Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2003a).

Essa normativa foi criada pela necessidade de organizar as articulações necessárias para que a Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001a) pudesse ser implantada de fato do ponto de vista governamental e na rede de atenção em saúde, e os serviços substitutivos de atendimento começaram a ser estruturados, na tentativa de superar o manicômio. Anterior a isso, no Rio Grande do Sul foi implantada a Reforma Psiquiátrica, criada pela Lei 9.716/1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Tanto as Leis quanto a Política preveem que os serviços da rede básica de saúde passem a assumir, gradativamente, juntamente com os serviços especializados, as atividades de cuidado aos usuários com algum agravo psiquiátrico. Além disso, foi criada a necessidade da implantação dos serviços substitutivos ao manicômio, como os hospitais-dia, os centros de atenção psicossocial (CAPS), as pensões protegidas, as unidades psiquiátricas em hospitais gerais, residenciais terapêuticos, dentre outros, com a perspectiva de extinção completa das instituições com modelo manicomial de atendimento.

Esses avanços são produto das discussões desencadeadas pelos trabalhadores em saúde mental e a sociedade civil organizada, que culminaram na Reforma Psiquiátrica no país, na qual, entre seus pressupostos, havia a recomendação de que o sofrimento psíquico deixasse de ser visto como uma condição individualizada, patológica, mas como produto de um contexto de vida. Sendo assim, não há como compartimentalizar e circunscrever o sujeito apenas em sua situação de sofrimento. É necessário considerá-lo dentro de um todo, em sua

---

<sup>2</sup> Nesta pesquisa, os termos atenção básica e atenção primária à saúde são sinônimos.

mais completa condição, levando em conta todas as inserções de sua vida, e programar propostas substitutivas ao manicômio para seu atendimento.

A Reforma Psiquiátrica, que desencadeou a desinstitucionalização das pessoas com transtornos psiquiátricos no Estado e no País, tornou sujeito das ações em saúde mental a existência do sofrimento emocional, que pode manifestar-se em diversos níveis, fazendo relação entre esse sofrimento e o campo social, (Rotelli; Leonardis, 2001), e dentro dessa premissa encontramos o comportamento suicida.

Esse movimento reformista se construiu articulado com a Reforma Sanitária. Vasconcelos (2008b) relata como, a partir da ditadura militar no Brasil, principalmente a partir da década de 1970, começou a haver uma organização da sociedade civil e dos trabalhadores como um todo, e destaca a área da saúde. Mostra que começou a haver uma crítica em relação à forma privatista como o setor saúde estava organizado, bem como sobre o atendimento asilar em saúde mental. Isso desencadeou discussões que culminaram com várias modificações no setor saúde, levando à Reforma Sanitária, e, na área de saúde mental, à Reforma Psiquiátrica.

Carvalho, Martin, e Cordoni Jr. (2001) trazem que, até 1920, a saúde pública se constituía por ações organizadas em campanhas sanitárias, autoritárias, para tratar endemias urbanas e rurais. Os pobres, que não conseguiam acesso ao atendimento privativo, por não poderem pagar, eram assistidos nas Santas Casas de Misericórdia.

Cohn (1999) ressalta que, a partir de 1923, foram criadas várias iniciativas para organizar a assistência em saúde e a previdência, que sempre andaram juntas, e se refletem na construção das políticas públicas de saúde.

Para Cohn (1999), Oliveira e Teixeira, (1998), Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2001), isso pode ser exemplificado pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), gerenciadas por empresas privadas, que privilegiaram a privatização do atendimento médico, em que os pobres continuavam não tendo espaço para serem tratados. Nesse período, década de 1920, a previdência beneficiava poucos e não dispunha dos recursos necessários para atender toda demanda existente. Depois disso, no Brasil, aconteceu um reordenamento na previdência, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que incorporaram as CAPS, dessa vez sendo administrados pelo Estado.

Além disso, houve aumento na fiscalização do funcionamento da concessão de benefícios, bem como na contribuição dos beneficiários, o que auxiliou para que houvesse uma melhor arrecadação, levando em conta o processo de industrialização do país, mas que, necessariamente, não repercutiu na melhora do atendimento do setor saúde. Posteriormente, os IAPs fortaleceram-se pelo aumento da receita e redução nas despesas. Nessa época, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (LIMA; PINTO, 2003).

Paulin e Turato (2004) contam que, com a instituição, no Brasil, em 1941, do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), as novas tecnologias da psiquiatria começaram a ser aplicadas nos manicômios do país, como a psicocirurgia, insulinoaterapia, eletroconvulsoterapia, dentre outras. O panorama da situação era que em torno de 80% dos leitos psiquiátricos se concentravam em hospitais públicos, como Juqueri (SP) e Hospital Psiquiátrico São Pedro (RS), e de que a macropolítica de saúde indicava essa modalidade de atendimento como eixo estruturador para tratar da doença mental.

Esses autores dizem, ainda, que com o Decreto Lei 8.550, de 1946, houve autorização para que fossem realizados convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos, e isso ocasionou um crescimento no número desse tipo de instituição. Existia uma recomendação de que fossem estruturados longe do centro das cidades, fazendo com que o hospital psiquiátrico se caracterizasse como um reduto de exclusão social, local de isolamento, encoberto pelo discurso de um ato terapêutico.

No entanto, Desviat (1999) relata que depois do holocausto causado pela Segunda Guerra Mundial, houve uma expansão econômica e social, e com isso, as pessoas começaram a questionar a existência do hospital psiquiátrico e discutir a necessidade de que ele fosse modificado. Nessa época, no mundo inteiro iniciaram as articulações em prol da reforma psiquiátrica. Essas discussões levaram a duas vertentes: o fechamento dos manicômios, de acordo com a corrente reformista italiana ou sua modificação em uma modalidade de atendimento que visasse a reabilitação, tomando como modelo a comunidade terapêutica ou a psicoterapia institucional.

Com a implantação da Lei Orgânica dos Municípios (LOPS), em 1960, a partir da qual a assistência médica passava a ser dever jurídico da Previdência Social, transformando, novamente, uma responsabilidade do estado em uma ação

privativista. Em plena época da ditadura militar, em 1966, os IAPs foram incorporados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em que, mais uma vez, a assistência médica era negociada com o setor privado, modelada pela visão curativista-privatista (COHN, 1999; MOURA; MOURA, 1997).

Para Amarante (1994), nessa época a doença mental era tratada como produto, bem como as outras doenças existentes. Mielke (2009) salienta que, nesse momento da história, o que se tinha nos hospitais psiquiátricos era atenção de pouca qualidade, priorizando a internação, o cuidado centrado na doença e a medicalização, pois essas tecnologias poderiam tornar os doentes mais úteis para a sociedade.

Desse modo, a estrutura de atendimento em saúde ainda se alicerça no modelo biomédico, em que os sujeitos são classificados pela doença que tem, chegando, inclusive a serem chamados pelo nome de sua patologia. Não há consideração com sua subjetividade, sua participação nas escolhas dos atos terapêuticos, colocando-os em posição subalterna aos profissionais de saúde, e vendo-os de forma descontextualizada com sua vida. A medicalização, no sentido amplo que essa palavra tem, abrangendo desde o conceito de reclusão, isolamento, exclusão, uso de psicofármacos, internações longas, é o principal recurso para o tratamento.

Na área da saúde mental, isso não se dava de forma diferente, já que o objetivo era alcançar a normalidade, pelo processo de medicação, o que levaria o doente a ter algum valor social, inserido no modo de produção capitalista, em que o que importa é o que a pessoa pode produzir, qual sua força no processo de trabalho, e de que forma pode contribuir com os lucros do empregador. E, por conta disso, por haver incapacidade de produção, mesmo que temporária, por muito tempo o comportamento suicida tinha um destino único: o manicômio.

O poder do manicômio remonta ao tempo em que o médico Pinel, no século XIX, na França, defendeu e colocou em prática a ideia de que os loucos não deviam ser tratados com violência, pois tinham uma doença, demandando, com essa lógica, a necessidade da criação de hospitais psiquiátricos, espaço de diagnóstico e classificação, onde os alienados, considerados “anormais”, seriam corrigidos (Foucault, 1987), e, assim, surgiu o poder da psiquiatria sobre a mente e o comportamento dos indivíduos.

Avançando na linha do tempo, Carvalho, Martin e Cordoni Jr. (2001) contam que, no final dos anos de 1970, houve um incremento nas discussões sobre a necessidade de ser feita uma reforma no setor saúde. A Reforma Sanitária começou a se consolidar, trazendo formulações teóricas como a da necessidade de se pensar um modo crítico de ver as políticas de saúde. Mielke (2009) diz que essa reforma poderia ser uma possibilidade de proporcionar uma situação de mais qualidade na saúde, principalmente em relação aos menos favorecidos.

Acredito que o início da consolidação da Reforma Sanitária oportunizou que outros movimentos sociais e de saúde emergentes também assim o fizessem, como é o caso da Reforma Psiquiátrica. Mesmo que o Brasil ainda enfrentasse um governo autoritário, os trabalhadores vinham se organizando, e isso se refletia no setor saúde como um todo, e as aspirações dos trabalhadores da área, e em especial, os da saúde mental, iniciavam a se consolidar.

Nesse sentido, o Rio Grande do Sul, como já mencionado anteriormente, foi precursor nesse movimento de Reforma Psiquiátrica no país, pela mobilização e politização dos trabalhadores em saúde mental no estado.

Com a implantação da Lei da Reforma Psiquiátrica Estadual, em 1992 (Rio Grande do Sul, 1992), o Estado opôs resistência ao modelo tradicional de atendimento em saúde mental. Wetzel (1995), Kantorski e Silva (2001) destacam a implantação da comunidade terapêutica na Clínica Pinel, criada em 1969, e o projeto de psiquiatria comunitária na Unidade Sanitária São José do Murialdo, iniciada em 1971, local onde fiz uma das residências integradas em saúde, em Porto Alegre. Essas instituições foram precursoras e inovadoras, sendo consideradas marcos de transformação, por aceitarem o desafio de modificar as formas de abordagem no atendimento na área de saúde mental, confrontando-se com a lógica da medicalização como a única forma de tratamento. Tanto a Clínica Pinel quanto a Unidade Sanitária São José do Murialdo, iniciaram um processo mais democrático e participativo do usuário em seu tratamento, trabalhando com abordagens grupais e outras técnicas terapêuticas que não só a medicalização, tanto no âmbito da internação quanto no atendimento dentro da comunidade.

No país, Amarante (1995) ressalta que houve uma apropriação das ideias preconizadas pela Psiquiatria Democrática Italiana, que teve no psiquiatra Franco Basaglia seu principal expoente, e a Reforma Psiquiátrica Brasileira se concretizou com a instituição da Política Nacional de Saúde Mental, em 2001 (BRASIL, 2007c).

Nesse sentido, para Campos e Barros ((2000) essa vertente de conduta terapêutica previa um movimento de desinstitucionalização dos internados em um hospital de Gorizia, na Itália, em 1962, começando a implantar os princípios da comunidade terapêutica e questionando os princípios da sociedade capitalista.

Esse movimento tinha uma visão de modificação do olhar sobre a loucura, considerando-a uma situação de existência-sofrimento, e que era necessário resgatar as condições de cidadania e justiça dos sujeitos considerados loucos. Esse psiquiatra esteve no Brasil, pela primeira vez, em 1975, em plena ditadura militar (AMARANTE, 1995).

Retornou em 1979. Durante esse intervalo de tempo, houve uma crise no setor do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Isso se deveu às condições inadequadas de trabalho, problemas com o dimensionamento no quadro de pessoal, dificuldades salariais e o modelo de atenção vigente. Nessa época, começou a se estruturar o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), na cidade do Rio de Janeiro. Esses trabalhadores acreditavam que era necessário modificar a atenção em saúde mental, e que o caminho para isso acontecer era a desinstitucionalização. Quando Basaglia voltou ao Brasil, encontrou-se com esse grupo, e, após conhecer vários hospitais psiquiátricos, também questionou de forma crítica o modelo de atenção vigente, centrado no manicômio, tendo violência e exclusão como aportes de tratamento, fato que estaria servindo ao estado para atender ao modo capitalista de produção (AMARANTE, 1995; 1996; BASAGLIA, 1982).

Mielke (2009) destaca que, por isso, a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um movimento político, social e ideológico, que se estruturou porque os sujeitos envolvidos, considerados atores do cenário reformista, viam outras formas de atendimento alternativas ao hospital psiquiátrico.

Nessa perspectiva, Olschowsky (2001) salienta que esse movimento possibilitou que o louco pudesse ser inserido em espaços de convivência dentro da comunidade, sem que precisasse ser institucionalizado, excluído, e que deveriam ser questionadas as relações com vistas à intervenção, que estabeleciam limites e proporcionavam a construção de estigma sobre essa pessoa.

Kantorski *et al* (2000) já haviam descrito que um serviço que tivesse como características de atenção o acolhimento, a escuta, a responsabilização pelo sujeito e a organização de um projeto terapêutico respeitando sua subjetividade, com a sua



participação e de sua família, possibilitaria a aproximação da rede social com a “loucura”, propiciando a não exclusão.

Continuando na reconstrução histórica, até a promulgação da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), muitos movimentos aconteceram dentro do cenário da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Em 1982, houve o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde na Previdência Social, protagonizado pelo Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que pretendia a redução de gastos com assistência médica, bem como a vinculação dos usuários à sua área de moradia para atendimento em saúde; a proposta de instituição da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que buscava normatizar o pagamento do setor privado em relação às internações hospitalares, o que gerou uma diminuição da qualidade da assistência, e, em 1983, o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS), que propunha criar, na rede pública, unificação, descentralização e universalização das ações de promoção de saúde. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989; COHN, 1999; MELO; CUNHA; TONINI, 2005).

Esses dois novos modos de organizar o setor saúde trouxeram benefícios em relação à lógica de atendimento no setor. A orientação de territorialização para o atendimento e de que princípios como a unificação, descentralização e universalização das ações de promoção de saúde fossem implementados, foi um marco precursor para a implantação do SUS.

Nesse período cursei as residências em saúde comunitária e saúde mental e psiquiatria, e pude vivenciar, na realidade dos serviços, as repercussões dessas medidas na atenção à saúde da população. No cotidiano do trabalho, era evidente que nem os profissionais nem os usuários se adaptavam a essas propostas que traziam restrições ao número de atendimentos. Em função dessas normatizações, as internações e atendimentos necessários, não só em relação ao comportamento suicida, como aos problemas de saúde em geral, começaram a ter um controle, o que poderia diminuir hospitalizações por situações que poderiam ser acompanhadas fora do hospital. Mas, de uma forma geral, existia um sentimento de que havia coibição dos atos em saúde necessários para assegurar as necessidades da população pelas situações de contenção de gastos, propostas pelo Plano de Reorientação da Saúde na Previdência Social, pelas AIHs, e pelas AIS.

Em relação à Reforma Psiquiátrica, os anos da década de 1980 foram marcados por muitas vitórias. Houve a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em que existiram propostas para que houvesse uma amplificação no conceito de saúde, o desejo de que os trabalhadores reavaliassem seu modo de trabalho dentro do novo modelo que estava sendo proposto, tirando do hospital psiquiátrico a responsabilidade única no cuidado aos loucos, e mais, a modificação na forma de atenção, propondo o modo psicossocial em oposição ao modelo asilar (GALLO *et al.*, 1988; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Em dezembro de 1987, houve o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que organizou diretrizes para a assistência em saúde mental. Esse encontro defendia a temática “Por uma sociedade sem manicômios”, em que foi discutido o atendimento prestado aos loucos, a organização do processo de trabalho na área da saúde nessa perspectiva e de que forma se poderia romper com o isolamento social, propiciando que a sociedade se inserisse nessa discussão (AMARANTE, 1995).

Em 1988, foi inaugurado o Centro Comunitário de Saúde Mental em São Lourenço do Sul, RS, orientado pelas ideias reformistas, preconizando a ótica da atenção psicossocial (WETZEL, 1995).

Gallo *et al.* (1988) dizem que, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a Reforma Sanitária começou a se solidificar, e, com ela, a Reforma Psiquiátrica. Nesse evento, houve uma indicação para que a saúde fosse considerada direito do cidadão e dever do Estado, já colocando na discussão do setor saúde os princípios que seriam promulgados na Constituição de 1988. E mais, nessa Conferência existia a presença de usuários do sistema, que foram ouvidos, e levantaram sua necessidade de terem um atendimento de qualidade, participando da gestão, planejamento, execução e análise das políticas públicas em execução.

Vasconcelos (2008a) faz um resgate das matrizes históricas de ideias e práticas em saúde pública e saúde mental, nos tempos da modernidade, recuperando os fatos de uma forma diferente. Usa a cronologia para contextualizar os acontecimentos, relacionando com os modelos de atenção que foram se operando ao longo do tempo, fazendo uma ligação desses avanços com a implantação do SUS, também enfatizando a necessidade de que as ações em saúde mental sejam planejadas em um território definido, destacando que a forma de

gestão e gerenciamento do cuidado são fundamentais para que se obtenha sucesso nas ações implementadas.

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001), privilegiando esse modo de atenção, um dos marcos mais importantes na área da saúde mental foi a realização da II Conferencia Nacional de Saúde Mental, em 1992. Nessa ocasião, houve a reafirmação da necessidade de ser prestada atenção integral, em território definido, com população adstrita e projetos de tratamento democráticos, em que usuário, família e equipe discutissem em conjunto quais intervenções seriam indicadas para cada caso de sofrimento psíquico. Também houve, nessa Conferência, uma deliberação para que os princípios do SUS fossem reassegurados, no sentido da qualidade, rede de serviços diversificada e com organização, antecipando a organização do Programa de Saúde da Família (PSF).

Esse Programa foi implantado no Brasil em 1994, e transformado em Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria 648 (BRASIL, 2006d). Desde sua criação demandou um repensar sobre a sua finalidade, a partir da constituição de muitas equipes de atendimento em todo país. Depois de um processo de avaliação sobre a qualidade de seu atendimento, foi entendido como uma possibilidade de não ser um programa temporário, mas uma estratégia que havia concretizado a necessidade de que as ações em saúde fossem cada vez mais desenvolvidas em um território, com população adstrita e com compromisso social, responsabilização, capacidade de acolhimento e facilitação do acesso entre a comunidade e os trabalhadores de saúde, sendo denominada, então, Estratégia Saúde da Família (ESF) (FRANCO; MERHY, 1999; BRASIL, 2004; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; PAIM, 2008; CAMELO; ANGERAMI, 2008; CAMPOS; GUTIÉRREZ; GUERRERO *et al.*, 2008).

Um dos compromissos dessa política de atenção é que o sujeito possa ver visto de forma integral, dentro de sua subjetividade, em seu território, e que seja construída uma relação de acolhimento e vínculo entre a equipe e o usuário do serviço de saúde em relação às necessidades sentidas pelo usuário, o que implica, também, em direcionamento para ações junto ao comportamento suicida.

Na ESF existe um compromisso de cuidado integral, com equipes multiprofissionais que incluem, no mínimo, 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico ou auxiliar de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde. Essas equipes se responsabilizam pelo cuidado com um número de famílias previamente definidas, em

território delimitado, em que as tecnologias relacionais são a referência para o atendimento aos usuários, principalmente pautadas na estratégia de acolhimento (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, Camelo e Angerami (2008) dizem que a ESF propõe uma nova visão no modelo de atendimento em saúde, em que o trabalho em equipe, a territorialidade e o vínculo, e que a apropriação de outros saberes para além do setor saúde, como o social, pedagógico e psicológico, podem ser utilizados para que se operem ações de cuidado.

Por isso, Mielke (2009) ressalta que a ESF é um recurso potente para que exista uma gestão compartilhada, já que se pressupõe que há, pela forma de estruturação do trabalho, participação de todos envolvidos no processo de organização do cuidado em saúde.

Pelo exposto por esses autores, acredito que na ESF existe a possibilidade de cuidado compartilhado, em que não é só tarefa da equipe se preocupar com os problemas de saúde do território, tendo em vista essa possibilidade de aproximação entre equipe, usuários e família para desenvolver as ações de saúde. Penso que a presença dos agentes comunitários de saúde, moradores do território e integrantes da equipe, facilita a proximidade com a comunidade, o que pode favorecer o conhecimento e a identificação das necessidades de seu território, podendo demandar, junto à equipe da ESF, ações prioritárias de saúde. Para os casos de comportamento suicida, a proximidade pode possibilitar seu reconhecimento e a realização de ações de escuta, vínculo, partilhamento que podem minimizar o risco de perda de vidas e sofrimento para a pessoa, sua família, amigos e equipe.

Alguns autores como Campos, Gutiérrez, Guerrero *et al.* (2008) dizem que mesmo que a atenção básica ainda possa ser vista como uma atenção de menor complexidade, é nesse âmbito de atendimento que se pode resolver muitos problemas de saúde.

Critico essa visão de menor complexidade, tendo em vista as demandas da ESF. As necessidades apresentadas pelas pessoas adstritas ao território precisam ser acolhidas pelas equipes, que trabalham dentro da lógica do vínculo e da corresponsabilização do cuidado, portanto, os profissionais precisam estar preparados para dar conta, de alguma forma, de problemas com diferentes graus de complexidade e possibilidades variadas de resolução.

A ESF tem sido a porta de entrada/chegada das pessoas que demandam atenção à saúde. Dentro de uma proposta de integralidade, na qual o cuidado amplia-se, pois considera o processo de saúde como um encontro do usuário com o profissional, em que a necessidade deve ser conhecida e atendida, o que implica em ações de saúde que consideram a subjetividade e as questões sócio-culturais-econômicas desse processo. Nesse sentido, a responsabilização dos profissionais com a comunidade aumenta seu compromisso, trazendo para a prática assistencial um modo que não se limita a esquemas propostos de sintoma, diagnóstico e tratamento.

Além disso, é necessário que as equipes de saúde tenham uma concepção de aproximação positiva com a população, preocupando-se com a qualidade de vida da comunidade, minimizando os fatores que possam trazer riscos, e que a atenção primária seja operacionalizada como estratégia, englobando todo o sistema de saúde e a população que esse sistema se propõe a atender (MENDES, 1996).

Nesse sentido, Campos (2003) salienta a capacidade de acolhimento da demanda, a construção de vínculo e o potencial para identificar as vulnerabilidades da população do território, o que faz com que os profissionais fiquem mais comprometidos com as pessoas do território, estando atentos ao comportamento suicida (adaptação da autora).

Como é na atenção primária que se estrutura o cuidado em saúde das comunidades, os profissionais precisam atender com qualidade, e conhecer a realidade local para poder detectar os problemas e enfrentá-los. Por isto, é imprescindível que o apoio social ao usuário com comportamento suicida seja rápido, para minimizar suas consequências (CASAS; REYS, 1998).

Para isso, é necessário que haja suporte tanto para o usuário quanto para sua família. As posturas de acolhimento e vínculo são a base para que essa coisa aconteça, já que, a partir do momento em que a equipe é vinculada a sua população adstrita, existe a possibilidade de maior preocupação com as situações enfrentadas pela comunidade.

No caso do indivíduo com comportamento suicida, existe a necessidade de estar atento a sinais como isolamento, tristeza, choro fácil, perda de motivação, incapacidade de dar conta de tarefas realizadas anteriormente, perda de prazer, ganho ou perda de peso, e a outros fatores individuais que podem contribuir para que o comportamento se manifeste. No entanto, a equipe precisa se preocupar não

só com as questões individuais, tendo em vista que o comportamento suicida se manifesta vinculado a todas as instâncias da vida do usuário, em que entram relacionamento familiar, suporte e aceitação social, satisfação com o rumo de sua vida, dentre outras, o que faz com que o trabalho da equipe abranja muito mais do que o setor saúde.

Por isso, no momento em que a equipe consegue identificar o comportamento suicida, seja por informação de familiares, do usuário ou da própria comunidade, é preciso acolhimento imediato do fato, uma intervenção respeitando a subjetividade, mas tendo presente que as ações que forem desenvolvidas junto à pessoa com esse comportamento objetivam alívio do sofrimento, revertendo-se imediatamente em seu benefício, já que os atos em saúde não são como linha de produção, que pode esperar. A vida não espera para que a máquina seja ajustada, ela é dinâmica, assim como as várias intensidades com que o comportamento suicida que podem se manifestar.

Nesse sentido, os profissionais deveriam ficar atentos para os sinais do comportamento suicida, já que a grande maioria daqueles que cometem suicídio apresenta sintomas que possibilitariam identificar a situação, tais como os quadros depressivos (VASTAG, 2001).

Por isso, se pudermos proporcionar subsídios para que as equipes da ESF sintam-se melhor instrumentalizadas para a identificação do comportamento suicida, estaremos contribuindo para que as equipes possam sentir-se mais seguras na abordagem desse comportamento e, para que o usuário e seus familiares sejam acolhidos em sua necessidade. Por isso, acredito que os resultados desta pesquisa, que avalia quais ações são desenvolvidas para atender o comportamento suicida, possa auxiliar as equipes da EFS nessa tarefa.

Na perspectiva de produzir dados que possam contribuir para o trabalho das equipes da ESF no atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, é importante salientar que entendo que o trabalho em equipe envolve vários atores, e que as práticas em saúde são parcelas de um trabalho em conjunto, coletivo, com atividades que se complementam e são interdependentes. Nesse sentido, o trabalho isolado apresenta pouco resultado, já que é o conjunto dos saberes que vai proporcionar a integralidade do cuidado, respeitando a especificidade profissional de cada um.

Portanto, ainda que a forma como o desenvolvimento das práticas de cuidar está organizada possa ser parcelar, todos os trabalhadores conseguem ter autonomia para a ação profissional, mediados pela subjetividade das indagações de cada um (LIMA, 1998).

Então, é dessa especificidade profissional, com atos que se complementam e são interdependentes, associada à subjetividade dos integrantes das equipes, que poderá resultar o produto final do trabalho em saúde na atenção básica, ou seja, ações de saúde mental desenvolvidas junto ao indivíduo com comportamento suicida, possibilitando alívio do sofrimento psíquico nos envolvidos na situação: família, usuários, e equipe. E, desse modo, criar a possibilidade de repercussão na ocorrência nos índices epidemiológicos desse agravo, pela ação e identificação no espaço do território.

Nessa perspectiva, atender ao indivíduo com comportamento suicida é tarefa de todos profissionais envolvidos na ESF, como um fato epidemiologicamente relevante, socialmente significativo, culturalmente constituído, como apontado anteriormente, e vem tendo repercussões no mundo inteiro.

Por isso, devido às transformações nos padrões epidemiológicos e demográficos dos últimos anos no país, necessitamos de trabalhadores na saúde capazes de organizar saberes e práticas de forma a atender as necessidades da população, visando poder avaliar o impacto dessa intervenção na saúde da comunidade (DEGANI, 1999).

E nisso se inscreve o atendimento ao comportamento suicida. Assim como os outros agravos, o comportamento suicida vem demonstrando, pelas pesquisas epidemiológicas, um avanço em sua prevalência, e precisamos que as equipes de saúde da atenção básica sejam capazes de reconhecer também o comportamento suicida como um problema de saúde que exige acolhimento e atenção.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006d) preconiza que as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento, ideia anteriormente apresentada na Política de Atenção Integral à Saúde Mental (RIO GRANDE DO SUL, 1999).

Em relação a esse modo de organização do trabalho em saúde, Machado (2004) destaca as modificações em seu processo. Temos equipes trabalhando de

forma tradicional, ainda na perspectiva do modelo clínico, e equipes que vêm avançando, desenvolvendo suas atividades na perspectiva do modelo epidemiológico, onde as práticas e saberes são interdisciplinares, o que possibilita maior comprometimento com a promoção da saúde. O processo de municipalização das ações de saúde faz com que o trabalhador possa organizar e planejar suas ações, de forma que esteja mais próximo da realidade de saúde da comunidade a qual está vinculado, reconhecendo as pessoas, identificando os principais agravos de sua região, e implementando ações para o atendimento das necessidades identificadas.

Transpondo essas ideias para a área de saúde mental, Coimbra, Guimarães, Silva *et al.* (2005) dizem que nos serviços de saúde encontramos profissionais trabalhando dentro do modelo hospitocêntrico medicalizante, em que a medicalização e a internação são vistas como únicas alternativas para o tratamento.

Outros já estão desenvolvendo suas práticas dentro da perspectiva do modo psicossocial. Nessa visão de atendimento, o sujeito que está em atendimento nos serviços de saúde é visto integralmente, com suas diferenças e singularidades, e a família é também incluída no projeto terapêutico, mudando o foco da doença para as pessoas, com seus direitos de participação no planejamento do cuidado a sua saúde (VASCONCELOS, 2008c).

Por isso, conhecer os usuários com comportamento suicida, estar próximo e com eles, proporciona uma visão de trabalho em saúde construída em conjunto, com sua participação no planejamento dos atos de cuidado, criando a possibilidade de implantar ações de saúde mental que considerem sua subjetividade, aprofundando vínculos entre a equipe, usuários e familiares.

Além disso, se tivermos equipes de trabalho em saúde capazes de ver as pessoas como sujeitos integrais, preservando sua subjetividade, respeitando seus medos, valores, problemas e dificuldades, poderemos ter profissionais capazes de entrar em sintonia com a comunidade e identificar as situações de risco (ROLLO, 2007).

Desse modo, no espaço da atenção básica, em que as equipes da ESF vêm trabalhando na perspectiva da integralidade, e têm possibilidade de ter conhecimento dos sujeitos de seu território, por meio da proximidade, do vínculo, de responsabilização e parceria, haveria como operar em uma ação que buscasse proteger grupos vulneráveis, no caso, aqueles com comportamento suicida.



Campos e Gama (2008) dizem que a demanda para cuidados em saúde mental na atenção básica é considerável, e que existe necessidade de pesquisas que documentem essa realidade. Consideram isso relevante para que se possa fundamentar a formulação de políticas públicas para a estruturação da atenção nos serviços, devido aos dados epidemiológicos.

Essa demanda pode ser exemplificada com uma experiência de Porto Alegre. Kohlrausch, Lima, Soares *et al* (2006) identificaram, pelas informações do Banco de Dados do Observatório de Causas Externas na Atenção Básica de Saúde no município de Porto Alegre, no subprojeto “Organização do trabalho na assistência a usuários vítimas de agravos por causas externas”, que existem registros, na área Lomba do Pinheiro e Partenon, de que o comportamento suicida vem demandando ações das equipes de saúde. Essas ações vão desde identificação do comportamento, atendimento no momento do acolhimento ou visita domiciliar, orientação para equipe, usuários e familiares sobre o manejo da situação, até encaminhamento para avaliação em serviço de emergência psiquiátrica. Salientam que as equipes da região estão se organizando cada vez mais para o atendimento ao comportamento suicida, já que, na área, sua prevalência vem aumentando. Segundo dados da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2004), na região Lomba do Pinheiro/Partenon, em 2003 estão informados 16 suicídios, sendo 2 em adolescentes, 11 em adultos e 3 em idosos, para uma população de aproximadamente 120.000 pessoas. Em UFRGS (2007) há registro de notificação de 36 tentativas de suicídio de 2003 a 2006. Os indicadores são de natureza diferente, pois tentativa e suicídio representam duas situações da mesma situação, o desejo de morrer, e apontam dados diversos; suicídio tem notificação compulsória, tentativas, não, mas precisam ser explicitados para auxiliar no planejamento de ações em saúde na ESF.

Em relação à necessidade de pesquisas que documentem como se dá o cuidado ao comportamento suicida na atenção básica, Kohlrausch, Lima, Soares *et al.* (2006) apresentam os resultados de uma revisão sistemática, norteadas pela questão “*como é feita a prevenção de suicídio em serviços de saúde?*”, com os descritores *suicídio, tentativas de suicídio, atenção primária à saúde*, na base de dados LILACS. Nos últimos dez anos, encontraram 6 artigos que se referem a serviços de saúde e suicídio. Uma publicação ressalta a importância da atenção primária à saúde na prevenção das tentativas de suicídio, e somente 9,52% dos

artigos selecionados citam as ações de saúde desenvolvidas para prestar atendimento aos indivíduos com comportamento suicida.

Ressaltam que no âmbito da atenção primária à saúde evidencia-se ainda mais a necessidade das atitudes protetoras, visto que é nesse setor que podem ser realizadas ações de prevenção e promoção da saúde.

E, acredito que na visão de promoção da saúde, focar as ações de saúde mental na atenção básica para o comportamento suicida é fundamental, dada a relevância epidemiológica do problema. Aqueles que apresentam comportamento suicida e seus familiares buscam cuidados na atenção básica, que é a porta de entrada/chegada nos serviços de saúde. Ainda que as equipes possam ter dificuldades para dar conta dessa demanda, como já mencionado anteriormente, é necessário que tenham registro dos atendimentos para saber em que áreas do território se encontram as pessoas com esse comportamento, a fim de que planejem suas ações em saúde mental priorizando o acompanhamento dessa condição, com o objetivo de aliviar o sofrimento. Além disso, ter conhecimento sobre a distribuição do comportamento suicida no território proporciona a construção de informações que podem favorecer a implantação de ações de promoção da saúde.

Nesse sentido, Oliveira, Ataíde e Silva (2004) relatam que existe a necessidade de construir na atenção básica um olhar epidemiológico, de identificação, registro e descrição das informações relativas à saúde mental. Para que essa atitude possa ser concretizada, é preciso desmanchar a ideia do aparato técnico-científico-administrativo que solidifica o atendimento somente por profissionais especialistas na área.

Por isso, Rollo (2007) diz que seria interessante criar nas equipes das unidades básicas de saúde espaços coletivos, onde estivessem garantidas a problematização, a discussão de diretrizes, a escuta, com vistas a possibilitar a abordagem da pessoa que sofre como sujeito de seu processo de recuperação. Existe a necessidade de abordar os usuários como pessoas, apostando na humanização, na responsabilização das equipes multiprofissionais e na não fragmentação das ações. Por vezes, os profissionais deixam de se responsabilizar pelos usuários, e passam a se preocupar com os procedimentos e diagnósticos, fragmentando o processo de acolhimento e escuta, atrapalhando a visão do usuário como ser integral, não engendrando ações de saúde que favoreçam sua recuperação.

Isso pode ser exemplificado pela experiência implantada em Cuiabá, Mato Grosso do Sul. Na ESF dessa cidade foi identificado que, das 19 equipes existentes no município, em 2003, apenas cinco equipes conseguiram disponibilizar o quantitativo referente ao registro de pessoas em sofrimento psíquico (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004). Essa informação me leva a pensar sobre os objetivos da ESF, em que o conhecimento dos problemas de saúde da população do território é fundamental para que o cuidado possa ser articulado dentro dos princípios da integralidade, acolhimento, corresponsabilização e parceria. Caso as equipes de saúde não se apropriem desse dado, penso que a orientação de conhecimento da realidade do território, e todas as outras premissas que estruturam a organização da ESF ficam comprometidas, e revelam uma postura de trabalho.

Campos (2006) ressalta que, muitas vezes, as equipes de trabalho se organizam de forma a não se integrar com seu trabalho, mostrando desapego, e os problemas das unidades de trabalho não são entendidos como seus, prejudicando a qualidade da assistência, denotando pouco envolvimento com o processo de cura/recuperação das comunidades às quais deveriam estar vinculadas.

No caso deste estudo, a postura de preocupação com aqueles que apresentam comportamento suicida é relevante, já que essa atitude poderia evidenciar a postura de partilhamento das ações de saúde, trazendo alívio do sofrimento para quem apresenta essa condição. O exemplo de Cuiabá me faz pensar que isso pode ser uma realidade dentro da ESF, já que a grande demanda por outros atendimentos pode fazer com que o olhar dos profissionais seja focado para os problemas de saúde formalmente estruturados nos programas, como criança, hipertensão, diabetes, mulher, e nesse contexto, o comportamento suicida pode passar despercebido. Por outro lado, acredito que ainda existe o mito de que prestar cuidados em saúde mental é uma tarefa para especialistas, e, ao mesmo tempo, fico refletindo sobre o apoio que as equipes da ESF têm para poder desenvolver cuidados em saúde mental, trazendo a importância do matriciamento como estratégia fundamental, por meio da qual as equipes podem ser assessoradas para o atendimento dos casos. Trabalhar na direção do acolhimento, vínculo, responsabilização e parceria com os usuários exige uma mudança de postura na forma de realizar os atos em saúde. O encontro entre trabalhador e usuário requer disponibilidade, onde um respeita a subjetividade do outro.

Franco, Bueno e Merhy (1999) dizem que esse encontro deveria se dar num espaço intercessor, que eu entendo como compartilhado, no qual se produziria uma relação de escuta e responsabilização, a partir do qual se constituiriam vínculos e compromissos que norteariam os projetos de intervenção. Esse espaço intercessor permitiria que o trabalhador em saúde usasse sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. A abordagem ao usuário deixaria de caracterizar-se pela frieza aparentemente científica, e a relação estaria centrada na valorização dos atos e procedimentos em si.

Parafrazeando Campos (2005), penso que as ações das equipes de saúde da ESF deveriam ter em sua filosofia de trabalho o fato de que lidam com pessoas todo o tempo, e que trabalhar na direção das suas necessidades seria primordial para que o cuidado se desse de forma humanizada.

Acredito que, com esse olhar de trabalhar com foco no usuário e sua família, com as equipes da ESF envolvidas em seu compromisso com a integralidade, acolhimento, vínculo, responsabilização, e, além disso, preocupação com as subjetividades existentes nos atos de cuidado. E, na minha visão, a implementação de ações de saúde mental para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida demonstra a preocupação dos profissionais de saúde das equipes da ESF em relação a esse comportamento, não só porque ele é epidemiologicamente relevante, mas, principalmente porque envolve pessoas que sofrem e precisam de ajuda.

Além disso, essa postura poderia demonstrar de que forma esses profissionais estão organizando condutas e práticas, direcionadas àqueles que têm sofrimento psíquico, em seu cotidiano de trabalho, de maneira a desenvolver ações em saúde mental que respeitem a individualidade e as necessidades de cada um (PITTA, 1996a; 1996b)..

Por isso, as pesquisas avaliativas, como essa, têm relevância. Por meio dos processos avaliativos podemos conhecer como se dão essas práticas a partir de um processo participativo. Nesta avaliação de Quarta Geração, que tem caráter formativo, o grupo de interesse avalia sua participação nesse processo. Por meio de um processo avaliativo que se caracteriza por ser participativo, responsivo e construtivista, se dá voz aos sujeitos sociais envolvidos no que está sendo avaliado, possibilitando sua manifestação sobre o objeto de estudo. Com isso, se instala a necessidade de que os nortes para o processo avaliativo sejam construídos em

conjunto com os sujeitos, e de que exista atenção para com as informações no que se refere à forma com que os fatos se apresentam e organizam, na medida em que acontecem. Conhecendo a forma com que os trabalhadores entendem a importância do atendimento ao sofrimento psíquico, e qual é seu comprometimento com essa situação, poderemos ter equipes que planejem os atos de cuidado em saúde mental, a partir da negociação sobre as informações encontradas.

Nesse sentido, qualquer profissional da área da saúde, independente de suas atribuições na produção de atos de saúde, é um operador de cuidado, e deveria estar preparado para pensar em aumentar a dimensão do núcleo cuidador, seja na direção de melhoria dos processos organizacionais, promovendo espaços compartilhados na equipe, a fim de melhorar a eficácia e a adequação de ações específicas, quanto no sentido de ampliação de espaços comuns de ação, aprimorando o conjunto das intervenções em saúde (MERHY, 2002).

Acredito que na ampliação do núcleo cuidador os espaços compartilhados precisam envolver os usuários e familiares, pois eles podem ajudar na escolha de qual cuidado é necessário. Mesmo que exista melhoria nos processos organizacionais, sem que exista participação deles me parece que fica um processo vazio, pois não contempla o processo de negociação entre equipe, usuários e familiares. Além disso, a subjetivação do cuidado se perde, se o único foco de ampliação é a equipe. Por exemplo, se um usuário com comportamento suicida é trazido pela família para atendimento, e a equipe decide, de forma unilateral qual a conduta a ser tomada, entendo que não há ampliação do núcleo cuidador, tendo em vista que não houve um processo participativo para a escolha da abordagem.

Nessa direção, de ampliar as repercussões do núcleo cuidador, vem o fato de que a integralidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). Também é uma postura que deveria fazer parte da atuação dos profissionais do campo da saúde. Preservar esse princípio é garantir que o usuário do SUS possa ser visto como sujeito que tem necessidades, dilemas, problemas, mas que também pode ser agente de mudanças (MATTOS, 2003).

A compreensão de que as práticas em saúde são definidas no cotidiano de trabalho, faz com que surja o questionamento sobre a necessidade de que avaliemos a repercussão das ações de trabalho sobre a população pela qual as equipes têm adstrição. Em uma prática que considerasse o trabalhador em saúde como sujeito responsável, isto o tornaria consciente de si e do outro, propiciando

que pudesse auxiliar a comunidade com quem se relaciona, identificando suas necessidades (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Essa consciência de si e do outro implica em estabelecer relações de igualdade entre trabalhador, usuário e familiar em que exista um comprometimento mútuo na produção dos atos de cuidado, com a construção conjunta na tomada de decisão, e, principalmente, que seja avaliada a real necessidade de cada usuário e da comunidade, e de que forma isso pode ser implementado. Para os profissionais da ESF, usuários e familiares essa postura concretiza os princípios de acolhimento, vínculo, responsabilização e territorialidade. Nessa perspectiva, no caso do comportamento suicida, implicaria em pensar alternativas seguras, que atendam o desejo de ajuda do usuário e família, dentro das possibilidades viáveis.

A OMS lançou o SUPRE, Preventing suicide: a resource for primary health care workers (Organização Mundial da Saúde, 2000), numa iniciativa globalizada para atender ao comportamento suicida. Em seu conteúdo, encontram-se várias fontes selecionadas, dirigidas a grupos profissionais e sociais importantes na prevenção do suicídio. Isso se constituiu num laço orientador dentro de uma longa e diversificada corrente que abrange muitas pessoas e grupos, nos quais se incluem profissionais de saúde, educadores, agentes sociais, governantes, legisladores, comunicadores sociais, forças da lei, famílias e comunidades. Entre as ações propostas pelo SUPRE inclui-se escutar com empatia, levar a situação a sério, indagar sobre o comportamento suicida, informar outros profissionais sobre o risco para comportamento suicida e restringir o acesso a meio letais. Salaria que a escuta empática é imprescindível, pois pode auxiliar na identificação do comportamento suicida, a fim, de que as medidas necessárias sejam adotadas: avaliação da oscilação da intensidade do risco, acompanhamento frequente, e aproximação da família com a equipe e usuário.

No Brasil, o Ministério da Saúde, considerando as taxas nacionais e a importância das equipes da atenção básica e da ESF na prevenção dos agravos relacionados ao comportamento suicida, como os traumas familiares, comunitários, em locais de trabalho, escolas, outras instituições e na sociedade, apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, pela Portaria GM nº 1.876/2006, com a intenção de diminuir as taxas de suicídios e tentativas (BRASIL, 2006b).

Essa estratégia prevê sua implantação em parceria com a atenção básica, buscando o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal

com outras políticas específicas, proporcionando vínculo e acolhimento. A ideia é que as equipes da ESF sejam apoiadas por equipes matriciais para atender aos casos de saúde mental no território de sua área adstrita (BRASIL, 2006b).

Nessa ocasião, editou dois manuais com orientações sobre o atendimento ao usuário com comportamento suicida, sendo um dirigido aos profissionais de saúde mental, e outro, aos profissionais da atenção básica, baseados no que é recomendado no SUPRE (BRASIL, 2006c). Esses manuais trazem informações semelhantes às encontradas no SUPRE (Organização Mundial da Saúde, 2000), sendo que naquele destinado aos profissionais de saúde mental há um detalhamento por patologia sobre o comportamento suicida, informando os índices de suicídio em cada uma delas. Ambos destacam a importância de valorizar a fala do usuário e de sua família em relação ao desejo de morte, a necessidade de ver o sujeito como um todo, dentro de sua subjetividade, e de que as equipes de atendimento devem oferecer um acompanhamento mais contínuo para monitorar a condição.

Além disso, o Ministério da Saúde também vem realizando oficinas para capacitar profissionais em relação ao comportamento suicida (Brasil, 2008). Tive a oportunidade de participar de uma oficina em Porto Alegre, em 2008, em que se encontravam profissionais de várias áreas do conhecimento, o que mostra a importância da interdisciplinaridade para o atendimento desse comportamento.

Para auxiliar nessa proposição, foi editada a Portaria 154/2008 (Brasil, 2008), que instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Eles não servirão como porta de entrada. Foram criados para ter a função de apoio aos profissionais da ESF no atendimento das demandas mais complexas, como as de saúde mental, auxiliando na supervisão dos atendimentos na área, com em relação ao atendimento ao comportamento suicida (adaptação da autora).

Em 2009, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no Congresso Internacional de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, foi aprovada uma moção reivindicando que o atendimento em saúde mental seja revisto, e que as diretrizes propostas na Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2007d) sejam reavaliadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a ser organizada pelo Ministério da Saúde. Nesse evento, houve a participação de quase 1.500 pessoas, do Brasil e países da América Latina, para discutir temas relacionados à saúde mental. Algumas das propostas apresentadas se referem à necessidade de aprofundar a implantação de

serviços substitutivos no Estado, o que privilegiaria o atendimento ao usuário em sofrimento psíquico fora das instituições hospitalares (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL, 2009).

No meu entendimento, isso evidencia a preocupação dos profissionais da área em relação ao compromisso com os princípios da Reforma Psiquiátrica, e, mais, demonstra engajamento nessa trajetória políticoassistencial que vem sustentando as discussões sobre a transição do modelo asilar, hospitalocêntrico, de atendimento para o modo psicossocial. Considerando que a ESF é um dos dispositivos que participam da rede de atenção em saúde, e de sua importância na identificação do sofrimento psíquico, e aí se inclui o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, acredito que a proposta de matriciamento e dos NASF seja fundamental para que as equipes consigam ter suporte para atender essa demanda.

Penso, também, que as políticas específicas de saúde tendem a normatizar ações em áreas-chave, em que o conhecimento e a ação sobre determinados agravos podem determinar novas abordagens.

Mas o fato de estar normatizado não implica em adesão imediata dos profissionais de saúde e dos serviços. A integralidade só pode ser alcançada se a visão dos profissionais for coerente com o contexto, e se esse for um recorte fiel da realidade de saúde, ou de doença (MATTOS, 2003).

Em relação ao comportamento suicida, por exemplo, mesmo com as orientações da Organização Mundial da Saúde (2000) e Ministério da Saúde (Brasil, 2003a; 2003b; 2006b) encontram-se dificuldades para seu acompanhamento na ESF. Acredito que essas dificuldades residam no fato de que os profissionais, muitas vezes, não se sentem seguros para esse atendimento, além do suicídio ser um tema tabu; por outro lado, se construiu uma falsa ideia de que saúde mental é para especialistas; também existe o fato de que, na ESF, as demandas são muito diversificadas, e os profissionais tendem a se dedicar mais para aquelas que não mobilizam tanto sua subjetividade, e, por fim, falta apoio técnico, como equipes matriciais e NASF, para que as equipes sintam-se aptas para esse atendimento.

Ainda assim, Bruce, Ten Have, Reynolds *et al.* (2004) dizem que, nessa direção, as intervenções na atenção primária já se mostraram efetivas na diminuição e resolução do comportamento suicida, e são frequentes os atendimentos nos meses precedentes a uma tentativa.



E na atenção básica, as enfermeiras desempenham um importante papel nessa situação, pois possuem vínculo com a comunidade, o que possibilita a identificação de fatores de risco para vários problemas, entre eles o comportamento suicida (CASAS; REYES, 1998).

Campos e Barros (2000) salientam a necessidade de que as enfermeiras reavaliem em que referenciais vem trabalhando no que tange ao cuidado em saúde mental. Destacam que o modo como essas profissionais veem o mundo é que determina a forma com que vão se relacionar com seu objeto de trabalho, bem como com a orientação de suas práticas. Dizem que a inclusão do sujeito como cidadão e a revisão das possibilidades de ação pode possibilitar às enfermeiras formas mais adequadas de lidar com aqueles em sofrimento psíquico.

Para Kohlrausch, Lima, Abreu *et al* (2008) essa categoria profissional acha que o objetivo do atendimento na ESF ao comportamento suicida é fazer prevenção, diminuir o fluxo de usuários em hospitais e pronto-atendimentos, educar e promover a saúde, atender integralmente as famílias e trabalhar na qualidade de vida.

O que avalio hoje é que essa pessoa, em muitas situações, só é vista como um comportamento – ideação, tentativa e/ou plano de suicídio – e sua subjetividade fica em segundo plano. Fatores como sua necessidade de inclusão social, inserção em atividades que possam auxiliá-lo a conviver com sua realidade de forma satisfatória, em que não perca os vínculos que já construiu e que possa constituir novos laços, estabelecimento de uma relação de confiança com a equipe e família, para que se sinta à vontade para expressar seus medos, angústia e sintomas. Pelo que as enfermeiras expressaram, o modo de atenção que praticam está muito próximo do hospitalocêntrico, ainda que se dê na ESF. Mas existem visões diferentes.

Um estudo anterior, realizado por Igue (2001), entrevistou enfermeiras e auxiliares de enfermagem, e aponta para o fato que as representações sociais sobre o suicídio, para esses grupos, incluem questões sobre como compreendê-lo, seus impactos afetivos e as formas de enfrentamento ao comportamento suicida. Denotaram, ainda, a necessidade de estruturar propostas grupais ou individuais para a abordagem da situação.

No sentido da forma de abordagem, Kohlrausch, Lima, Abreu *et al* (2008) destacam que, para as enfermeiras, os agentes comunitários de saúde (ACS), que não pertencem à equipe de enfermagem, mas que, em geral, ficam sob sua

coordenação, constituem o elo entre a comunidade e a equipe na identificação do comportamento suicida, devido a sua aproximação com a comunidade em que trabalham.

Esses resultados encontram respaldo no estudo de Oliveira, Ataíde e Silva (2004) em que os ACS são considerados fundamentais na identificação de pessoas em sofrimento psíquico, por sua proximidade territorial com a comunidade em que trabalham.

Já em outras pesquisas, como a de Costa, Wetzel e Kohlrausch (2007a; 2007b), Kohlrausch e Costa (2007), Costa, Wetzel e Kohlrausch (2012) os agentes comunitários de saúde expressam sua dificuldade em acompanhar o indivíduo com comportamento suicida, pois não se consideram preparados para uma tarefa com essa complexidade, além de se sentirem comprometidos com os vizinhos por morarem na mesma comunidade, o que poderia causar algum tipo de constrangimento.

Esses achados reforçam a necessidade de investir na formação dos profissionais para que se sintam em condições de operar ações de saúde mental na atenção básica, em especial, em relação ao indivíduo com comportamento suicida; proporcionar espaços compartilhados de troca, para discussão sobre o atendimento ao sofrimento psíquico, discutindo os mitos e tabus que existem sobre a condição; proporcionar momentos de reflexão, em que seja falado sobre o modo psicossocial de atenção e suas diferenças em relação ao modelo hospitalocêntrico, dentre outros.

Por isso pergunto: como o comportamento suicida é atendido na ESF? É identificado? Quais ações são realizadas? Qual acompanhamento é dado para usuários e familiares?

Acredito que ações de saúde mental para o comportamento suicida são relevantes e devem ser consideradas pelos profissionais da ESF. Ainda que não seja um programa instituído, como Saúde da Mulher, Criança, Hipertensão ou Diabetes, é uma condição premente, que precisa de ações de saúde mental para ser acompanhado. É necessário que as equipes conheçam, em seu território, os usuários com comportamento suicida e seus familiares, para que possam ser acompanhados, identifiquem a presença da ideação suicida, possam acompanhar a variação da intensidade do comportamento e avaliem se existem possibilidades de estabelecer um contrato não suicida com o usuário. Além disso, é indispensável que ofereçam suporte para que a família consiga lidar com a condição, para que essa se

fortaleça e consiga dar segurança ao usuário. Também é imprescindível ser uma equipe em que a família e o usuário possam confiar, para que busquem ajuda quando sentirem dificuldades para lidar com a situação. Essa é uma condição em que os procedimentos não podem se restringir ao uso de instrumentais.

Nessa direção, Franco e Merhy (2005) destacam a necessidade de reorganizar os serviços de saúde para o uso de tecnologias mais relacionais, em que os procedimentos ou consultas solicitadas sejam reavaliados pelos profissionais, a fim de verificar se essa é a real demanda do usuário. Muitas vezes, pela forma como os serviços se organizam, os usuários depositam nesses atos a única forma de resolver suas necessidades. No entanto, salientam que o grande desafio que se apresenta para os profissionais dos serviços é conseguir vislumbrar qual a real demanda de quem procura os serviços de saúde, e como os operadores de cuidado podem dar conta disso.

Em relação à forma de construção dessa demanda, nesse caso, o indivíduo com comportamento suicida (adaptação da autora) destacam que, ainda que o usuário possa procurar a atenção básica em busca de um procedimento, se o profissional de saúde tiver disponibilidade de ir adiante, e investigar mais o motivo da procura do atendimento, vão surgir questões mais amplas, que não contemplam só a necessidade do procedimento. Dizem que o grande desafio para os trabalhadores é se desprender do atendimento exclusivo a essa premência do procedimento, e conseguir realizar uma escuta qualificada, organizando um processo de trabalho centrado no usuário, em que o vínculo possa ser privilegiado.

Em relação ao comportamento suicida, significa que os profissionais precisam organizar o trabalho de forma que o usuário seja o ator principal do atendimento, privilegiando suas necessidades, utilizando o cuidado clínico e tecnologias leves, trabalhando na perspectiva do acolhimento, da responsabilização e do vínculo, dando voz para que o usuário expresse aquilo que sente e precisa.

Nessa perspectiva, a ESF é fundamental para conseguir cuidar daqueles que tem comportamento suicida, dada sua possibilidade de atender uma população definida, em território determinado, com possibilidades de estar próxima aos problemas da população adstrita, e ter responsabilidade social e de atenção à saúde com ela.

A proximidade favorece a responsabilização. Não há como não se preocupar com um usuário que o profissional sabe o nome, a história, conhece e convive com

sua família. Isso acaba com a impessoalidade do atendimento. Também o fato de desenvolver atividades fora da área física de trabalho, como as visitas domiciliares, faz com que o profissional conheça melhor as características de funcionamento da comunidade, seus pontos de conflitos e convergências, podendo planejar maneiras de acompanhar as condições mais críticas, como o comportamento suicida.

Nessa possibilidade de prevenção de agravo, a organização do processo de produção de cuidado que esteja centrado no usuário dá mais possibilidades aos profissionais de que estabeleçam vínculo com os usuários, e promovam atitudes de acolhimento (FRANCO; MERHY, 2005).

Por isso, o exercício de solidariedade, juntamente com as condições de adaptação do indivíduo ao sofrimento psíquico, é um fator relevante ao tratar com usuários com comportamento suicida. A integralidade do cuidado em saúde mental deveria ser entendida não apenas como uma diretriz do SUS, mas como um compromisso dos profissionais com os usuários. Além disto, o cuidado integral se caracteriza como um bem a ser protegido e sustentado nas práticas em saúde, um parâmetro de como os profissionais valorizam o sofrimento dos usuários que os procuram (MATTOS, 2001).

Costa, Wetzel e Kohlrausch (2007a; 2007b; 2012) acreditam na potencialidade desse encontro, saúde mental e ESF, pela consonância de premissas. Além disso, consideram que atender os indivíduos com sofrimento psíquico é de competência das equipes da ESF, já que as mesmas são responsáveis pela promoção, prevenção e assistência a todos os usuários moradores de sua área adstrita. E, ainda, sugerem uma maior aproximação entre o CAPS e a ESF para prestar apoio técnico às equipes.

Cabe resgatar aqui que esse apoio técnico é previsto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003b ) no documento que trata da saúde mental e atenção básica, em que são abordados dispositivos para que haja promoção da saúde mental dentro da atenção básica.

Nesse sentido, Sícoli e Nascimento (2003) salientam que a promoção da saúde contempla ações em que não se considere saúde apenas a ausência de doenças, mas uma perspectiva de que os sujeitos possam agir sobre essas condições, ainda que elas abranjam questões ambientais, de construção social e de educação, dentre outras, ampliando o leque de atenção.

E nisso, a ESF é um campo rico para que atitudes protetoras possam ser desenvolvidas, tendo em vista o atendimento aos usuários com comportamento suicida e suas famílias, já que pela proximidade desenvolve vínculos, levando em conta a adstrição e territorialidade, e existe a possibilidade de maior proximidade com a comunidade.

Oliveira, Ataíde e Silva (2004) dizem que a ESF, em parceria com a saúde mental, pode possibilitar que os sujeitos em sofrimento psíquico sejam identificados, e que haja uma aproximação das equipes de atendimento para com esses usuários, excluídos do processo de cuidar de forma democrática, por muitos anos. É possível conhecê-los, atender suas famílias e propor um acompanhamento que convenha a todos, evitando o estigma da doença mental nas famílias e sujeitos.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2003b) preconiza a interligação entre a saúde mental e a atenção básica, e nisso se inclui a ESF, que se torna o elo e a forma dialógica de conviver necessários. Destaca vários pressupostos de inclusão da saúde mental na atenção básica, elaborados em várias oficinas de trabalho, que aconteceram de 2001 a 2003. Salaria que a criação da ESF e dos serviços substitutivos em saúde mental tornou possível o acesso à desinstitucionalização, e o atendimento pode ser prestado em qualquer serviço da rede básica, desde que a situação não seja tão grave.

Destaca a necessidade de que exista

Noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003, p.3).

Para que isso aconteça, enfatiza que precisa haver uma responsabilização compartilhada, em que o encaminhamento seja evitado. As equipes locais precisam ser instrumentalizadas para uma resolutividade maior em suas ações em saúde mental, e nessa direção se insere a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica. Essa ampliação da clínica abrange outras dimensões que não só as biológicas e sintomatológicas, conforme referendado, também, por Sícoti e Nascimento (2003).

Além disso, para o Ministério da Saúde (Brasil, 2001c), existe a necessidade de que situações como o caso do comportamento suicida, devam ser consideradas na avaliação clínica realizada.

Mas para isso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) recomenda, no documento sobre a saúde mental e a atenção básica, que existe a necessidade de que se avalie as condições de atendimento de cada equipe. Onde houver possibilidade de apoio matricial, feito por profissionais de saúde mental, eles ajudarão no encaminhamento de ações sobre a situação. E onde não tiver equipes de saúde mental para atender compartilhadamente à demanda, haja a criação de equipes matriciais para que a situação possa ser atendida. Além disso, elenca várias responsabilidades entre as equipes matriciais e as da atenção básica, tais como, de uma forma geral, que as equipes de apoio desenvolvam tarefas de ação compartilhada, em que o atendimento possa ser discutido e exista a responsabilização pela capacitação dos membros da equipe local.

Para que isso aconteça, existem algumas barreiras a serem superadas. Yasui e Costa-Rosa (2008) salientam que o processo da Reforma Psiquiátrica conduziu a modificações nos modelos de atenção em saúde mental. Dizem que essa nova forma de ver o processo de sofrimento psíquico traz muitos desafios aos profissionais, principalmente porque a formação universitária ainda não está em consonância com a necessidade dessa visão modificada de atendimento, dentro do que chamam estratégia psicossocial de atenção. Nesse modo de atenção a produção de cuidados se dá dentro de um modelo técnico-assistencial em que os profissionais, familiares e usuários são envolvidos, criando um modo compartilhado de tomar decisões terapêuticas. Além disso, destacam que essa estratégia privilegia uma organização diferente do trabalho em que não se separam os atos e seus resultados, já que estão interligados.

Nessa direção, algumas experiências vêm sendo estudadas e implantadas no Brasil, como trazem Tófoli (2007), Almeida (2007), Fortes (2007) e Coutinho (2007). As práticas mais bem sucedidas ocorrem nos municípios de menor densidade populacional, o que me leva a pensar nos motivos para essa distribuição. Nas cidades com mais habitantes, parece haver mais dificuldade para trabalhar em redes e de forma intersetorial, talvez pelo próprio tamanho da população, ou pela dificuldade em articular a referência e a contra-referência, e os diversos níveis de complexidade que envolve o trabalho em saúde. Talvez essa diferença ocorra porque a formação de parcerias e de ações interdisciplinares e intersetoriais seja mais fácil de ser construída quando os profissionais se conhecem, não ficam entocados em seus feudos, e percebem que o trabalho individual dá pouco

resultado. Aliando-se com outros membros da equipe e de outros setores, todos ganham, principalmente o usuário e a família, que podem ter um atendimento que contemple suas necessidades.

Tófoli (2007) apresenta a experiência de Sobral, no Ceará, onde existe o apoio de equipe matricial para a ESF. Salaria que, nesse modelo, existe atenção compartilhada, ou atenção colaborativa, entre os profissionais da atenção básica e os profissionais de saúde mental. Os principais recursos são a consulta conjunta, em que um psiquiatra atende a pacientes selecionados pela equipe da EFS no espaço físico da unidade básica de saúde, conjuntamente com o médico e outros profissionais da unidade, em conjunto com profissionais de saúde mental. Os casos são discutidos e condutas compartilhadas são acordadas, num recurso que mescla efetividade, responsabilidade territorial, integralidade e educação permanente. Os passos básicos de como realizar uma consulta conjunta em psiquiatria na EFS que seja ética, efetiva e didática envolvem a entrevista com o usuário, a discussão do caso em espaço reservado, e a devolutiva da conduta compartilhada.

Almeida (2007) traz o exemplo de Macaé, no Rio de Janeiro, onde existe parceria da ESF e o Programa de Saúde Mental, por meio de uma equipe multidisciplinar, que atua semanalmente nas comunidades, atendendo junto aos profissionais da ESF, mantendo um trabalho em rede com o restante do Programa de Saúde Mental do município (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Ambulatório Especializado, CAPS – álcool e drogas, Emergência). Realizam intervenções de trabalho em saúde comunitária, abrangendo o indivíduo nos seus aspectos biopsicossociais, visando prestar atendimento, estabelecendo vínculo, evitando encaminhamentos rápidos, trabalhando as demandas, proporcionando uma melhor qualidade de vida dos indivíduos e famílias.

Também nessa experiência houve a implantação de apoio matricial pela equipe de saúde mental, que inclui interconsultas, visitas domiciliares e grupo para discussão de casos e do funcionamento das equipes. Deram início à terapia comunitária, e posteriormente, às oficinas terapêuticas, grupos de arte e saúde, grupo do remédio, grupos de crianças e adolescentes, dentre outros. Esse trabalho vem apontando uma grande demanda oculta dentro das comunidades, e demonstra que indivíduos e suas famílias sem tratamento, ou excessivamente medicalizados, por falta de escuta, de informação ou de um vínculo terapêutico, requer busca ativa dos profissionais de saúde em geral e que o psiquiatra, na atenção básica, precisa

participar do desenvolvimento de novas metodologias que estejam previstas na Reforma Psiquiátrica, como o matriciamento.

Em Petrópolis, no Rio de Janeiro, foi realizada uma pesquisa que identificou que a prevalência de transtornos mentais comuns, como quadros depressivos, ansiosos e somatizações em unidades de atenção geral e básica no Brasil é alta, situando-se entre 38% e 50% dos pacientes atendidos por médicos desse nível assistencial. Constataram, nesse estudo, que a demanda com mais percentual foi a de transtornos ansiosos, com associação importante a fatores sociais desfavoráveis, como miséria, analfabetismo, uma rede social precária e uma baixa adesão aos tratamentos existentes. Por matriciamento, o Programa de Saúde Mental e a ESF implantaram uma intervenção interdisciplinar constituída pelas seguintes ações: diagnóstico e tratamento medicamentoso pelo médico; intervenção grupal psicoeducativa pelo médico e enfermeiro; dispensação medicamentosa básica e busca ativa, e incentivo à adesão pelos ACS. Essa intervenção foi testada em 11 unidades da ESF do município, totalizando mais de 100 pacientes. Os grupos apresentaram resultados favoráveis, dentre eles destacando-se uma maior facilidade dos profissionais de atenção básica em atender as demandas de cuidado integral apresentadas por seus pacientes, sentindo-se capazes de lidar com os problemas psicossociais envolvidos nesse sofrimento difuso que sobrecarrega as unidades gerais de saúde (FORTES, 2007).

Coutinho (2007) traz a experiência do Vale do Jiquiriçá, na Bahia, onde nas localidades com menos de 20.000 habitantes, os profissionais da ESF são os únicos responsáveis pela saúde de toda a população, incluindo os cuidados à saúde mental. Instituíram o projeto “Saúde Mental no Vale do Jiquiriçá”, em que a equipe, composta por profissionais e estudantes de medicina e psicologia, vem vislumbrando, em parceria com os ACS, uma forma de atuação marcada pela reinserção social do dito louco e a construção de uma nova atitude em relação ao mesmo. Isso vem se construindo mediante uma capacitação mútua e contínua entre profissionais de saúde mental e ACS, para tentar vencer os obstáculos existentes. O autor aponta que o trabalho multidisciplinar, a dificuldade da saída do conforto do setting terapêutico e a formação profissional inadequada são alguns dos entraves enfrentados. No entanto, aposta na internalização dos conceitos de responsabilização, vínculo, acolhimento, participação social e cidadania que vem se



superando os desafios para a atuação na perspectiva da atenção domiciliar e comunitária.

Portanto, o atendimento ao comportamento suicida demanda o envolvimento de profissionais, usuários e familiares. Na ESF, pela possibilidade de acolhimento, vínculo, responsabilização, valorização das subjetividades, estabelecimento de parcerias, podem ser criadas as condições para o atendimento dessa condição. No entanto, ainda não há clareza de como isso se opera no cotidiano das ações de saúde. Por isso, nesta pesquisa questiono sobre as ações que os profissionais da ESF implementam para o cuidado a essa situação. Então, para conhecer as estratégias que a ESF utiliza para cuidar dos usuários com comportamento suicida destaco a relevância desta pesquisa avaliativa participativa.

## **4 METODOLOGIA**

Ao pensar em uma questão de pesquisa, é necessário que exista coerência entre o objeto de estudo e a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos. A tarefa do pesquisador é buscar, dentre os vários caminhos metodológicos existentes, qual o que se adapta a sua proposta de estudo, e pode atender a sua interrogação, no caso desta pesquisa, avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida.

Nesse sentido, serão apresentados a seguir a tipologia deste estudo, o local escolhido para seu desenvolvimento, os sujeitos envolvidos na pesquisa, os instrumentos para a coleta das informações, a aplicabilidade prática dessa coleta, o processo de análise dos dados e as considerações éticas.

### **4.1 Esta pesquisa**

Este estudo foi desenvolvido dentro da perspectiva da pesquisa qualitativa, avaliativa, na modalidade de estudo de caso, e seguiu os passos da Avaliação de Quarta Geração, apresentada por Guba e Lincoln (1989) e adaptada por Wetzel (2005).

A pesquisa qualitativa pode proporcionar que se consiga compreender como se dão os significados e os sentidos em um determinado fenômeno, no caso como os trabalhadores da ESF desenvolvem ações de saúde mental para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida.

Minayo (2007) diz que essa abordagem de pesquisa proporciona o conhecimento de engendramentos sociais ainda não revelados, assim como possibilita estudar como se dão os processos de relação, representação, crenças, percepções e opiniões a respeito de um determinado tema.

Essa autora ressalta que, na pesquisa qualitativa, existe a possibilidade de entender o significado e a intencionalidade das ações envolvidas no objeto de estudo, traduzindo-as como construções humanas dentro de um contexto. É que, para isso, é necessário que se compreenda os grupos, instituições e atores sociais em sua lógica de funcionamento, levando em conta sua cultura, valores e processos históricos de organização de vida.

Realizar essa pesquisa qualitativa na modalidade de estudo de caso, para Minayo (2007), representa delinear de forma detalhada e aprofundada o contexto em que uma ação se deu, mapeando intervenções e situações de vida real, delimitando cada caso, principalmente no que tange à compreensão do problema em estudo, dos processos organizacionais e no modo de analisar esses achados. Saliencia a importância dessa abordagem para auxiliar na compreensão do impacto real em determinadas políticas, para descrever uma intervenção ou para avaliar processos e situações em que foram realizadas essas abordagens. Diz, ainda, que a coleta de dados, nessa ótica, pode integrar observação, entrevista, dados primários e secundários.

Nesse sentido, para Minayo (2007) o estudo de caso possibilita que se possa delimitar, descrever, analisar situações e construir conhecimento sobre o fato. Descreve os acontecimentos de forma detalhada e aprofundada, bem como avalia os processos de relação e os fatores que influenciam nesse contexto, levando em conta uma determinada realidade.

Nessa perspectiva, o estudo de caso investiga informações de um único caso, de forma intensa, pesquisando como e por que se dão os fatos (ROESE, 1998). Preocupa-se com ocorrências da vida cotidiana e real, tentando delinear limites entre o fato estudado e o contexto (YIN, 2001).

Por isso existe relevância em conseguir avaliar e produzir sentidos em relação às ações implementadas pela ESF para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, pois isso possibilita conhecer as práticas de cuidado em saúde mental na ESF, a partir das pessoas envolvidas no atendimento desse fato.

E o estudo de caso pode estar atrelado de forma intrínseca na pesquisa avaliativa. Nessa perspectiva, Wetzel (2005) ressalta que essa alternativa metodológica traz a possibilidade de compreensão do processo de trabalho de um serviço, no dia a dia do trabalho, e do entendimento das práticas adotadas pelos profissionais para atender às demandas existentes, considerando sua potencialidade de rever essas práticas e realizar modificações no cotidiano.

Mielke (2009) destaca que a pesquisa qualitativa avaliativa dá a possibilidade de que os grupos de interesse na questão em estudo sejam ouvidos.

Wetzel (2005) salienta que o propósito de fazer uma avaliação qualitativa de um serviço de saúde oportuniza que os sujeitos da pesquisa sejam participativos, ao

invés de meros expectadores, à mercê de conceitos não construídos e apropriados conjuntamente.

Nessa condição, há oportunidade para que se possa pensar o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na perspectiva do trabalho na ESF, e nas ações que podem ser desenvolvidas pelos profissionais para esse atendimento.

Para que isso se concretizasse optou-se pela Avaliação de Quarta Geração, que preconiza uma análise construtivista responsiva, a partir do círculo hermenêutico-dialético. Minha aproximação com esse referencial se deu a partir da apresentação da tese de doutorado de Wetzel (2005) em um encontro da Comissão de Pesquisa da EEnf-UFRGS, e depois, em uma disciplina do Curso de Doutorado em Enfermagem da EEnf-UFRGS, em que esse construto teórico foi apresentado pela autora.

Além disso, desde meu ingresso no Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPISM) pude ter contato com os resultados do estudo de Kantorski e colaboradores (2007) sobre “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região Sul do Brasil”, financiado por MCT-CNPq, pelo Edital MCT-CNPq 07/2005, que utilizou essa abordagem para avaliação dos serviços. Esse grupo de pesquisa também trabalha em outros projetos avaliativos financiados pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), como “Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”, Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008, coordenado pela Dra. Agnes Olschowsky, “Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial – REDESUL”, Edital CT-Saúde/MCT-CNPq/MS 33/2008, coordenado pela Dra. Luciane Prado Kantorski e “ViaREDE - Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack”, Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 041/2010, coordenado pelo Dr. Leandro Barbosa Pinho.

Todos esses estudos citados têm mostrado que a Avaliação de Quarta Geração, que se fundamenta no referencial construtivista, com enfoque responsivo, traz contribuições que se sustentam na participação dos envolvidos como avaliadores, e que, pela proposta metodológica, pressupõem a construção de novas cenas de cuidado, em que o processo do ato de cuidar é focalizado como prioritário. Como é uma avaliação que pressupõe um momento formativo e participativo, pode proporcionar que o resultado seja construído a partir da lógica e do entendimento do grupo de interesse (KANTORSKI *et al*, 2009).

#### 4.1.1 Avaliação de Quarta Geração

Essa forma qualitativa de avaliar um serviço é proposta por Guba e Lincoln (1989) como uma possibilidade alternativa às avaliações tradicionalmente realizadas. Nessa modalidade, são consideradas as questões trazidas pelos grupos de interesse, constituídos por pessoas diretamente envolvidas nesse processo avaliativo, e que vão servir para nortear a avaliação.

Esses autores defendem a ideia de que uma avaliação responsiva, baseada num referencial construtivista, oferece a possibilidade de considerar as reivindicações e as preocupações dos sujeitos envolvidos. Ser responsivo implica em não definir, *a priori*, as delimitações e o conjunto de características que serão utilizadas para realizar a avaliação. Essas serão construídas por meio de uma negociação interativa entre o pesquisador e os grupos de interesse, demandando tempo e recursos. O termo construtivista se refere a uma metodologia que é utilizada para avaliar e se apresenta como alternativa ao modelo positivista. Nesse sentido, o método construtivista se preocupa com informações sobre a forma como se estruturam os fatos, e não com a frequência da ocorrência deles, ou seja, é responsivo, por ser construído em conjunto, e construtivista por avaliar as coisas como elas se dão, na medida em que elas acontecem.

#### 4.1.2 Enfoque Responsivo

Para Guba e Lincoln (1989) a avaliação parte de algumas premissas, como as reivindicações, preocupações e questões levantadas pelos grupos de interesse. Os autores defendem a ideia de que é necessário delimitar os questionamentos que serão feitos e quais dados precisam ser pesquisados.

Consideram que existem três tipos de grupos de interesse, constituintes dos grupos de interesse: os agentes, que são os sujeitos que querem produzir, colocar em prática e se utilizar da avaliação; os beneficiários, que são aqueles que usufruem, de alguma forma, do serviço e de sua avaliação; e as vítimas, pessoas que, por uma razão ou outra, são influenciadas negativamente pelo serviço e pelo processo avaliativo (GUBA; LINCOLN, 1988).

Wetzel (2005) traz que o processo avaliativo é responsivo porque atende aos diversos questionamentos dos diferentes sujeitos que fazem parte da construção sobre reivindicações, preocupações e questões particulares.

Salienta que a principal atividade do avaliador é conseguir conduzir o processo de forma que o grupo de interesse se depare com suas construções, confronte-as com as dos outros, constituindo um modelo hermenêutico-dialético de análise.

No caso deste estudo, o grupo de interesse foi constituído pelas duas equipes de profissionais da ESF Pitoresca da Região Lomba do Pinheiro/Partenon.

Nesse sentido, avaliar as ações de saúde mental em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, em suas várias formas de manifestação pode proporcionar instrumental teórico-prático para que as equipes envolvidas na avaliação possam construir conjuntamente ações para o atendimento desse comportamento.

#### 4.1.3 Metodologia construtivista

A metodologia construtivista propõe um olhar alternativo à ciência positivista. Fundamenta-se em um sistema de crenças que é considerado um paradigma. Não há como se afirmar que um paradigma possa ser mais ou menos adequado, no entanto Guba e Lincoln (1989) acreditam que o paradigma construtivista pode superar alguns limites do paradigma positivista.

Nesse sentido, afirmam que, pela lógica construtivista, é possível entender a realidade como uma construção social, compartilhada, articulada entre a construção individual e coletiva. Consideram que a produção de conhecimento seja criação de algum tipo de construção de saberes.

Do ponto de vista do conhecimento construído, nessa ótica de analisar os fatos, não existe a dualidade sujeito-objeto, pois as informações de uma pesquisa trazem dados que envolvem tanto o pesquisador quanto o pesquisado, evidenciando o que foi desvendado pelo estudo. E, para que isso possa se dar, esse paradigma se apropria da abordagem hermenêutico-dialética para analisar os acontecimentos, levando em conta o contexto social e histórico de sua ocorrência.

Existe coerência entre um paradigma construtivista e a abordagem hermenêutico-dialética. O enfoque responsivo necessita de um método

construtivista, que se adapte às perspectivas de uma pesquisa que utiliza o processo de avaliação responsiva.

Para Guba e Lincoln (1989) algumas características dessa metodologia fazem-na diferente do positivismo, como já mencionado anteriormente. Dentre esses aspectos, se situa o fato de que a verdade é construída a partir da negociação entre investigados e pesquisador, não se atendo apenas à realidade objetiva. Nesse sentido, os acontecimentos não têm significado se não estão relacionados a uma estruturação de valores, em que causas e efeitos não podem ser mensurados, com exceção daqueles padronizados de forma imposta. Para eles, o fato em si pode ser apreendido apenas dentro do contexto do estudo, e as informações decorrentes da pesquisa não podem ser generalizadas, pois cada caso é um caso. As ações que se possam realizar não são estáveis, mudam de acordo com o contexto e o modificam.

Dessa forma, os processos de mudança não podem ser projetados, necessitam de que exista uma planificação não linear, que envolva a inclusão de novos dados, inseridos na construção dos sujeitos envolvidos no estudo. O processo de avaliação traduz informações que dizem respeito à ligação que existe entre os valores e fatos, alimentando a base que possibilita que o processo se dê. O pesquisador tem uma relação subjetiva com os grupos de interesse na criação desses dados. Além disso, é protagonista da negociação que deve levar ao consenso entre o que é o pesquisado e a realidade encontrada e vivida pelos informantes do estudo. O que é produzido, nesse tipo de pesquisa, representa uma construção coletiva a ser considerada na busca do consenso (GUBA; LINCOLN, 1989).

Preconizam a importância do pesquisador ir em direção das reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse. Esse fato se argumenta no fundamento de que os grupos de interesse são grupos de risco para os resultados da pesquisa. Por isso, precisam ter a possibilidade de fazer reivindicações, e expor suas opiniões. Caso contrário, esse julgamento pode refletir valores de outro grupo, e não contemplar os valores do grupo pesquisado (GUBA; LINCOLN, 1989).

Além disso, os grupos de interesse são os usuários do processo de avaliação. Cabe a eles dar o norte para os resultados encontrados na pesquisa. Depende deles delimitar e avaliar se as respostas para as questões propostas são pertinentes ou não. Isso significa que a análise dos resultados do processo avaliativo será validada pelos grupos de interesse e a construção final dos achados terá sua participação.

Num processo avaliativo participativo não há como ser diferente, sob pena de não ter rigor metodológico (GUBA; LINCOLN, 1989).

E mais, nesse processo de avaliação, não é possível estabelecer condições *a priori* para definir a avaliação. É necessário partir da realidade dos grupos de interesse, elencando situações provenientes do cotidiano do serviço.

Como já mencionei, no caso desta pesquisa, o grupo de interesse foi constituído pelos trabalhadores da ESF Pitoresca, e, a partir deles e com eles, busquei avaliar as ações de saúde mental para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, considerando a realidade em que elas se dão.

#### 4.1.4 Processo hermenêutico-dialético

Para Guba e Lincoln (1989) esse é o método mais adequado para atingir os objetivos da proposta avaliativa, responsiva e construtivista. Por meio dele se interpreta (fase hermenêutica) os fatos e se tem a possibilidade de construir semelhanças e diferenças (fase dialética) sobre as opiniões dos grupos de interesse, com o objetivo de atingir a melhor síntese possível. Nessa perspectiva, o pesquisador procura construir um consenso, mas se isso não é possível, explicita as divergências, para uma nova negociação.

No processo de negociação das informações, o grupo de interesse tem a devolução das análises do pesquisador, e se posiciona sobre sua validade. Esses autores acreditam que nesse processo de negociação deve estar envolvido um acordo entre as partes para trabalhar de forma íntegra, original e honesta. Também é necessário que se estabeleça um espaço de comunicação, compartilhamento de poder e de intenção de modificar posições, rever análises e de ter tempo e vontade para realizar esse processo.

Guba e Lincoln (2011) mostram a forma de construção de produção de conhecimento a partir desse processo de interpretação e construção das contradições, que se apresenta pelo seguinte modelo:



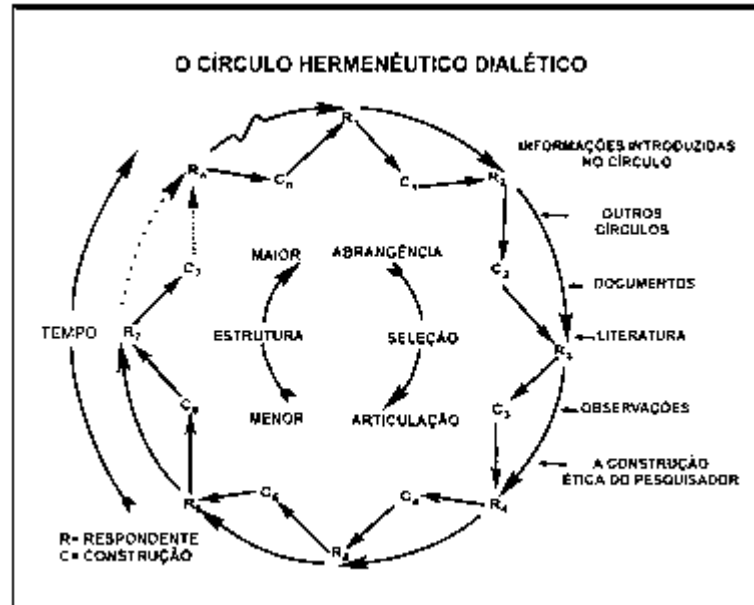


Figura 1 - Círculo hermenêutico-dialético.

Fonte: Wetzel (2005, p.83), traduzido de Guba e Lincoln (1989, p.152).

Por essa forma de obtenção de informações, existe um primeiro respondente ( $R_1$ ), que é escolhido pelo pesquisador por motivos estratégicos frente ao objeto de estudo. Esse sujeito responde a uma entrevista aberta para descrever o foco da pesquisa, tanto em dados objetivos, como em comentários que ele ache pertinentes. Depois disso, o pesquisador analisa os temas centrais, e toda construção produzida por esse entrevistado, e formula suas primeiras hipóteses de análise ( $C_1$ ), simultaneamente ao processo de coleta de dados. Depois disso, é entrevistado  $R_2$ . Suas informações são registradas, e no passo seguinte, os comentários de  $R_1$  que não foram contemplados na fala de  $R_2$  são apresentados, e é solicitado que  $R_2$  se manifeste sobre eles.

A partir disso, o pesquisador tem a possibilidade de formular sua segunda análise ( $C_2$ ), fundamentada em duas fontes, e assim, sucessivamente, até esgotar o contingente de sujeitos do estudo. Ou seja, as informações de cada entrevista são analisadas, e apresentadas para o outro respondente, possibilitando construir novos sentidos sobre o objeto de estudo, que, neste estudo, foi avaliar as ações de saúde mental em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na ESF, mais explicitamente, com os profissionais que integram as equipes de trabalhadores da ESF Pitoresca.

Para Guba e Lincoln (1989) os círculos constituídos pelos informantes da pesquisa não precisam ser compostos por sujeitos homogêneos. Podem ser

compostos por pessoas diferentes, mas que tenham as mínimas condições de proporcionar sucesso em um encontro hermenêutico-dialético, conseguindo produzir interpretações sobre um tema, e, ao mesmo tempo, analisando suas contradições.

#### **4.2 Local do estudo**

Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul tem 1.409.939 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Encontra-se na Gestão Plena do Sistema de Saúde pela Norma Operacional Básica do SUS/2001, sendo incorporado na 1ª Coordenadoria de Saúde.

Dispõe para atendimento dessa população 519 estabelecimentos de saúde. Desses, 133 são serviços públicos, sendo que 16 se inserem na saúde pública federal, 12 na saúde pública estadual, 105 estabelecimentos na saúde pública municipal e 386 são estabelecimentos de saúde privada.

A rede de serviços de saúde da Atenção Básica é composta por 74 unidades de atendimento da ESF, com 103 equipes, e 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A rede de saúde mental é formada por 4 CAPS II, 3 CAPSi, e CAPSad, 1 Programa de Redução de Danos, 02 Serviços de Residenciais Terapêutico (SRT), 02 Emergências psiquiátricas, 01 Oficina Geração de Renda, além de ambulatórios com equipes matriciais nas gerências distritais e estabelecimentos conveniados com leitos de internação psiquiátrica (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

Dentro desse contexto de atendimento de saúde em Porto Alegre, esta pesquisa foi desenvolvida na ESF Pitoresca, localizada no bairro Jardim Bento Gonçalves. A ESF Pitoresca é integrante da 7ª Gerência Distrital Lomba do Pinheiro/Partenon, sendo composta por duas equipes da estratégia saúde da família. A região é dividida em oito microáreas, abrangendo um território de aproximadamente seis mil pessoas. Cada microárea é de responsabilidade de um agente comunitário de saúde.



Imagem 1 - Localização da ESF Pitoresca.

Fonte: Olschowsky *et al*, 2011.

Essa área é monitorada pelo Observatório de Causas Externas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS. Esse Observatório tem um banco de dados em que são registradas as ocorrências de causas externas, onde o comportamento suicida se insere, em formulários padronizados, que a Gerência Distrital da região contabiliza, para planejar ações em saúde. Qualquer profissional que atenda uma situação relacionada com causas externas faz o registro, e na ESF Pitoresca a totalização dos casos da região fica sob a responsabilidade de uma das ACS.

A região do Observatório de Causas Externas, onde se insere a ESF Pitoresca, pode ser descrita como um grande espaço geográfico, onde existem sete bairros e mais de sessenta vilas, com variados níveis de urbanização e infraestrutura. A área caracteriza-se pela incidência de população em condição de pobreza ou indigência (RODRIGUES; LOPES; SOUZA *et al*, 2008). O Banco de Dados do Observatório de Causas Externas (UFRGS, 2007) tem registros das tentativas de suicídio nessa região, perfazendo 36 notificações de tentativas de suicídio entre 2003 e 2006. As notificações das tentativas não são compulsórias, e existe subregistro em relação a esse fato, devido aos preconceitos que existem em admitir a existência do comportamento suicida. E ainda há o fato de que o indivíduo com suicídio consumado sai da esfera de atendimento da atenção básica, pois o desfecho se dá em emergências.

Os profissionais das duas equipes da ESF informaram, durante as entrevistas, que ocorreram três comportamentos suicidas fatais no território, nesse

período, que não estão registrados no Banco de Dados do Observatório de Causas Externas, possivelmente porque o atendimento final foi realizado em outros serviços de saúde da rede, como o Hospital de Pronto Socorro (HPS).

Cada uma das equipes é composta por um médico com residência em Saúde da Família, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde. Uma auxiliar de serviços gerais é responsável pela higienização da ESF. Além desses trabalhadores, cooperam no atendimento aos usuários profissionais em formação que fazem residência em várias áreas da saúde, como nutrição, enfermagem, odontologia, medicina, fisioterapia, que desenvolvem atividades de forma temporária no território. Além desses, acadêmicos de enfermagem da UFRGS, seja da área de saúde mental ou aqueles que realizam estágio curricular de conclusão de curso e alunos do PET Saúde também colaboram no atendimento da comunidade. Contam, também, com o apoio semanal do matriciamento em saúde mental para a discussão dos casos que necessitem de discussão para atendimento. O apoio matricial é uma estratégia que busca conhecer e interagir com as equipes de atenção básica em seu território; procura estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre as demandas em saúde mental no território; atender conjuntamente situações complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas da equipe e atender casos complexos em conjunto (BRASIL, 2007).

As equipes da ESF Pitoresca têm parceria com a comunidade. Utilizam os prédios das duas escolas, a sede da Associação dos Moradores e do Centro de Tradições Gaúchas, que fica ao lado da ESF, para desenvolver atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, além da participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde. Anualmente, realizam um seminário abordando uma temática de interesse da comunidade, como preservação ambiental, controle de vetores, qualidade de vida.

A ESF Pitoresca atende 1431 famílias. A equipe 1 atende 689 famílias e a equipe 2 atende 742 famílias (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

O horário do funcionamento do serviço é das 8h às 12h e das 13h às 17h. A coordenação da ESF, atualmente, está sendo realizada por uma das enfermeiras. A área física da Pitoresca é composta por 4 consultórios, banheiro de funcionários, dispensa para guarda de materiais de limpeza de outros materiais necessários para

o funcionamento da ESF, sala de vacinas, farmácia, sala de espera, sala de nebulização, banheiro para usuários, recepção, sala de esterilização, cozinha e sala de acolhimento.

A representação gráfica, a seguir, ilustra a distribuição dessa área.

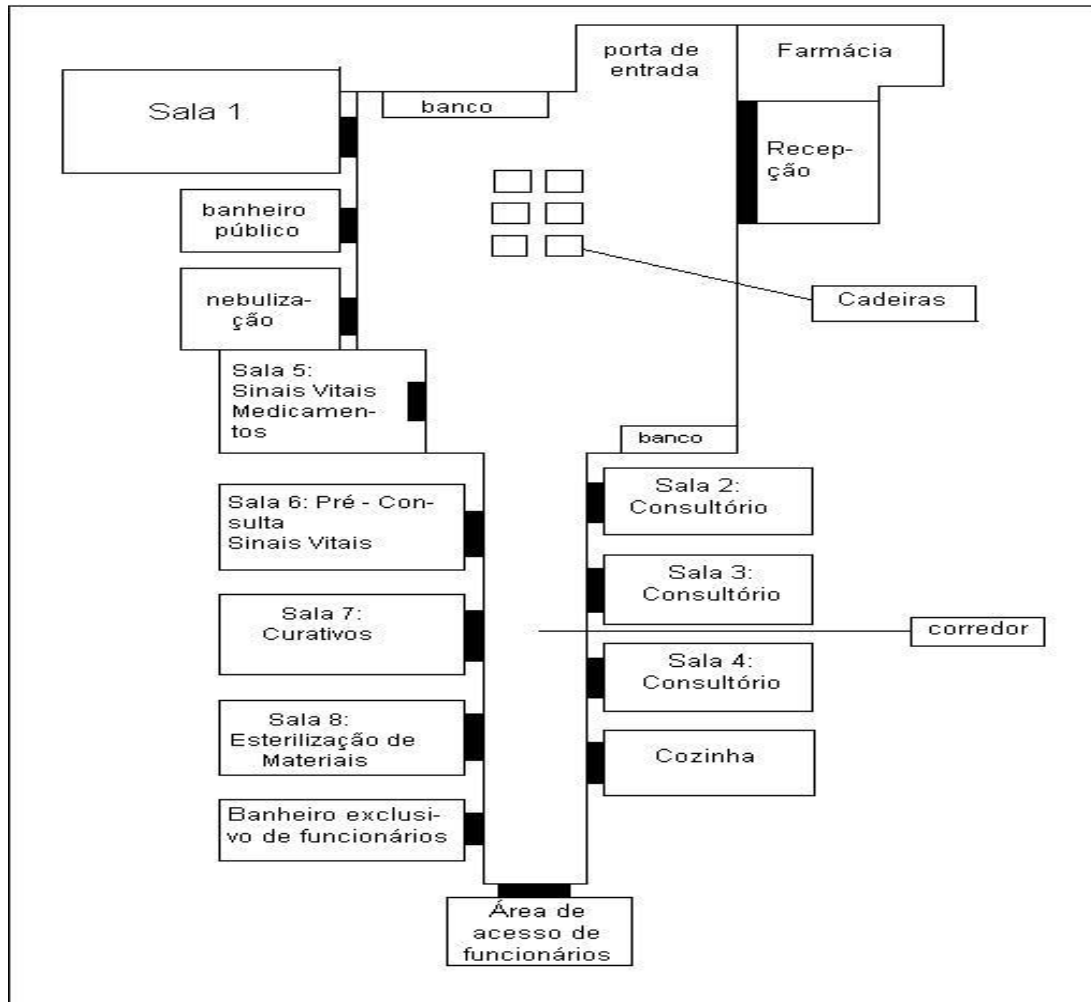


Figura 2 - Distribuição da área física da ESF Pitoresca.  
Fonte: Olschowsky *et al.*, 2011.

Na ESF Pitoresca se realizam atividades de acolhimento, atendimento em pediatria, ginecologia, clínica médica, vacinação, curativos, medicações injetáveis, teste do pezinho, nebulizações, coleta de preventivo do câncer, distribuição de medicamentos e visitas domiciliares. Fazem parte do atendimento, ainda, os programas instituídos pelo Ministério da Saúde como prioritários para o acompanhamento da saúde da população, bem como grupos de educação em saúde. Além disso, são realizadas atividades em saúde mental pelas equipes, em conjunto com professores, alunos, mestrandos e doutorandos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ações de

matriciamento realizadas pela equipe especializada de saúde mental do distrito Partenon/Lomba do Pinheiro (LAVALL, 2010).

Nesse sentido, observei que a ESF Pitoresca desenvolve práticas de cuidado associadas à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A ESF oferece para a comunidade o Grupo Evolução (saúde mental), Grupo Melhor Idade (para idosos); Grupo HAS-DM (hipertensão e diabetes), Grupo da Asma, Grupo Bolsa Família (orientações, pesagem), além de seminários e palestras educativas para promoção de saúde nas escolas.

Em relação ao cuidado em saúde mental, na ESF Pitoresca são realizadas as seguintes ações de saúde mental: acolhimento, vínculo, escuta, visitas domiciliares, discussão de casos durante a reunião da equipe e com a equipe de matriciamento, consulta médica, e o grupo de reinserção social “Evolução” (MIELKE, 2009).



Imagem 2 - Registro de uma reunião do Grupo Evolução.

Fonte: Imagens cedidas por Paula Souza, acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS da 5ª etapa, 2011.

As agentes comunitárias de saúde (ACS) realizaram um diagnóstico da comunidade, em 2010, para apresentar em um Seminário da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, em que trazem informações sobre as famílias atendidas na ESF Pitoresca. Identificaram que as 1451 famílias atendidas perfazem uma população composta por 4915 habitantes, sendo 2253 homens e 2662 mulheres, dos quais 610 são idosos, 1625, mulheres e 103 são crianças de 0 a 2 ano. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

A Equipe 1 é responsável pelo acompanhamento de saúde da população residente nas ruas Av. Bento Gonçalves, dos números 5933 a 6385 e 7003 a 7111(impar), Soldado José da Silva (do número 10 ao 547), Clarinda Antunes Bueno, Capitão Manoel Pozo Bravo, Pitoresca (lado impar), Francisco de Sá Brito, Pedro Pereira de Souza, José Conde, Mário Marassa , Nero José da Silva, Dr. Breno Dias de Castro, Rafael Clark (número 19 a 307), Sargento Expedicionário Geraldo Santana, Carlos Ribeiro da Silva e Travessa Branca Bagorro.

A Equipe 2 atende as famílias que moram nas ruas Álvaro Ribeiro da Silva, Rafael Clark (do número 305 ao 609), Luizinha W. Borges Fortes, Cooperativa União, Encantadora, Pitoresca (lado par), Gloriosa, Esplêndida e Jandira Marques da Silva (Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2010), como pode ser visualizado a seguir.



Imagem 3 - Território atendido pelas Equipes da ESF Pitoresca.

Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2010).

Legenda: Rosa: Equipe 1. Amarelo: Equipe 2.

Nesse trabalho feito pelos ACS, os moradores da comunidade relataram que, há 40 anos não havia água nem esgoto, e que a iluminação era conseguida por uso de transformadores. Essas conquistas são atribuídas as suas reivindicações, organizadas pela Associação de Moradores, construída e mantida com a contribuição mensal deles. Acreditam que a instalação das duas escolas que atendem os alunos do território também é produto de sua organização como comunidade. Dizem que a população cresceu muito nos últimos anos, principalmente nas áreas de ocupação irregular. A maioria das casas é de alvenaria, algumas construídas de material reaproveitado e sem banheiro. Algumas famílias constroem várias casas num mesmo terreno, outras trocam de casas entre elas, conforme a necessidade de acomodar melhor seus componentes. Em relação ao saneamento básico, a maioria do esgoto cloacal desemboca num arroio, e em algumas microáreas fica a céu aberto. Os ônibus circulam de 35 em 35 minutos, e nos finais de semana é preciso fazer troca de veículo no meio do trajeto (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

Os ACS avaliam que na comunidade, em sua maioria, as pessoas estão vinculadas ao trabalho formal, mas destacam duas microáreas em que predomina o desemprego, caracterizando a necessidade de trabalho informal. Dizem, também, que há aproximadamente 14% de pessoas que são aposentadas, ou estão em algum tipo de benefício do governo. Em relação ao atendimento em saúde, a população, na sua grande maioria, consulta na ESF, sendo que uma minoria usa recursos da saúde suplementar. Em relação ao dia a dia, avaliam que a comunidade costuma acordar tarde, tem hábito de tomar chimarrão, e que existe aglomeração de pessoas para conversar, ingerir bebidas alcoólicas nos bares da área, frequentar as praças e fumar. Notam que fazem uma alimentação inadequada, contraem doenças causadas por esgoto a céu aberto e instalações hidráulicas precárias, bem como pela proliferação de animais soltos, como cachorros, gatos, cavalos e roedores, e pelo tipo de território geográfico íngreme e com alguns acessos difíceis, que com o passar dos anos prejudicam os moradores. Consideram que, mesmo que a população seja diversificada, as ações são iguais para toda áreas. Realizam visitas domiciliares diariamente, e as informações sobre o funcionamento da ESF são repetidas e enfatizadas, de forma preventiva, para todos os problemas presentes. Acreditam que o essencial é prevenir e educar em saúde, propiciando informação, esclarecimentos e lazer (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

Depois dessa descrição do local de estudo, considero fundamental dizer que a escolha desse local foi intencional. Nesse campo, a Escola de Enfermagem da UFRGS já tem inserção com a equipe da ESF e comunidade, tendo em vista que a ESF Pitoresca é campo de estágio e de pesquisa para os alunos de graduação e pós-graduação. As imagens a seguir, cedidas por Paula Souza, acadêmica de enfermagem da 5ª etapa (2011), lustram isso.



Imagem 4 - Equipe da ESF Pitoresca, alunas e professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS.





Imagem 5 - Grupo de estágio da Disciplina Enfermagem em Saúde Mental II da Escola de Enfermagem da UFRGS, segundo semestre de 2011.

### **4.3 Sujeitos do estudo**

O grupo de interesse deste estudo foi as “duas equipes da ESF Pitoresca”.

Cada equipe da ESF Pitoresca é formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, perfazendo 16 profissionais nas duas equipes.

Foram incluídos na pesquisa todos profissionais que concordaram em participar e se adequassem aos critérios de inclusão. Portanto, a escolha dos sujeitos foi intencional, e como critérios de inclusão era necessário que os profissionais trabalhassem há pelo menos seis meses na área. Um dos técnicos de enfermagem não cumpria esse critério e foi excluído de participar da pesquisa.

Os 15 sujeitos convidados para participar do estudo, e que foram entrevistados, concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), conforme preconiza a Resolução 196/1996 (Brasil, 1996), do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as garantias para a realização de pesquisas com seres humanos.

### **4.4 Coleta de dados**

Para obter as informações necessárias para atender aos objetivos desta pesquisa foi utilizada a observação (APÊNDICE B) e a entrevista (APÊNDICE C), sobre as quais detalho a seguir.

A observação proporciona um entrelaçamento entre o pesquisador e o campo, porque possibilita apreender a ocorrência do fato estudado, sendo muito útil para conhecer aspectos novos do problema. Além disso, permite a coleta de dados

em ocasiões que seriam impossíveis outras formas de avaliação (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A observação também dá margem para que o pesquisador possa obter descrições detalhadas do que é observado (Patton, 2002), no caso, como se conforma a dinâmica de trabalho no cotidiano de atendimento da ESF Pitoresca.

Para registrar essas informações usei um diário de campo onde foram colocados os dados observados, tendo o rigor de levar em conta, nas anotações, comportamentos, atitudes, posturas (Minayo, 2007). Neste estudo observou-se o cotidiano de trabalho da equipe da ESF Pitoresca, envolvendo a dinâmica do trabalho, atividades individuais, grupais e de visitação domiciliar (Apêndice B), enfocando todas as a c es realizadas pelas duas equipes.

Patton (2002) traz a ideia de que a observação facilita a compreensão da dinâmica do serviço, pois permite ao pesquisador estar presente no momento em que os fatos se dão, diminuindo a necessidade de fazer conceitos *a priori* sobre esses. Além disso, destaca que os sistemas de organização social envolvem rotinas que são incorporadas pelos trabalhadores, e que acabam sendo naturalizadas no dia a dia do trabalho.

Já Lincoln e Guba (1985) afirmam que a observação pode ir se modificando ao longo da coleta de dados. Pode partir de um processo não muito estruturado e se organizar de uma forma mais focal, a fim que de o pesquisador consiga construir suas categorias de análise e possa ir realizando suas construções teóricas.

Para que se possa ingressar no dia a dia de trabalho de uma equipe, Patton (2002) diz que é necessário que a observação seja conduzida por uma tarefa de negociação, para poder se proceder à avaliação de registros, documentos e fatos, e o pesquisador necessita ter a habilidade necessária para construir esse espaço.

Minha aproximação com o campo iniciou em outubro de 2009, pelo fato de minha orientadora já desenvolver atividades de estágio de alunos de graduação e pós-graduação, e por ela também realizar a pesquisa “Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”, financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), pelo Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008 na ESF Pitoresca. Essa conjuntura facilitou minha aproximação com os trabalhadores da equipe da ESF Pitoresca, para posteriormente apresentar a pesquisa, realizar a observação e fazer as entrevistas.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em fevereiro de 2010, iniciei o processo formal de observação em março, a partir do dia 4. Inicialmente nas tardes de quintas e sextas-feiras, à tarde, uma vez que os alunos da graduação realizavam estágio com minha orientadora, bem como para participar do dia da reunião de equipe. Esse período foi um espaço de familiarização com o campo e conquista de direito de entrada. Nos meses seguintes, abril e maio, observei os turnos integrais durante a semana com objetivo de conhecer o processo de trabalho da ESF, acompanhando as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores. Isso possibilitou obter informações sobre a recepção dos usuários no posto, acolhimento, consultas, grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, as interações entre os componentes da equipe, orientações de sala de espera, o horário de lanche, discussões informais sobre situações do cotidiano de trabalho que precisavam ser resolvidas, as reuniões com a equipe de matriciamento. Assim, a observação totalizou 192h.

Após, iniciei o período das entrevistas.

Patton (2002) destaca que aliar observação e entrevista é uma forma complementar para realizar a coleta de dados. A entrevista ajuda o pesquisador para que ele se situe no mundo do pesquisado, possibilitando que o avaliador entenda como os sujeitos reconhecem seu modo de fazer as coisas, e que a observação vai fazer com que o pesquisador veja como isso se dá no cotidiano do serviço.

Nesse sentido, Lincoln e Guba (1985) dizem que a entrevista possibilita ao entrevistado uma viagem ao longo do tempo, reconstruindo suas lembranças em relação ao que está sendo estudada de forma mais ou menos objetiva, dependendo do grau de estruturação conferido à entrevista. Esse grau de estruturação vai depender da visão de mundo e referencial teórico-metodológico utilizado pelo pesquisador, que pode variar da postura “sei o que quero saber” até “eu não sei o que não sei”. Esse modo de pensar norteará a escolha entre entrevista estruturada e entrevista não estruturada, passando pelas várias etapas de maior ou menor estruturação que preenchem essas duas posturas extremas.

Dessa forma, para complementar as informações obtidas com o processo de observação, foram realizadas entrevistas (Apêndice C) que eram, inicialmente, menos estruturadas, e que foram se estruturando a partir das contribuições dos grupos de interesse sobre o tema em estudo. No total foram realizadas 15 entrevistas com grupo de interesse “equipe”, já que um dos componentes da equipe

não se incluía nos critérios de inclusão, pelo tempo de trabalho na ESF Pitoresca. Também foram realizadas entrevistas com o grupo de interesse “usuários que tentaram suicídio” no total de cinco, e com o grupo de interesse “familiares de usuários que tentaram suicídio”, com cinco entrevistas também. Foram gravadas, transcritas na íntegra, e serão inutilizadas após cinco anos de sua coleta e análise, atendendo a Lei dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

Nesta pesquisa, as entrevistas iniciaram com um grau de estrutura mínimo, como convém para a aplicação do círculo hermenêutico-dialético, e foram ganhando contornos mais definidos na medida em que as questões trazidas pelos respondentes sobre as ações de saúde mental desenvolvidas junto ao indivíduo com comportamento suicida foram apresentadas nas entrevistas subsequentes ao seu surgimento. Ao primeiro entrevistado de cada grupo de interesse foi solicitado que falasse sobre o atendimento às pessoas com comportamento suicida, sobre as facilidade e dificuldades encontradas para realizar esse atendimento. Aos seguintes eram apresentadas essas mesmas questões e mais as mencionadas pelos entrevistados anteriores, e, dessa forma, foi-se estruturando cada vez mais a entrevista, atendendo a proposta do círculo hermenêutico-dialético.

Isso foi ao encontro do que dizem Guba e Lincoln (1989), quando falam sobre essa proposta de análise que utiliza o círculo hermenêutico-dialético. As entrevistas iniciaram de uma forma pouco estruturada e foram se organizando de um jeito mais sistemático, na medida em que os pesquisados foram contribuindo com suas questões sobre o problema de estudo, e que essas questões foram colocadas na roda. Wetzel (2005), Mielke (2009) e Olschowsky *et al* (2011) apresentam relatos detalhados sobre o exercício dessa postura de investigação, ressaltando a necessidade do pesquisador ser o sujeito que vai dar voz para que os avaliadores (grupos de interesse) possam manifestar, discutir, negociar suas opiniões, concordâncias e divergências sobre o que está sendo avaliado.

A partir dessas informações, fui construindo o processo de análise, interpretando e problematizando os achados, validando com os sujeitos do estudo.

#### **4.5 Aplicação prática da coleta de dados**

Para a realização do processo avaliativo proposto para este estudo, existem algumas etapas de execução, propostas por Guba e Lincoln (1989). Neste estudo,

utilizei as adaptações feitas por Wetzel (2005) a esse referencial, que orientam para a aproximação com o campo, estruturação do processo avaliativo, localização dos grupos de interesse, realização de construções conjuntas, ampliação dessas construções, agenda de negociação e a negociação em si, apresentadas a seguir.

#### 4.5.1 Aproximação com o campo

Como já mencionei anteriormente, meu contato com o campo se deu a partir de outubro de 2009, acompanhando minha orientadora que tem estágio da graduação da Enfermagem na EFS Pitoresca, além de outras pesquisas avaliativas em andamento no local. Com isso, até março de 2010, quando iniciei a coleta de dados, os integrantes da equipe já estavam familiarizados com a minha presença e eu com eles. Dessa forma, fui construindo no dia a dia da convivência meu direito de entrada.

A observação com registros em diário de campo só iniciou após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (CEP/SMSPOA), órgão ao qual o campo de estudo está vinculado.

Para iniciar a coletada de dados, os objetivos da pesquisa e sua proposta foram discutidos com os integrantes das equipes da ESF Pitoresca em uma reunião de equipe, explicando sua forma de execução e negociando a participação dos entrevistados.

A partir de então, começou o trabalho de campo, com a observação, iniciada em março de 2010, me dando a possibilidade de saber como as equipes trabalham, preparando, dessa forma, o momento para a realização das entrevistas, que começaram em junho de 2010.

Nesse período, as pessoas que moram no território da ESF foram me conhecendo, por me verem acompanhando o cotidiano do processo de trabalho da equipe.

#### 4.5.2 Organização do processo avaliativo

Conseguir o direito de entrada foi minha tarefa inicial. Como mencionei anteriormente, para que isso fosse conquistado foi necessário um processo de aproximação, em que pudesse ser estabelecida uma relação de confiança e

parceria, pois para falar de facilidades e dificuldades sobre trabalho, não há como falar para um estranho, sem ter-se alguma certeza do que vai ser feito com a informação fornecida.

Guba e Lincoln (1989) ressaltam a importância da etnografia prévia, em que o pesquisador convive com o local de estudo, se deixa conhecer, sem que isso implique diretamente na atividade de avaliação. Nesse momento da pesquisa, ele age como um observador participante, conversando e identificando as lideranças informais.

Acredito que o direito de entrada foi construído pela relação de confiança que pude estabelecer com os informantes. Como iniciei a acompanhar o trabalho das equipes antes da coleta de dados, a familiaridade foi se construindo. Avalio que minha participação durante o sábado em que a ESF organizou um seminário para a comunidade sobre preservação ambiental, em 21 de novembro de 2009, também foi reconhecida e nos aproximou mais. Isso pode encontrar explicação em Mielke (2009) que salienta que essa condição se estabelece no momento em que as equipes percebem que o pesquisador não é um mero observador, mas que ele pode estruturar uma parceria com o serviço, auxiliando no atendimento de suas demandas.

No meu caso consegui me aproximar de forma parceira, participando das atividades da equipe, respeitando os horários de realização das tarefas, cumprindo com os compromissos combinados, mostrando comprometimento com o trabalho que eles desenvolvem. Com isso, pude iniciar uma observação com as equipes sentindo-se à vontade comigo e eu com eles, e no momento das entrevistas o fluxo de informações pareceu fluir com espontaneidade.

#### 4.5.3 Identificação dos grupos de interesse

Para que se possa fazer uma avaliação de um serviço, não há como privilegiar todos os grupos de interesse. Guba e Lincoln (1989) dizem que o critério razoável e ético para excluir ou incluir seria o interesse relativo, ou seja, quais situações estão em maior risco do que outras.

Trazem, ainda, que a meta da avaliação de Quarta Geração é seu aspecto formativo, possibilitando aos avaliados que possam reconstruir seus atos baseados

em conhecimento e requinte, a partir da crítica, análise e síntese com o discurso do outro.

Nesta pesquisa, o grupo de interesse foi as duas equipes da ESF Pitoresca. Buscando proporcionar a esses sujeitos acesso a um processo formativo, discutindo, na negociação, os aspectos implicados no atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na ESF, dentro do território.

Além deles, na qualificação do projeto de pesquisa constava também como grupos de interesse os usuários com comportamento suicida e os familiares de usuários com comportamento suicida. Foram entrevistados 5 usuários com comportamento suicida e 5 familiares de usuários com comportamento suicida. Todos concordaram em participar da pesquisa e foram esclarecidos sobre a metodologia utilizada para negociar as informações obtidas. As entrevistas transcorreram dentro das datas combinadas com os sujeitos dos grupos de interesse, com pactuação de troca de dias e horários.

Na etapa de negociação, comecei a enfrentar dificuldade de agendamento para realizar a reunião com cada um desses dois grupos de interesse. Buscando realizar o processo avaliativo como propõe a metodologia, marquei e remarquei datas e horários, utilizando várias estratégias para facilitar esses encontros: reuniões nos domicílios, na escola, na sede da ESF, em finais de semana, sem sucesso. Esse processo de tentativa de negociação se estendeu por dois meses.

Isso significa que realizei a negociação com a equipe em outubro de 2010, iniciei as entrevistas com os usuários e familiares em novembro de 2010, e que durante janeiro e fevereiro de 2011 agendei vários horários para a negociação com eles, sem sucesso.

Avalio que tanto familiares quanto usuários tiveram dificuldade para falar conjuntamente sobre o comportamento suicida entre seus pares. Por mais alternativas que eu tenha articulado, não foi possível viabilizar esse momento, que foi pactuado na entrevista. Perguntei a uma usuária, que sempre estava presente nas tentativas de negociação, o que ela achava sobre a ausência das outras pessoas. Ela me surpreendeu, dizendo *“tu achas que é fácil admitir na frente dos outros que a gente tentou se matar?”* Uma familiar de um usuário me falou que ela tinha vergonha de assumir publicamente que tinha um parente que havia tentado suicídio. Dessa forma, se tornou inviável incluir esse dois grupos de interesse na pesquisa, dentro do rigor metodológico proposto por Guba e Lincoln (1989).

Assim, as informações coletadas nessas entrevistas não foram utilizadas, tendo em vista que não foi possível realizar o processo de negociação com esses grupos de interesse. Guba e Lincoln (2011) consideram a negociação essencial para essa forma de avaliação, que é participativa, construtivista, responsiva e formativa.

Então, nesta pesquisa, o grupo de interesse foi as duas equipes da ESF Pitoresca. Buscando proporcionar a esses sujeitos acesso a um processo formativo, discutindo, no processo de negociação, aspectos implicados no atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, na ESF dentro do território. Os trabalhadores das equipes são os operadores dos atos de cuidado, e dar voz a e eles nesse processo de avaliação, oportunizando também um momento formativo, pode levá-los a rever seus atos de cuidado em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, qualificando suas ações em saúde mental.

#### 4.5.4 Elaboração de construções conjuntas

Essa etapa do processo avaliativo envolveu a aplicação do círculo hermenêutico dialético (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para eles, esse é o método mais adequado para atingir os objetivos da proposta avaliativa, responsiva e construtivista. Por meio dele se interpreta (fase hermenêutica) os fatos e se tem a possibilidade de construir semelhanças e diferenças (fase dialética) sobre as opiniões dos grupos de interesse, com o objetivo de atingir a melhor síntese possível. Nessa perspectiva, o pesquisador procura construir um consenso, mas se isso não é possível, explicita as divergências, para uma nova negociação.

No processo de negociação das informações, os grupos de interesse têm a devolução das análises do pesquisador, e se posicionam sobre sua validade. Esses autores acreditam que nesse processo de negociação deve estar envolvido um acordo entre as partes para trabalhar de forma íntegra, original e honesta. Também é necessário que se estabeleça um espaço de comunicação, compartilhamento de poder e de intenção de modificar posições, rever análises e de ter tempo e vontade para realizar esse processo.

Para Guba e Lincoln (1989) os círculos constituídos pelos informantes da pesquisa não precisam ser compostos por sujeitos homogêneos. Podem ser compostos por pessoas diferentes, mas que tenham as mínimas condições de



proporcionar sucesso em um encontro hermenêutico-dialético, conseguindo produzir interpretações sobre um tema, e, ao mesmo tempo, analisando suas contradições.

Tendo em vista esse processo, acredito que os entrevistados puderam descortinar, a partir de suas experiências em relação às pessoas com comportamento suicida, fazendo construções que puderam clarificar o atendimento a essas situações.

As entrevistas proporcionaram o espaço para que cada informante se colocasse e refletisse, contribuindo com que já foi construído, criando um novo momento de análise em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida e as ações necessárias para cuidar dessa demanda. A reflexão sobre essas ações se alicerçava em seu conhecimento, sua experiência, e quando eram introduzidas questões de entrevistas anteriores que não haviam sido abordadas, normalmente surgia um momento de retomada do pensamento, saindo daquele universo conhecido pelo entrevistado, por ser de seu domínio, para se transportar para o campo da avaliação de outras práticas em relação ao mesmo tema. E, esses momentos de criação de construções, ainda foram complementados pelas observações realizadas e incluídas nas análises das entrevistas.

Das três questões iniciais desta pesquisa, que perguntavam sobre as ações de saúde mental desenvolvidas para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na ESF, facilidades e dificuldades para esse atendimento, desdobraram-se construções que foram apresentadas para o grupo de interesse durante o desenvolvimento do círculo hermenêutico-dialético.

Grupo de interesse	Questões iniciais	Construções desdobradas
Equipe	Quais são as ações desenvolvidas com o usuário com comportamento suicida?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O atendimento ao indivíduo com comportamento suicida precisa ser imediato.</li> <li>- A investigação do comportamento suicida precisa ser feita de forma objetiva.</li> <li>- O vínculo e a relação de confiança são fundamentais para a avaliação do comportamento suicida</li> <li>- Em situações de risco grave de suicídio é preciso encaminhar para serviços especializados.</li> <li>-A família é auxiliada a equipe no monitoramento do comportamento suicida.</li> <li>-A ESF Pitoresca acolhe usuários durante todo turno de trabalho, dentro da lógica da porta aberta.</li> <li>- Não existe um programa específico do Ministério da Saúde para o acompanhamento ao indivíduo com comportamento suicida.</li> <li>-Existe necessidade de individualizar a abordagem ao indivíduo com comportamento suicida.</li> <li>- A visita domiciliar possibilita o acompanhamento do indivíduo com comportamento suicida em seu contexto de vida.</li> </ul>
	Quais as facilidades encontradas para isso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A presença da equipe de matriciamento ajuda na discussão dos casos.</li> <li>-O trabalho em equipe proporciona tranquilidade para abordar as situações de comportamento suicida.</li> <li>-A presença dos ACS facilita o acompanhamento no domicílio do indivíduo com comportamento suicida.</li> <li>-As acadêmicas de enfermagem da UFRGS auxiliam no acompanhamento dos casos dos indivíduos com comportamento suicida.</li> <li>-O processo de comunicação na equipe é fundamental para acompanhamentos dos casos de comportamento suicida.</li> </ul>
	E quais são as dificuldades?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-A pouca oferta de serviços na rede de saúde mental dificulta a articulação com os diferentes serviços de saúde.</li> <li>-Existe necessidade de capacitação para o atendimento ao usuário com comportamento suicida.</li> <li>-O cuidado do usuário com comportamento suicida é difícil porque mobiliza internamente os profissionais.</li> </ul>

Quadro 1 - Construções desdobradas em relação ao atendimento do indivíduo com comportamento suicida. Fonte: Kohlrausch, 2010

#### 4.5.5 Ampliação das construções conjuntas

Para Guba e Lincoln (2011) essa etapa prevê a sistematização das informações obtidas pelas construções conjuntas dos grupos de interesse, proporcionando que elas fiquem mais apuradas e trabalhadas. Muitas vezes, para assegurar esse refinamento das informações é necessário se valer de outras fontes, como documentos e registros, dados obtidos na observação, além da importância do

papel do pesquisador para emitir opiniões na elaboração das construções, já que esse tem algum conceito formado sobre o tema em estudo. É importante ter cuidado para que suas considerações não prevaleçam ou excedam a importância das outras construções. Com isso, o pesquisador pode instituir as categorias de análise.

Buscando o aprofundamento e esclarecimento das questões do processo avaliativo foram introduzidas na roda as construções desdobradas, elaboradas pelos integrantes do grupo de interesse, para ampliar a abrangência do processo de avaliação e dar voz às questões que consideram relevantes no atendimento ao indivíduo com comportamento suicida.

Com o material colhido nas informações do grupo de interesse, e me apropriando do referencial teórico que sustenta a inserção da saúde mental na ESF, fui agrupando as unidades de significado por semelhança e afinidade até conseguir chegar à construção de categorias, dando nomenclatura para elas. Inicialmente foram definidas três categorias empíricas, a partir das questões apresentadas para o grupo de interesse nas entrevistas: ações desenvolvidas para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, facilidades para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida e dificuldades para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida. Cada uma delas foi constituída por temas.

E, a partir da montagem desse material para ser apresentado para os componentes das equipes, comecei a estruturar a agenda de negociação.

#### 4.5.6 Preparação da agenda de negociação

Wetzel (2005) destaca que a preparação dessa fase do processo avaliativo prevê uma série de tarefas para o pesquisador. Essas incluem a apresentação das categorias construídas para os grupos de interesse para sua análise, organização de material escrito para que todos possam ter acesso às informações, utilização de algum recurso audiovisual para apresentar os achados e negociação de dia e horário. Além disso, esse é o momento em que se consolidarão os significados para os achados encontrados no círculo hermenêutico-dialético.

Para agendar a negociação com as equipes, preparei uma apresentação audiovisual para a negociação em si, em que foi explicitado o delineamento dessa pesquisa, como ela estava sendo construída, os achados que tinha encontrado nas entrevistas realizadas, organizados por categorias e temas, os consensos e as

discordâncias em cada um dos temas para serem negociados, material formativo sobre a situação do comportamento suicida em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil e mundo, além de resgatar a importância da inserção das ações de saúde mental na ESF, apresentando algumas políticas de atenção psicossocial nesse sentido.

Guba e Lincoln (2011) dizem que essa sessão de negociação envolve muitas questões, que vão desde a apresentação dos dados empíricos colhidos nas observações e entrevistas, até as novas construções que foram concretizadas pela utilização do círculo hermenêutico-dialético. No construtivismo, as informações não falam por si só, precisam ter significação, por isso a importância da negociação, para ressignificar o construído em conjunto.

Em uma reunião que equipe, em 30 de setembro de 2010, foram sugeridas algumas datas e na reunião seguinte pactuamos o dia 14 de outubro, na casa de uma das agentes comunitárias. Ficou combinado ser uma reunião fora do horário de trabalho, após as 17 horas, para facilitar a fluidez da conversa para significar essas informações. Também ficou acertado que minha orientadora participaria desse encontro.

#### 4.5.7 Condução da negociação

Para Guba e Lincoln (2011) a negociação é mediada pela necessidade de formação de um consenso, ou da explicitação das divergências, as quais levam a novos processos de negociação. Precisa ser conduzida de forma hermenêutica e dialética, como toda a pesquisa avaliativa responsiva e construtivista.

Esses autores dizem que esse processo se encerra quando algum consenso é obtido em cada questão não solucionada. Salientam, no entanto, que nem sempre as construções consensuais são alcançadas, já que podem se apresentar construções competitivas. Nessa situação, recomendam que exista o cuidado de que essas diferenças sejam consideradas num novo processo de negociação para tentar alcançar o consenso.

No dia 14 de outubro de 2010, dia pactuado para a negociação, saímos da ESF e fomos direto para a casa da ACS. Das quinze pessoas entrevistadas compareceram doze, além de mim e de minha orientadora.

Fizemos as organizações necessárias para começar a negociação. Instalação de multimídia, acomodação de cadeiras em círculo para que houvesse uma roda de conversa horizontal e com a participação de todos, sem constrangimentos.

Iniciei rerepresentando de forma resumida o delineamento da pesquisa e seus objetivos, para poder oferecer ao grupo de interesse a noção do todo em que se inseria esse processo de negociação. Assegurei que ninguém seria identificado, a não ser por ele próprio, se quisesse, e que todos tinham direito de concordar e discordar do que seria apresentado.

Apresentei para o grupo de interesse um quadro que sintetizava os agrupamentos que construí para cada questão respondida por eles sobre o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, e depois iniciei a discussão de cada tema, tópico por tópico.

Guba e Lincoln (2011) salientam que, pelo processo de avaliação, podem surgir três vertentes: resolução total, resolução parcial ou incompleta e não resolução, e que as três possibilidades podem coexistir conjuntamente. Na resolução total, se apresenta a situação de que a demanda é completamente solucionada; caso isso não ocorra, pode-se ter a situação de resolução parcial ou incompleta, em que serão necessários novos processos de negociação para tentar alcançar o consenso; e ainda existe a possibilidade que o consenso não seja possível, o que requer habilidade do pesquisador para que as construções conflituadas possam ser renegociadas.

Durante a negociação houve a possibilidade de construir um espaço formativo e construtivista de discussão dessas informações, em que se podem debater dúvidas, incertezas, medos, angústias sobre a prática assistencial do atendimento ao usuário com comportamento suicida e, conseqüentemente, refletir sobre esse trabalho na ESF. Assim, foi possível apresentar para o grupo de interesse o conteúdo das entrevistas, para balizar a avaliação que eles fazem sobre o atendimento ao usuário com comportamento suicida.

#### **4.6 Análise das informações**

Com a aplicação do círculo hermenêutico-dialético e do método comparativo constante na análise das entrevistas pude estruturar um conjunto de informações

que refletem a avaliação da equipe sobre as ações de saúde mental para o atendimento ao usuário com comportamento suicida.

As categorias iniciais e as unidades de significado, apresentadas durante a negociação para o grupo de interesse, foram sendo elaboradas de uma forma mais aprimorada e redefinidas a partir desse processo avaliativo.

Dessa forma, durante as etapas dessa análise, estruturei as unidades de significado, construídas a partir da avaliação do grupo de interesse sobre o objeto de estudo, fazendo uma síntese das informações coletadas nas entrevistas.

Essas unidades de significado, que organizaram os temas comuns, possibilitaram construir as categorias temáticas deste estudo, que direcionaram para a categoria analítica desta tese.

A categoria analítica processo de trabalho se embasou em três categorias temáticas: tecnologias relacionais, atendimento usuário-centrado e gestão do cuidado. Essas categorias foram organizadas a partir das unidades de significado acolhimento e espaço de escuta, para as tecnologias relacionais; avaliação do risco de suicídio e cuidado singular, para o atendimento usuário-centrado; e, para a categoria temática gestão do cuidado, trabalho em rede, trabalho coletivo e capacitação.

Avalio que as informações obtidas nas entrevistas e durante a aplicação do círculo hermenêutico-dialético apontam para a atenção que o grupo de interesse tem com o usuário com comportamento suicida, demonstrando sua preocupação com a construção de um objeto de trabalho que envolve a subjetividade, realidade dos usuários e suas necessidades. Isso me leva a afirmar que a forma como se estruturam para acolher essa demanda, evidencia sua visão de inserção do atendimento em saúde mental na ESF, e sua responsabilização com os agravos epidemiologicamente relevantes no território.

Para facilitar a compreensão da construção deste processo de análise, apresento o quadro que sintetiza o delineamento desta ideia.

Categoria analítica	Categorias temáticas	Unidades de significado
Processo de trabalho	Tecnologias relacionais	Acolhimento
		Espaço de escuta
	Atendimento usuário-centrado	Avaliação do risco de suicídio
		Cuidado singular
	Gestão do cuidado	Trabalho em rede
		Trabalho coletivo

Quadro 2 - Processo de análise das ações de saúde mental desenvolvidas para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na ESF Pitoresca.  
Fonte: Kohlrausch, 2012.

#### 4.7 Considerações éticas

Ainda que já tenha apresentado, ao longo deste capítulo, os aspectos éticos envolvidos nesta tese, farei uma síntese deles.

Este projeto foi submetido e aprovado em Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 15 de dezembro de 2009 (ANEXO A) e aceito pela Coordenadora da Equipe da ESF Pitoresca para ser desenvolvido no campo empírico de coleta de informações em 21 de dezembro de 2009 (ANEXO B). Foi apreciado e aprovado pela Comissão de Pesquisa de Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 05 de janeiro de 2010, conforme Carta de Aprovação PG/EEenf-UFRGS 01/2010 (ANEXO C). Em 03 de fevereiro de 2010, o Parecer Consubstanciado 451, Processo Nº 001.002494.19.8, do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, aprovou a realização do estudo (ANEXO D), por considerá-lo

eticamente estruturado, e por entender que traria benefícios ao atendimento aos usuários da ESF que apresentam comportamento suicida.

Os constituintes do grupo de interesse, no caso deste estudo, os trabalhadores da ESF Pitoresca, foram informados dos objetivos e propósitos da pesquisa, e, aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), aprovado pelo Parecer Consubstanciado 451 do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, em 2010 (APÊNDICES A, B e C).

Os registros escritos ou gravados sobre as observações efetuadas, registradas em diário de campo, e as entrevistas realizadas serão protegidos por cinco anos, conforma determina a Lei de Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

Respeitando essas condições, a ética da execução da construção desta tese ficou assegurada, e teve o compromisso da pesquisadora em garantir que este estudo, que avaliou as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, cumpriu rigorosamente os processos previstos na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) e na Avaliação de Quarta Geração, assegurando a construção participativa da avaliação e garantindo o anonimato e a negociação das informações.



## **5 AVALIANDO AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL PARA O ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ESF PITORESCA**

O processo de trabalho em saúde se constrói na forma como as equipes se organizam para o atendimento aos usuários dos serviços.

Na teoria marxista, a atividade do homem opera uma transformação no objeto de trabalho. Marx (1994) diz que o trabalho é um processo em que participam igualmente o homem e a natureza. Desse processo fazem parte a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho, o instrumental de trabalho. No processo de trabalho, nessa transformação que ocorre, a atividade está subordinada a um determinado fim, que vai agir sobre o objeto por meio do instrumental de trabalho. Quando isso ocorre e se conclui, gerando um produto, o processo se concretiza e se extingue. Dessa forma, o trabalho foi incorporado ao objeto sobre o qual atuou. E com isso, o trabalho, que antes era movimento para atender a seu objeto, adquire uma qualidade fixa, com um resultado concreto.

No campo da saúde, existem referenciais que norteiam essa organização, fundamentados pelas formas de atenção em saúde organizadas, principalmente, pelo modelo clínico e pelo modelo epidemiológico de atenção em saúde. No primeiro modelo os atos de cuidado estão centrados no trabalho médico, com enfoque curativista, dando ênfase ao atendimento da patologia, e no segundo, no trabalho coletivo, priorizando a promoção e prevenção em saúde, bem como a vigilância sanitária.

Dentro dessa lógica, no âmbito da saúde mental, coexistem dois modelos de atenção. Um se fundamenta no paradigma do modo asilar, que pressupõe a exclusão, medicalização, institucionalização, coisificação do sujeito e cronificação, em que o objeto de atenção é a doença. O outro se sustenta no paradigma do modo de atenção psicossocial, que leva em conta a participação do usuário na escolha de um projeto terapêutico em que a autonomia, o empoderamento, a possibilidade de oportunizar situações de reinserção na vida cotidiana, atendimento em serviços substitutivos ao manicômio fazem parte das estratégias de tratamento. Vários serviços foram estruturados para dar conta dessa abordagem, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residenciais Terapêuticos (RT), Oficinas de Geração

de Renda, e a possibilidade de cuidado no território, onde se insere a ESF, colocando a pessoa, com todas suas potencialidades, no centro do planejamento do cuidado.

A atenção em saúde mental organizada nessa perspectiva vem sendo amplamente difundida a partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001a), e reforçada pelas leis subsequentes que a regulamentaram no Brasil (BRASIL, 2007b; 2007d; 2008).

A ESF, instituída como estratégia pelo Ministério da Saúde, a partir do Programa Saúde da Família, é o espaço em que ocorrem as ações de saúde em território, considerado como não só a área geográfica da região, mas acrescido de todas suas peculiaridades, como a cultura, a história da construção da comunidade, suas necessidades sociais, de educação, saúde, e seu contexto de vida, como os indicadores de saúde, nível de violência, recursos disponíveis. Trabalha com população adstrita, onde o profissional tem a possibilidade de estar mais próximo dessa realidade, podendo formar vínculo, se responsabilizar e construir um projeto de saúde singular para cada usuário dentro de suas necessidades (BRASIL, 2004; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Dentro desse contexto resgato o conceito de processo de trabalho em saúde de Peduzzi e Schraiber (2009). As autoras postulam que esse processo de trabalho envolve a dimensão microscópica do dia a dia das ações de saúde, em que os trabalhadores, pelos seus atos de produção e consumo dos serviços de saúde se inserem no cotidiano do trabalho, a partir das demandas trazidas pelos usuários. Salientam que nesse processo se reproduz a dinâmica do trabalho humano, e que isso traz para a discussão alguns aspectos centrais do trabalho organizado a partir dos atos de cuidado.

Vejo que, dentro dessa lógica, de produzir trabalho em saúde dentro desse microespaço em que se dão as relações de cuidado, as equipes da ESF assumem o atendimento das necessidades de saúde dos usuários que estão em sua área adstrita, e nisso se inserem aos agravos em saúde mental, e aqui, em especial, o atendimento ao usuário com comportamento suicida que está em seu território.

Esse processo de inserção da saúde mental na ESF ocorreu a partir do ano de 2001, em que foi realizada a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. O fato inovador desse evento foi a participação de 09 secretarias municipais e 01 secretaria

estadual de saúde que já tinham experiências em andamento sobre a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica pela Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2003a; 2003b).

A proximidade espacial das equipes da ESF com a comunidade em que estão inseridas favorece essas iniciativas. Nessa visão o território se configura num espaço geográfico, que envolve trocas e que é único por natureza. Tem limites temporais, políticos, administrativos e culturais, nem sempre bem delimitados, mas relativamente homogêneos, com alguma identidade social, construída pela história. Um território abrange características espaciais ou demográficas específicas, e é nele que podem ser construídos os projetos de vida das pessoas, dentro de suas necessidades (OLSCHOWSKY *et al.*, 2011).

Os usuários dos serviços de saúde buscam atendimento para suas demandas nos serviços inscritos nesse território, e elas podem ser atendidas ou não. Isso vai depender de como as equipes de saúde se estruturam para o trabalho, e como se organizam para realizar os atos de cuidado.

Nesse sentido, Cecílio (2007) destaca a importância dos profissionais terem a habilidade de interrogar o mundo do trabalho, para estruturar o cuidado em saúde. Acredita que existe uma margem de liberdade e autonomia para que se articulem as práticas de trabalho, e que os trabalhadores podem, dentro desses limites, construir espaços alternativos para cuidar.

Esse pensamento sustenta minha concepção de que as equipes, independentemente do que está estabelecido como norma para o atendimento, tem autonomia para organizar seu processo de trabalho, a partir do que acreditam ser importante no atendimento, e, assim suas ações podem estar mais próximas ou afastadas das necessidades da população pela qual são responsáveis.

Campos (2002) salienta que a autonomia responsável dos profissionais de saúde ocorre quando existe o compromisso de se atender aos problemas dos usuários do serviço de saúde, garantindo a qualidade do cuidado. Além disso, considera que, na saúde, é preciso aproximar os profissionais de seu objeto de trabalho, utilizando os instrumentos necessários para que a finalidade seja atendida.

Vejo que essa autonomia responsável se caracteriza pela capacidade que a equipe tem para organizar seu processo de trabalho de forma a atender às necessidades de seus usuários, construindo, junto com eles, modelos de intervenção que sejam adequados as suas necessidades de saúde. Pelo processo

de observação que realizei, constatei que a equipe da ESF Pitoresca tem essa preocupação. A forma como acolhem os usuários, a atenção que dão a eles, a individualização das situações trazidas me fazem afirmar que essa equipe estruturou, em seu processo de trabalho, produções conjuntas de cuidado, a partir do contexto de vida de cada um.

Registrei no diário de campo observações sobre isso.

Voltando de uma VD com uma ACS, encontramos na rua um senhor que estava viúvo há pouco tempo, segundo informações dela, e que apresentava sinais de embriaguez. Ela parou e perguntou como ele estava. Ele disse estar muito bem, e que a vida era boa com ele. Ela disse que achava que ele não estava tão bem assim. Ele começou a chorar. A ACS o convidou para ir até a ESF e o acompanhamos até lá. Ele foi atendido por um dos médicos, e na consulta relatou estar triste, disse que o período de luto estava difícil. O médico fez uma abordagem tranquilizadora, recomendou que moderasse o consumo de álcool, e, que voltasse sempre que precisasse (O23).

Observando o fluxo de atendimento na sala de espera, vi que chegou uma senhora que estava ansiosa, pedindo para retirar medicação para pressão alta. O técnico de enfermagem estava com muitas tarefas no momento, já que havia outras pessoas para atender antes dela. Ela se irritou, xingou o técnico, disse que ele estava fazendo corpo mole. Ele explicou que o atendimento ali era por ordem de chegada, e que assim que chegasse a vez dela, seria atendida. Ela continuou reclamando e causando certo desconforto nas pessoas que estavam na sala de espera. O técnico de enfermagem saiu da recepção, onde as medicações são entregues, deixou uma colega em seu lugar, e levou a senhora para conversar na sala de acolhimento (O27).

Durante a reunião de equipe, período no qual a ESF fica fechada, uma usuária bateu na porta solicitando material para realizar curativo no seu pai. Vários integrantes da equipe se manifestaram dizendo "*é a filha do seu Fulano, libera o material*". E o material foi liberado (O32).

Esses registros de extratos de observações demonstram que essa equipe tem um diferencial na organização de suas práticas de cuidado e que isso se insere nas ideias dos autores citados anteriormente, que convergem quanto à necessidade de que, no mundo do trabalho, os profissionais desenvolvam práticas alicerçadas dentro da realidade em que estão inseridos, e dentro das necessidades dos usuários que atendem.

No atendimento da ESF, existem os programas tradicionalmente difundidos pelo Ministério da Saúde, como HiperDia, PráNene, Saúde da Mulher, Bolsa Família, Vacinação, Saúde Escolar, Tuberculose, HIV, Asma, Idosos, Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal.

Além desses programas formalmente constituídos, existe a necessidade de lidar com os agravos em saúde mental presentes na população, e essas situações

costumeiramente são abordadas com ações que utilizam o cuidado clínico e as tecnologias leves, como diálogo, escuta, acolhimento, vínculo e disponibilidade do profissional. Dessa forma, a ESF Pitoresca incorpora em seu processo de trabalho atos de cuidado voltados ao indivíduo com sofrimento psíquico, e se organiza para acolher essa demanda.

Merhy (2009) considera esse o grande desafio da organização do trabalho em saúde. A estruturação de relações entre o trabalhador e o usuário do serviço fundamentado em ações solidárias dentro da necessidade de quem produz, mas principalmente, de quem consome o cuidado em saúde. Os trabalhadores precisam ser aliados dos usuários no que concerne à construção de um cuidado usuário-centrado, em que haja compartilhamento e responsabilização mútua, dentro de suas especificidades.

Nesse sentido, o trabalho em equipe pode favorecer a interação dos diversos profissionais que se somam nessa ação coletiva, oportunizando as modificações necessárias para que haja uma organização entre os componentes da equipe que seja favorável à estruturação de uma atenção voltada aos anseios dos usuários (SILVA; TRAD, 2005).

Afirmo, a partir dessas ideias, que o trabalho em equipe possibilita estruturar ações integradas, entre os diversos profissionais, voltadas para que as necessidades dos usuários, onde o compartilhamento dos saberes dos vários profissionais contribui para que a atenção em saúde possa se dar de uma forma integral prestando um cuidado de qualidade. E as equipes têm modos próprios de se organizar para isso.

Por isso, dentro do processo de trabalho é preciso conhecer como podem ser feitas essas articulações para atender as necessidades dos usuários. Também é preciso entender como o núcleo de saber de cada profissional pode compor um coletivo que propicie o desenvolvimento de ações pertinentes às necessidades dos usuários, mantendo a especificidade de cada área profissional (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Entendo que para que isso aconteça é necessário transpor a ideia de que no trabalho em equipe pode haver superposição entre os profissionais, que seus limites de núcleo de saber se perdem. Pelo contrário, o conjunto de ações necessárias ao cuidado vão ser estruturadas pelo conjunto dos profissionais da equipe. Para operar esse processo é necessário ter confiança entre os profissionais que constroem o

processo de cuidar em equipe. Ambientes de trabalho competitivos não cooperam com essa construção, nem pode haver entre os trabalhadores a percepção de que o conhecimento de um suplanta o do outro. É preciso que cada um se reconheça como sujeito dos atos em saúde, com seu espaço próprio, e, ao mesmo tempo, compartilhado.

Por isso, o trabalho em equipe não pretende romper com as diferenças que existem entre as profissões da área da saúde. A partir do conhecimento próprio de cada área vão ser construídas as intervenções coletivas necessárias para atender às demandas dos usuários dos serviços de saúde, dentro do contexto em que aparecem. O processo de trabalho pode ser organizado vislumbrando essas diferenças, mantendo o saber de cada área profissional, pensando no coletivo das ações, em que a multiplicidade de estratégias facilita o atendimento às demandas dos usuários (PEDUZZI, 2001).

Pensando que a forma como o processo de trabalho é organizado, acredito que é no contexto desses encontros vão ser produzidos espaços compartilhados em que vão poder ser estabelecidos processos de subjetivação que possibilitam a aproximação dos sujeitos envolvidos no ato de cuidado.

Não há como pensar o cuidado em saúde, dentro de uma visão mais abrangente, sem que se considere o encontro entre trabalhador e usuário. No meu entendimento, a organização das práticas nos locais de trabalho segue uma lógica que está diretamente relacionada à forma como os trabalhadores percebem sua responsabilidade nos atos de cuidado. Existe um contexto ideológico e filosófico que estrutura os atos de cuidado. Minha afirmação me reporta aos modos de atenção em saúde mental. No modo asilar, o objeto de atenção é a doença, e o cuidado é excludente; no modo psicossocial, a pessoa, com suas potencialidades é o foco do cuidado, e as ações desenvolvidas têm a intenção de incluir e reabilitar. Ancorando cada uma dessas perspectivas de cuidado, existe um arcabouço de conceitos já explicitados anteriormente, que orientam como o trabalho vai ser estruturado, e que vai definir como as práticas de cuidado vão se dar no cotidiano.

Segundo Marx (1994), o trabalho se orienta por alguns pressupostos. No processo de trabalho,

[o homem] não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se

manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho. (MARX, 1994, p. 202).

Para mim, isso significa que na organização do processo de trabalho existe uma escolha sobre a estratégia que vai ser utilizada na sua estruturação. Na ESF, o trabalho multidisciplinar, ou multiprofissional, com relações mais horizontais entre os trabalhadores da equipe, presença dentro do território, nos domicílios, troca de informações nas reuniões de equipe, respeito ao espaço individual de atuação de cada profissional e a construção de um espaço conjunto para as intervenções, com campo e núcleo de saberes definido é fundamental para que se possa estabelecer atos de cuidado, com a criação de vínculos, estabelecimento de confiança e responsabilização, dentro de um espaço compartilhado, em que o usuário esteja inserido e participante.

Nessa perspectiva, o trabalho em si, com os atos decorrentes dessa necessidade, o objeto de trabalho e os instrumentos ou meios de trabalho, em que a sequência dessas ações tenha um nexos e uma lógica interdependente, fundamentam a estruturação da organização do trabalho (MARX, 1994). O trabalho tem um planejamento e estruturação, e isso acontece a partir dos referenciais teórico-filosóficos em que os trabalhadores se inscrevem, com toda intencionalidade que eles trazem.

No meu entendimento, essas reflexões traduzem a perspectiva de que a equipe da ESF Pitoresca tem presente que o atendimento ao usuário com comportamento suicida é uma necessidade constituída a partir de uma realidade existente, e que faz parte de seu objeto de trabalho acolher essa demanda, construindo os meios para que isso possa ser atingido. Nesse sentido, a organização do processo de trabalho na ESF tendo em vista esse objeto de trabalho, pode fazer com que a equipe se organize para atender essa situação, valendo-se dos instrumentos necessários para isso, como o cuidado clínico, a escuta, a valorização da subjetividade, o acolhimento, orientando suas atividades para esse fim.

As informações sobre as ações desenvolvidas para a atenção e o planejamento de cuidados para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida podem nortear o processo de trabalho para essa demanda, com a finalidade de minimizar o risco e propor ações de cuidado aos indivíduos que já tem esse comportamento identificado, e alertar para o fato que esse é um comportamento

prevalente, que requer atenção na ESF. Isso caracteriza o processo de trabalho em saúde para o atendimento ao usuário com comportamento suicida. Existe uma demanda que necessita atenção, o objeto de trabalho, e a necessidade de construção de estratégias de abordagem para atender a situação, tendo uma finalidade, a repercussão socialmente implicada nessa identificação, a preservação da vida, no caso do comportamento suicida.

Isso me faz pensar que esta pesquisa avaliativa sobre as ações desenvolvidas na ESF Pitoresca para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida trouxe informações relevantes sobre a avaliação que a equipe da ESF Pitoresca fez sobre o tema, demonstrando sua atenção com essa condição. Existe uma preocupação, no cotidiano do trabalho da equipe, com as condições relacionadas às situações que envolvem problemas de saúde mental. Há um livro de registro dos usuários que utilizam medicações psiquiátricas. Esses usuários são identificados pelo nome, história de vida, situações de vulnerabilidade. Observei que essa equipe, que tem um olhar diferenciado sobre as situações de agravo à saúde mental, pode proporcionar uma atenção singular aos indivíduos com comportamento suicida.

Na reunião de equipe, uma ACS informa que passou na casa de C. e que ela não está bem. Disse que parou com as medicações, não se alimenta, não dorme, está muito agressiva, e falou em se matar. Lembrou que da vez que ela tentou suicídio isso aconteceu da mesma forma. Vários integrantes da equipe se manifestaram, comentando sobre a situação em que isso aconteceu, e foi decidido realizar uma VD no dia seguinte com a ACS e a enfermeira. Além disso, o médico já procurou um horário extra para realizar uma avaliação dela (O31).

Conversando com um dos médicos da equipe, pedi para ver o livro de registros dos usuários que usam medicação psiquiátrica. Ele me apresentou um caderno capa dura, com as folhas divididas em colunas, onde constava o nome, número de prontuário, diagnóstico médico e medicações utilizadas pelas 181 pessoas atendidas por ele na área de saúde mental (O12).

Durante uma caminhada acompanhando uma ACS numa visita a uma senhora que tentou se matar e estaria novamente com ideação suicida, ela me informou detalhadamente sobre sua história de vida, de um suicídio que já havia acontecido em sua família, de mais duas tentativas de suicídio ocorridas, e falou sobre sua preocupação pelo fato dessa senhora morar sozinha (O27).

Numa conversa informal na hora do lanche, uma das enfermeiras me disse que estava preocupada com uma garota, possível gestante. Possivelmente estivesse grávida de um desconhecido, e teria expressado que se isso se confirmasse, acabaria com a vida. A enfermeira demonstrava preocupação, pois a garota era menor de idade e tinha uma família com muita vulnerabilidade social, achando ser difícil que houvesse algum tipo de suporte familiar para a situação (O34).



Essas minhas observações se confirmam em outras pesquisas. Em 2009, Mielke realizou um estudo para avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF, nessa mesma equipe. Identificou que as ações de saúde mental são realizadas por essa equipe por meio das tecnologias em saúde, principalmente as relacionais, por criar condições para ações de saúde mental, tendo uma agenda específica para esse atendimento.

Em outro estudo sobre as ações de saúde mental na ESF, realizado por Olschowsky *et al* (2011), dados semelhantes foram encontrados em relação a atenção que a equipe da ESF Pitoresca tem com os agravos em saúde mental. Foi avaliado que a equipe utiliza práticas norteadas pelo cuidado clínico e tecnologias relacionais para o atendimento aos usuários em sofrimento psíquico. E, nesse aspecto, o protagonismo do ACS no atendimento em saúde mental é salientado, por ser o profissional que conhece, acompanha e discute as necessidades de saúde da sua área. Nesse estudo, também foi destacada a parceria com a universidade, oferecendo oportunidade para alunos e professores conviverem com as demandas complexas de saúde mental do território e a importância da criação de espaços de sociabilidade e convivência.

Em relação ao atendimento ao usuário com comportamento suicida, objeto de estudo desta tese, houve a avaliação de que a promoção de espaços de escuta, a construção de vínculo e a relação de confiança configuram a necessidade de considerar a subjetividade no atendimento, seja para o usuário ou familiar.

É bom trabalhar antes com a pessoa, nós pegamos vínculo. Eu estou desde que abriu o posto aqui. Então eu já conheço todos eles, nós vamos criando um vínculo. E quando nós vemos que a pessoa não quer contar, nós vamos pelas “beiradinhas”, conversar, se em um dia não conseguiu nada, nós voltamos e damos mais uma conversadinha. Sempre terminam falando alguma coisa (S9).

Além disso, a equipe da ESF Pitoresca avalia que o trabalho em equipe, que caracteriza uma ação coletiva, pode estruturar ações integradas, entre as diversas categorias profissionais envolvidas no trabalho na ESF, para proteger e cuidar do usuário com comportamento suicida. Ressaltam a importância dos ACS pela sua proximidade com os usuários e conhecimento do território. Isso pode ser observado nas reuniões de equipe em que participei em que ficou registrada a importância que os componentes da equipe dão ao trabalho multiprofissional e que se retratam a seguir.

Sim. Nós já temos como atender quem quer se matar. Quando eu entrei, nós não tínhamos tanta coisa, nós estávamos sempre remando nesse lado da saúde mental. Agora não, agora já tem mais saída. Tem o pessoal do matriciamento, a equipe da A. e as discussões na reunião de equipe (S10).

Durante a reunião de equipe a coordenadora pede silêncio para ouvir o relato de uma acadêmica de enfermagem sobre uma visita domiciliar que foi realizada, em que foi vista a situação de uma família em vulnerabilidade social. Essa família tem crianças desnutridas, não tem a figura do pai presente, e a mãe já tentou suicídio (O9).

Diante da descrição feita por uma ACS de uma situação social precária de uma família, é combinada na reunião de equipe uma visita conjunta de três profissionais para avaliar a situação. Trata-se de uma família que tem um pai dependente químico, que já se envolveu em situações com a justiça, uma mãe que se prostitui eventualmente, e que já teve tentativas de suicídio, e onde paira uma suspeita de abuso sexual com uma das crianças (O12).

É. Ela já vem com uma carga de emoções para cima de ti. É bem difícil. Agora estão mais acostumadas, seis anos que eu estou no posto, mas no começo é difícil para a gente. Uma que tu não está acostumada a viver com um monte de pessoas, são quase 200 famílias para cada agente. A gente não está acostumada a conviver sempre com aquelas pessoas. A gente conhece tudo. A gente conhece quando vem mãe nova, a gente conhece quando não vem, quando tem mais outra coisa. Com o passar do tempo tu vais conhecendo as pessoas e elas te dão sinais de como são os jeitos delas (S8).

Durante o café, na cozinha do posto, uma residente médica fala sobre como foi importante para ela realizar uma visita domiciliar com a ACS, pois pode ver o conhecimento que ela tem sobre sua área de trabalho (O20).

Eu não sei te dizer se é porque vem mais que nós identificamos. Eu acho que é mais por tu teres um vínculo, de tu conversares, das pessoas terem liberdade de falar. Eu acho que não é por quantidade, se tem vários nós identificamos mais, porque como, às vezes, nós não identificamos e as pessoas vem aqui com um problema. Eu acho que não é por quantidade que vem aqui e sim pelo vínculo que tu tens com a comunidade, com as pessoas (S10).

Os trabalhadores avaliaram que na reunião de equipe as discussões são centradas no usuário e família, mantendo a individualidade de cada situação, e que a troca de informações ajuda a cuidar dos usuários com comportamento suicida.

[...] Se consegue muita coisa, se resolve muita coisa na reunião de equipe. Nós trazemos os casos que nós suspeitamos, passamos os casos. Ali já é marcado com o médico, já é marcado com a equipe da UFRGS, com vocês. Às vezes é passado na quinta, na sexta já estão indo da casa conosco acompanhar o familiar, acompanhar o paciente. É muito importante a reunião de equipe (S9).

Nós passamos para as enfermeiras, para os médicos, quando vocês estão por aqui, vocês também vão, dão uma força (S8).

Sim, então nós já temos como ajudar. [...] às vezes, não têm como eles resolverem [...] Precisam de nossa ajuda para falar sobre a vontade de morrer, e poderem se sentir protegidos. Muitos sofrem por pensar nisso, outros acham que essa é a única saída (S9).

A escuta aberta e as relações de proximidade com os usuários constroem disponibilidade para o cuidado, com sensibilidade e valorização dos aspectos subjetivos dessa relação, independente do motivo de chegada ao posto. Isso pode ser observado como uma prática de trabalho da equipe da ESF Pitoresca. Registrei no diário de campo que os profissionais valorizavam a procura do usuário pelo atendimento na ESF, e que cada situação era avaliada, independente da queixa referida.

Uma senhora vem com receitas para retirar medicação. Parece preocupada. O técnico de enfermagem pergunta para ela se está tudo bem. Ela sacode os ombros e baixa a cabeça. Ele sai da recepção e a leva para a sala de acolhimento (O1).

Durante a vacinação de uma criança, a técnica de enfermagem nota algumas equimoses espalhadas pelas pernas. Pergunta para a mãe o que aconteceu. A mãe diz que a criança caiu. A técnica de enfermagem chama a enfermeira (O12).

Durante uma visita domiciliar a ACS identifica que o filho da usuária estava pensando em morrer. Traz a situação para ser discutida na reunião de equipe (O15).

Durante a reunião de equipe uma ACS conta que foi abordada na rua por um morador que informou ter uma mulher confinada em casa porque é usuária de drogas, e quer saber o que pode ser feito (O20).

Essa visão ampliada da atenção em saúde, que caracteriza o trabalho da equipe da ESF Pitoresca evidencia seu comprometimento com as pessoas que estão em seu território de atendimento, sua responsabilização, vinculação e preocupação com elas.

Onocko-Campos e Furtado (2006) trazem a necessidade de trabalho no território como uma das marcas distintivas do modelo de serviço que trabalha na perspectiva do sujeito e da sua realidade.

E no território, a equipe da ESF Pitoresca utiliza as tecnologias leves no processo de trabalho como estratégia para o atendimento, além do cuidado clínico, fomentando o que o SUS preconiza em seus princípios, aproximando a equipe da comunidade e colaborando na construção de um cuidado em saúde de qualidade, em que as pessoas estão em primeiro lugar, caracterizando o cuidado usuário-centrado.

Essa ideia encontra respaldo em Olschowsky *et al* (2011) que ressaltam a importância do reconhecimento que a equipe da ESF Pitoresca tem de que é nas

relações com os usuários, a partir de suas vidas, do atendimento nos seus domicílios, que se estruturam os modos de cuidar.

Concordando com isso, Santos e Nunes (2011) trazem o pensamento de que na constituição da dinâmica relacional entre as dimensões do território, do cuidado em saúde mental, e do atendimento que é proporcionado é que os sujeitos constituem sua identidade social, de forma a sentirem-se valorizados ou não. O empoderamento pode se dar pela maneira como serão abordados.

Avalio que é isso que faz com que a equipe da ESF Pitoresca tenha um diferencial no modo como organiza seu processo de trabalho, não só pela forma como os atos em saúde são estruturados, mas pela postura que os profissionais têm perante a comunidade que atende. Pude observar, ao longo do processo de coleta de dados, trocas de profissionais na equipe. Essas alterações fizeram com que, num primeiro momento, houvesse um tempo de adaptação desses dentro da dinâmica de trabalho, o que é comum acontecer quando existem substituições num grupo. Gradativamente os novos integrantes da equipe se apropriavam do processo de trabalho, e a solução de continuidade era desfeita, fazendo com que não houvesse repercussão negativa no cuidado prestado aos usuários.

No processo avaliativo, a equipe mostra que organiza seu trabalho para atendimento do comportamento suicida por meio das tecnologias relacionais e do atendimento usuário centrado.

## **5.1 Tecnologias relacionais**

As tecnologias relacionais estão entre as estratégias utilizadas pelos trabalhadores em saúde para realizar o cuidado, no sentido de atender às necessidades dos usuários. Vínculo, escuta qualificada, acolhimento e responsabilização estruturam uma teia de amparo nos atos em saúde que prioriza a subjetividade do usuário e do trabalhador. Nessa perspectiva, os processos que se estabelecem no sentimento de atender a finalidade do processo de trabalho se sustentam na subjetividade que se estabelece com o objetivo de cuidar, no caso desta pesquisa avaliativa, do indivíduo com comportamento suicida.

A equipe da ESF Pitoresca avalia que a estratégia de abordagem de usar as tecnologias relacionais é fundamental na construção do cuidado porque aproxima o trabalhador do usuário, por meio de uma relação de cuidado construída com

sensibilidade, e quando enfoca o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida isso fica claro.

Bem dizer não é um horário. Nós chegamos e pedimos e eles dão uma encaixadinha. Não chega a ser um horário, mas nós pedimos, solicitamos e tem retorno (S8).

Sim... Facilitar o acesso, já se conhece todos eles (S9).

[...] Aí depois o M. chegou e abraçou, mas ela começou a fazer assim, ajeitar a medicação, e nós nos reportávamos mais a ele quando tinha um caso que nós queríamos discutir, porque ele gostava, ele se interessava mais (S8).

As tecnologias relacionais também remetem ao fato de que o trabalhador de saúde poderia ter sempre, dentro de seu objeto de trabalho, a ideia de lidar com pessoas o tempo todo, deveria organizar seus atos para as necessidades daqueles a quem cuida (CAMPOS, 2005).

Ou seja, é no encontro com o usuário que o cuidado se institui. Nesse sentido, o acolhimento das ACS em suas VDs no território e dos técnicos de enfermagem durante seu trabalho cotidiano dentro da ESF identificando as situações em que existe necessidade de singularizar o atendimento, que essa condição de cuidar se constrói.

Geralmente eu trago para o posto, “olha, a usuária está queixosa de novo”, ela já é bem conhecida aqui. E aí a gente faz algumas ações, chama o médico, no caso quem atende ela é o M.. Então ela vem no posto, acalma. Os estudantes da A. já tiveram contato com ela. A gente vai levando assim. É que ela tem outra filha que tem também... (S8).

Eu acho, pelo menos o que vejo dos meus, que cada caso é um caso (S9).

É importante para conversar. Geralmente procurar trazê-los logo para o posto e depois o trabalho segue (S14).

Eu atendi uma moça, que até está no matriciamento, a primeira vez faz um mês atrás, ela veio aqui com uma queixa, e começou a conversar e relatou que ela tinha todo a uns meses atrás ideias de matar o filho (S6).

A equipe tem a ideia de que o acolhimento é palavra de ordem em seu atendimento, pois entendem que se um usuário demanda uma necessidade ela precisa ser vista o mais rápido possível. Trabalham na perspectiva de portas abertas, ou seja, durante o horário de atendimento, qualquer usuário que chega buscando ajuda é acolhido, ouvido e tem a situação que apresenta avaliada. Para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida essa disponibilidade é fundamental. Esse comportamento demanda uma urgência que não pode esperar

horário em agenda, marcação de consulta ou outra tramitação burocrática para ser avaliado.

Uma questão que facilita o acolhimento ao indivíduo com comportamento suicida é o fato de que a equipe conhece os usuários de sua área, e isso possibilita a identificação das situações de risco de suicídio. Os integrantes da equipe dizem que sua relação de conhecimento com os moradores da comunidade faz com que ao olharem para o usuário, vendo sua postura, expressão facial, forma de falar, possam ter uma ideia preliminar se está bem ou não.

A porta está sempre aberta. Aí já passam para os médicos, porque eles já conhecem, “ah, a fulana está aí, está mal, chorando, queixosa”. Eu já vi tanto a Dra. P. quanto o Dr. M. dizerem: “pode passar”. Eles levam para a sala, conversam, que às vezes é até isso que a pessoa quer, só mais uma conversa (S8).

Não. É que a gente não pode não dar atenção, quando tu notas, tem que ter aquele olhar diferenciado. Mesma coisa, o diagnóstico de uma pessoa que não está bem, que tu tens que atender ela rápido, na frente, tem que dar prioridade (S6).

É. É acolhido sempre, não sai ninguém sem ser acolhido. Ele vai ser acolhido pelos técnicos, pelos médicos, pela enfermagem, pelo grupo de vocês que tem sempre gente aqui, o que ajuda, é uma mão que dão aqui dentro. A pessoa sempre é acolhida, a pessoa nunca volta daqui sem, nem pode voltar, não pode acontecer, tem que ter o acolhimento (S9).

Geralmente eu trago para o posto, “olha, a usuária está queixosa de novo”, ela já é bem conhecida aqui. E aí a gente faz algumas ações, chama o médico, no caso quem atende ela é o M.. Então ela vem no posto, acalma. Os estudantes da A. já tiveram contato com ela. A gente vai levando assim. É que ela tem outra filha que tem também... (S8)

Sim. Nós acolhemos pessoas o dia inteiro, não existe um horário... Que em outro local que ela iria, não iria ter esse acolhimento. Se ela vai para uma emergência tentando se matar, ela vai receber uma medicação, no máximo, e vão mandar ela embora (S6).

Eu acho que nessa parte até que quando chega uma pessoa que se vê que está transtornada, sempre o pessoal da equipe passa na frente. No acolhimento tem avaliação (S7).

Existe na ESF Pitoresca uma prontidão dos profissionais para a escuta e, a partir disso, um direcionamento para um cuidado que é sensível e que se constitui a partir do usuário.

Exercitam os princípios do acolhimento, que propõe uma mudança na ótica da organização e estruturação do serviço de saúde, em que seja garantido o atendimento de todas as pessoas, num processo de trabalho organizado de forma que contemple o atendimento multiprofissional, que cuida da escuta do usuário e da resolução de seu problema, numa relação de cuidado que privilegia o encontro

trabalhador-usuário, dentro de parâmetros que estimulem a cidadania, a solidariedade e o encontro humanitário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Independente de quem cuida, qualquer trabalhador de saúde tem suas atribuições, é um operador de cuidados, e é responsável por aumentar as dimensões do núcleo cuidador, avaliando as ações específicas que podem melhorar sua eficácia e adequação, segundo as necessidades dos usuários, (MERHY, 2007), e nisso se incluem as escolhas das tecnologias utilizadas para aperfeiçoar as intervenções nos atos em saúde.

A equipe da ESF Pitoresca avalia que os aspectos instrumentais na execução do trabalho são necessários, mas que seu foco é o sujeito usuário e suas necessidades, e isso é fundamental para que haja confiança e construção de vínculo entre trabalhador e usuário.

Nesse sentido, a lógica do trabalho que se orienta pelo uso de tecnologias relacionais propicia um reordenamento nos serviços de saúde, dando ênfase ao encontro de duas pessoas, trabalhador e usuário, espaço em que o procedimento instrumental cede lugar ao acolhimento e à construção de vínculo (FRANCO; MERHY, 2005).

Contra-pondo-se a essa ideia, pela minha experiência, vejo que, muitas vezes, o usuário do serviço de saúde aceita o cuidado instrumental por estar habituado a receber dos profissionais nos serviços de saúde esse atendimento. Esse cuidado é medicalizado e prescritivo, ou seja, o profissional de saúde impõe as regras do processo de atendimento, e esse é estruturado dentro de uma abordagem o profissional determina e o usuário deve cumprir.

Para sair dessa normatização de atendimento, o trabalhador de saúde pode ter que superar alguns obstáculos para ordenar seu trabalho, desconstruindo essa visão do usuário que ele não é sujeito nos atos que envolvem sua saúde. O desafio para o trabalhador é criar, junto com o usuário, processos de cuidar centrados nas tecnologias relacionais, que façam com que o usuário se sinta seguro, acolhido e entendido, e que seja resolutivo. Com a utilização desse modo de produzir cuidado, começa a se instituir um olhar que valoriza a subjetividade, que entende o que está por trás de uma queixa objetiva e clínica, proporcionando uma rede solidária e responsável de produção dos atos em saúde (FRANCO; MERHY, 2005).

Nesse sentido, os trabalhadores da ESF têm um olhar sensível para o usuário, e com isso podem identificar situações de alerta para o comportamento suicida.

Depende da situação, de uma sensibilidade com o assunto que está em voga... Na verdade as coisas vêm escondidas, vem, volta e meia a gente só descobre isso no final da consulta, que a pessoa ta pensando em se matar, e que aquilo é tão real que ela nem ta falando daquilo, é uma coisa tão... Que ela sabe que vai fazer daqui há qualquer momento... (S1).

Os trabalhadores da ESF Pitoresca sabem que existe a necessidade do cuidado instrumental, mas reconhecem a potência das tecnologias relacionais como ordenadoras do encontro de cuidado que têm com os usuários, principalmente no que se refere ao comportamento suicida.

Na ESF Pitoresca a escuta para além da queixa clínica dá direcionamento para a avaliação do comportamento suicida.

[...] porque eu olho para uma pessoa de 25 anos, bonita, que tem um monte de expectativa de vida pela frente, com filhos, com marido e querendo se matar, é difícil entender, é ruim querer entender. Aí eu penso, se eu não dou atenção, se eu não faço nada, a mulher se mata amanhã e eu vou me sentir tri mal. Não fiz nada, ninguém fez nada para essa mulher não se matar... (S6).

Consideram o usuário do serviço de saúde como um detentor de direitos, não um mero espectador no ato de cuidar. Quando se opera na lógica das tecnologias relacionais isso aparece de forma clara, porque existe a possibilidade do usuário ser acolhido, ouvido e entendido na sua demanda. Tanto o trabalhador como o usuário detém saberes. Portanto, ambos têm condições de negociar e construir de forma conjunta a produção do cuidado. E aqui se insere a noção de empoderamento, na qual o usuário é reconhecido como sujeito das ações de saúde, valorizado como tal, incluído em seu projeto de cuidado (VASCONCELOS, 2008a; 2008b).

Nesse sentido, a intenção é fazer com que esse encontro do usuário com o trabalhador esteja sempre sendo questionado na forma como se institui, enfocando as múltiplas possibilidades que existem para ele ocorrer. Avaliar como o trabalho é produzido e consumido, como se dão as falas, as escutas, os silêncios, como se dá e se constrói essa relação trabalhador e usuário é fundamental para que o cuidado seja realizado de forma relacional. E nisso, acolhimento e vínculo formam relações permanentes e duradouras (MERHY, 2009).



Dessa forma, pode ser construída uma rede de direitos iguais na estruturação da saúde que se quer ter, com um trabalhador socialmente comprometido com a comunidade pela qual é responsável, e um usuário que participe dos atos de cuidado. E para que isso ocorra, acolhimento, vínculo, responsabilização e escuta são fundamentais (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Merhry (1997) já preconizava que esses encontros que ocorrem entre dois sujeitos são construídos num espaço de compartilhamento em que uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se na tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves. O acolhimento, o encontro, a valorização da subjetividade nas relações entre usuário e trabalhador vão estabelecendo relações de confiança que constroem vínculos.

Nesse sentido, o vínculo aponta como uma tecnologia que produz uma relação de confiança plena, construída a partir do acolhimento, permeada pela responsabilização e pelo compromisso das questões pactuadas entre os sujeitos. O vínculo possibilita que o usuário do serviço de saúde seja um sujeito autônomo, participante ativo do processo de saúde e da construção de seu plano de cuidado. Dessa forma, o vínculo proporciona que se tenham dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador, que, conjuntamente, se tornam responsáveis pela produção do cuidado em saúde, de forma independente e inter-relacionada, buscando a eficácia nas ações de saúde (MERHY, 1994; CAMPOS, 1994). Num espaço de cuidado construído por meio de vínculos, a escuta ao usuário e familiar traduz a importância da subjetividade, e com isso as situações podem ser individualizadas, e cada sujeito é percebido na amplitude de seu contexto e sua história.

E eu via que tinha muitos problemas além daqueles que eles me apresentavam. de fato, a criança veio a óbito e um tempo depois eu visitei e percebi que a mãe estava muito angustiada, e ai tinha um problema de atrito entre a mãe e a sogra dela e eu pedi para conversar um pouco. aí ela abriu, começou a chorar, pediu ajuda, me falou que tinha desejo suicida, daí eu trouxe prá equipe...(S3)

Desse modo o olhar e escuta atentos são ferramentas para o cuidado em saúde, promovendo subjetividades. Por meio da sensibilidade são atos produtores de vínculo e confiança para dar voz ao desejo de morte do usuário. Esse cuidado relacional é avaliado como possibilidade de atenção e cuidado em saúde mental por proporcionar proximidade entre trabalhador e usuário. Constrói formas de

responsabilização de um com o outro. Especificamente em relação ao comportamento suicida, essa forma de cuidar, que se sustenta na produção de vínculos, pode ajudar a identificar a ideação suicida a tempo de organizar estratégias para ajudar a prevenir o risco.

O vínculo é avaliado e entendido pela equipe da ESF Pitoresca como um valor que norteia as ações de cuidado que são implementadas, promovendo a possibilidade de que cada caso seja visto de forma singular, e que os atos de cuidado sejam estabelecidos de acordo com a necessidade de cada usuário. Cada indivíduo que apresenta comportamento suicida é visto como único, e atendido dentro de seu contexto.

Por isso, a confiança vai sendo construída quando o usuário procura a equipe e encontra ressonância para a demanda que apresenta, sentindo-se entendido e ajudado em seu problema auxilia na construção do vínculo. Cada vez que o usuário precisa de atendimento e tem seu problema atendido faz com que o vínculo se fortaleça, e a confiança no acolhimento da equipe aumente.

Ajuda. Bem melhor! Eu até vejo isso nos outros casos das outras áreas com as gurias, em que o vínculo é bom (S8).

Em mim e na equipe tem essa confiança de falar, de vir, de tentar conversar. Isso é uma coisa que acontece aqui dentro, claro que a gente não expõe para fora, a gente não fala do demais, então tem essa confiança (S7).

Eu acho que interfere (a mudança de profissional). Eu digo até na minha experiência, tinha um caso de uma usuária minha, a I., quem tinha um vínculo maravilhoso com ela era a G. Então ela chegava em surto aqui e a G. sentava ela, aquele jeitão da G., mas a G. sentava ela, “não é assim, para aí, o que está acontecendo, tu estás em surto, vamos conversar [...]” (S8).

Eu converso bastante, procuro orientar, procuro trazer para o posto para conversar com os médicos. É isso que nós fazemos, faz visitas. Eu já tive, na minha área, pacientes que eu fiz três vezes na semana visitas (S9).

Sim. O vínculo é bem importante. Eu acho que é o principal, se tu não tiveres o vínculo (S10).

O vínculo diminui (quando trocam componentes na equipe). A G. era uma pessoa que tinha um vínculo muito bom com os pacientes psiquiátricos. Eles todos chegavam nela, se abriam, contavam tudo para ela. A G. era muito assim com os pacientes, eles tinham um vínculo muito bom com a G.. Às vezes quando nós falávamos as coisas, a G. já dizia “esse passou por mim, já falei com o médico, já me disse isso, já me disse aquilo”. Parece que os pacientes confiavam muito nela (S9).

A equipe da ESF Pitoresca é protagonista de ações em saúde mental que a diferencia de outras equipes da ESF. Para o atendimento ao comportamento suicida

a noção que eles construíram do cuidado em saúde como um valor a ser mantido é essencial, pois isso possibilita a valorização do que o usuário traz em sua história passada e recente. Além disso, a utilização das tecnologias leves, sua preocupação com as pessoas que atendem e a utilização de estratégias de aproximação com a comunidade, como o trabalho desenvolvido com as escolas, com os idosos, e sua permanente preocupação com a saúde ambiental fazem com que a organização de seu processo de trabalho seja estruturada para atender as necessidades da comunidade.

Essa imersão na realidade de vida de sua população adstrita, do conhecimento sobre sua situação de saúde e doença, caracteriza a forma como a Equipe da ESF Pitoresca trabalha, centrando seus atos de cuidado no usuário.

## **5.2 Atendimento usuário centrado**

Trabalhar na perspectiva do atendimento usuário-centrado traz um desafio para a equipe, porque muda a organização tradicional dos serviços de saúde, em que o esperado é atender dentro do sintoma. O cuidado usuário-centrado implica em sair da lógica do atendimento prescritivo, medicalizado, coisificante, e organizar as práticas em saúde a partir das necessidades do usuário. Nem sempre isso é uma tarefa fácil.

Os encontros e desencontros que acontecem nos serviços de saúde para que o atendimento seja usuário-centrado são bem descritos por Franco, Bueno e Merhy (1999). Dizem que na aproximação com a realidade dos atos de cuidado, se percebe que se existir um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que abrange um conjunto de ações clínicas.

Para eles, essas ações constituem um espaço compartilhado entre as necessidades dos usuários e os processos de intervenção tecnologicamente orientados pelos trabalhadores. Tem a finalidade de operar sobre o campo das necessidades que se fazem presente nesse encontro, procurando os fins que são necessários para a manutenção e/ou recuperação de um jeito de viver.

Nesse sentido, os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que organizam suas práticas a partir das necessidades dos usuários. Em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida as necessidades de saúde são acolhidas,

avaliadas e atendidas, priorizando a individualização e ações para esse cuidado, pois entendem que essa situação é urgente, e não pode esperar para ser atendida, precisando, muitas vezes, ser encaminhada para um serviço especializado. O comportamento suicida demanda para a equipe uma espécie de desafio. Depois de identificado o risco, todas as medidas possíveis precisam ser implementadas para a segurança do usuário. Não se trata de reverter uma crise hipertensiva, ou uma hiperglicemia. Nessa situação, é preciso preservar a vida de uma pessoa que, muitas vezes, expressa o desejo de morte, mas pode não informar a intensidade dele.

Sim, sim. Eu sei que ela já veio algumas vezes aqui e ela está com o pessoal do... Foi encaminhada. O caso dela foi discutido algumas vezes aqui com o pessoal do posto e com o Matriciamento. Foi no serviço especializado (S6).

Tentou o suicídio, foi atendida, a SAMU buscou, e depois nós continuamos com a equipe, ela foi encaminhada, fez tratamento no São Pedro, a equipe da A. visitava toda a semana. Nós fizemos um acompanhamento como se faz hoje, nós fizemos um acompanhamento com essa pessoa. Para mim ela não queria abrir muito, eu sabia mais pela filha dela, ela nunca conversou muito comigo, mas com o pessoal (os alunos) ela conversava bastante (S10).

Bom, como nós trabalhamos na rua, nós identificamos. Nesse caso específico já era uma pessoa que fazia acompanhamento aqui no posto e ela teve essa tentativa de suicídio. Eu identifiquei o problema, a gente foi atrás. Na época a A. já estava aqui com a equipe, ela que fez um acompanhamento com essa pessoa depois. Ela foi para o pronto-socorro e tudo (S10).

Nem que ninguém mais vai abrir o posto, só tu. Mas pelo menos alguma coisa tu vais encaminhar e tu vais sentir o que aquela pessoa está precisando (S6).

Os trabalhadores da equipe da ESF Pitoresca têm aproximação com os problemas de saúde dos usuários de seu território. Em relação ao indivíduo com comportamento suicida adotam práticas de escuta e acolhimento que dão voz ao usuário e que possibilitam agilizar a necessidade do cuidado, avaliar o risco e tomar uma decisão sobre as ações de cuidado em relação à intensidade do comportamento. Essa postura denota sua implicação e preocupação com os usuários que têm comportamento suicida em sua área adstrita, pois construindo o cuidado dessa forma ele se transforma num valor a ser preservado entre a equipe e os usuários, já que tanto os usuários quanto os trabalhadores sabem que essa é uma situação que não pode esperar para ser atendida. Dessa forma, as ações de

cuidado que a equipe implementa nessas situações variam de acordo com as necessidades dos usuários, e com a gravidade do comportamento suicida.

Nessa ótica, em relação ao atendimento aos agravos em saúde mental, Pinho *et al* (2012) trazem contribuições. Para eles, o trabalhador é um dos protagonistas de um processo de mudança que inicia no âmbito das relações interpessoais e interprofissionais, proporcionando um modo diferente de estruturar o processo de trabalho, fazendo com que seja centrado nas demandas do território. Dessa forma, será possível organizar o processo de trabalho de forma a atender às especificidades do território em que a equipe se insere, dando atenção para os problemas de saúde mental da região.

Nesse sentido do atendimento-usuário centrado, Franco, Bueno e Merhy (1999) dizem que, quando se tem uma aproximação dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e com os seus trabalhadores, se pode verificar como trabalham, e que quando houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, poderá haver a dimensão individual do trabalho em saúde.

Essas ações de cuidado englobam atender a busca das demandas que os usuários trazem e os processos de intervenção tecnologicamente orientados pelos trabalhadores, construídos com os usuários. Com isso, se pode por em prática atos de cuidado que partem da necessidade identificada nesse encontro que se dá entre duas pessoas. Isso pode proporcionar a busca de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de certo modo de viver a vida, ou de preservá-la (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Pinto *et al.* (2011) contribuem com a ideia de que o projeto terapêutico deve ser instituído de acordo com as necessidades de saúde de cada usuário, por meio de uma interação entre trabalhador/usuário/família, para que se possa produzir saúde mental. Ressaltam a necessidade de que os trabalhadores envolvidos no atendimento valorizem os espaços pelos quais o usuário transita, considerando trabalho, lazer, relações interpessoais e seu sofrimento.

Pensando nessa perspectiva, a acolhida do usuário com comportamento suicida na ESF Pitoresca, por meio da relação e da escuta, significa que a equipe está disponível para receber e acolher a necessidade do usuário que tem comportamento suicida, com atitudes de sensibilidade e disponibilidade para o cuidado. As vivências de atendimento ao indivíduo com comportamento suicida foram explicitadas pelos trabalhadores e observadas por mim, como se vê a seguir.

E ela falou bastante sobre a situação dela (S6).

É. Conversar com a família. Então entram vocês que sempre dão apoio, tanto ao paciente, quanto à família. Isso tem sido muito por vocês esse atendimento em casa, individual, da família, escutar a família, orientar a família (S9).

Sim, porque muitas vezes a família tem uma visão diferente, não entende o problema. Porque tem aquela coisa de quem avisa não faz nada, mas é o contrário (S10).

Dá um suporte para a família, não é? Às vezes até tem, não vou dizer que não (S7).

Durante a reunião de equipe, foi trazida por uma ACS a informação de que uma usuária estava com ideação suicida, e que seu filho, que havia se separado há poucos dias, também. Ficou definida uma visita domiciliar para avaliar a situação (O4).

É. A pessoa sempre se queixa de uma coisinha, da família, do marido, ou dos filhos. Sempre tem uma coisinha por trás. Que se associam. É difícil a pessoa só dizer “eu tenho vontade, eu não quero mais viver”. Mas por que, o que se passa, nós perguntamos, como que é, como a pessoa vive, como é a família. Não tem essa pessoa que diga “não, eu vivo muito bem com a minha família”. Não, sempre, começa a conversar e eles te contam uma coisinha (S9).

Aí depois o M. chegou e abraçou, mas ela começou a fazer assim, ajeitar a medicação, e nós nos reportávamos mais a ele quando tinha um caso que nós queríamos discutir, porque ele gostava, ele se interessava mais (S8).

Na hora do café, um técnico de enfermagem comenta que uma senhora havia avisado muitas vezes que ia se matar. A família achava que era chantagem. Na sexta-feira, A. e suas alunas foram fazer uma visita domiciliar, não havia ninguém em casa. Na segunda-feira a equipe foi informada que ela havia saído para comprar uma corda, no dia da visita, e havia se enforcado no final de semana (O20).

Nesse olhar avaliativo sobre a forma como a Equipe da ESF Pitoresca organiza seus atos de cuidado, estruturando seu processo de trabalho para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, possibilita visualizar que a equipe tem um modo próprio de cuidar em saúde para o atendimento esse usuário, Há valorização e sensibilidade para a demanda do usuário, tendo presente que o atendimento ao comportamento suicida não pode esperar pela gravidade da situação. Avaliando o risco e realizando um cuidado singular, estruturado a partir da necessidade de cada usuário que tem comportamento suicida, colocando em prática as medidas necessárias para garantir sua segurança, e tendo em vista o cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva, a equipe organiza seu processo de trabalho.

Assim, os trabalhadores da ESF Pitoresca no processo avaliativo trazem a importância de poder mensurar o risco de suicídio.

### 5.2.1 Avaliação do risco de suicídio

O comportamento suicida suscita reações entre os envolvidos nele, seja no usuário, familiar, ou equipe de saúde. Essas manifestações vão desde a não compreensão do desejo até o entendimento de que existe um pedido de ajuda, às vezes velado, e, em outras situações, muito explícito.

Possivelmente isso ocorre porque o indivíduo que pensa em se matar apresenta uma gradação diferenciada na gravidade desse comportamento.

Encontra-se desde ideias de ir embora da vida de forma passiva, muitas vezes manifestadas por frases como “porque Deus não me leva?”, “queria dormir para sempre...”. Em outros momentos, existem pensamentos mais consistentes como “penso em me matar”, e essa intensidade de desejo de morte vai progredindo até se concretizar num plano de suicídio bem estruturado, em que forma de morte, ocasião e local para que aconteça esteja definido.

Nessa ótica de entendimento do comportamento suicida, Werlang e Botega (2004) alertam que a avaliação desse comportamento é uma situação complexa, já que abrange entender os motivos, os recursos disponíveis, e o grau de energia psíquica que a pessoa dispõe para colocar em prática. Salientam que o sentimento de ambivalência que se encontra no usuário é fundamental para que se possa proporcionar ajuda. Existe um desejo de morte, mas também há um desejo de vida. E dizem mais, que saber identificar o comportamento suicida, e ter tranquilidade para avalia-lo, é fundamental aos profissionais de saúde.

Os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam essa situação como um pedido de ajuda, entendem que quem diz que vai se matar é porque pensa com alguma intensidade sobre isso. Sabem que precisam ter atos de cuidado para a proteção dessas pessoas e que cada situação é peculiar, pois cada caso é um caso, já que a intensidade do risco, sua planificação e determinação para a execução do plano variam. Sentem-se mobilizados para escutar e tem interesse e conhecimento pelo usuário, o que torna o cuidado individualizado e personificado.

Está me informando, está pedindo um socorro de alguma maneira (S9).

Eu acho que não tem uma rotina. Eu acho que cada um é individual, cada pessoa nós temos que abordar de uma maneira diferente (S10).

Acho que o protocolo que tem somos nós mesmos que fazemos. Cada caso é um caso. E geralmente nós, os agentes, viemos para a equipe, conversamos com o médico, conversamos na reunião de equipe, e dali é decidido o que a gente vai fazer (S8).

Eu acho, pelo menos o que vejo dos meus, que cada caso é um caso (S9).

É. Eu vou citar uma pessoa, a S., é uma pessoa totalmente fora da casinha... Ela tinha aquele vínculo lá no São Pedro, que ela não tem mais. Ela vive aquela vida tubulosa com o marido, ela é agitada. O São Pedro a passou para cá, então ela tem que ser olhada, ela não tem só problema mental, ela tem vários problemas de saúde (S7).

Sobre essa necessidade, Meleiro, Botega e Prates (2004) trazem a questão de se poder enfrentar a situação da avaliação do comportamento suicida de forma clara, objetiva e pontual. Destacam, como fazem Werlang e Botega (2004) e Bertolote *et al* (2010), que a complexidade do comportamento, mobiliza os profissionais de saúde, pela dificuldade no entendimento do desejo de morte, e que nem sempre é fácil investigar a ideação suicida.

Isso se deve ao fato de que é necessário se desprover de concepções previamente estabelecidas sobre isso. Lidar com o comportamento suicida mobiliza nos profissionais muitos sentimentos. Existe dificuldade, e muitas vezes preconceito, com o usuário que tem comportamento suicida. Os sentimentos despertados pelo sujeito com comportamento suicida possivelmente tira da zona de conforto os profissionais que se deparam com isso, porque pode por em cheque seus valores sobre a vontade de viver e desejar morrer.

Não, aí sim. Eu acho que de um modo geral, para as pessoas, e eu não estou me excluindo disso, eu não vou dizer que não me importo com as pessoas suicidas, as pessoas em geral não dão muita importância para isso. Quando acontece na sua própria família, no caso desses, “ah se ele quer se matar, se mata”, isso é uma questão de cultura, “se matou porque é covarde, se matou porque quis”, a cultura mostra (S6).

Os trabalhadores da ESF Pitoresca abordaram como identificar e minimizar o risco de suicídio. Avaliaram que o cuidado compartilhado entre equipe e rede social de apoio, em que a família se insere, é necessário para que se instituem ações de proteção e cuidados para o indivíduo com comportamento suicida. Além disso, explicitaram que ver o contexto e os recursos que a pessoa dispõe, bem como os fatores de risco, são fundamentais nas ações de orientação a serem implementadas.



Olha, ela não pode ficar sozinha com as crianças, não pode ficar perto de armas, porque ela já tinha pegado uma arma e tentado dar um tiro, antes, até perto de objetos pontiagudos, qualquer coisa que ela possa se machucar, estar andar muito alto, andar sozinha na rua, todas essas coisas tem que ser observadas, eu tento falar bem prático pras pessoas compreenderem o risco (S1).

Sim, isso sim. Tirar as medicações, armas, corda, deixar uma pessoa que cuide, porque tem que estar em cima, ser vigiada, que procure tirar todos os perigos e fique cuidando sempre. A pessoa não sabe que está sendo vigiada, em casa. Por serem feitas em casa, tiram o risco de dentro de casa (S9).

Seria realmente um grande tratamento minimizar, mas entender o que é minimizar para aquela pessoa. Cada caso é um caso. Entender para ela o que é minimizar, no caso dela será que é dar um emprego, tirar o filho dela, que ela odeia, sair do ambiente, que é um clima pesado, é o pai que estuprava quando era pequena... (S6).

A OMS, pensando na dificuldade que existe em abordar a temática do comportamento suicida, fez uma reunião internacional com um grupo de expertises em comportamento suicida e elaborou o SUPRE, Preventing suicide: a resource for primary health care workers (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). Esse guia de orientação mundial teve como objetivo dar subsídios aos profissionais de saúde para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida. Entre as ações propostas pelo SUPRE inclui-se escutar com empatia, levar a situação a sério, indagar sobre o comportamento suicida, informar outros profissionais sobre o risco para comportamento suicida e restringir o acesso a meio letais. Salaria que a escuta empática é imprescindível, pois pode auxiliar na identificação do comportamento suicida, a fim, de que as medidas necessárias sejam adotadas: avaliação da oscilação da intensidade do risco, acompanhamento frequente, e aproximação da família com a equipe e usuário.

No processo avaliativo os trabalhadores da ESF Pitoresca mostraram que realizam esses atos de cuidado, e trabalham de acordo com as orientações do SUPRE (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). Com sua sensibilidade, e por sua consideração do cuidado como um valor a ser construído junto com o usuário, proporcionando que cada um seja visto em seu contexto, individualizam a atenção e põem em prática em seu cotidiano de atendimento ao indivíduo com comportamento suicida as premissas preconizadas no manual. Ainda que não tenham feito nenhuma capacitação para isso, introduziram em seu processo de trabalho estratégias de cuidado ao comportamento suicida que acolhem, atendem, avaliam e instituem as ações de saúde necessárias para cada situação.

Essa atitude de acolhimento ao comportamento suicida precisa estar presente nas equipes da ESF, que lidam cotidianamente com ele. Por isso, no Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde, considerando as taxas nacionais e a importância das equipes da atenção básica e da ESF na prevenção dos agravos relacionados ao comportamento suicida, como os traumas familiares, comunitários, em locais de trabalho, escolas, outras instituições e na sociedade, apresentou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, pela Portaria GM nº 1.876/2006, com a intenção de diminuir as taxas de suicídios e tentativas (BRASIL, 2006b).

Essa estratégia prevê sua implantação em parceria com a atenção básica, buscando o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, proporcionando vínculo e acolhimento. A ideia é que as equipes da ESF sejam apoiadas por equipes matriciais para atender aos casos de saúde mental no território de sua área adstrita (BRASIL, 2006b).

As ações propostas na Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio suscitam algumas questões no que se refere à implantação da rede de cuidados, do cuidado no território e do apoio matricial. Os órgãos responsáveis pela normatização do atendimento em saúde mental e ao comportamento suicida na atenção básica vêm enfrentando dificuldades para a formação da rede de cuidados, pois isso envolve uma estrutura plural, serviços com vários graus de complexidade, em que, muitas vezes, a interlocução não se dá pela falta de um processo de comunicação fluente e efetivo entre eles.

Ainda assim, na ESF Pitoresca o apoio matricial, a importância do cuidado no território para a realização do atendimento ao comportamento suicida, e operacionalização de fato da rede de atenção em saúde mental são avaliadas como possíveis, já que vêm sendo postas em prática, dentro de sua realidade de trabalho.

Salientam a importância da participação do meio acadêmico, por intermédio das alunas de Enfermagem da UFRGS, para que a tarefa de atender esses usuários possa ser compartilhada e discutida, de acordo com as situações em que se apresentam. Avaliam que as VDs realizadas pelas acadêmicas aos usuários com comportamento suicida auxiliam no monitoramento do comportamento, integram seu trabalho com a equipe, por atenderem e cuidarem dentro das necessidades identificadas no cotidiano do trabalho, bem como fornecem informações que possibilitam a continuidade do cuidado.

Na hora do café, um técnico de enfermagem comenta que uma senhora havia avisado muitas vezes que ia se matar. A família achava que era chantagem. Na sexta-feira, A. e suas alunas foram fazer uma visita domiciliar, não havia ninguém em casa. Na segunda-feira a equipe foi informada que ela havia saído para comprar uma corda, no dia da visita, e havia se enforcado no final de semana (O20).

Destacam também a inserção do matriciamento na equipe da ESF Pitoresca, para auxiliar no cuidado ao indivíduo com comportamento suicida, pois trouxe suporte para avaliar o risco de suicídio, proporcionando maior segurança na abordagem da situação.

A equipe de matriciamento se constitui num apoio, dentro da construção da rede de cuidado ao comportamento suicida. Dá suporte técnico para o atendimento para a equipe e seus profissionais estão ligados à rede de atenção em saúde mental municipal, o que torna o acesso mais ágil para os encaminhamentos que precisam ser feitos dentro da rede<sup>3</sup>.

É que antigamente, no ano retrasado, tinha aquela interconsulta, eles só vinham aqui para jogar conversa fora, eu sou bem franco, não vinham para discutir os casos. De uns meses para cá, todas as sextas feiras eles vem e tem um trabalho bem forte nesse sentido. Eu não sei se é porque quem está vindo realmente está imbuído dessa coisa, ou são pessoas que têm mais interesse no seu próprio trabalho, tentam essa interação, essa integração. Eu acho que de uns tempos para cá melhorou bastante, a gente tem conseguido encaminhar as coisas... (S6).

Esses suportes possibilitam um entendimento qualificado para a abordagem e para a estruturação do cuidado a ser implementado pelos profissionais, aliando o cuidado técnico instrumental às habilidades para o cuidado relacional que existe nos trabalhadores da ESF Pitoresca para a atenção ao atendimento do usuário com comportamento suicida, individualizando e personalizando essa ação.

Sobre a forma de agir para poder mensurar o risco de suicídio, os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que, em alguns casos, existe dificuldade sobre investigar o desejo de morte, não saber fazer isso, e colocações sobre uma abordagem objetiva para avaliar o risco. Possivelmente a experiência e a sensibilidade norteiam essas avaliações.

---

<sup>3</sup> A Secretaria da Saúde de Porto Alegre possui um grupo de profissionais que realiza matriciamento em saúde mental, oferecendo suporte às ações de saúde mental na atenção básica. A ESF Pitoresca conta com o apoio de um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social (OLSCHOWSKY, 2011).

Poder avaliar o risco de suicídio implica na capacidade de escuta, de poder ouvir qualificadamente sobre o desejo de morte de alguém, de poder perceber com objetividade, mas conseguindo acolher, priorizando a necessidade de atendimento de acordo com sua gravidade, valorizando o sentimento do usuário que deseja morrer.

Bem objetiva, eu pergunto. E eles dizem que sim, às vezes não é preciso perguntar, porque eles dizem que “a vontade que eu tenho é de me suicidar”, “eu não quero mais VD”. Se não quer mais VD é sinal que a pessoa está com alguma coisa na cabeça. (S9)

Sim, porque tem que dar um suporte, tirar o risco de vista. Nós temos um trabalho de dar prioridade, no caso, a pessoa entra nas prioridades. Nós não estamos lá toda hora dizendo “toma o medicamento”, mas tu vais, conversa, tu tentas conversar reportando para aquilo ali. (S10)

Bom, eu acho que o primeiro é avaliar, assim, o que a pessoa está tentando dizer quando ela fala em suicídio. Porque tem aqueles que falam de suicídio como uma espécie de fuga do mundo e a vida está tão desgraçada ou tão complicada que a pessoa diz “há, estou deprimida, tenho vontade de sumir!” , me dá vontade de matar as crianças, me matar e tocar fogo na casa, que nem nossa paciente lá, a J., que mais de uma vez falou isso. E tem aqueles que realmente têm um perfil de concretizar mesmo. Então acho que o primeiro passo é ver como aquela menção de suicídio se encaixa... (S4)

Quando tem risco, quando eles começam a falar. Primeiro nós vemos que estão em depressão, estão ansiosos. Depois começam a falar que a vida não tem sentido, que tem vontade de tirar a vida. Eu pergunto logo se já teve vontade de fazer alguma coisa. [...] É, mas às vezes a gente não tem. Às vezes até a família faz uma pergunta para nós e tu não sabes como vai responder. (S9)

Sim, claro. A gente conversa com o paciente, o paciente conta para a gente e a gente poderia, para vocês tentarem... É o que a gente está fazendo, o que eu faço sempre [...] Eles acabam contando, “olha eu tentei, estou com esse pensamento”, a gente acaba se preocupando. (S14)

Sim. No nosso trabalho nós identificamos. Não é só acompanhamento (S10).

Do mesmo modo, no processo avaliativo a equipe da ESF Pitoresca trouxe suas dúvidas sobre como abordar o indivíduo com comportamento suicida, seja por desconhecimento ou insegurança.

Não sei identificar. E tem bastante na minha área (S7).

Olha, no primeiro momento nós avaliamos, mas não entramos em pormenores. Estou falando no meu caso, no momento em que identifico alguma coisa, eu já trago para a equipe, até para um profissional mais especializado avaliar, e depois ele vai nos passando e nós temos um manejo maior com a pessoa (S10).

Não, eu já estou aqui faz dois anos e não tive contato com esse tipo de comportamento [...] Pode ser porque eu não estou capacitada para identificar, mas não encontrei (S15).

É. De identificar, às vezes tem um familiar da pessoa que fala, um vizinho. Claro que a gente tem a ética, mas sabe como que é, falam. Então a gente vai lá e começa a intensificar mais as visitas, até a pessoa chegar e falar mesmo (S8).

Nesse sentido, Bertolote *et al.* (2010) dizem que não há como prever quem cometerá ou não suicídio, mas é possível avaliar o risco individual de cada um baseado nos fatores de risco e de proteção que podem ser identificados, tendo conhecimento de sua história de vida. Uma boa interação com os usuários é a melhor estratégia para se avaliar o risco de comportamentos suicidas. Para isso, é necessário preparo e sensibilidade.

Na ESF Pitoresca, por meio das tecnologias relacionais, com essa atenção, interesse e preocupação com a vida dos usuários, na maioria das situações a equipe acolhe e está atenta ao comportamento suicida.

Porque teve uma da minha área, que aconteceu, os familiares dela vieram falar para mim, eu tentei trazer um dia em uma reunião de equipe [...] Eu falei pra A. e ela disse “não, vamos lá, vamos tentar ver”. Outra vez que eu acho que não estava perto disseram “ah, ela toma fluoxetina, ela não tem tentativa”. Acabaram indo lá, ela não estava em casa, no outro dia, ela se matou. (S7)

Ver o risco, a intensidade, o meio e o recurso que tiver pra... que é difícil. Muitas vezes é difícil, é custoso para conseguir um psiquiatra, pra conseguir uma psicóloga. Então, enquanto isso, eu procuro fazer com que eles sejam tratados pelos médicos do posto mesmo, para não ficarem sem atendimento. Eu visito e converso com o médico. Tem uma minha que está vindo duas vezes por semana aqui. (S9)

Na realidade, quando a gente atende uma pessoa que a gente mais ou menos já sabe quais são alguns casos, que já são de conhecimento do posto de pessoas que tiveram esse comportamento ou tem esse comportamento. Eu atendi uma moça, que até está no matriciamento, a primeira vez faz um mês atrás, ela veio aqui com uma queixa, e começou a conversar e relatou que ela tinha todo a uns meses atrás ideias de matar o filho. E quando ela me comentou aquilo eu tentei procurar tirar alguma coisa dela a mais. Na realidade ela não tomava nenhum medicamento, mas ela tinha tido problema na adolescência com isso e era uma coisa que já vinha de muito tempo e ela não estava conseguindo trabalhar, ela está afastada agora. Eu acho que é um tipo de situação muito delicada para a gente tratar, porque nós já tivemos aqui no posto dois casos de suicídio. Então as pessoas, muitas vezes, não dão a atenção devida a isso. Então eu atendi e passei adiante logo e hoje eu sei que ela está no matriciamento já, está com uma coisa mais especializada, eu só não sei como está a situação agora dela. Mas eu procurei, mantive contato (S6).

O cuidado usuário-centrado, instituído com tecnologias relacionais, faz com que no processo de trabalho da ESF Pitoresca novamente seja necessário mencionar e ressaltar que esse o cuidado visto dessa forma é um valor construído por essa equipe.

A equipe da ESF Pitoresca avalia que poder mensurar a intensidade do comportamento suicida não é uma tarefa fácil durante seu processo de trabalho, seja pela dificuldade de identificar e abordar esses usuários, ficar questionando como fazer para avaliar o risco, ou pela dificuldade de entender o desejo de morte. Existe a ideia de que uma doença grave motive essa vontade. Avaliam que poder mensurar o risco é um desafio, já que muitas vezes os usuários não falam sobre isso, e podem tentar suicídio de uma hora para outra. Mesmo com essas dúvidas, em sua dinâmica de trabalho, e na forma como se organizam no cotidiano de suas práticas, possibilita que essa avaliação aconteça.

É que as pessoas não carregam isso no semblante, é meio complicado a gente pensar assim “ah eu queria me suicidar ontem”, a gente fica “mas por quê? Por que essas pessoas têm ideias de suicídio?” Eu acho que tem que ser uma doença muito grave, uma coisa muito grave, porque de uma hora para outra a pessoa põe isso em prática e não é difícil conseguir isso, até porque a maneira como ela vai fazer, existem maneiras bem fáceis de conseguir isso, comprar alguma coisa pra isso, os meios são fáceis e em questão de uma hora, duas horas ela consegue o enterro dela [...] (S6).

Dentro do processo formativo, houve oportunidade para que o cuidado usuário-centrado fosse discutido e que os trabalhadores pudessem trazer suas experiências sobre discutir sobre o cuidar do indivíduo com comportamento suicida. Sua forma de organizar o processo de trabalho em relação ao comportamento suicida foi examinada, e as estratégias que usam para esse cuidado foram exploradas. Ainda que o Manual da Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio não seja um recurso que utilizem, por desconhecerem seu conteúdo, usam seus preceitos porque têm disponibilidade empática para fazer isso.

“[...] Cada vez que encontro alguém que fala em morrer, eu fico junto [...]”. Esse recorte de uma fala demonstra essa preocupação. Evidencia como a equipe da ESF Pitoresca tem o cuidado como compromisso e valor dentro de seu processo de trabalho no atendimento ao comportamento suicida.

Não sabia, mas cada vez que encontro alguém que fala em morrer, eu fico junto. [...] É. Eu na minha área tenho três. Uma está muito bem, trabalhando, mas tentou três vezes. E tem duas que estão em tratamento também. Uma delas ainda está tendo crises. Tive outra, também, que tentou, cortou os pulsos, ela foi embora da área e eu não tenho mais notícias nenhuma, mas foi bem forte essa tentativa da outra (S9).

Essa disponibilidade traduz o contexto em que os trabalhadores da EFS Pitoresca constroem o atendimento ao usuário com comportamento suicida. Ainda que o conhecimento teórico dos manuais não esteja compartilhado, existe uma

avaliação da equipe de que esse é um problema prevalente, e que ações de cuidado precisam ser colocadas em prática para que o risco de suicídio seja acolhido, avaliado, atendido, e atitudes protetivas possam ser elaboradas. A sensibilidade, a atenção, preocupação, e o fato de terem o cuidado como um valor faz com que os trabalhadores se responsabilizem pelas situações de risco e as monitorem.

Nessa forma de entender e atender o indivíduo com comportamento suicida, no processo avaliativo a equipe da ESF Pitoresca traz a necessidade de individualização do cuidado.

### 5.2.2 Cuidado singular

O cuidado reflete a organização do trabalho na ESF. Desse modo, o cuidado deve se estruturar considerando a singularidade, ou seja, dando voz ao usuário e, assim, a partir de suas necessidades definir ações na busca da promoção da saúde.

Nesse sentido, uma das características do trabalho na ESF é a existência e convivência de vários saberes, conjugados pela multiprofissionalidade, que possibilita visões diversificadas sobre o atendimento, oportunizando uma atenção integral, dentro das necessidades do usuário (OLSCHOWSKY *et al*, 2011).

Dentro dessa lógica, os trabalhadores da ESF Pitoresca constroem um trabalho articulado entre si e com o território, considerando as competências dos profissionais que compõem a equipe, organizando o cuidado na perspectiva das necessidades dos usuários. A partir dessa forma de organizar o trabalho, o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida é realizado pelos trabalhadores da ESF Pitoresca, que acolhem e cuidam das pessoas com agravos em saúde mental em seu território, e daquelas com comportamento suicida.

O cuidado singular no contexto dessa equipe para esse comportamento se estrutura a partir da sensibilidade, receptividade, disponibilidade e responsabilização que os trabalhadores têm para poder identificar a situação de comportamento suicida. Avaliam que o vínculo estabelecido com os usuários proporciona a construção do cuidado singular.

Ah, é. Com certeza. A gente, às vezes, tu não conheces a família e quando chega não sabe o que vai encontrar, tu deduzes, tu já conheces, tem um vínculo de anos com a pessoa. Eu sinto isso quando eu tenho que fazer uma visita em outra área, eu estou em outra área, eu não sei, por mais que eu esteja seis anos trabalhando, ainda mais quando é saúde mental que tu não sabes como que tu vais lidar na outra casa com uma pessoa que tu não

tens um convívio, que tu não conheces. Às vezes a pessoa te conhece, mas aqui do posto. Eu não sei, eu não sei onde sentar, tu não conheces a pessoa. Na área da gente, nós conhecemos [...] Mas é difícil quando tu vais à outra área, eu, particularmente, não gosto de fazer VD, nem com técnico, nem com enfermeiro, nem com ninguém em outra área. Não gosto, não conheço a família, não conheço o usuário (S8).

Tem. Eu vejo, nesse tempo que eu estou aqui, que os médicos se adaptam muito a isso, eles caminham junto com a gente, tu traz o caso e eles dizem “vamos ver, o que tem mais de peculiar da família?” [...] A gente conhece tudo. A gente conhece quando vem mãe nova, a gente conhece quando não vem, quando tem mais outra coisa. Com o passar do tempo tu vais conhecendo as pessoas e elas te dão sinais de como são os jeitos delas (S8).

Sim, da minha área onde eu trabalho e das outras áreas, porque nós tiramos férias, tiramos licença das outras gurias, mais ou menos, até, por essas reuniões que nós discutimos os casos, nós sabemos algumas coisas. Agora nós conhecemos da nossa área todos os problemas (S9).

Sim, porque tu lidas sempre com as mesmas pessoas (S10).

Nas falas, os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que a atenção qualificada e o cuidado individualizado são necessários para o atendimento das situações em que o desejo de morte aparece. Destacam a importância de conhecer os usuários de sua área, pois o vínculo facilita a aproximação e o cuidado com quem tem comportamento suicida. “[...] *Com o passar do tempo tu vais conhecendo as pessoas e elas te dão sinais de como são os jeitos delas (S9)*”. A aproximação permanente com os usuários e o reconhecimento de suas necessidades de saúde, seja pelos encontros que ocorrem na sede da ESF ou durante as visitas domiciliares, possibilita que o cuidado ao usuário com comportamento suicida seja estruturado a partir do momento em que é identificado.

Nesse sentido, Pinho *et al* (2012) dizem que na estruturação do cuidado singular está presente o projeto terapêutico singular, em que a situação individual norteia a construção da abordagem. Ressaltam a relevância das terapias psicológicas individuais e em grupo, as oficinas terapêuticas e de geração e renda, a inclusão pelo trabalho, o lazer, as atividades culturais, os dispositivos como cooperativas sociais e as associações de usuários e familiares, que visam à cidadania e à participação em decisões políticas, como possibilidade de inclusão social.

Para o usuário que tem comportamento suicida a inserção, dentro de suas possibilidades, em projetos de reabilitação psicossocial, que oportunize seu empoderamento, possa promover sua capacidade de avaliar seu dilema entre viver e



morrer pode fazer a diferença. Na situação de escolher entre continuar a existir com sua dor, ter os recursos necessários para minimizá-la, ou terminar com isso, as alternativas que são oferecidas podem ser decisivas.

O cuidado singular, dessa forma, depende da sensibilidade, habilidade e receptividade de cada profissional para lidar e identificar a presença do comportamento suicida. A singularização do cuidado depende da vivência dos profissionais, de sensibilidade, do olhar e escuta atentos, e de como cada profissional sente-se comprometido com o atendimento dos usuários no território. O conhecimento do contexto, seja dos usuários que buscam medicação de forma habitual, ou das famílias que são cuidadas de forma sistemática, favorece a identificação das situações, conhecer quais indivíduos têm comportamento suicida, e de que forma ele se manifesta.

Quando as pessoas se engajam no atendimento (ao comportamento suicida) é uma coisa boa, mas que nem sempre isso é rápido (S10).

Olha, eu acredito que em primeiro lugar as pessoas que chegam nessa situação (de comportamento suicida), quando tem uma estrutura de família bem forte eu acho que elas nem chegam a procurar ajuda, eu acho que elas enfrentam de uma maneira diferente. Agora eu acredito que quando a pessoa vem até um lugar como o nosso, ou coisa parecida, é que ela não tem uma estrutura, então ela se sente sozinha, talvez, então qualquer pessoa que converse com ela, que dê um apoio, ela vai se remover daquela vontade da hora. Eu acho que é mais ou menos por aí, ela tem um apoio, quem converse com ela, se ela se abre com a gente ou com o médico, eu acho que ela se sente um pouquinho mais amparada (S6).

Os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que a atenção qualificada e o cuidado individualizado são fundamentais para o atendimento dessas situações. Para o indivíduo com comportamento suicida, a singularização do cuidado faz com que os trabalhadores possam identificar pela sensibilidade, disponibilidade e olhar atento os usuários que apresentam esse comportamento, e com isso, incluí-los na estruturação de um projeto de cuidado individualizado, dando voz ao usuário, valorizando sua capacidade de identificar sua condição de sujeito, com potencialidades e capacidades, ainda que esteja em momento em que viver não parece fazer muito sentido.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Humanização (Brasil, 2009), preconiza que as “linhas de montagem”, ou seja, a compartimentalização do cuidado no atendimento seja evitada, e que o usuário possa ser visto em sua totalidade, pois isso proporciona uma visão integral do

sujeito, fazendo com que ele possa ser compreendido e atendido dentro de suas necessidades.

Starfield (2002), contribuindo nesse tema, já dizia que é necessário evitar a compartimentalização do cuidado, projetando ações integradas para o atendimento das necessidades dos usuários na rede básica.

Seguindo nessa linha de abordagem, Bruce *et al* (2004) dizem que identificaram em seu estudo que os usuários da atenção primária que manifestaram ideação suicida e que tiveram seu cuidado estruturado em práticas mais integrativas, envolvendo vários trabalhadores da equipe, com a responsabilização de um deles para coordenação do atendimento, tiveram uma evolução mais favorável.

Nessa perspectiva, a estruturação de um projeto terapêutico singular, para Boccardo *et al* (2011) compreende discutir a importância dessa construção como forma de estruturação do cuidado, baseado na estratégia de que a organização do cuidado nos serviços de saúde deve identificar os princípios e diretrizes essenciais para a sua operacionalização.

Os autores dizem que, na pesquisa bibliográfica que realizaram, de forma geral, os conceitos de projeto terapêutico singular são homogêneos e complementares entre si. Apontam para a necessidade de que essa forma de cuidado requer uma nova maneira de organização do trabalho em equipe e do serviço, buscando a efetivação do desenvolvimento de projetos terapêuticos como eixo estruturador do cuidado em saúde mental.

Os trabalhadores da equipe ESF Pitoresca avaliam como se dá essa formulação teórica nas práticas de cuidado ao indivíduo com comportamento suicida, ressaltando o protagonismo dos ACS na identificação das situações de comportamento suicida.

...E geralmente nós, os agentes, viemos para a equipe, conversamos com o médico, conversamos na reunião de equipe, e dali é decidido o que a gente vai fazer (S8).

Nós, os agentes, como estamos no dia-a-dia ao redor da comunidade, conversa com um, conversa com outro, conversa com um parente, a gente sabe mais a realidade, e às vezes a gente traz e acham que é bobagem (pessoas da equipe que não conseguem dimensionar a existência de risco de suicídio), e às vezes aquilo ali é muito importante (S7).

Nesse sentido, a estratégia da visita domiciliar se apresenta como um recurso de intervenção de cuidado que favorece a construção dessa singularização, além de fortalecer o vínculo entre o serviço e a comunidade, individualizando as situações, avaliando o contexto em que os usuários se encontram, contribuindo para conhecer a realidade das condições socioeconômicas e das relações no ambiente familiar, se caracterizando como um ato em saúde que vai na direção do cuidado integral (COIMBRA; GUIMARÃES; SILVA *et al.*, 2007).

No processo avaliativo sobre o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida na ESF Pitoresca, a visita domiciliar é avaliada como uma forma de cuidado potente, por possibilitar que os usuários com comportamento suicida possam ser identificados dentro de seu contexto de vida, o que auxilia na singularização na construção do cuidado. Destacam, mais uma vez, a importância que as ACS têm nessa tarefa.

[...] Às vezes é passado na quinta, na sexta já estão indo na casa conosco acompanhar o familiar, acompanhar o paciente. [...] (S9).

É um artifício maravilhoso (a visita domiciliar). Muitas vezes as pessoas não querem visita. A maioria que não aceita nesses casos é porque tem alguma coisa dentro da residência que tu vais poder captar, aí tu vais poder chegar em alguns dos motivos que levou ela a ter esses comportamentos. Eu acho que é um artifício sensacional (S6).

Bom, como nós trabalhamos na rua, nós identificamos. Nesse caso específico já era uma pessoa que fazia acompanhamento aqui no posto e ela teve essa tentativa de suicídio. Eu identifiquei o problema, a gente foi atrás. Na época a A. já estava aqui com a equipe, ela que fez um acompanhamento com essa pessoa depois. Ela foi para o pronto-socorro e tudo (S10).

A visita domiciliar é avaliada pela equipe da ESF Pitoresca como uma oportunidade de construção de espaços de aproximação para a construção de cuidado singular com o usuário com comportamento suicida, tendo em vista a possibilidade que traz de vê-lo em sua casa, dentro de sua realidade, podendo dimensionar de maneira mais próxima o seu sofrimento, individualizando sua situação.

Com essa estratégia de cuidado existe a possibilidade de estar próximo ao usuário com comportamento suicida, construir cuidado singular a partir de um vínculo que possibilite, pela sensibilidade, acolher sua demanda de querer morrer, avaliar em que nível de intensidade se encontra seu dilema entre vida e morte. Dessa forma, o atendimento tradicionalmente constituído nos consultórios é focado

para o cuidado no território, para o domicílio, para as microáreas<sup>4</sup> de atendimento, onde é possível ver o usuário dentro de seu contexto, sob a lógica de cada trabalhador que o acompanha.

Nesse sentido, o trabalho em equipe se estrutura em conhecimentos diversificados. Os trabalhadores que estão inseridos no atendimento da ESF contribuem, cada um dentro de seu núcleo de saber, para a construção do cuidado. Essa visão da interdependência na construção das ações em saúde valoriza e transforma a maneira de atender o indivíduo com comportamento suicida.

Dessa forma, esse suporte interdisciplinar possibilita um entendimento qualificado para a abordagem e para a estruturação do cuidado a ser implementado, aliando o cuidado técnico à sensibilidade para utilizar as tecnologias relacionais no cuidado que os trabalhadores da ESF Pitoresca têm na atenção ao atendimento do usuário com comportamento suicida, individualizando e personalizando essa ação.

### **5.3 Gestão do cuidado**

A gestão do cuidado para atender ao indivíduo com comportamento suicida na ESF depende da interlocução e entrelaçamento entre os vários saberes na área da saúde. Cada trabalhador, com sua especificidade de conhecimento, contribui para que essa atenção possa ser estruturada a partir das necessidades do usuário, dentro de seu contexto.

Para que essa postura se consolide, há necessidade de que os instrumentos de trabalho sejam diversificados. É preciso que o cuidado clínico seja associado ao cuidado das tecnologias leves, em que acolher, escutar e criar vínculo seja considerado fundamental para cuidar.

Nessa dimensão, a capacidade para escutar o outro e a si mesmo, a possibilidade de questionar condutas automatizadas de forma crítica, trabalhadores incluindo a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com

---

<sup>4</sup> Divisão territorial estabelecida dentro do trabalho de equipe da ESF para o acompanhamento das famílias que cada trabalhador é responsável. Essa organização privilegia a normatização do Ministério da Saúde para o número de pessoas a serem atendidas pelos profissionais (BRASIL, 2003a).

Na ESF Pitoresca, a região é dividida em oito microáreas, abrangendo aproximadamente 6.000 pessoas. Cada microárea fica sob a responsabilidade de um ACS, um enfermeiro, um médico e um técnico de enfermagem. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010).

comunidade em seus projetos de cuidado são os alicerces para um cuidado que possa ser construído conjugando os vários saberes dos profissionais da área da saúde, bem como essas ações possam ser organizadas no âmbito da multiprofissionalidade (BRASIL, 2009).

Para que a gestão do cuidado possa ser estruturado dessa forma, Vilela e Mendes (2003) têm a concepção de que interdisciplinaridade é uma questão de atitude, em que existe a substituição de uma visão fragmentada nos atos de cuidar por um olhar integral do sujeito, conjugando o conhecimento de todos profissionais que integram uma equipe de saúde. Salientam que para que isso aconteça, é necessário que flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis sejam condições presentes nos profissionais.

Gerenciar o cuidado nesse âmbito interdisciplinar pressupõe o entendimento de que a condição do senso de existência e humanidade seja permeado, ao cuidar, pela cooperação entre as disciplinas que integram o campo da saúde. Nessa visão de trabalho, o conceito de disciplina leva a uma maneira própria de organizar as ações em saúde e estabelece um território de trabalho, de acordo com as características dos trabalhadores que compõem a equipe (VILELA; MENDES, 2003).

Staudt (2008) colabora nessa temática. Por sua experiência, diz que para que a interdisciplinaridade se construa na gestão do cuidado, é preciso que existam duas ou mais pessoas com formações profissionais diferentes querendo compartilhar seu conhecimento e seus saberes. Salienta que uma postura interna de vontade de socializar seu conhecimento, propicia que ocorra o trânsito de saberes. Acredita que existe uma necessidade de poder interagir para que essa troca ocorra. Salienta que os profissionais que vão trabalhar na saúde pública devem ter em mente que esse é o perfil que essa atividade exige para a construção e gestão de um cuidado que envolva os saberes dos vários trabalhadores que compõem a equipe de saúde.

Nessa ótica, Mendes (2012) diz que o cuidado deveria se organizar em uma rede horizontal de atenção à saúde, com todos os trabalhadores das equipes de saúde das ESFs sendo responsáveis pela gestão do cuidado. Na articulação dos vários saberes isso vai se operar no cotidiano do trabalho, possivelmente, apareçam algumas diferenças nesse caminhar por conta do “peso” que cada categoria

profissional tem na equipe, em que existem densidades tecnológicas que os caracterizam e legitimam seus saberes específicos.

Nesse sentido, para a gestão do cuidado ao indivíduo com comportamento suicida é necessário que seja construída uma rede de atendimento compartilhamento entre os profissionais que possa dar conta das demandas dos usuários e dos serviços, e que tenha como ponto forte a necessidade do usuário ser beneficiado nos atos de cuidado, pelo entrelaçamento do conhecimento próprio de cada área profissional.

Nessa visão de gestão do cuidado na perspectiva inter e multidisciplinar, Staudt (2008) diz que a troca entre diferentes saberes traz uma nova configuração interna às equipes, construindo uma possibilidade de atitudes interdisciplinares para a atenção em saúde. Essa postura se estrutura porque existe uma disponibilidade para a criação de um ambiente no qual são estruturados recortes no campo do saber, em que cada profissional incorpora algo de outra área. É preciso de sujeitos disponíveis para que isso aconteça. Assim, se pode dizer que não existe equipe interdisciplinar, mas equipes que constroem uma postura de saber cooperante, de experiências interdisciplinares.

Da mesma forma que os profissionais das equipes de saúde se estruturam para que a soma do conhecimento proporcione uma visão abrangente do usuário, os diversos serviços também tentam se organizar para dar cobertura às necessidades que os usuários apresentam, dentro de seus variados níveis de complexidade.

A rede de cuidados precisa ter uma estrutura de organização que possibilite isso. Quando a equipe da ESF se depara com o indivíduo com comportamento suicida, precisa saber dos recursos de saúde que dispõe para dar conta dessa demanda, e onde pode se amparar para ter suporte nesse atendimento.

### 5.3.1 Trabalho em rede

Organizar e tecer a rede de serviços que vão acolher os usuários de demandam atenção em saúde mental, e, em especial, aqueles que apresentam comportamento suicida é uma tarefa que exige articulação entre os serviços, por requerer a existência de uma estrutura de cuidado suficientemente protetiva para atender a um problema grave em saúde mental. Os serviços de saúde da rede básica ainda enfrentam dificuldades nesse processo, seja pelo acúmulo de usuários

para avaliação nas emergências psiquiátricas, pelos fluxos lentos para que os indivíduos tenham atendimento nos serviços de atenção psicossocial ou para que se estruture de forma consistente o sistema de referência e contrarreferência.

As Portarias e Leis que normatizam a necessidade da construção dessas redes de atenção e acolhimento em saúde mental estão publicadas (Brasil, 2001a, 2001b; 2001c; 2003a; Brasil, 2007a; 2006d; 2008; Rio Grande do Sul, 1992;) e apontam para a estruturação de serviços substitutivos de atendimento, na tentativa de superar o manicômio, e seu modelo asilar de atendimento.

Os trabalhadores do sistema de saúde sabem que a porta de entrada/chegada para os usuários é a ESF, e nessa demanda podem estar incluídos aqueles que têm comportamento suicida. As equipes acolhem, avaliam e quando precisam encaminhar encontram dificuldades para fazer referência a um serviço especializado. A espera para atendimento pode ser longa, a oferta de oportunidades de encaminhamento não é suficiente, e a rede de serviços substitutivos tem malhas frouxas.

O espaço entre os pontos dessa rede é extenso, o que torna difícil a possibilidade de acesso. E para quem tem desejo de morrer, tempo pode ser vida. Em outras ocasiões, quando o usuário com comportamento suicida retorna para a ESF depois do atendimento especializado, traz informações que não são suficientes para continuar o tratamento. A articulação entre os serviços para o atendimento ao usuário com comportamento suicida é tênue, o processo de informação e comunicação se dá de forma incompleta, e as equipes da ESF organizam seu trabalho de maneira a dar conta dessa fragilidade na constituição da rede de atenção em saúde mental.

Em algumas discussões na reunião de equipe da ESF Pitoresca essa temática apareceu. Os trabalhadores avaliam que o sistema de referência e contrarreferência não são articulados, traduzindo-se em lacunas na tentativa de construir uma rede de atenção em saúde mental.

O médico falou na reunião de equipe que encaminhou uma usuária com ideação suicida grave para a emergência psiquiátrica de Porto Alegre (Centro de Saúde Vila dos Comerciantes – PAM3). Ela foi. Chegando lá, foi medicada, ficou em observação e teve alta para casa, pelas informações que ela forneceu para ele. Ao retornar para a consulta do dia, não trazia um registro formal das condutas a serem desenvolvidas pela equipe da ESF, exceto o boletim que informava a medicação feita e sua condição de alta. O médico questionava a falta de orientação de abordagem farmacológica especializada para a situação dela (O27).

Uma ACS trouxe a situação de uma usuária com comportamento suicida, que a equipe havia reencaminhado para atendimento especializado no Hospital Psiquiátrico São Pedro, no ambulatório. A usuária procurou o serviço, e ficou sabendo que seu período de atendimento havia se esgotado, e que a equipe da ESF deveria assumir a continuidade das ações de cuidado em saúde mental. A equipe da ESF não havia sido informada sobre isso. Os trabalhadores avaliam que essa mulher tem uma situação complexa de vida, em função de seu transtorno mental e de seu contexto social, e acham que o serviço especializado seria o melhor recurso para ela (O22).

Levando em conta essas dificuldades, retomo algumas diretrizes presentes na Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2001a), na necessidade da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica pela Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2003), e na Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2007d), que operacionaliza a implantação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo em vista sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Existe uma concepção e uma determinação de que a rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988. Esse sistema de saúde estrutura e organiza as ações e serviços de saúde de maneira regional e hierarquizada, de acordo com os níveis de complexidade em que os atos de cuidado se constituem, responsabilizando os gestores federais, estaduais e municipais para sua execução, e para que a universalidade de acesso e de controle social, por parte dos usuários, seja garantida (BRASIL, 2003b).

Dentro dessa realidade, a rede de atenção em saúde mental vem se estruturando gradativamente para dar conta dessa demanda, mesmo que essa organização ainda não consiga atender às necessidades existentes. Por muitos anos até a Reforma Psiquiátrica, havia uma lógica que ia em direção do atendimento ao surto psicótico que encaminhava para a internação psiquiátrica. Não havia alternativas.

Com a reforma psiquiátrica essa configuração foi se modificando e a criação dos serviços substitutivos vem organizando outras possibilidades de cuidado em saúde mental e ao comportamento suicida. Desse modo, a ESF se mostra um dispositivo potente para que o cuidado em saúde mental ocorra pela proximidade que os trabalhadores têm com os usuários que atendem, com sua realidade de vida, pelo seu trabalho no território, podendo identificar e acolher aqueles que têm comportamento suicida.



A ESF, anteriormente denominada Programa de Saúde da Família, depois de um processo de avaliação sobre a qualidade de seu atendimento pelo Ministério da Saúde, foi entendida como uma possibilidade de não ser um programa temporário, mas uma estratégia que havia concretizado a necessidade de que as ações em saúde fossem cada vez mais desenvolvidas em um território, com população adstrita e com compromisso social, responsabilização, capacidade de acolhimento e facilitação do acesso entre a comunidade e os trabalhadores de saúde, sendo denominada, então, Estratégia Saúde da Família (ESF) (FRANCO; MERHY, 1999; BRASIL, 2004; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; PAIM, 2008; CAMELO; ANGERAMI, 2008; CAMPOS; GUTIÉRREZ; GUERRERO *et al*, 2008).

No documento “Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família” (Brasil, 2003a) está previsto que as ações de cuidado em saúde mental sejam gradativamente assumidas pelas equipes da ESF, e que, para isso as equipes contem com serviços substitutivos, apoio matricial, e uma rede organizada para atender as necessidades de encaminhamento e avaliação das demandas dos usuários com comportamento suicida.

Mesmo assim, muitas vezes os trabalhadores da ESF encontram dificuldades para atender o indivíduo com comportamento suicida pela falta de acesso a outros pontos da rede de cuidados em saúde mental. Identificam o risco e encontram demora no acesso, e para o comportamento suicida isso pode ser fatal. Os trabalhadores da equipe da ESF Pitoresca manifestaram desconforto e preocupação com a continuidade do atendimento dos usuários que atendem com comportamento suicida, levando em consideração a fragilidade de estruturação da rede de atenção em saúde mental.

Não, ela estava passando pelo posto, a A. e as gurias estavam visitando ela toda semana e esteve na reunião falando que era uma paciente grave, que precisa de uma internação, mas não conseguiram. Nós trabalhamos junto com o pessoal do São Pedro, o pessoal tentando, se empenhando, e quando viram, ela já tinha feito. Aquele meio que é muito demorado, aqueles trâmites (S9).

Eu concordo com a área definida, nós temos que ter um “x” de pessoas para poder atender todos. Só que tem muitos locais que não tem uma referência, então não tem aonde ir. A Intercap é um caso, a Intercap é grande, tu conheces, talvez não tenha posto de saúde, tem gente que queira se matar ali embaixo e eles não têm aonde ir. Porque se eles vão num lugar, “aqui não é posto teu”, se eles vão à emergência vão ser medicados, ou não, internados, ou não. Tem lugares onde falta a referência para isso [...] Mas se tu queres saber, o sistema é muito frágil, em minha opinião (S6).

É, tem muito. Eu vejo muito que tem do lado médico, ele entende que precisa... Teve um caso na minha área, que no caso era droga, que o M. foi lá, o M. levou, daqui e dali ele tentou. Eu vejo que tem, mas é difícil (S8).

Tem que internar, não é? E vai, vai, e às vezes está vindo gente, que está passando por aquilo (o comportamento suicida) e não está adiantando. Ele vai fazer, ele continua dizendo que vai fazer. E não tem um recurso, não tem nada para um caso que não consigo controlar (S9).

Para que os manicômios possam ser desativados, tanto em sua estrutura física, quanto na visão dos trabalhadores sobre as práticas de cuidado, em que o modelo asilar predomina, existem algumas condições. A dificuldade de acesso dentro do território para os serviços de saúde mental poderia ser superada por espaços de proximidade, em que a ESF e os serviços substitutivos tivessem interlocução e acesso de maneira ágil. Acolher no momento da identificação do comportamento suicida, e ter retaguarda para a continuidade do atendimento, poderia trazer segurança para quem atende e quem precisa de cuidado. É preciso que a rede de atenção em saúde mental continue se construindo e articulando para dar conta dessas demandas. Fazendo uma figura de linguagem, digo que as tramas que constroem a malha da rede sejam cada vez mais estreitas, e que a proximidades dos pontos da rede estruturem um espaço protetivo, em que os usuários e os profissionais não fiquem perdidos na busca do cuidado em saúde mental.

Wetzel *et al* (2011), ao discutirem esse tema, destacam que a falta de investimentos para o acolhimento no momento de crise e de um projeto político que incentive a construção de uma rede de cuidados em saúde mental reforçam a ideia de permanência da internação, considerada, nessa lógica, imprescindível para o cuidado ao usuário nesses momentos.

Acho. Porque eles diminuíram os leitos para esse tipo de pessoa, os profissionais são poucos, são mal pagos. Eles dão a prioridade de atendimento, não vamos falar de política, vamos sair um pouquinho do assunto... Para eles é importante que tenha dentro de uma Unidade Básica atendimento para gestante, atendimento para criança, atendimento para idoso, que é uma coisa que é vitrine. Falar de pessoas deficientes mentais, pessoas que tenha algum problema não é atraente (S6).

Isso é péssimo. Já tentou se matar mesmo, porque para prevenir, para tirar do risco não existe jamais, de jeito nenhum. Vai lá ao PAM 3, eles ficam um pouco, mas já são mandados para casa na mesma... (S9).

Para que o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, e para aqueles com comportamento suicida, o cuidado precisa ocorrer de forma plena. É necessário identificar e acolher as demandas apresentadas pelos usuários, e também é preciso

ter os recursos de saúde que possibilitem a continuidade do cuidado. A rede de atenção em saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais se configura numa estrutura de cuidado articulada para as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2003b), de acordo com a complexidade necessária para seu atendimento.

Essa organização em rede, e não apenas de um serviço, dispositivo ou equipamento, envolve não só o setor saúde, mas os diversos recursos que a cidade dispõe para que a atenção em saúde mental possa ser resolutive (BRASIL, 2003b).

Dentro da estratégia de parcerias intersetoriais, os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que a articulação academia serviço tem sido um recurso para que a estruturação da rede na saúde mental possa ser construída. A participação dos alunos de Saúde Mental da Escola de Enfermagem da UFRGS, que desenvolvem suas práticas disciplinares na ESF nas tardes de quintas e sextas-feiras é reconhecida como suporte para as ações em saúde mental da equipe da ESF Pitoresca.

Ajuda muito. Até porque a gente não tem ajuda nenhuma, a não ser da A., que não faltou nunca para nós, graças a Deus. Mas eles estão bem, eles vêm na sexta feira, estão marcando, estão agendando, estão se interessando (S8).

Sim, ela vai à casa. Isso elas dão a maior força. Vão, falam com o médico, mas é difícil eles conseguirem a internação, é difícil de conseguir [...] (S9).

A equipe da A. é um suporte muito bom, nós conseguimos criar um vínculo maior de toda a semana tu ires ali e saber, isso foram muito bom também. Então essas coisas que mudaram... (S12).

Olha, ideia, ideia eu não tenho, porque a gente não teve capacitação, nem nada, para isso, mas geralmente a gente encaminha para o pessoal de vocês, a professora de enfermagem em saúde mental, para ir lá conversar... (S15).

Também a presença da equipe de matriciamento em saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, que vai à ESF Pitoresca nas sextas-feiras à tarde, é avaliada pelos trabalhadores da ESF Pitoresca como um recurso resolutive, porque estão vinculados à mesma Gerência de Saúde que a ESF Pitoresca.

Esse fato propicia um trânsito mais livre entre as necessidades dos usuários com comportamento suicida e possibilidade de encontrar recursos na rede de saúde mental que atenda as demandas, e realizar os encaminhamentos necessários. Além

disso, os profissionais do matriciamento são fonte de análise de possibilidades de alternativas de atendimento, discussão de manejo das situações e suporte para entender os “nós” que ocorrem durante as ações de cuidado em saúde mental e ao comportamento suicida.

Melhorou não foi o saber, mas o ter para onde encaminhar. Antes vinha a equipe do São Pedro toda a quinta feira, agora mudou, é a equipe do matriciamento, que igual eles vem, não sei exatamente de quanto em quanto tempo, mas eles vêm [...] (S12)

Muitas vezes tu tentas encaminhar e não tem para onde, mas hoje tem uma saída, um encaminhamento (via matriciamento) (S10).

Está facilitando. Agora que começou com o matriciamento (S7).

Na perspectiva do trabalho organizado com essa (des)articulação em rede, na intenção da interdisciplinaridade, em que se constroem parcerias entre ensino e serviço, entre serviços e recursos em saúde que têm atribuições complementares e que dão conta de complexidades diferentes dentro dos atos de cuidado em saúde mental e do comportamento suicida, o matriciamento, a intersetorialidade e o trabalho coletivo se apresentam como uma estratégia para tentar minimizar a dificuldade de acesso para o atendimento ao usuário que apresenta comportamento suicida, dentro da ideia da construção de redes de cuidado em saúde mental.

### 5.3.2 Trabalho coletivo

A gestão do cuidado no trabalho em saúde se organiza de forma coletiva. Os atos em saúde se processam pela intervenção conjunta dos vários trabalhadores que compõem a equipe. No campo da saúde, não há como uma só categoria profissional dar conta das demandas dos usuários dos serviços. Existe a necessidade de que o conhecimento de cada área profissional se agregue concretizar o ato de cuidar, e desse modo os saberes de cada núcleo de conhecimento se somam e são compartilhados. A articulação do conhecimento de cada área profissional com as outras que integram a equipe de trabalho é necessária para que a finalidade do processo de trabalho seja atendida.

No processo avaliativo, atender às situações que envolvem o cuidado ao indivíduo com comportamento suicida e organizar o trabalho coletivo para isso evidenciou uma estruturação que a equipe da ESF Pitoresca incorporou em seu processo de trabalho, por ver esse comportamento como prevalente no território. A

necessidade da intervenção de vários profissionais para dar conta de cada situação que envolve o cuidado, o trabalho coletivo e a responsabilização dos trabalhadores na articulação na organização da rede de atendimento em saúde mental e ao comportamento suicida são avaliados como uma tarefa a ser compartilhada entre a equipe.

O trabalho em equipe é importante para nós profissionais, para a comunidade, enfim (S7).

Sim, então nós já temos várias possibilidades para atender o suicida. Tem o M., que é o mais envolvido na saúde mental. A P. também está envolvida junto, os dois no matriciamento. Só que, às vezes, não têm como eles resolverem, eles tem que tocar para frente (S9).

A equipe nesse sentido, sim. A gente sempre comentava um com outro "bah, aconteceu tal fato". Eu não sei, mas quando eu recebi essa paciente eu fiquei bem preocupado, falei na reunião de equipe, passei adiante (S6).

Não tem como devolver, não tem como fazer nada, e tu queres, então fica naquela coisa de ajudar, com medo do que vai acontecer e não tem como. Passa por nós aqui, vai para o matriciamento, aquilo fica para resolver, para ver, para estudar, dentro dos limites das consultas com os psiquiatras. Às vezes quando consegue alguma coisa já aconteceu o pior (S9).

Nesse sentido da forma de organização do trabalho, Scherer, Pires e Schwartz (2009) dizem que, para que o trabalho coletivo seja construído, certo período de permanência e estabilidade do trabalhador é necessário para que seja possível que a confiança e a cooperação aconteçam, pois são estruturadas com o passar do tempo, a partir da convivência no cotidiano das ações de saúde. Trabalhadores que atingem a construção desses atributos desenvolvem suas atividades com satisfação, qualidade nas ações, não perdendo sua singularidade.

Isso pode ser exemplificado a seguir, pelo extrato da fala de uma das entrevistas.

De trabalho. Agora não que seja especificamente para alguém, é ruim pra todo mundo, para nós que estamos aqui dentro, ou fora daqui. Uma equipe de PSF, uma equipe montada, deveria ficar sempre, criar vínculo e as pessoas terem sempre aquela referência. Sempre que há uma mudança é traumática, mesmo que a pessoa peça para mudar, mas... (S6).

O trabalho em saúde é desenvolvido, na maior parte de seus atos, como um trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação. Na prática isso geralmente acontece por meio de ações fragmentadas e parcelares, em que cada área profissional se responsabiliza por uma parte da atividade (PIRES, 2008).

Na ESF Pitoresca o processo de trabalho coletivo se dá de forma diferente, há compromisso e responsabilização no partilhamento das ações. A reunião de equipe, que ocorre nas quintas-feiras, às 13h00min, é um momento de integração e troca de informações, em que os vários profissionais discutem os casos, de forma interdisciplinar, e organizam estratégias de abordagem para usuários em situação de vulnerabilidade, como aqueles com comportamento suicida. Os trabalhadores têm o mesmo espaço de fala e escuta na reunião, são valorizados e reconhecidos no desenvolvimento de seu trabalho e no entendimento de suas dúvidas. As informações, colocadas de forma horizontalizada dentro do processo de comunicação, são organizadas pela coordenadora da reunião que garante a manifestação de todos.

Alguns registros do diário de campo ilustram como ocorre a construção desse espaço compartilhado.

A equipe tem um item de pauta fixo que se chama “Famílias-problema”. Quando chega nesse tópico, muitas pessoas têm o que informar. As ACS trazem casos novos ou antigos que identificaram durante a semana, nas visitas domiciliares. Os técnicos de enfermagem habitualmente falam sobre situações de manejo mais difícil que ocorreram no acolhimento. Os médicos compartilham os casos que gostariam que fossem acompanhados em visita domiciliar para esclarecimento de alguma situação que apareceu em consulta, principalmente em relação à estrutura das famílias e suas condições sociais. As enfermeiras falam sobre suas avaliações de situações que aconteceram no posto, na escola, ou na comunidade, durante visitas domiciliares, e que revelaram pessoas com dificuldade de abordagem. Noto que todos são ouvidos com a mesma atenção. A partir das informações trazidas são discutidas intervenções de cuidado (O12).

A equipe tem um item de pauta, que é fixo na reunião, em que se discute “Saúde mental”. É o momento em que a equipe demanda para a professora de enfermagem em saúde mental e para as acadêmicas de enfermagem da UFRGS da 5ª etapa, os usuários que gostariam que fossem acompanhados por elas, explicitando as situações que identificaram e que avaliam precisar ser vistas com um olhar mais específico, pensando na área de saúde mental. As informações que são trazidas sobre os usuários vêm das ACS, enfermeiras, médicos e técnicos. Todos têm autonomia para colocar suas necessidades de auxílio na avaliação dos casos. Esse, também, é o momento em que as acadêmicas de enfermagem dão retorno para a equipe sobre as visitas domiciliares que fizeram, e qual sua avaliação sobre o que viram nas casas em que foram, e o que perceberam dos usuários com os quais tiveram contato, e qual é o projeto de acompanhamento dos usuários visitados (O25).

Numa pauta, na reunião de equipe, sobre capacitação para as ACS, essas se mostraram insatisfeitas sobre o fato de que as horas utilizadas para isso não fossem ser consideradas para o banco de horas (que se reverte em folgas). A coordenadora ficou de rever com a gerência do distrito de saúde essa situação (O7).

Durante uma reunião para a organização do seminário de saúde ambiental de 2009, no qual eu me inseri, a coordenadora da comissão veio com ideias

bem estruturadas sobre a organização do evento. Os outros integrantes discordaram de muitas coisas, e houve uma reformulação na programação das atividades a serem desenvolvidas, a partir das sugestões trazidas (O7).

O trabalho em equipe na ESF Pitoresca pode ser visto como um diferencial devido a alguns fatores. Os trabalhadores avaliam que a reunião de equipe se constitui num espaço importante para a discussão sobre as condições de saúde dos usuários. Essa reunião de equipe é ampliada, pois além da equipe da ESF, os alunos, residentes e estagiários se integram e participam. É o momento em que a equipe troca informações, conhecimento, estratégias e formas de abordagem para as necessidades de saúde identificadas na comunidade. As situações de indivíduos com demandas em saúde mental e comportamento suicida que desafiam a capacidade de solução dos trabalhadores no território da ESF são trazidas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Para o atendimento ao usuário com comportamento suicida, o trabalho coletivo se fundamenta na disponibilidade que as equipes da ESF têm para acolher esses usuários. Dessa forma, se criam os espaços de escuta para esse atendimento.

Na ESF Pitoresca, por sua característica de acolhimento com portas abertas durante a jornada de trabalho, existe um trabalhador disponível para receber o usuário, e também é possível ter retaguarda nos outros profissionais da equipe para decidir, junto com a pessoa que buscou ajuda qual o cuidado que precisa ser dimensionado para seu desejo de morrer.

A parceria entre os alunos de saúde mental da Escola de Enfermagem da UFRGS e a ESF Pitoresca é aspecto salientado no processo avaliativo dentro do trabalho coletivo no atendimento a esses usuários. A equipe avalia que a participação dos acadêmicos no cotidiano do trabalho com os usuários que têm agravo em saúde mental e comportamento suicida auxilia na organização das abordagens e propicia aproximação com a realidade do sujeito.

[...] (sobre uma usuária que tinha comportamento suicida) a A. e as gurias estavam visitando ela toda semana [...] (S9).

As situações de vulnerabilidade em saúde mental, como o comportamento suicida, também são discutidas semanalmente com a psicóloga, assistente social e médico psiquiatra do matriciamento. Desse modo podem ser construídos planos de cuidado singular, pensando na necessidade de cada um que manifesta

comportamento suicida, a partir do sujeito e do conhecimento de cada trabalhador que está envolvido no cuidado do usuário.

[...] (sobre o atendimento ao comportamento suicida) Está facilitando. Agora que começou com o matriciamento (S7).

Essa forma de condução do trabalho em equipe encontra respaldo em Peduzzi (2001) que sustenta que no trabalho coletivo existe a possibilidade de relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. E vai mais além, afirma que a estratégia do trabalho em equipe proporciona uma desconstrução que torna possível fazer um enfrentamento ao intenso processo de especialização na área da saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (Brasil, 2001c) destaca que o trabalho em equipe é representante de uns dos diferenciais da Estratégia Saúde da Família, sendo considerado como um dos pressupostos mais importantes para a reordenação e reorganização do processo de trabalho como uma possibilidade de abordagens mais integrais e resolutivas.

E dentro dessa lógica de resolutividade e integralidade, os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que o trabalho em equipe é necessário por repercutir num cuidado de qualidade para os indivíduos que apresentam comportamento suicida. A visão multiprofissional na discussão das necessidades apresentadas pelos usuários numa escala de avaliação do comportamento suicida e o compartilhamento das dificuldades encontradas na resolução dos problemas que apresentam, produz uma discussão ampliada, em que a visão de várias áreas profissionais se agrega, e a reunião de equipe se constitui num espaço de escuta e compartilhamento para que isso ocorra.

Eu acho que não tem. Eu nunca tive problemas de falar o que eu achava, não que os que qualquer um que esteja na reunião seja obrigado a concordar comigo, mas eu acho diferente. E de escuta também. Eu acho que é o mesmo, eu falo o que é dentro do assunto, o que é importante, eu também sou escutada quando eu falo (S8).

Exatamente. Consegue-se muita coisa, se resolve muita coisa na reunião de equipe. Nós trazemos os casos que nós suspeitamos, passamos os casos. Ali já é marcado com o médico, já é marcado com a equipe da UFRGS, com vocês. Às vezes é passado na quinta, na sexta já estão indo da casa conosco acompanhar o familiar, acompanhar o paciente. É muito importante a reunião de equipe (S9).

Nesse sentido, retomo aqui algumas ideias que já discuti em relação ao trabalho em saúde. Trabalhar em equipe cria a possibilidade de que os saberes dos



vários profissionais envolvidos nos atos de cuidado se agreguem e se organizem na intenção de atender às necessidades dos usuários que apresentam comportamento suicida, procurando dar conta delas. A equipe da ESF Pitoresca trabalha no sentido de dar sua forma na organização do processo de trabalho para que essa demanda possa ser atendida.

Na organização do processo de trabalho, e do trabalho em equipe, é preciso entender como essas articulações podem ser construídas para dar conta das necessidades dos usuários. Ciampone e Peduzzi (2000) dizem que é a partir da compreensão de como cada núcleo de saber profissional participa na construção do trabalho coletivo, que se pode ver como as ações em saúde se engendram, atendendo às demandas dos usuários, conseguindo manter a especificidade de cada área profissional.

Para que isso aconteça, é preciso superar as formas de trabalho compartimentalizadas, em que não existe diálogo entre as práticas profissionais. Acredito nessa concepção de que, no trabalho em equipe, o núcleo de saber de cada área profissional vai contribuir na construção do conjunto de ações necessárias ao cuidado.

No processo avaliativo da ESF Pitoresca essa interlocução se apresenta como forma de organizar o trabalho de forma participativa, na perspectiva do atendimento ao usuário comportamento suicida. Possibilita atos de cuidado compartilhado, que proporciona segurança aos trabalhadores da equipe para fazer as intervenções necessárias.

Existem outros profissionais com os quais podem contar para dividir suas dificuldades em relação ao atendimento do usuário e vislumbrar outras abordagens possíveis. Poder discutir a ideia de morte nas reuniões de equipe é um momento em que os trabalhadores que atendem o usuário que deseja morrer têm oportunidade para compartilhar seus sentimentos sobre a situação, propiciando um espaço de para que o medo, a ansiedade e a dúvida possam ser divididos com os outros integrantes da equipe.

Numa reunião de equipe uma ACS relata o caso de uma senhora que expressou vontade de se matar. A ACS traz dúvidas sobre o que fazer, como abordar e que formas de cuidado instituir em relação ao problema. Há uma longa discussão na reunião para achar estratégias protetivas para essa senhora, com muitas dúvidas sobre as condutas a serem tomadas. Ficou decidido que ela será convidada a vir no dia seguinte, para uma consulta conjunta com a equipe de matriciamento (O29).

Não tem como devolver, não tem como fazer nada, e tu queres, então fica naquela coisa de ajudar, com medo do que vai acontecer e não tem como. Passa por nós aqui, vai para o matriciamento, aquilo fica para resolver, para ver, para estudar, dentro dos limites das consultas com os psiquiatras. Às vezes quando consegue alguma coisa já aconteceu o pior (S9).

Peduzzi (2001) alicerça o pensamento da interlocução e compartilhamento de saberes, dizendo que o conhecimento próprio de cada área vai contribuir nas intervenções coletivas necessárias para atender às demandas dos usuários dos serviços de saúde, dentro do contexto em que aparecem. Salaria que, por meio da participação na troca de conhecimento, o trabalho em equipe não pretende romper com as diferenças que existem entre as profissões da área da saúde, mas sim agregar e enriquecer sua prática. O processo de trabalho pode ser organizado vislumbrando essas diferenças, mantendo o saber de cada área profissional, pensando no coletivo das ações, em que a multiplicidade de estratégias facilita o atendimento das necessidades dos usuários.

Dentro da lógica da necessidade de trocas entre os saberes dos trabalhadores da equipe de saúde para que o trabalho possa ser organizado de forma interdisciplinar, com práticas coletivas para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, é preciso que se tenham momentos em que esse conhecimento possa ser socializado entre os profissionais, e a reunião de equipe é uma das situações oportunas para que esse encontro possa acontecer. Também outros espaços podem ser aproveitados para que o compartilhamento de conhecimento para atender o indivíduo com comportamento suicida seja visto dentro da ótica dos diversos profissionais que integram a equipe da ESF Pitoresca.

O cuidado construído a partir do olhar multiprofissional oportuniza aos trabalhadores da ESF uma visão solidária e coletiva para o planejamento dos atos de cuidar. O processo de trabalho, dessa forma, se estrutura na direção de interlocução de saberes produzindo relações em que há responsabilidade recíproca e interesse comum entre os profissionais da equipe, criando espaços para que a organização do trabalho se torne coletiva. O compartilhamento de saberes traz possibilidade para que o cuidado possa ocorrer de maneira que os profissionais da ESF colaborem na construção do trabalho em rede e do trabalho coletivo.

Nessa direção de capacitação e troca para que a composição do trabalho se aproxime da gestão de cuidado coletivo, interdisciplinar, em rede, é necessário que sejam promovidos espaços para que esse momento ocorra.

A discussão desse processo de transformação da forma de cuidar mediante o compartilhamento do conhecimento entre os trabalhadores e na instituição desses momentos pode ser feita no café, em reuniões de equipe, em conversas informais, durante o trajeto para uma VD e na volta dessa e em momentos formalmente chamados de capacitação. Pode acontecer nessas várias modalidades, e os gestores, em todos os níveis do Sistema de Saúde, têm responsabilidade na estruturação desses espaços de capacitação.

Nessa perspectiva de educação permanente, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) elaborou e publicou a Portaria nº 198, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Nesse documento destaca a importância do gestor federal se responsabilizar pela execução de políticas que orientem tanto a formação quanto o desenvolvimento dos trabalhadores do setor, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde. Além disso, salienta a importância da integração entre o ensino e as ações de cuidado e serviços como dispositivo para a qualificação das práticas assistenciais, ressaltando a importância da intersectorialidade nesse processo.

Nesse sentido, Ceccim, Armani e Rocha (2002) apontam que a instituição do SUS, em 1988, trouxe para a esfera do sistema de saúde a gestão e a competência para o desenvolvimento e a formação de recursos humanos para o trabalho em saúde.

Salientam que a condição de desenvolvimento se refere à educação de profissionais durante sua jornada de trabalho, e pode ter várias denominações, tais como educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação.

Destacam, ainda, que a condição formação remete à educação formal, que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo estar voltada ao pessoal inserido no serviço ou não, aparecendo, geralmente, sob essa mesma designação ou com a identificação dos programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada.

Trago aqui as avaliações feitas pelos trabalhadores da ESF Pitoresca sobre capacitação relacionada aos processos de desenvolvimento, conforme definem Ceccim, Armani e Rocha (2002).

Os trabalhadores da ESF Pitoresca têm momentos formais de capacitação organizados pela Gerência do 7º Distrito de Saúde de Porto Alegre, e também organizam espaços na reunião de equipe para discutir temas de interesse, habitualmente relacionados ao atendimento dos programas do Ministério da Saúde, organização de campanhas, como o combate à dengue, gripe H1N1, vacinação. No entanto, avaliam que, para o atendimento em saúde mental, e ao indivíduo com comportamento suicida, essa agenda não se estabelece, e sentem falta de preparação para poder realizar esse cuidado.

Sim, falta muita capacitação em saúde mental (S7).

É. Nós não sabemos, às vezes, como nos portar. Eu acho que nós precisamos muito de uma capacitação de saúde mental. E nós tivemos capacitação de tudo, menos de saúde mental (S9).

Não sei se espaço. Talvez capacitações, sim (S10).

Durante meu período de aproximação com a equipe, antes do projeto desta tese estar aprovado pela Banca do Exame de Qualificação e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, propus para a equipe uma capacitação em manejo em saúde mental dirigida para as ACS, pelo fato de serem linha de frente na identificação das situações, excetuando as questões relacionadas ao comportamento suicida. Tivemos 3 encontros até que o projeto desta tese fosse qualificado. Quando isso ocorreu, na arguição com a banca, identificamos que esses momentos poderiam criar um viés na pesquisa. Por isso interrompi a atividade até que o processo avaliativo fosse concluído. Ser vista como uma *expertise* em saúde mental poderia interferir nas informações que o grupo de interesse produzisse nesse processo. Pretendo retomar com as ACS da ESF Pitoresca essa atividade de capacitação, por entender que elas acolhem as situações de saúde mental e comportamento suicida que encontram nos trajetos que percorrem, e precisam de subsídios teóricos e momentos em que possam compartilhar suas dificuldades para sentir-se em condições de atender essa necessidade.

Lancman (2008) destaca a importância dos trabalhadores estarem preparados para acolher variadas demandas. Diz que, mesmo que a equipe se

estruture para dar conta disso, muitas vezes existe um sentimento de impotência por não saber como lidar com a necessidade apresentada pelo usuário.

Existe dificuldade principalmente em relação aos agravos em saúde mental e ao comportamento suicida. O usuário não encontra mais perspectivas e quer morrer. Pode ser difícil que os trabalhadores entendam os delírios, as alucinações, a agressividade e a criação de um mundo próprio de existência, em que, muitas vezes, o vínculo com a realidade fica perdido, os sintomas passam a compor as relações interpessoais na vida do usuário e morrer seja parte disso. Conseguir aceitar e compreender o desejo de morte de um usuário que pensa em morrer e tem um plano suicida organizado pode trazer desconforto às equipes, seja pela falta de preparo para o enfrentamento da situação, pela dificuldade em mensurar as razões para que isso ocorra, pela sensação de impotência e ansiedade que isso traz ao trabalhador.

No processo avaliativo da ESF Pitoresca os trabalhadores expressam essa situação. Conhecer e poder compartilhar como lidar e receber ajuda para atender o usuário com comportamento suicida é uma forma de sentir-se mais seguro nos atos de cuidado compartilhados.

[...] Eu acho que de um modo geral, para as pessoas, e eu não estou me excluindo disso, eu não vou dizer que não me importo com as pessoas suicidas, as pessoas em geral não dão muita importância para isso. Quando acontece na sua própria família, no caso desses, “ah se ele quer se matar, se mata”, isso é uma questão de cultura, “se matou porque é covarde, se matou porque quis”, a cultura mostra. (S6)

É. No caso não tem preparação, tu não estás preparada para aquilo (a tentativa de suicídio). E às vezes tu não queres também, e tu não estás preparada para aquilo e na hora tem que fazer. Eu, no caso, nem sabia o que era, eu pensei que ia chegar lá e ia voltar, que ia ficar ali, mas eu não sabia que o cara estava em surto, eu não sabia o que realmente passava. E tu ficas meio assustada, tu não esperas aquilo (S8).

Para mim é muito complexo (o comportamento suicida), eu não sei o que vou dizer, eu não sei como eu vou agir. Eu trago imediatamente para cá, mas, às vezes, eu fico sem ação, eu só escuto, porque eu não tenho o que debater, eu gostaria de conseguir falar mais (S9).

Para auxiliar nessa demanda, o Ministério da Saúde vem elaborando vários manuais para apoio às equipes da ESF no atendimento de problemas prevalentes em saúde, para subsidiar discussões que possam instrumentalizar os trabalhadores na abordagem das situações.

Em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, editou dois manuais com orientações sobre o atendimento ao usuário com comportamento suicida, sendo um dirigido aos profissionais de saúde mental, e outro, aos

profissionais da atenção básica, baseados no que é recomendado no SUPRE (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; BRASIL, 2006c).

No manual destinado aos profissionais de saúde mental há um detalhamento por psicopatologia sobre as taxas de incidência, prevalência e formas de investigação do comportamento suicida. Naquele destinado aos profissionais da atenção básica, existem orientações sobre sinais de alerta para a existência de comportamento suicida, como investigar, o que perguntar, como perguntar, quais medidas gerais adotar para a proteção do indivíduo com comportamento suicida e o que fazer nos casos em que esse a ideação suicida é consistente, com plano para ser posto em prática, numa situação em que não é possível fazer um contrato não suicida. Ambos destacam a importância de valorizar a fala do usuário e de sua família em relação ao desejo de morte, a necessidade de ver o sujeito como um todo, dentro de sua subjetividade, e de que as equipes de atendimento devem oferecer um acompanhamento mais contínuo para monitorar a condição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; BRASIL, 2006c).

Essas ações orientam e atendem à Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (Brasil, 2006b), criada pela Portaria nº1876 de 14 de agosto de 2006, em que estão previstas várias etapas para sua implantação. Existe uma recomendação de que as medidas preconizadas pela estratégia sejam articuladas entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, Secretarias Municipais de Saúde, instituições acadêmicas, organizações da sociedade civil, órgãos governamentais e não governamentais nacionais e internacionais.

No texto da Portaria (Brasil, 2006b) estão elencadas as atividades que devem ser implantadas. Essas ações abrangem estratégias de promoção de qualidade de vida, proteção, educação, prevenção e redução de danos, trabalho com a sociedade para elucidar a gravidade do problema, criar linhas de cuidado integral, identificar fatores predisponentes e protetores, estimular pesquisas sobre o tema, promover educação permanente para os profissionais de saúde da atenção básica, inclusive aqueles da ESF, e dos outros níveis de atenção, de acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Avalio que, desde o lançamento da Estratégia de Prevenção ao Suicídio (Brasil, 2006b) existem tentativas isoladas para que sua implantação efetiva aconteça. A construção de redes de cuidado em saúde mental vem se organizando, mas ainda não conseguem acolher as demandas que existem. Falar sobre quem

deseja morrer e suicídio é um tema tabu, traz incerteza, ansiedade, mobiliza a subjetividade de todos, e, por isso vejo que há necessidade de que essa discussão seja aprofundada, para que as propostas da estratégia se solidifiquem e os profissionais da atenção básica sintam-se habilitados para realizar esse atendimento.

Os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que têm incertezas sobre como abordar o problema, por não se sentirem capacitados para isso, e pelo fato de que a impotência que a situação traz muitas vezes paralisa.

[...]tu não estás preparada para aquilo (atender a tentativa de suicídio). E às vezes tu não queres também... [...] e na hora tem que fazer. Eu, no caso, nem sabia o que era, eu pensei que ia chegar lá e ia voltar, que ia ficar ali, mas eu não sabia que o cara estava em surto, eu não sabia o que realmente passava. E tu ficas meio assustada, tu não esperas aquilo (S8).

Para tentar minimizar a dificuldade de atender o indivíduo com comportamento suicida, o Ministério da Saúde vem realizando oficinas para capacitar profissionais em relação ao comportamento suicida (Brasil, 2008). Participei de uma oficina em Porto Alegre, em 2008, em que se encontravam profissionais de várias áreas do conhecimento compartilhando suas experiências, dúvidas e hesitações no cuidado ao sujeito com esse comportamento.

O eixo condutor das discussões foi a interdisciplinaridade como fator contributivo na construção de saber para organizar o processo de trabalho para acolher e cuidar de quem quer morrer e as dificuldades e incertezas que os trabalhadores enfrentam para que essa tarefa seja atendida. Conversando com as pessoas, nas atividades realizadas em grupo, identifiquei poucos profissionais da atenção básica e nenhum ACS. Esse fato me fez refletir sobre o propósito dessas capacitações, e nos manuais que as originam. Os serviços e trabalhadores que, nesse momento, têm a responsabilidade de acolher e avaliar o indivíduo com comportamento suicida, como a ESF, está pouco representado na oficina. Nessas capacitações, a abordagem multiprofissional poderia ultrapassar esse entrave para que aconteça, de fato, o compartilhamento de conhecimento e troca de experiências entre os profissionais que se deparam com o atendimento de quem quer se matar.

A necessidade dessa abordagem interdisciplinar faz com a participação dos médicos no atendimento ao indivíduo com comportamento suicida no domicílio, como uma estratégia de capacitação, seja vista como um suporte que pode trazer

segurança. Dessa forma, o trabalho coletivo é avaliado como importante para a ação, aumentando a parceria no atendimento.

[...] Eu vejo, nesse tempo que eu estou aqui, que os médicos se adaptam muito a isso, eles caminham junto com a gente, tu traz o caso e eles dizem “vamos ver, o que tem mais de peculiar da família?” [...] A gente conhece tudo. A gente conhece quando vem mãe nova, a gente conhece quando não vem, quando tem mais outra coisa. Com o passar do tempo tu vais conhecendo as pessoas e elas te dão sinais de como são os jeitos delas (S8).

É. Eu acho que eles (os médicos) deveriam fazer parte (do atendimento domiciliar ao indivíduo com comportamento suicida), até para conhecer mais, [...] como agora há pouco que eu fui chamada, teve um caso (de tentativa de suicídio) na minha área e fica aquela coisa assim, não fica como a gente está acostumada para lidar com os outros problemas, que a gente fala na frente de todo mundo. Então eu acho que eles deveriam participar mais (S14).

Os materiais de apoio e os processos de capacitação que não chegam aos trabalhadores vêm se mostrando insuficientes na instrumentalização dos profissionais da ESF, pois muitas vezes não são compartilhados. Vão para o arquivo e ficam lá. O processo de capacitação não se fundamenta em cursos, manuais ou outras atividades teóricas. Na avaliação da ESF Pitoresca, a reunião de equipe aparece como momento para que isso ocorra.

Nesse sentido, Silva *et al* (2011) dizem que a educação para os trabalhadores parte da compreensão da realidade, contextualizando a prática social, em que todos os atores contribuem no processo educativo, compartilhando experiências diferentes e vários conhecimentos.

Os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que necessitam algo mais concreto, que discuta seu cotidiano de trabalho para se sentirem em condições de cuidar do indivíduo com comportamento suicida.

Não sabia do manual (da Estratégia de Prevenção ao Suicídio) (S1).

Sabia, mas nunca discutimos (S3).

Não sabia, mas cada vez que encontro alguém que fala em morrer, eu fico junto. [...] É. Eu na minha área tenho três. Uma está muito bem, trabalhando, mas tentou três vezes. E tem duas que estão em tratamento também. Uma delas ainda está tendo crises. Tive outra, também, que tentou, cortou os pulsos, ela foi embora da área e eu não tenho mais notícias nenhuma, mas foi bem forte essa tentativa da outra (S9).

Pode ser porque eu não estou capacitada para identificar, mas não encontrei (S15).

Até para nós sabermos como falar, porque nós não podemos escutar eles e ficarmos quietas (S9).



É. É difícil para nós. Tu sabes que eu tive na área (alguém que queria se matar) quando estava aqui, eu fiquei até assustada, porque eu não tinha chegado ao posto. Estava até o pessoal ali, não me lembro do nome deles do São Pedro. O paciente estava em surto, desesperado, e eu fui levar ele na casa, chegou lá e eu fiquei com medo, porque a primeira vez que tu vais, eu fui uma, as gurias mais velhas tiveram, mas eu não tive capacitação nenhuma. E eles falando “ah, nós teremos que levar” e, realmente, eles pegaram o rapaz e levaram. Eu achei muito importante, porque eles viram realmente que ele precisava, queria se matar... Mas eu fiquei assim, tu nem sabes como eu fiquei. E ele vinha e batia na porta, estava em um surto mesmo. E eu fiquei pensando, eu passei por isso, a P. passou por isso, e a gente vai meio que preparada e tu passas por essa situação. Mas, claro, depois de um tempo vai aprendendo (a lidar com o indivíduo com comportamento suicida). Eu tenho, também, uma paciente surtada na minha área, mas eu conheço, já sei passar por ela, já sei conversar com ela. Mas com o tempo eu fui aprendendo. E é ruim quando tu não sabes nada disso, cair de paraquedas (S8).

A existência de normatizações para o atendimento não assegura que o conteúdo dos manuais chegue aos trabalhadores para discussão e compartilhamento. E os trabalhadores demonstram interesse em capacitações mais estruturadas.

Os trabalhadores da ESF Pitoresca têm uma expectativa de capacitações que sejam organizadas em forma de seminários, aulas ou estudos de caso para tratar do assunto do atendimento ao indivíduo com comportamento suicida. Os espaços da reunião de equipe e das trocas de informação no cotidiano do trabalho, muitas vezes, não são avaliados como momentos de capacitação. Sentem necessidade de agregar aos compartilhamentos da reunião de equipe momentos de discussão de conhecimento teórico, situados a partir de seus sentimentos, dúvidas e casos que acompanham.

É. Eu acho que deveria ter mais (momentos de reunião de capacitação), porque a gente aprende com vocês, com a A., mas eu acho que deveria ter uma capacitação mais formal [...] Porque, na verdade, era essa que a gente tinha. Nós tivemos durante uns três, quatro anos diretos, era bom para nós, a gente já via o usuário com outros olhos. No final parou com eles, mas é muito interessante, é muito importante para nós (S8).

Eu não vejo que tenha sensibilizado, até porque eu acho que nós, como Unidade Básica, não estamos preparados para esse tipo de atendimento. Até, como é que eu vou me expressar pra ti... Acho que precisamos de mais capacitações organizadas para atender a pessoa que quer se matar... (S6).

Ainda que os espaços formais sejam avaliados pelos trabalhadores da ESF Pitoresca como importantes para a capacitação, também existe avaliação em relação à participação do matriciamento e das acadêmicas de enfermagem em saúde mental da UFRGS como responsáveis no processo de educação no trabalho,

de forma menos estruturada. Essa parceria intersetorial proporciona apoio no cuidado, orienta estratégias para atender ao usuário com comportamento suicida, partilha dúvidas, dificuldades e saberes, e ensina.

[...] mas agora a gente está tendo um apoio bem interessante neste sentido, melhorou um pouco, está existindo mais um interesse, apoio do pessoal do matriciamento, apoio de todo mundo que tem vindo aqui... A Equipe da A. Discutem as coisas com a gente... E fica mais fácil atender os casos de saúde mental... Principalmente quem tem vindo aqui na sexta feira (Equipe de Matriciamento) (S6).

Peduzzi *et al* (2009) salientam que é preciso que os trabalhadores possam ter espaços permanentes de reflexão sobre a prática, que propiciem a atualização técnico-científica e o diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços.

O compartilhamento de conhecimentos, que se traduz na parceria entre a ESF Pitoresca e a academia, representada pela Escola de Enfermagem da UFRGS, além dos recursos que começaram a ser disponibilizados pelo setor saúde, como a equipe de matriciamento, proporciona uma possibilidade de integrar setores e construir saberes a partir da participação na discussão das situações de atendimento ao indivíduo com comportamento suicida.

Essa integração é necessária, principalmente no campo da saúde e educação, e essa parceria antes não era vislumbrada. É um jeito novo de mostrar que serviço e ensino podem andar juntos, ajudando o usuário, rompendo com um jeito anacrônico de ver a academia de um lado e o serviço de outro (OLSCHOWSKY *et al*, 2011).

Além disso, avalio que isso se agrega à necessidade de que o trabalhador se capacite em serviço, e aproveite os recursos e oportunidades que são oferecidos para que isso ocorra. Poder construir um processo educativo que atenda às necessidades de qualificação e de cuidado socialmente constituídas, dentro do trabalho, propicia a formação de profissionais comprometidos com sua realidade. Nesse sentido, estar habilitado para avaliar o comportamento suicida empodera os trabalhadores, e pode garantir ações de saúde mental seguras, tecnicamente instrumentalizadas.

Na área da saúde mental, a educação permanente tem como desafio consolidar a reforma psiquiátrica. Os programas tradicionais de educação continuada, que objetivam fornecer informações aos trabalhadores sobre avanços em seu campo de conhecimento, podem ser agregados a atividades mais amplas,

problematizadoras, em que haja intenção de articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde. Portanto, a educação permanente é necessária aos profissionais de saúde, e identifica que vários serviços já vêm se estruturando para dar conta dessa demanda (TAVARES, 2006).

Para Tavares (2006) a educação permanente dos trabalhadores na área de saúde mental requer mais do que programas educacionais baseados em definições de competências específicas. Entende que são necessários processos educativos mais amplos e problematizadores que tenham por objetivo desenvolver conhecimentos de caráter interdisciplinar.

É preciso proporcionar condições para a estruturação de sistemas integrais de educação permanente no âmbito do próprio serviço para conseguir formular conhecimento de estratégias inovadoras de cuidar em saúde mental, favorecer o intercâmbio de experiências e a aliança entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas (TAVARES, 2006).

Nesse sentido, avalio que os momentos de trocas de informação nas reuniões de equipe podem ser trabalhados como momentos de desenvolvimento, em que os trabalhadores da ESF Pitoresca sintam-se participantes de um processo educativo no espaço da reunião. A discussão da abordagem ao um indivíduo com comportamento suicida, ou o relato de uma visita domiciliar realizada, tendo em vista essa situação, podem agregar conhecimento interdisciplinar que possibilite entendimento do problema.

Em outros momentos também ocorre troca de saberes, seja em conversas informais sobre determinado caso ou em relatos de experiência durante atendimentos e VDs realizadas. Observei que a cozinha da ESF Pitoresca é um lugar de compartilhamento de conhecimento, além de ser um espaço de integração.

P. toma café e conversa com uma ACS sobre a necessidade de ir à casa de uma usuária e conferir como ela vem fazendo uso da medicação anticonvulsivante. Diz que essa usuária consultou, relatando ter convulsões, apesar de tomar a medicação corretamente. P. tem dúvidas sobre isso. A ACS pergunta qual a diferença entre tomar a medicação em um único horário (o que parece ser o que a usuária vem fazendo) e dividir a dose, como a médica prescreveu. P. explica sobre meia vida de medicações, tempo de ação e farmacocinética. Nesse momento chega a enfermeira, que ouve o que está sendo falado, e traz sugestões para organizar as medicações e facilitar para que a usuária as use de forma correta. A enfermeira comenta sobre as coisas que a ACS pode observar na casa da usuária em relação aos riscos físicos para ela, caso tenha convulsões (O23).

Duas ACS conversam, enquanto lancham. Uma conta para a outra sobre uma situação que encontrou numa VD. Foi na casa de uma família que tem muitas crianças em idade escolar. Foi realizar cadastramento, pois são moradores novos na área. Todas as crianças estavam em casa, nenhuma na escola. Quando revisou as carteiras de vacinação delas, viu que não estavam em dia. Comentou que a família saiu de onde morava por problemas relacionados ao tráfico. A ACS, que ouvia o relato, disse ter situações parecidas em sua microárea. Falou que aos pouquinhos conseguiu ganhar a confiança desses usuários, trazê-los para a ESF, e começar ajudá-los a organizar sua situação social e de saúde (O29).

Momentos não estruturados, como esses, em que trocas de experiências profissionais acontecem, muitas vezes não são avaliados como situações de capacitação. Ainda persiste uma cultura de que, para capacitar, existe a necessidade da constituição de espaços delimitados, com temas e horários definidos.

Nesse sentido, os trabalhadores da ESF Pitoresca ainda têm uma ideia de que capacitação só ocorre em horários formais para isso. O compartilhamento de acontecimentos que possibilitam a troca de conhecimento entre os profissionais que ocorre no cotidiano do trabalho são pouco valorizados.

Ainda que a avaliação da necessidade de capacitação formal seja quase hegemônica, esse extrato de observação traz contribuições sobre outros momentos em que isso ocorre, e que o trabalho coletivo ocorre pela troca de saberes.

A equipe tem um item de pauta fixo que se chama “Famílias-problema”. Quando chega nesse tópico, muitos trabalhadores têm o que informar. As ACS trazem casos novos ou antigos que identificaram durante a semana, nas visitas domiciliares. Os técnicos de enfermagem habitualmente falam sobre situações de manejo mais difícil que ocorreram no acolhimento. Os médicos compartilham os casos que gostariam que fossem acompanhados em visita domiciliar para esclarecimento de alguma situação que apareceu em consulta, principalmente em relação à estrutura das famílias e suas condições sociais. As enfermeiras falam sobre suas avaliações de situações que aconteceram no posto, na escola, ou na comunidade, durante visitas domiciliares, e que revelaram pessoas com dificuldade de abordagem. Noto que todos são ouvidos com a mesma atenção. A partir das informações trazidas são discutidas intervenções de cuidado (O12).

Nessa perspectiva, Silva (2007) salienta que o processo educativo no trabalho deve ter uma abrangência que possibilite tanto o desenvolvimento integral quanto o empoderamento dos sujeitos que fazem parte dele.

Utilizando uma concepção freireana, diz que é necessário “*aprender a aprender*”. Contribui, ainda, dizendo que a construção de conhecimentos produz autonomia individual e coletiva, principalmente pelo fato de estar vinculada com o meio cultural e profissional dos trabalhadores. Entende que, por essas razões, o

processo educativo se dá com os sujeitos e em razão desses, e com sua vinculação com o compromisso social, no qual se projeta a educação no trabalho.

Nessa mesma linha de abordagem, Silva *et al* (2011) têm a concepção de que essas modificações nas estratégias de formular processos de capacitação nos serviços, vão possibilitar que seja concebida uma construção diferente no processo de trabalho. Acreditam que, nessa forma participativa, crítica, reflexiva será mais fácil incluir, dentro desse processo, a relação com o objeto de trabalho, incluindo o objetivo e subjetivo, interior e exterior, enfatizando o ético, por aceitar o novo, diante das experiências compartilhadas nos momentos educativos, formais ou não, dentro do local de trabalho.

Nesse sentido, a equipe da ESF Pitoresca, pelas informações construídas no processo avaliativo, tem uma posição em que, se por um lado, veem a necessidade de momentos formais de capacitação para poder se instrumentalizar no atendimento ao usuário com comportamento suicida, avaliam que outros espaços de troca de conhecimento contribuem para isso. Momentos considerados não formais de discussão contribuem para que os trabalhadores da equipe troquem experiências e se ajudem nessa tarefa. Dessa forma, o objeto de trabalho, atender ao indivíduo com comportamento suicida, se desdobra nas ações necessárias para conseguir acolher quem quer se matar, e fazer alguma ação de cuidado em relação a essa situação.

No rumo da necessidade de capacitação dos profissionais em saúde para o atendimento ao comportamento suicida, outras entidades de cuidado à saúde também vem se preocupando com o indivíduo com comportamento suicida.

A Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, em parceria com a Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA) está realizando o evento Rodas de Conversa: articulando psicanálise e saúde coletiva no tema do suicídio, em 2012. O objetivo é proporcionar um espaço para trocas, intercâmbios, debates e educação permanente que reúna profissionais de diversas áreas e diferentes inserções nos serviços públicos. A ideia é que a singularidade de cada ato seja valorizada no cotidiano do trabalho em saúde coletiva, e que, nesse contexto, o comportamento suicida possa ser colocado no foco das ações em saúde. Esse é um evento abertos a todos profissionais que lidam com indivíduos com comportamento suicida.

Esse espaço pode possibilitar discutir as incertezas em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, formar parcerias entre os

trabalhadores que atendem esses usuários, e aprimorar a construção da rede de cuidado em saúde mental.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida. Para isso, foi realizado um processo avaliativo qualitativo junto à Estratégia Saúde da Família Pitoresca, do 7ª Distrito de Saúde de Porto Alegre, que abrange a região Lomba do Pinheiro e Partenon.

Esta pesquisa se insere em um projeto que avalia as ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, e a intenção foi que se cooperasse, num recorte mais específico, para que os trabalhadores da ESF pudessem se beneficiar de suas avaliações sobre o processo de cuidar na situação do atendimento ao indivíduo com comportamento suicida. O processo avaliativo qualitativo, dentro de sua perspectiva formativa e participativa, pode colaborar e elucidar aos trabalhadores como poderiam estruturar e organizar o atendimento aos usuários com comportamento suicida no território, desconstruindo a imagem de que o cuidado em saúde mental, e ao indivíduo com comportamento suicida, seja de responsabilidade apenas dos especialistas.

A avaliação qualitativa foi realizada por meio da Avaliação de Quarta Geração, que pressupõe um modelo participativo, construtivista e responsivo, dando voz àqueles que estão inseridos no processo investigado, nesse caso o grupo de interesse equipe da Estratégia Saúde da Família Pitoresca.

Os resultados foram organizados a partir da categoria analítica processo de trabalho, estruturados em três categorias temáticas. As categorias temáticas construídas no processo avaliativo foram tecnologias relacionais, atendimento usuário-centrado e gestão do cuidado.

Para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, tendo em vista as tecnologias relacionais, a organização do processo de trabalho é permeada pela sensibilidade que os profissionais da ESF Pitoresca têm em considerar o cuidado como um valor e, por isso, sentem-se responsabilizados com os usuários de seu território. Acolher e atender essa necessidade de saúde se espelha na forma como a equipe se estrutura para o trabalho, tendo as tecnologias leves como em eixo norteador das ações desenvolvidas com aqueles que desejam morrer.

Os profissionais da ESF Pitoresca trabalham na lógica de portas abertas e isso favorece a aproximação e a produção de espaços de atendimento ao sujeito

com pensamento suicida. Para quem está no dilema entre viver e morrer poder contar com essa postura de acolhimento é um recurso potente e fundamental no cuidado, pela disponibilidade de escuta, ajuda e pela disponibilidade de acesso para que os usuários que chegam sem consulta marcada sejam ouvidos.

A escuta aberta e qualificada, a disponibilidade para acolher o desejo de morte do usuário, além do cuidado clínico são os instrumentos que utilizam para cuidar do indivíduo com comportamento suicida. Nesse sentido, no processo avaliativo os trabalhadores da ESF Pitoresca evidenciaram que o fato de estar junto e conhecer são necessários para poder cuidar. Para isso utilizam práticas de cuidado que se alicerçam nas tecnologias leves, como diálogo, escuta, acolhimento, vínculo e disponibilidade do profissional.

O vínculo do profissional com a comunidade é fundamental para que o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida ocorra de forma segura. A formação de vínculo é um processo que se inicia quando o usuário com comportamento suicida busca ajuda ou é identificado pelas ACS durante as visitas domiciliares. Do mesmo modo, esse vínculo se constitui pela forma como é acolhido, entendido em seu desejo de morrer, e se consolida no momento em que é construída a relação de confiança que faz o usuário permitir que os profissionais organizem, junto com ele, um modo de cuidar apropriado para suas necessidades. Conhecer possibilita olhar o outro e saber como está. E essa postura se insere dentro do atendimento usuário centrado.

A avaliação do risco de suicídio traz muitas dúvidas. A visão de que é preciso objetividade para investigar a ideia de querer se matar mescla-se com o pensamento que alguns trabalhadores expressaram sobre o fato de que perguntar sobre a ideia suicida pode não ser uma abordagem adequada. As ACS são destacadas pela equipe na identificação do risco de suicídio, pelo seu trabalho nos domicílio e pela facilidade de acesso que têm aos usuários e suas necessidades.

Dessa forma, neste processo avaliativo, existem trabalhadores que avaliam que investigar claramente o desejo de morte é a melhor maneira de ajudar quem pensa em se matar e outros que não se sentem em condições de fazer isso por despreparo, por não saber como fazer ou por acreditar que fazer isso pode suscitar a concretização do plano.

A avaliação do risco de suicídio é um tema que demanda muitas discussões. Os trabalhadores da ESF Pitoresca, com suas incertezas sobre isso, estão



contemplados nas dúvidas que residem sobre esse tema. O senso comum diz que falar sobre a vontade de se matar poderia estimular essa vontade. A literatura especializada alerta sobre a necessidade de uma investigação objetiva sobre o desejo de morrer para poder avaliar a gravidade do comportamento suicida.

Na ESF Pitoresca, os profissionais têm atenção especial às demandas de saúde mental, em que se inclui o comportamento suicida. Já perderam alguns usuários por suicídio, e isso trouxe para a equipe um sentimento de tristeza e impotência, pelo fato de achar que não realizaram o dimensionamento do risco de forma protetiva e por não terem encontrado meios para evitar a morte do usuário. Nem sempre o suicídio pode ser evitado, e as equipes que atendem usuários que querem morrer se encontram no permanente dilema de se deparar e enfrentar a pulsão que vai ser mais intensa no usuário, a de vida ou de morte.

Por isso, existe necessidade de orientar os atos de cuidar para as necessidades do usuário que apresenta comportamento suicida, a fim de individualizar o plano de atendimento. Na ESF Pitoresca há entendimento de que a gravidade do comportamento suicida precisa ser considerada no momento em que se instituem os atos de cuidado. No processo avaliativo, surgiu a necessidade de não se orientar por protocolos, entender e ver cada situação como única. Dessa forma, os atos de cuidado que vão ser construídos variam de acordo com a gravidade da situação. A gama de opções é múltipla para o plano singular terapêutico. Vão desde visitas domiciliares mais frequentes de todos trabalhadores, suporte da família e amigos, consultas médicas em espaço de tempo mais breve até chegar a identificar que a internação é o recurso mais adequado, pela intensidade do risco. Cada usuário é visto em sua singularidade, e o plano terapêutico instituído vai ao encontro disso.

Nesse sentido, vejo na equipe da ESF Pitoresca uma protagonista na construção da singularidade no processo de atendimento. Em relação ao usuário com comportamento suicida os modos de construção do cuidado vêm sendo construídos com as experiências que os trabalhadores têm nesse atendimento, já que a dimensão do problema faz com que seja necessário que se crie uma rede protetiva que envolva a família e a comunidade, e as experiências anteriores que a equipe teve nessas situações possibilita pensar em abordagens mais efetivas. Poder avaliar cada situação em seu contexto oportuniza individualizar as ações de cuidado

necessárias ao atendimento do usuário dentro de sua situação de vida, entendendo a intensidade do comportamento suicida que apresenta.

Para a gestão do cuidado, contar com uma equipe multiprofissional no cotidiano das ações de saúde, e com profissionais de outros serviços para qualificar o atendimento constitui uma parceria que auxilia nos atos de cuidado, diversifica olhares e possibilita integração intersetorial para o atendimento ao usuário com comportamento suicida. No processo avaliativo as trocas de experiências e conhecimento que acontecem com a Escola de Enfermagem da UFRGS e com a equipe de matriciamento aparecem como recursos potentes para as intervenções em saúde mental com os usuários com comportamento suicida.

A articulação em rede nos serviços de saúde, e principalmente em saúde mental, enfrenta dificuldades. O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental é avaliado como frágil na devolução de informações sobre os atendimentos dos usuários da ESF, dando poucas orientações sobre o seguimento do acompanhamento do indivíduo com comportamento suicida na atenção básica, e nesse quesito citam a emergência psiquiátrica de Porto Alegre. Os trabalhadores da ESF Pitoresca também avaliaram como problema conseguir encaminhar usuários com comportamento suicida para atendimento com especialistas.

Mesmo assim, avaliam que, com a parceria com a equipe de matriciamento, que é vinculada a mesma Gerência Distrital de Saúde, isso vem se modificando, e o fluxo vem gradativamente se tornando mais fácil. Dessa forma, o matriciamento, visto como um dispositivo para o cuidado em saúde mental vem possibilitando a articulação e parceria da equipe da ESF com as equipes de saúde mental.

Os trabalhadores da ESF Pitoresca avaliam que a construção de redes de cuidado em saúde mental é um processo lento, e considerando que o comportamento suicida é um tema tabu, urgente no seu atendimento, que mobiliza a subjetividade de todos, estão percorrendo uma trajetória passo a passo para que essa conjugação possa acontecer.

Avaliam que a parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS, que tem campo de prática na ESF, oportuniza trocas entre os trabalhadores, alunos e professores, em que demandas complexas de saúde mental do território, como o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida podem ser discutidas conjuntamente, para que seja organizado o cuidado necessário.

Sobre o trabalho coletivo, a ESF Pitoresca é unânime em avaliar o trabalho em equipe como uma estratégia potente para cuidar.

Em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, referenciam a reunião de equipe como um dos momentos mais importantes pela troca de informações e orientações que acontece nesse espaço. Dizem que na reunião todos falam e são ouvidos, não importando a categoria profissional, e que há horizontalidade no processo de comunicação. Salientam que a possibilidade de discutir as situações e ter uma proposta de ação praticamente imediata traz segurança.

A parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS aparece como um elemento que ajuda na construção das estratégias de abordagem, já que a reunião de equipe ocorre nas quintas-feiras e as alunas da enfermagem e a professora saem para VDs nas sextas-feiras, podendo ir avaliar quase que imediatamente, juntamente com as ACS, as situações de indivíduos com comportamento de suicídio identificadas.

Aqui cabe um destaque ao papel que as ACS têm na equipe. As ACS representam os moradores da comunidade dentro da equipe. Conhecem a realidade do território por fazer parte dele e conviver na mesma realidade e cultura. Essa proximidade facilita que os problemas sejam compartilhados com elas, e que cheguem à reunião de equipe para discussão. Muitas situações de indivíduos que têm comportamento suicida chegam à reunião de equipe pelas informações delas. Seu vínculo com os moradores do território possibilita a expressão do desejo de morte de parte dos usuários da ESF, e sua participação na abordagem dos casos permite estruturar um cuidado protetivo.

Avalio que esse olhar que a ESF Pitoresca tem pela saúde mental, e pelo cuidado ao usuário que apresenta comportamento suicida, proporciona oportunidades de construção de cuidado em que todos trabalhadores da equipe participem, cada um dentro de sua área de conhecimento, enriquecendo os planos terapêuticos que podem ser construídos.

Nesse sentido, a equipe da ESF Pitoresca organiza o trabalho em equipe de forma que todos trabalhadores têm a mesma importância no processo de cuidar. A hierarquização ocorre em situações administrativas, mas nos aspectos que envolvem o atendimento, cada componente da equipe tem espaço para compartilhar

situações que tenha identificado, e que precisam de uma avaliação multidisciplinar para formular um plano de cuidado.

Para isso, os profissionais da ESF Pitoresca avaliam a importância da promoção de capacitação para dar condições para que o cuidado ao indivíduo com comportamento suicida possa ser estabelecido. De uma forma geral, entendem como capacitação momentos formais organizados para discutir algum tema sobre o atendimento que realizam. A troca de informações durante o cotidiano da construção das ações de saúde, ou as discussões que acontecem na reunião de equipe, em que há espaço para trazer dúvidas sobre o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, parecem não serem compreendidas como momentos de educação no trabalho, ainda que sejam momentos de aprendizado.

Os trabalhadores da ESF Pitoresca demonstram disponibilidade e interesse em participar de capacitações para o atendimento em saúde mental, e ao indivíduo com comportamento suicida. Existe um desejo de aprender e entender sobre isso para poder sentir-se mais seguros na abordagem ao usuário. Dentro dessa perspectiva, avalio que precise ser trabalhado junto à equipe a importância dos espaços não formais no processo educativo no cotidiano das ações de saúde.

As atividades organizadas na Gerência de Saúde para promoção de capacitação são válidas, porque reúnem os trabalhadores, proporcionando troca de experiências e aprendizado.

No entanto, avalio que os processos educativos que podem ocorrer dentro de um contexto reflexivo, a partir da realidade encontrada no território, dentro da equipe, promovem a instituição de práticas de cuidado dirigidas às necessidades dos usuários da área que têm comportamento suicida, levando em conta sua realidade e capacidade de participação na elaboração do plano de atendimento. Dessa forma, se cria a possibilidade de ir para além da investigação do sintoma, levando em conta a estrutura de vida que o indivíduo tem, conhecendo sua rede de apoio e sustentação.

Na ESF existe a possibilidade de cuidado compartilhado, em que não é só tarefa da equipe se preocupar com os problemas de saúde do território, tendo em vista a possibilidade de ações integradas na estruturação dos cuidados em saúde. A presença das ACS, moradoras do território e integrantes da equipe, facilita a proximidade com a comunidade, o que pode favorecer o conhecimento e a identificação das necessidades dos usuários, podendo demandar, junto à equipe da

ESF, ações prioritárias de saúde. Para os casos de indivíduos com comportamento suicida, a proximidade pode possibilitar seu reconhecimento e a realização de ações de escuta, vínculo, partilhamento que podem minimizar o risco de perda de vidas e sofrimento para a pessoa, sua família, amigos e equipe.

Por isso, minha tese era de que a ESF é um dos equipamentos potentes para que se desenvolvam ações em saúde mental junto ao usuário com comportamento suicida e seus familiares. Isso se sustenta na ideia de que a condição de proximidade, as possibilidades de conhecimento da comunidade e a territorialidade podem propiciar a formação de vínculo entre os profissionais das equipes da ESF e os usuários dos serviços. Essa relação de confiança construída mutuamente pode tornar viável a identificação do indivíduo com comportamento suicida e proporcionar que sejam adotadas práticas de cuidado para essa situação.

Assim, tinha como pressuposto que a ESF é um dispositivo importante dentro da rede de cuidados para o estabelecimento de ações de saúde mental junto aos indivíduos com comportamento suicida, tendo em vista que esse espaço de cuidado promove e proporciona o encontro entre os trabalhadores e aqueles usuários que estão em sofrimento psíquico grave, e possibilita alguma forma de intervenção sobre isso.

Dentro do processo avaliativo isso se confirmou pelas construções desenvolvidas pelos trabalhadores no Círculo Hermenêutico-Dialético e durante o processo de negociação.

Considero que as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF junto aos indivíduos com comportamento suicida, vistas sob a ótica do processo avaliativo, possibilitam obter informações sobre seu atendimento e as ações de cuidado realizadas, diferentes daquelas que se encontra nos achados epidemiológicos, estatísticas que não possibilitam conhecer o cotidiano de quem atende o indivíduo com comportamento suicida, seus entraves e dificuldades, nem proporcionam oportunidades para ajudar a compreender o dilema que os profissionais da ESF encontram, principalmente na questão da avaliação do risco, cada vez que se deparam com alguém com comportamento suicida. Considero esse um nó que precisa ser desatado no atendimento. A mensuração da intensidade do comportamento suicida é avaliada pelos trabalhadores da ESF Pitoresca como uma construção a ser feita, dada a singularidade de cada caso, e o sentimento que têm de que esse comportamento é imprevisível.

Nessa perspectiva, acredito que as ações de saúde mental para o comportamento suicida desenvolvidas na ESF representam uma possibilidade de garantia da integridade física, da manutenção da vida e da prevenção dos traumas decorrentes desse comportamento em familiares, amigos, e de todos aqueles próximos do sujeito, e até dos profissionais que tenham que lidar com a perda de uma pessoa adstrita a sua área de atendimento.

Portanto, avalio que a ESF é um equipamento para que se promovam ações de saúde mental em relação ao comportamento suicida, tais como identificar os usuários e famílias que precisam de cuidado, monitorar a presença da ideação suicida, avaliar a intensidade do risco, fazer acompanhamento da evolução da intensidade do comportamento, avaliar as possibilidades de estabelecer um contrato não suicida com o usuário, bem como as condições que a família tem para ser continente com comportamento, oferecendo suporte para que isso possa acontecer, auxiliando nas dificuldades da família e usuário, encaminhando para internação quando os recursos de atendimento na ESF já se esgotaram e retomar o acompanhamento do usuário quando em alta hospitalar.

Este estudo foi construído com a intenção de contribuir para que os atos em saúde na ESF em relação ao indivíduo com comportamento suicida, o objeto dele, pudessem ser conhecidos, a partir da avaliação dos trabalhadores que se deparam, em seu cotidiano de trabalho, com a necessidade de realizar esse atendimento. Acredito que os resultados apontem para situações que podem ser implementadas junto à ESF para que os profissionais sintam-se mais apropriados do conhecimento necessário para por em prática no momento dessa abordagem, como a realização de capacitações que discutam as dificuldades no atendimento a esse comportamento, a partir da realidade vivenciada pelos trabalhadores.

Isso decorre do fato da equipe sentir necessidade de poder estar mais instrumentalizada para esse atendimento. A promoção de capacitação foi avaliada como uma dificuldade, e entendo que esse contexto precise ser trabalhado para que a ESF Pitoresca possa dar conta de acolher e atender os indivíduos com comportamento suicida.

Os resultados mostram que a equipe da ESF Pitoresca vem construindo uma atuação que se insere no modo psicossocial de atendimento em saúde mental, valorizando as tecnologias relacionais como estratégias fundamentais para o

atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, se estruturando para trabalhar em rede de cuidados.

A consolidação da rede de cuidados em saúde mental pode ser uma estratégia que facilite esse atendimento, por proporcionar que o usuário com comportamento suicida percorra caminhos de acompanhamento que estão inseridos em seu contexto e sua realidade.

## REFERÊNCIAS

ABREU, K.P.; KOHLRAUSCH, E.R.; LIMA, M.A.D.S. Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos agentes comunitários de saúde – estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.7, n.3, 2008. p.1238-1250.

ALMEIDA, N. Apoio psicossocial em saúde mental na atenção básica em Macaé. In: **Anais do XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria – VIII Jornada Gaúcha de Psiquiatria**. Porto Alegre, 2007.

ALVES, M.D.S.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, C.D. *et al.* Researches about suicide in Brazilian graduate program. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.3. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2007.1158/277>. Acesso: 30 jun 2008.

AMARANTE, P.D.C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 202p.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 142p.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Hucitec; 2009. p. 783-836.

ANGELIS, S. **El método comparativo constante**. EducaRed, 2005. Disponível em <http://www.educared.org.ar/infanciaenred/margarita/etapa2/mcc1.asp>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

ANGERANI, V.A. **A ética da saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

BALLONE, G.J. **Simpósio sobre suicídio** 1999. (J. Hopkins Hospital). Resumo. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/acad/suicidio.html>> Acesso em: 11 nov. 2005.

BARROS, C.A.S.M. **Psiquiatria para leigo**. Porto Alegre: Conceito, 2003.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BEFRIENDERS INTERNATIONAL. **Mitos sobre o suicídio**. Disponível em: <http://www.suicideinfo.org/portuguese/myths.htm> . Acesso em: 15 mai. 2005.



BERTOLETE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 32, supl II, out. 2010, p.587-595.

BOCCARDO, Andréa Cristina S. *et al*. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, abr. 2011. Disponível em <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-91042011000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042011000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jun. 2012.

BRASIL, **Resolução nº 196**, de 10 de outubro 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça: **Lei dos Direitos Autorais**. Lei nº 9.610/1998. 1998. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br>>. Acesso em: 02 dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Lei nº 10.216, de 06/04/2001, publicada no DOU em 09/04/2001. Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete da Presidência da República, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU nº 96 seção IE, de 18/05/01. **Série E. Legislação de Saúde**; n.8. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Análise dos dados de mortalidade no Brasil e regiões, 2002. **Boletim do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilanciaepidemiologica>. Acesso em: 15 nov.2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. **Atenção básica**. 2003a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)>. Acesso em: 03 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de atenção básica. Coordenação geral de saúde mental. Coordenação de gestão da atenção básica. **Saúde mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**, 2003b. Acesso em 15 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 29 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 198/GM**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Informações de Saúde – Estatísticas vitais, 2006a. **Sistema de Informações sobre Mortalidade /MS /SUS / DASIS**. [On line]. Disponível em : <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: out. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio**. 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; OPAS; UNICAMP. **Prevenção de suicídio**: manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental. 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 648 de março de 2006**. Cria a Política nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Números da saúde da família**, 2007a. Disponível em: <[http://dtr2004.saudegoverno.gov.br/portal/saude/cidadão/visualisar\\_texto.cfm?idxt=24355&janela=1](http://dtr2004.saudegoverno.gov.br/portal/saude/cidadão/visualisar_texto.cfm?idxt=24355&janela=1)>. Acesso em: 12 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007b, 85p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Clínica ampliada, Equipe de referência e Projeto terapêutico singular. 2. ed. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília – DF, 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007d, 85p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 154 de 24/01/2008**. Cria os Núcleos de Atenção à Saúde da Família. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. : il. color. Série B. Textos Básicos de Saúde. ISBN 978-85-334-1582-9.

BRICEÑO-LIÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação em ciências sócias. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (org.) **O clássico e o novo**: tendência, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.157-183.

BRUCE, M.L.; TEN HAVE, T.R.; REYNOLDS, C.F. *et al.* Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. **Journal of the American Medical Association, JAMA**, v. 291, n.9, p.1081-91, mar., 2004.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação de recursos humanos para a estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, Maringá. v. 7, n.1, p.045-052, jan/mar, 2008. ISSN 1677-3861.

CAMPOS, C.M.S; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USPá**, v.34, n.3, p.271-6, set., 2000.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. ISBN 85-271-0266-8.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunic. Saúde, Educação**, Campinas, v.9, n.17, p.389-406, mar./ago., 2005.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. (orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002. 2 ed. ISBN 85-271-0407-5. p. 229-43.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família: atenção básica em sistemas públicos de saúde – em busca da universalidade, equidade e integralidade. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.) **Manual de práticas de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada**. São Paulo: Hucitec, 2008. cap.5.p.132-153.

CAMPOS, R.O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica: por que se preocupar com a atenção à saúde mental na atenção básica? In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.) **Manual de práticas de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada**. São Paulo: Hucitec, 2008. cap.9. p.221-246.

CARNEIRO, L.L.F. Borderline: no limite entre a loucura e a razão. **Ciências e cognição**, ano 1, v.3, p.66-68. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>> Acesso em: 12 nov. 2005.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (orgs.) **Bases da saúde coletiva**. 1.ed. Londrina: UEL, 2001. p.27-59.

CASAS, S.M.B; REYES, W.G. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 14, n. 2, p. 188-195, 1998.

CECCIM, R.B. Gestión de la salud y políticas de formación de los trabajadores. **Revista Panamericana de Enfermería/ Federación Panamericana de Profissionais de Enfermería**. vol.2, n.1 (ago. 2004). Brasília: FEPPEN, 2003. p.55-63. ISSN 1679-7485.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.373–383. 2002.

CECÍLIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface*, **Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.22, p.345-63. mai/ago 2007.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n. spe, p.143-147, 2000.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P.E. (orgs.) **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3.ed. São Paulo: Cortez – CEDEC, 1999. P.13-57.

COIMBRA, V.C.C.; GUIMARÃES, J.; SILVA, M.C.F. *et al.* Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.1, p.99-104, 2005. Disponível em<<http://www.fen.ufg.br/revista.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2009. ISSN 1518-1944.

CORRÊA, H.; BARRERO, S.P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.

COSTA, J.; WETZEL, C.; KOHLRAUSCH, E. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento aos usuários com tentativas de suicídio. In: **Anais da 24ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2007a.

\_\_\_\_\_. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento aos usuários com tentativa de suicídio. In: **Revista HCPA**. Porto Alegre Vol. 27, supl. 1 (set. 2007b), p. 9.

\_\_\_\_\_. Dificuldades encontradas no cuidado ao usuário com tentativa de suicídio pelo agente comunitário de saúde. In: **Anais do Congresso Internacional de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial**. Porto Alegre, 2009.

\_\_\_\_\_. Estratégias utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado ao usuário com tentativa de suicídio. **Saúde em Debate**, v. 34, p. 683-692, 2012.

COSTA-ROSA, A.B.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.12-25, mai/ago. 2001.

COUTINHO, D. M. Pesquisas de avaliação de serviços de saúde mental comunitários no Brasil. In: **Anais do XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria – VIII Jornada Gaúcha de Psiquiatria**. Porto Alegre, 2007.

CREMASCO, M.V.; BRUNHARI, M.V. Da angústia ao suicídio. **Rev. Mal-Estar Subj**, v.9, n.3, p. 785-814. 2009. Disponível em: <http://www.users.rdc.puc-rio.br/lipis/publicacoes.html>. Acesso em: 12 jun. 2012

DEGANI, V.C. Vigilância à saúde: uma breve reflexão sobre a saúde individual e coletiva. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.49-57, 1999.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167p.

DURKHEIN, E. **Suicide**. Gencloe, I.L.: Free Pres, 1951.

\_\_\_\_\_. **Estudos sociológicos**. São Paulo: Tonal Presença Ltda., 1996.

\_\_\_\_\_. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FLIK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2004.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.;TURATO,E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.

FORTES, S. Intervenções terapêuticas interdisciplinares em saúde mental no programa de Saúde da Família: o estudo de Petrópolis. In: **Anais do XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria – VIII Jornada Gaúcha de Psiquiatria**. Porto Alegre, 2007.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. Coleção Estudos. São Paulo: Perspectiva, 1989. p. 3-44.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.345-353, abr-jun. 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On – line, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tibuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 07 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 181-193.

FREITAS, G.V.S.; BOTE GA, N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. da Associação Médica Brasileira**. [s.l.]: v.48, n.3, p. 345-349, jul./set., 2002.

FREUD, S. **Para além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.18.

GALLO, E. *et al.* Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.414-419, out/dez. 1988.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. 3.ed. Oeiras: Celta Editora, 1997.

GOLDNEY, R.D. *et al.* Population attributable risk of major depression and ideation suicidal. **Journal of Affective Disorders**. [s.l.]: v.74, s.3, p. 267-272, may, 2003.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 294p.

\_\_\_\_\_. **Effective evaluation**. São Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1988. 423p.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Unicamp, 2011.

IGUE, C.E.. **Convivendo com a possibilidade de suicídio**: representações sociais dos profissionais de enfermagem. 2001. 91p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de São Paulo. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Boletim informativo sobre dados epidemiológicos**. Seção Porto Alegre, 2007.

JIMÉNEZ, A.M.; DISOTUAR, I.M.; SILVEIRA, M.M.; ALEAGA, M.A. Comportamiento de la conducta suicida infanto-juvenil. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Havana, v.14, n.6, p.554-9, 1998.

KANTORSKI, L. *et al.* Serviço de atenção diária de saúde mental – um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços. **Rev. da Saúde**. URCAMP, v.4, n.1, p.74-82, 2000.

KANTORSKI, L.; SILVA, G.B. **Ensino de enfermagem psiquiátrica e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Editora Universitária, 2001. 241p.

KANTORSKI, L.P. (coord.) **CAPSUL- Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil: Relatório / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico**. – CNPq. Ministério da Saúde. Pelotas, 2007. 437p.

KANTORSKI, L.P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A. *et al.* Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental, **Interface**, v.13, n.31, p. 343-355. 2009.

KLEIN, M. **O luto e suas relações com os estados maníacos-depressivos. Obras completas**. Buenos Aires: Paidós-Hormes, 1975.

KOHLRAUSCH, E.; COSTA, J. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento aos usuários com tentativas de suicídio: nota prévia de pesquisa. In: **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem** (14.: 2007 maio-

jun. : Florianópolis, SC). Anais... Florianópolis : ABEn, 2007. 1 CD-ROM. Área temática: Políticas e práticas em saúde e enfermagem, Resumo 77f, 4 f.  
 KOHLRAUSCH, E.; LIMA, M.A.D.S.; ABREU K.P.; SOARES, J.S.F. Concepções de enfermeiras de unidades básicas de saúde sobre atendimento em tentativas de suicídio. In: **PROPESQ/UFRGS, XIX Salão de Iniciação Científica**, 2007, Porto Alegre. Livro de Resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

\_\_\_\_\_. Quem avisa, faz: análise da organização do processo de trabalho das equipes da atenção básica de saúde na prevenção das tentativas de suicídio. In: PROPESQ/UFRGS, XVIII Salão de Iniciação Científica, 2006, Porto Alegre. **Livro de Resumos**. Porto Alegre: UFRGS, 2006. p. 516.

\_\_\_\_\_. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v.7, n.4, p.468-475, out/dez, 2008. ISSN 1677-3861.

LACAN, J. O seminário: Livro 4: A relação de objeto. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LANCMAN, S. (org). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo, 2008. ISBN 978-86315-28-1.

LAVALL, E. Família e o cuidado em saúde mental no domicílio: um estudo avaliativo. Porto Alegre, 2010, 117f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2010.

LEGAY, L. F. Tentativas de suicídio na cidade do Rio de Janeiro: perfil epidemiológico e meios utilizados. In: **Anais do XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria – VIII Jornada Gaúcha de Psiquiatria**. Porto Alegre, 2007.

LIMA, A.R.S.; PINTO, M.M.S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.1037-1051, set./dez. 2003.

LIMA, M.A.D.S. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. In: **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Salvador: set., 1998.

LIMA, M.A.D.S; ALMEIDA, M.C.P; LIMA, C.C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.esp., p.130-142, 1999.

LIMANDRI, B. Disclosure of Stigmatizing Conditions: The Discloser's Perspective. **Archives of Psychiatric Nursing**, n.111, v.2, 1989, p.69-78.

LIN, J.; PERUCHI MM; SOUZA, L.H. *et al*. Percepção e expressão de sintomas depressivos em três grupos culturais catarinenses: açorianos, italianos e alemães. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p.2-8, 2008.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications, 1985. 416p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MACHADO, M.H. Gestión del trabajo en salud en tiempos de esperanza. **Revista Panamericana de Enfermería/Federación Panamericana de Profissionais de Enfermería**. vol.2, n.1 (ago. 2004). Brasília: FEPPEN, 2003. p.64-71. ISSN 1679-7485.

MACHADO, W.C.A.; LEITE, J.L.. Eros e Thanatos: a morte sob a óptica da enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão, 2004. p.54-56. ISBN 85-88489-31-7.

MANN, J.J . A current perspective of suicide and attempted suicide. **Ann Intern Med**, v.136, n.4, p.302-311. 2002.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1

MATTOS, R.A. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.233-241, jan.-fev., 2001.

MELEIRO A.; BOTEGA, N. J.; PRATES, E. Esforços para prevenção. In: WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. *et al.* **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 47-61. ISBN 85-363-0405-7.

MELEIRO, A.; TENG, C.T.; WANG, Y.P. (orgs.) **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J.M.; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brasil (1980-2000): characterization of age rates of suicide. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.27, n.2, p.131-134, jun., 2005. ISSN 1516-4446.

MELO, E.C.P; CUNHA, F.T.S; TONINI, T. Políticas de saúde pública. In: FIGUEIREDO, N.M.A. (Org.) **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.p. 47-71.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.



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. 512 p. ISBN: 978-85-7967-078-7

MENEGHEL, S.N.; VICTORA, C.G.; FARIA, N.M.X. *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.6, p. 804-810, dez., 2004. ISSN 0034-8910.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Praxis em salud** - um desafio para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunic. Saúde, Educação**, Campinas, v.9, n.17, p.389-406, mar./ago., 2005.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189 p. p.115-133.

\_\_\_\_\_. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: CARVALHO, S.R.; BARROS, M.E.; FERIGATO, S. **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Aderaldo & Rotschild, 2009. 417 p. p. 277-321. ISBN 978.85-7970-007-1.

MIELKE, F.B. **Ações de saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo avaliativo**. 2009. 134p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MINAYO, M.C.S ; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. ISBN 9788532611451.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189p.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G.; SOUZA, E.R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p. 1587-96, 2006.

MORAES, A.F.; OLIVEIRA, T.M. Experiências relacionadas ao levantamento de teses e dissertações. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v.20, n.1, p. 73-81, jan./abr. 2010.

MOURA, L.C.S.; MOURA, G.M.S.S. Notas de aula sobre a evolução das políticas de saúde no Brasil. **Rev. gaúcha de enferm.**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.94-103, jul. 1997.

OLIVEIRA, A. G.B.; ATAÍDE, I.F.C.; SILVA, M.A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n.4, p.618-624, out.-dez., 2004. ISSN 0104-0707.

OLIVEIRA, J.A.; TEIXEIRA, S.F. (orgs) **Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. 2.ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. 357p.

OLIVEIRA, T.M.; MORAES, T.M.; FERRY, A. *et al.* A produção científica sobre suicídio nas universidades brasileiras. In: [www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/860/1/prod.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/860/1/prod.pdf), 2009. Acesso: 16 de maio de 2012.

OLSCHOWSKY, A. *et al.* Avaliação da saúde mental na Estratégia Saúde da Família (MENTALESF). **Relatório de pesquisa**. Porto Alegre: MCT-CNPq/ Escola de Enfermagem da UFRGS/ Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, 2011.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “lato sensu”**. 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.1053-1062, mai. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima revisão. São Paulo: Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português, 1996.

\_\_\_\_\_. **Preventing Suicide: a resource for Primary Health Care workers**. Genebra: OMS, 2000a.

\_\_\_\_\_. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária** - transtornos mentais e comportamentais. Genebra: OMS, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde mental. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. *et al.* (orgs.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.547-573.

PATTON, M.Q. **Qualitative research and evaluation methods**. 3.ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002. 598p.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.241-58, mai/ago. 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M. *et al.* Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.

PINHO, L.B.; RODRIGUES, J.; KANTORSKI, L.P. *et al.* Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v.14, n.1, p.25-32, jan/mar. 2012. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a03.htm>.

PINTO, D.M.; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n.3, p. 293-302, ju/set. 2011.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2.ed. São Paulo: Annablume; 2008. 253p.

PITTA, A.M.F. Cuidados com o cuidar em saúde mental: estratégias de avaliação. **Cadernos do IPUB**, n.3, suplemento, 1996a, p.1-12.

PITTA, A.M.F. Ética e psiquiatria na assistência. In: FIGUEIREDO, A.C.; SILVA, J.F.F. (orgs.) **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996b. p.103-110.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORSTEINSSON, A. **Alcoolismo e suicídio**. Disponível em: <<http://www.psicosite.com.br/tex/drog/alcoo2.htm>> Acesso em: 20 set. 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Controle geral de vigilância sanitária (CGVS-SMS)**. Porto Alegre, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de informação sobre mortalidade. Indicadores de Mortalidade. In: **Relatório 2006**. Porto Alegre, 2007. p. 37.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Seminário integrativo sobre as experiências das agentes comunitárias de saúde no território. In: **Relatório 2010**. Porto Alegre, 2010.

\_\_\_\_\_. **Políticas de saúde mental do Município de Porto Alegre**, 2010.

Disponível em <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_seção=686](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_seção=686)>. Acesso em: 02 mai.2011.

PUENTES-ROSAS,E.; LÓPEZ-NIETO,L.; MARTÍNEZ-MONROY, T. La mortalidad por suicidios: México 1990 – 2001. **Rev. Panam Salud Publica**, v.16, n.2, p.102-109, ago., 2004.

RIBEIRO, D.M. Suicídio: critérios científicos e legais de análise. **JUS Navegandi**, Teresina, v.8, n.423, 3 set. 2004. Disponível em: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=5670> . Acesso em 22 abr. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Lei 9.716, de 07 de agosto de 1992. **Dispõe sobre a Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul e dá outras providências**. Governo do Estado, 1992.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Coordenação de Atenção Integral à Saúde. Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental. **Linhas Programáticas de Ação para Criança e Adolescente da Política de Atenção integral à Saúde Mental**. Governo do Estado, 1999.

RODRIGUES, G.S.; LOPES, M.J.M.; SOUZA, A.C.; RIBEIRO, L.M. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.111-120, jan./fev. 2008.

RODRIGUES, J.C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

ROESE, M. A metodologia do estudo de caso. **Cadernos de Sociologia**, PPGS/UFRGS. Porto Alegre, v.9, p.189-200, 1998.

ROLLO, A.A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 321-339. ISBN 8527104075.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.M.D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.M.D.; RISIO, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. ISBN 8527105497.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Kaplan & Sadock- compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SÁNCHEZ, R.; OREJARENA, S.; GUSMÁN, Y. Características de los suicidas in Bogotá, 1985 -2000. **Rev. Salu publica**, Bogotá, v.6, n.3, p.217-234, nov., 2004. ISSN 0124-0064.

SANTOS, M.R.P.; NUNES, M.O. Territory and mental health: a study on the experience of users of a psychosocial care center, Salvador, Bahia. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-725. 2009.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoción de la salud: concepciones, principios y operalización, **Interface - Comunic. Saúde, Educ**, v.7, n.12, p. 91-112, 2003.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, L..A.A. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho: tendências da enfermagem latinoamericana** [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

SILVA, L.A.A. *et al.* Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.2, p.340-8, Florianópolis, abr-jun. 2011.

SILVA, M.M. **Suicídio, trama da comunicação**. Dissertação de mestrado. 1992. Psicologia Social, PUC/SP. Disponível em: <http://www.aceso.net/suicidio.htm>.

SILVA, V.F.; OLIVEIRA, H.B.; BOTEGA, K N.J. *et al.* Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p. 1835-1843, set, 2006.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; NJAINE, K. *et al.* Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (org.) **Violência sob o olhar da saúde: a infropolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 49-81.

SOUZA, E.R.; XIMENES, L.F.; ALVES, F. *et al.* Avanços do conhecimento sobre causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e qualitativo. In: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (org.) **Violência sob o olhar da saúde: a infropolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 131- 160.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STAUDT, D. T. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. **Boletim da Saúde**, v.22, n.1, Porto Alegre, jan./jun. 2008.

TAVARES, C.M.M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.2, p.287-95, Florianópolis, abr-jun. 2006.

THOMPSON, E.A. *et al.* The mediating roles of anxiety, depression and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. **Suicide and Life-threatening Behavior**. [s.l.]: v. 35, s.21, p. 14, feb., 2005.

TÓFOLI, L.F. Intervenções psicossociais em saúde mental em atenção primária. In: **Anais do XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria – VIII Jornada Gaúcha de Psiquiatria**. Porto Alegre, 2007.

TRIGUEIRO, A. Suicídio conhecer para prevenir: no apagar das luzes. Disponível em: <http://www.ronet.com.br/conhecer/texto.html> . Acesso em: 13 nov. 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 13. ed. São Paulo: Atlas, 1987. ISBN 8522402736.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Escola de Enfermagem. Grupo de Estudos em Saúde Coletiva. **Observatório de causas externas na atenção básica de saúde no município de Porto Alegre**. CNPq - Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS n.024/2004. [Banco de Dados]. Porto Alegre, 2007. Acesso em: 15 out. 2007.

\_\_\_\_\_. Escola de Administração. **3ª Edição da Oficina de Trabalho Diálogos Complexos: Experiências em Prevenção do Suicídio**. Porto Alegre: 2008.

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL. **Congresso Internacional de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial**: as pessoas, os cenários, as práticas. Centro de Eventos Plaza São Rafael, Porto Alegre, 2009.

VASCONCELOS, E.M. Abordagens psicossociais: história, teoria e trabalho no campo. São Paulo: Hucitec, 2008a. 191p. vol. I.

\_\_\_\_\_. Principais matrizes históricas de ideias e práticas em saúde mental, a partir da modernidade. In: VASCONCELOS, E.M. **Abordagens psicossociais**: história, teoria e prática no campo. v.1. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008b. p.35-58.

\_\_\_\_\_. Reforma psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na construção atual. In: VASCONCELOS, E.M. (org.); KLEIN, A.; FREITAS, C.; FONSECA, M.L. **Abordagens psicossociais**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. v.2. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008c. p.27-55.

VASTAG, B. Suicide prevention plan calls for physicians' help. **Journal of the American Medical Association, JAMA**, v. 285, n.21, p.2701-2703, jun.2001.

VILELA, E. M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.11, n.4. Ribeirão Preto jul./ago. 2003, versão impresa ISSN 0104-1169.

WERLANG, B.G; BOTEGA, N.J. (orgs) **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. 2005. 290p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

\_\_\_\_\_. **Desinstitucionalização em saúde mental:** a experiência de São Lourenço do Sul. 1995. 216f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

WETZEL, C. *et al.* Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática de novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.27-37, jun./dez. 2008.

YIN, R.K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido<sup>5</sup>

### Pesquisa: Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família

Autora: Eglê Kohlrausch fone: 51.9957.1956 e-mail: [egle@enf.ufrgs.br](mailto:egle@enf.ufrgs.br)  
Profa. Orientadora: Dra. Agnes Olschowsky e-mail: [agnes@enf.ufrgs.br](mailto:agnes@enf.ufrgs.br)

Meu nome é Eglê Kohlrausch, e desenvolvo uma pesquisa de doutorado, que tem por objetivo geral avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família para o comportamento suicida.

É um subprojeto da pesquisa “Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família”, projeto financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), pelo Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008, coordenado pela Dra. Agnes Olschowsky, minha orientadora de tese, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre conforme Parecer n°301, Processo n°00105657708.7.

Esta é uma pesquisa em que vou observar como se dão os atos de cuidado em relação ao comportamento suicida em uma UBS/ESF de Porto Alegre. Também vou entrevistar os profissionais, os usuários que apresentam esse comportamento e os familiares para saber suas opiniões sobre o atendimento a essa demanda. Vou utilizar um diário de campo para fazer anotações durante as observações, e as entrevistas realizadas serão gravadas.

Solicito sua participação para a construção dessas informações, como respondente da pesquisa. Asseguro o anonimato e sigilo de dados, garanto que sua participação não vai interferir em sua avaliação na equipe de trabalho, ou em seu atendimento, e que você pode abrir mão de sua participação em qualquer etapa do estudo, conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Darei retorno dos dados encontrados e negociarei com os respondentes a validade das informações obtidas nesse processo de avaliação.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pactuamos que você concorda em participar neste estudo, tendo sido informado de seu objetivo, metodologia e propósitos, concordando com a gravação das entrevistas.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Pesquisador

Entrevistado

---

<sup>5</sup> Parecer Consubstanciado n° 451. Processo n° 001.002494.19.8. Comitê de Ética em Pesquisa. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2010.

## **APÊNDICE B - Roteiro de observação<sup>6</sup>**

Pesquisa:

Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família

Dia:

Hora de início:

Término:

Profissionais observados:

Tipo de atendimento (individual, grupal ou visita domiciliar):

---

<sup>6</sup> Parecer Consubstanciado nº 451. Processo nº 001.002494.19.8. Comitê de Ética em Pesquisa. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2010.

## **APÊNDICE C - Roteiro de entrevista<sup>7</sup>**

Pesquisa:

Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família


- 1 Fale sobre o atendimento às pessoas com comportamento suicida.
- 2 Fale sobre as facilidades e dificuldades encontradas no atendimento às pessoas com comportamento suicida.

---

<sup>7</sup> Parecer Consubstanciado nº 451. Processo nº 001.002494.19.8. Comitê de Ética em Pesquisa. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2010.


## **ANEXOS**

**ANEXO A - Ata de aprovação no Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 15 de dezembro de 2009.**



**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

**PPGEN**




**ENFERMAGEM**  
00998

Ata da sessão de realização do Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, presidida e registrada pela Orientadora **Profa. Dra. Agnes Olschowsky** requisito para o desenvolvimento da tese de doutorado, da acadêmica **Eglê Rejane Kohrausch** no dia **15 de dezembro 2009**. O projeto tem como título **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família e o comportamento suicida: um estudo avaliativo**. De acordo com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, o processo de avaliação será formalizado em ato público. No primeiro momento a Senhora Presidente procedeu a abertura dos trabalhos, às **quatorze horas (14h)**, no **Anfiteatro da Escola de Enfermagem**, informando aos presentes a designação da Banca Examinadora, homologada e assinada pela Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem desta Universidade. Dando sequência aos trabalhos, a Senhora Presidente concedeu a palavra a Doutoranda para apresentar seu trabalho à Banca, pelo período de até trinta (30) minutos. A seguir, passou a palavra aos membros da banca para que procedessem à arguição da Doutoranda, com resposta da mesma a cada um dos examinadores. De acordo com a avaliação da Banca Examinadora, foi destacado:

- > a vinculação do estudo a pesquisa "Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família" financiado pelo CNPq;
- > a originalidade do temático e sua contribuição do estudo junto a atenção básica e saúde mental;
- > o uso da metodologia avaliativa inovadora no campo de avaliação em saúde, dando voz ao usuário com comportamento suicida, seu familiar e equipe que vivenciam o problema.

Página 1 de 2


**ANEXO B - Aprovação pela Coordenadora da Equipe da Pitoresca para ser desenvolvido no campo empírico de coleta de informações em 21 de dezembro de 2009.**

  
**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu, Celéria Maria Rodrigues da Silva, matrícula 10216, responsável pelo Serviço Estratégia Saúde da Família Pitoresca, conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado "Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família", tendo como Pesquisador Responsável a Profa. Dra. Agnes Olschowsky, declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 21/12/2009.

  
Assinatura

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.

Rua Capitão Montanha, 27, 6º andar - CEP 90010-040  
Fones: 32124623  
Porto Alegre

**ANEXO C - Aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 05 de janeiro de 2010, conforme Carta de Aprovação 01/2010.**



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: Nº PG 01/2010  
Versão 01/2010

Pesquisadores: Agnes Olschowsky e Eglê Kohrausch

Título:.. AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL RELACIONADAS  
AO INDIVÍDUO COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA ESTRATÉGIA DA  
FAMÍLIA..

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 05 de Janeiro de 2010.

  
Maria da Graça Oliveira Crossetti  
Coordenadora da COMPESQ UFRGS

Profª Dra Maria da Graça Crossetti  
Coordenadora da COMPESQ

**ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em 03 de fevereiro de 2010, Parecer Consubstanciado 451, Processo Nº 001.002494.19.8.**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa  
PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Agnes Olschowsky  
**Registro do CEP:** 451 **Processo Nº:** 001.002494.10.8  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Pitoresca  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO


O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo Nº 001.002494.10.8, referente ao projeto de pesquisa: "Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na estratégia saúde da família", tendo como pesquisador responsável Agnes Olschowsky cujo objetivo é "Avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família relacionadas ao comportamento suicida, junto ao usuário, família e equipe. Específicos :- Conhecer as ações relacionadas ao comportamento suicida identificadas pelo usuário, família e equipe; - Realizar um processo avaliativo participativo junto ao usuário, família e equipe da ESF sobre as ações de saúde mental relacionadas ao comportamento suicida". Projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nível doutorado Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008, do qual esta pesquisa é subprojeto.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 03/02/2010

  
Elen Maria Borba  
Coordenadora do CEP