O CUIDADO DE USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE CARE OF USERS AT RISK OF SUICIDE FROM THE PERSPECTIVE OF THE WORKERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Alessandra Moreira e Silva*
Claudia Weyne Cruz**
Ana Carolina Rios Simoni***

RESUMO
O objetivo deste artigo é apresentar o modo como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Venâncio Aires lidam com as situações de risco de suicídio e as ações de prevenção possíveis na Atenção Básica (AB). Participaram deste estudo vinte e dois trabalhadores das equipes de saúde da família e foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Os dados foram trabalhados a partir da análise de conteúdo, o que permitiu a construção de categorias: a primeira trata das concepções do papel da AB no cuidado de pessoas em situação de risco de suicídio; a segunda apresenta as modalidades de cuidado e prevenção ao suicídio; e a última retrata a posição do trabalhador de saúde diante do fenômeno do suicídio. O trabalho apontou para a necessidade de apoio às equipes e de investimento em processos de educação permanente sobre o tema do suicídio.

PALAVRAS-CHAVE
Atenção Básica. Suicídio. Prevenção do Suicídio.

ABSTRACT
The objective of this article is to present the way workers of the Family Health Strategy (FHS) in the city of Venâncio Aires deal with situations of suicide risk and possible prevention actions in Primary Care (PC). Twenty-two workers from the family health teams participated in the study, and semi-structured interviews were conducted. The data were elaborated from the content analysis, which allowed the construction of categories: the first deals with the conceptions of PC's role in the care of people at risk of suicide; the second presents the modalities of care and prevention of suicide; and the last depicts the position of the health worker in the face of the suicide phenomenon. The work pointed to the need of support to the teams and investment in processes of permanent education on the subject of suicide.

KEYWORDS
Primary Care. Suicide. Prevention of Suicide.

*Psicóloga. Residente – Escola de Saúde Pública – SES/RS.
**Doutora em Ciências Sociais. Professora e pesquisadora do Observatório de Análise de Situação do Suicídio do CEVS e da Escola de Saúde Pública – SES/RS.
***Doutora em Educação. Gestora de Políticas Públicas de Saúde na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – SES/RS.

Correspondência
E-mail: *alessandraws@bol.com.br | **claudiacruzc@uol.com.br | ***anacarolrs@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O suicídio define-se como um ato deliberado no qual o indivíduo tem ciência de que sua ação poderá levá-lo à morte, ainda que haja sentimentos ambivalentes em relação à vida. Muitas pessoas dão sinais da sua intenção, mas os familiares e amigos não conseguem perceber. Por vezes, o pedido de socorro, encoberto por uma queixa difusa, também não é identificado pelos profissionais de saúde. A falta de informações sobre o fenômeno do suicídio impede que os sinais de alerta sejam percebidos a tempo de evitá-lo.

No mundo, há um suicídio a cada 40 segundos e um atentado contra a própria vida a cada três segundos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000). No Brasil, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio. Estima-se que para cada suicídio consumado, há pelo menos 20 pessoas que atentam contra a própria vida (BRASIL, 2017). No Rio Grande do Sul, os dados são mais preocupantes, já que a taxa de mortalidade por suicídio, em 2015, foi de 10,14 por 100 mil habitantes, enquanto que a taxa brasileira foi de 5,7 por 100 mil habitantes. Isso significa que, em média, três pessoas se matam a cada dia no estado. Essa distribuição não ocorre de forma homogênea, sendo que em algumas regiões, como a do Vale do Rio Pardo, o suicídio é mais prevalente. O município de Venâncio Aires, localizado nessa Região, possui uma das maiores taxas de mortalidade por suicídio do estado, tendo registrado, em 2015, 16 casos de suicídio, o que equivale a 22,61 mortes por suicídio para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015).

A maioria das pessoas com pensamentos de morte (ideação suicida) comunica, de alguma forma, suas intenções por meio de verbalizações de que preferiam estar mortas ou que seus familiares ficariam melhor com sua morte. Os sinais podem ser percebidos ainda por meio de comportamentos, como a desistência de atividades prazerosas, isolamento, doação de objetos de valor pessoal, realização de testamento, entre outros. Segundo Botega (2015), os profissionais de saúde também podem identificar a crise suicida por meio da sobreposição dos estados afetivos, apresentados a partir da regra dos Ds: dor psíquica, depressão, desesperança, delírio, delirium, dependência química, desamparo e desespero.

De acordo com Kohrausch et al. (2008), aproximadamente 75% das pessoas que se suicidaram já haviam procurado a atenção primária[1] no ano de sua morte, sendo que muitos não receberam o atendimento necessário. Recomendações técnicas do Ministério da Saúde e de outros órgãos de saúde pública afirmam, no entanto, o potencial da Atenção Básica (AB), por meio das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), para o cuidado às pessoas em situação de risco de suicídio (BRASIL, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000; RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Tal potencial se refere, principalmente, à possibilidade de cuidado no território, levando em conta a inserção da pessoa na comunidade, suas experiências e história de vida, reconhecendo seus vínculos afeti-

1 Atenção primária e atenção básica são terminologias utilizadas neste artigo como sinônimos, embora se reconheça que existe um debate intrínseco ao uso de um ou outro termo, o qual remete a suas diferentes origens e especificidades conceituais. Não está, no entanto, entre os objetivos deste trabalho tematizar essas diferenças – ao contrário, toma-se ambos os termos naquilo que carregam de comum em relação à problemática abordada nesta pesquisa.

vos, que constituirão a rede de apoio. Além disso, os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, por estarem no território, têm condições de identificar com maior facilidade os grupos vulneráveis e garantir o atendimento adequado, acolhendo as demandas de saúde mental, especialmente as situações de risco de suicídio, em municípios onde o fenômeno tem alta prevalência, como é o caso de Venâncio Aires. Assim, as equipes de ESF desempenham papel-chave não apenas na identificação do risco e acolhimento inicial dos casos, mas também na adesão do usuário ao tratamento e na continuidade dos cuidados (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Por isso, este trabalho tem como objetivo conhecer o modo como os profissionais das equipes de estratégia de saúde da família lidam com os usuários em situação de risco de suicídio e as ações de prevenção por eles desenvolvidas no município de Venâncio Aires.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo vinte e dois trabalhadores de saúde das sete Estratégias de Saúde da Família (ESFs) do município de Venâncio Aires. Entre os participantes estavam enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, auxiliares de odontologia, agentes comunitários de saúde e auxiliares administrativos. Todos trabalhavam há, no mínimo, um ano em alguma ESF.

Instrumentos

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro para entrevista semiestruturada, por meio da qual os participantes puderam discorrer sobre os seguintes temas: atendimento e acompanhamento de usuários com pensamento de morte, ideação, plano e/ou tentativas prévias de suicídio; ações de prevenção do suicídio desenvolvidas e/ou possíveis de serem desenvolvidas na Atenção Básica; formação dos profissionais quanto ao tema do suicídio; tempo de trabalho na Atenção Básica e experiências no atendimento de usuários em situação de risco de suicídio.

Procedimentos

Os trabalhadores de saúde foram convidados a participar da pesquisa e, ao aceitarem, foi agendado um encontro para a realização da entrevista. A coleta de dados teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública/RS. Foram observadas as orientações da Resolução nº 466/12 do CNS quanto à ética em pesquisa. Os participantes formalizaram o ingresso no estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a apresentação dos objetivos, benefícios e riscos do estudo.

As entrevistas ocorreram em uma sala reservada no local de trabalho dos participantes e tiveram, em média, 30 minutos de duração. Elas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O material produzido, em forma de texto, foi trabalhado por meio de técnica de análise de conteúdo, que consiste na fragmentação dos textos produzidos a partir das falas dos entrevistados em unidades de sentido, as quais são reorganizadas a partir da experiência dos pesquisadores e do referencial teórico. É esse trabalho de imersão sobre o material que permite o surgimento de novas interpretações (MORAES; GALIAZZI, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas permitiu a emergência de três categorias. A primeira apresenta as concepções que subjazem à maneira de como os profissionais das ESFs praticam os cuidados, o que remete ao papel da Atenção Básica no cuidado e na prevenção do suicídio. A segunda aborda as modalidades de acompanhamento dos casos e de prevenção ao suicídio, apresentando as ações em que os profissionais das ESFs realizam ou entendem que devem ser realizadas no cuidado e na prevenção do suicídio. A terceira categoria, por sua vez, traz a posição dos trabalhadores de saúde diante do fenômeno do suicídio, visibilizando os sentimentos que essas situações despertam. Ainda que o material produzido a partir das entrevistas seja a representação de uma realidade indissociável, a utilização de categorias possibilita a sistematização e discussão teórica dos resultados.

O PAPEL DA AB NO CUIDADO DE USUÁRIOS EM RISCO DE SUICÍDIO

Quanto ao papel da Atenção Básica no cuidado de usuários em situação de risco de suicídio, foi possível identificar, subjacentes aos modos de ofertar o cuidado, duas concepções diferentes, que operam nos modos como os usuários com ideação suicida, plano de morte e tentativas de suicídio são atendidos pela rede de atenção à saúde. A ideia de que usuários com sofrimento psíquico grave serão mais bem atendidos por trabalhadores da atenção especializada configura, em parte, a primeira concepção. De certa forma, ela explica os encaminhamentos ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de usuários que manifestam o seu cansaço diante da vida e a intenção de morte, mesmo quando o grau de risco não é avaliado como alto para justificar essa conduta. É como se a simples menção da possibilidade de suicídio fosse motivo suficiente para indicação do cuidado especializado, o que se evidencia no trecho a seguir:

> Se aparece alguma coisa [relacionada a suicídio], eles [equipe de ESF] mandam para o CAPS. Eles acham que tem que ser tudo resolvido lá (participante 9).

A Atenção Básica, nessa perspectiva, ocupa apenas o papel de viabilizar o acesso à atenção especializada, geralmente ao CAPS, sem se constituir na função de referência territorial e ordenadora do cuidado, o que implica manter o vínculo com o usuário independentemente dos demais pontos da atenção de que ele necessite em sua linha de cuidado. O usuário ora está vinculado à ESF, ora ao CAPS, o que se expressa na ideia de ida e volta aos serviços, por meio da referência e contrarreferência, sem que a AB se corresponsabilize de forma contínua pelo projeto terapêutico – assim como exposto abaixo:

> Então, a princípio eu já expliquei que ela vai ser atendida lá [CAPS], e qualquer coisa, depois, eles encaminham ela de volta para cá (participante 4).

> Geralmente, são encaminhados para o CAPS. Aí, fazem acompanhamento com o psiquiatra lá. Depois, são liberados pelo CAPS para fazer tratamento aqui. Daí o médico daqui faz o acompanhamento, prescreve as medicações e renova as receitas (participante 2).

A partir dessa concepção, a responsabilidade do cuidado, em casos de risco de suicídio, é direcionada ao serviço especializado. Essa lógica se alicerça numa maneira hierárquica de pensar o sistema de saúde, na qual a Atenção Básica é compreendida como a base de uma pirâmide que expressa níveis de complexidade da atenção, sendo a AB considerada de baixa complexidade e porta de entrada para os demais níveis (CECILIO, 1997). Assim, ao se considerar o CAPS como mais bem preparado para acompanhar esses casos por situar-se hierarquicamente "acima", em um nível de "maior complexidade" da atenção, cria-se uma barreira para uma série de ações que poderiam ser desenvolvidas na AB e que, se realizadas, teriam importante impacto na redução nos casos de suicídio.

Foi possível perceber, ainda, uma segunda concepção sobre o papel da AB subjacente aos modos de cuidar dos participantes da pesquisa, a qual aposta no cuidado compartilhado entre a equipe de ESF com outros dispositivos da rede intersetorial e do território do usuário. Essa concepção entende que o papel da ESF não é só facilitar o acesso ao serviço especializado, mas promover o acompanhamento e a longitudinalidade do cuidado, e reconhece que a atenção básica exerce um importante papel na linha de cuidado das pessoas em risco de suicídio. Nesse caminho, se visualiza não mais um sistema hierárquico de saúde, mas um sistema circular, que facilita o acesso e diversifica as alternativas e possibilidades de cuidado (CECILIO, 1997).

> Eu acho que é importante a gente [equipe de ESF] continuar assim, assistindo essa pessoa [usuário em risco de suicídio] (participante 1).

> A gente conversa, [...] dá um apoio para o paciente que precisa. [Se] tiver que ficar uma hora, duas horas conversando, a equipe toda fica, né. Aqui, a gente trabalha em conjunto (participante 17).

Dentro dessa perspectiva, os trabalhadores conseguem visualizar o quanto o trabalho no território é rico e o diferencial da ESF como serviço de referência, conforme o relato a seguir:

> A gente está fazendo acompanhamento mais de proximidade da casa, então é mais facilitado. E como aqui tem um livre acesso, é mais fácil contato aqui [...] do que com o CAPS (participante 12).

Assim, a atenção básica se efetiva como o mais alto grau de descentralização e capilaridade do SUS, referência territorial e ordenadora do cuidado na prevenção do suicídio, o que não implica uma hierarquia de complexidades, mas a definição da especificidade de cada ponto de atenção na garantia do acesso e na continuidade de um cuidado.

Em muitos casos, é necessário contar com o serviço especializado; porém, o encaminhamento não implica desresponsabilização da equipe de referência. Ainda que estejam sob os cuidados dos serviços especializados de saúde mental, os usuários necessitam de acompanhamento na Atenção Básica (RIO GRANDE DO SUL, 2011). A ESF não deixará de ser a referência territorial do usuário no sistema, articuladora dos fluxos entre os demais serviços e profissionais que compõem a rede de cuidados. Segundo Delfini et al. (2009), essa integração é imprescindível para que o cuidado em

saúde mental no território possa ser efetivo e possibilitar a reabilitação psicossocial. Para os autores, "é fundamental que sejam comprometidas todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade" (DELFINI et al., 2009, p. 1484).

Apesar dos trabalhadores da ESF apresentarem concepções diferentes, eles são unânimes quanto à necessidade do acolhimento inicial de usuários que se encontram em risco de suicídio na Atenção Básica. Porém, nem todos o realizam. Há também um consenso, entre os trabalhadores participantes da pesquisa, de que nem sempre as pessoas falam diretamente sobre a intenção de morrer e que elas precisam ser escutadas para que consigam expressar os sentimentos, como podemos observar no seguinte relato:

> A pessoa não vem para uma consulta, mesmo para o médico, não vem com essa queixa principal, mas durante o discurso, verificação de pressão, curativo, ela traz o sintoma, e também alguma coisa mais séria, que não quer mais viver, que não tem mais sentido (participante 21).

Para Kohlrausch et al. (2008), geralmente, os usuários que já tentaram suicídio chegam aos serviços deprimidos, chorosos, porém raramente falam das tentativas anteriores. Nesse sentido, o acolhimento atento para classificação de risco pode ser considerado um importante papel a ser desempenhado pela equipe da AB. Na categoria a seguir, serão apresentadas as modalidades de cuidado e de prevenção do suicídio na perspectiva dos trabalhadores da ESF.

O CUIDADO EM SITUAÇÕES DE RISCO DE SUICÍDIO NA ESF E AS AÇÕES DE PREVENÇÃO

Os trabalhadores, ao discorrerem sobre o fenômeno do suicídio, se deparam com uma dificuldade ainda presente nas ESFs: o predomínio de práticas curativas em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde, ainda que reconheçam que essas sejam um aspecto central do trabalho da AB. Pode-se observar isso nas seguintes afirmações:

> [...] alguma outra atividade mais concreta de prevenção ao suicídio a gente ainda não conseguiu fazer. O [trabalho] é mais [voltado] quando [usuário] já tem a ideação ou a tentativa [de suicídio]. (participante 14).

O cuidado às pessoas com comportamento suicida (automutilação, ideação, plano, tentativa de suicídio), em geral, está vinculado ao médico e/ou psicólogo, como se apenas esses profissionais pudessem acolher as questões de sofrimento psíquico grave, conforme é possível verificar nas afirmações abaixo:

> Primeiro, a doutora conversa com eles [usuários], porque eles têm muita confiança na doutora. Se eles [médicos] acharem necessário, repassam para psicóloga (participante 9).

> Se [es]tá com ideação, tentativa [de suicídio], geralmente ela [a médica] vê a questão da medicação e encaminha para o psicólogo (participante 8).

Há, segundo Soares e Caponi (2011), uma tendência de direcionamento do cuidado em saúde mental à sintomatologia, sem se levar

em consideração, por vezes, os fatores que levam à dor psíquica. De acordo com as autoras, as diversas formas de sofrimento são transformadas em critérios diagnósticos e classificadas em patologias, para as quais o tratamento medicamentoso é utilizado de forma privilegiada. Embora diversas vezes necessário esse é apenas uma parte do processo de cuidado. É preciso também fortalecer os vínculos do paciente com pessoas significativas que lhe darão suporte durante o período de crise.

Alguns trabalhadores da ESF conseguem pensar em outras modalidades de cuidado que podem ser oferecidas juntamente à intervenção medicamentosa e psicoterápica:

> A pessoa não [es]tá se sentindo muito bem, [es]tá naquele momento... vem para o posto, senta, conversa... [...] Então, eu acho que [é] esse grupo que eu gostaria de fortalecer nesse momento para se ter esse espaço (participante 21).

Os grupos proporcionam a troca de experiências e apoio recíproco entre os participantes. Dentre os realizados nas ESFs, estão: grupos de educação e saúde, de convivência, de artesanato, de caminhada e de atividade física. Para Furlan e Campos (2010), o grupo contribui no tratamento e acompanhamento dos usuários ao proporcionar um espaço de acolhimento das diversas formas de viver e de apoio para os participantes aprenderem a lidar com o seu adoecimento. Além dos grupos, práticas integrativas e complementares começam a ser introduzidas no cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

> [...] ela disse que fica ansiosa para vir na sexta feira fazer o reiki, sabe. Ela sai mais leve, tranquila. Ela já melhorou muito, ela já [es]tá com um astral melhor. Tu vê[s] a alegria que ela já [es]tá tendo, que ela não tinha mais (participante 17).

Como uma forma de utilizar os recursos presentes no território, as visitas domiciliares se destacam dentre as modalidades de cuidado e prevenção do suicídio utilizadas pelos trabalhadores. Elas são desenvolvidas quase que exclusivamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os demais trabalhadores reconhecem a importância do papel do ACS nessa intervenção.

> A maioria dos casos [de risco de suicídio] que tem o agente de saúde [de referência para o território], nós conversamos bastante com o agente, para poder fazer uma visita [domiciliar]. (participante 21).

> [...] agente comunitário, na verdade, são os olhos da equipe na comunidade. É ele que vai levantar demanda [...] (participante 19).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000), a equipe da Atenção Básica, como um todo, tem como papel manter o elo vital da comunidade e do sistema de saúde. As visitas domiciliares possibilitam isso, pois os profissionais têm a oportunidade de estarem mais próximos dos usuários e conhecer a realidade local. Na prevenção do suicídio, elas tornam-se fundamentais para a identificação de risco e de recursos do território e para o acompanhamento sistemático do usuário.

A prevenção do suicídio pressupõe um trabalho em rede, e essa rede, vale ressaltar, é formada por pessoas, pelos trabalhadores que enfrentam, no seu cotidiano, as situações de risco de suicídio. A sensibilização e mobilização desses profissionais auxiliará na formação de uma "rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio" (RIO GRANDE DO SUL, 2011, p. 17).

A POSIÇÃO DO TRABALHADOR DE SAÚDE FRENTE AO FENÔMENO DO SUICÍDIO

O tema do suicídio ainda é tabu em nossa sociedade; cercado por medo, preconceito, incômodo e condenação (RIO GRANDE DO SUL, 2011). O trabalho com as situações de risco, a aproximação cotidiana com a possibilidade de que um suicídio venha a se concretizar, desperta no trabalhador diversos sentimentos contraditórios.

Incapacidade e impotência são os sentimentos mais relatados pelos trabalhadores que já se depararam com o desejo do usuário em dar fim à própria vida. Por vezes, o temor de que o suicídio se concretize pode dificultar a relação terapêutica. A perda de um paciente por suicídio é uma experiência de difícil elaboração, o que pode colocar o profissional de saúde na condição de sobrevivente[2].

> [...] não somos da família [trabalhador da ESF], mas a gente participa [acompanha], mês a mês. Aí se chega a acontecer [o suicídio], a gente se sente incapaz (participante 13).

> Eu me senti totalmente impotente, eu chorei muito, porque tudo que eu tinha feito, tudo que tinham me ensinado [...] para poder ajudar aquela pessoa eu não consegui fazer. Então, assim, isso me marca até hoje né, a nossa impotência frente à vontade deles. De fato, eles quererem se matar (participante 2).

Essas situações demonstram o quanto o suicídio afeta o entorno. Ser agente do cuidado, quando o que está em questão é a possibilidade do suicídio, convoca o profissional a uma posição de enorme responsabilidade. Muitas vezes, isso pode, como alerta Botega (2015), bloquear a capacidade do trabalhador de lidar com as situações de risco, sendo comum que ele sinta que não sabe como intervir, mesmo tendo conhecimento de protocolos e técnicas específicas.

> Eu tenho (...) dificuldade com isso, assim, saber manejar essas situações de risco, de como, o que dizer para essas pessoas (participante 14).

Disso decorre a importância de que o Plano Terapêutico Singular seja construído coletivamente, com a participação das equipes de saúde e do próprio usuário. A posição desses trabalhadores da ESF em relação ao suicídio também revela o quanto se sentem despreparados para trabalhar com esse fenômeno. Tal despreparo pode ser também atribuído ao fato de não terem formação em saúde mental e/ou capacitação específica com foco no manejo de situações de risco de suicídio.

> Eu não tive nenhum programa, nenhuma instrução [sobre cuidado e prevenção do suicídio], nem nada, mas é pelo o que a gente [es]tá vivendo, pela vivência, pela experiência (participante 17).

Conforme Tavares (2013), o primeiro passo para a qualificação da atenção, nesses casos, é o trabalhador ter consciência do modo como é afetado pelas situações. Ou seja, é imprescindível que ele esteja implicado no processo de cuidado, reconhecendo seus próprios sentimentos e limites.

A interação dos serviços em torno dos casos de risco de suicídio e o estabeleci-

2 É considerado sobrevivente todo aquele que sente o impacto emocional de um suicídio.

mento de uma rede local de prevenção, além de recomendada pelos órgãos de gestão das políticas de saúde, pode ser uma oportunidade de permitir que os trabalhadores não se sintam sozinhos no processo e encontrem, no compartilhamento, modos de lidar com seus sentimentos e medos. Nesse sentido, como forma de superar o despreparo que referem sentir ao lidar com os casos, os trabalhadores das ESFs apontam a necessidade do apoio e do diálogo com os serviços especializados.

> [...] a gente [equipe de ESF] deveria [estar] mais preparado, até mesmo no acolhimento. [...] poder contar um pouco mais com os serviços especializados (participante 7).

Na construção dessa rede local, os profissionais devem contar com o apoio matricial da atenção especializada, que tem como objetivo qualificar as ações de saúde mental na atenção básica (LIMA; DIMENSTEIN, 2016), mas para além da simples transmissão de técnicas. Trata-se da construção de relações de apoio entre os trabalhadores e de compartilhamento de saberes que provêm de distintos lugares de experiência.

Além da demanda por apoio especializado, para superar o despreparo experimentado no cotidiano da atenção a situações de risco de suicídio, alguns trabalhadores apontam a necessidade de se realizarem capacitações.

> A gente [equipe de ESF] tem que estar preparada para poder acolher essas pessoas. É o acolhimento às pessoas, é o nosso saber para poder orientar as pessoas. Então, a capacitação é muito importante (participante 13).

O pedido dos trabalhadores por capacitação já é uma forma de desmistificar o tema e abrir possibilidades para o cuidado desses casos na ESF. Nesse sentido, a educação permanente em saúde apresenta-se como um caminho para fazer frente ao despreparo experimentado (ou sentido) pelos trabalhadores, pois além de incluir capacitações em temas específicos, se constrói a partir da aprendizagem significativa com as dificuldades enfrentadas, se dando no cotidiano das relações, com os conhecimentos e experiências já existentes (BRASIL, 2005). Essa educação pode auxiliar o trabalhador a encontrar, na análise das vivências cotidianas, em equipe, com apoio de profissionais experientes no tema, as ferramentas necessárias para o seu trabalho, de modo que possa se sentir mais preparado e seguro para ofertar cuidado e atenção àqueles que sofrem e não querem mais viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família é um território estratégico para o cuidado em saúde mental, na medida em que facilita o "acesso das equipes aos usuários e vice-versa" (BRASIL, 2013, p. 19). Esse aspecto se destaca nos resultados da pesquisa, seja no que diz respeito ao importante papel do trabalhador da AB no acolhimento a usuários em situação de risco de suicídio e suas famílias, seja no que se refere às modalidades de cuidado ofertadas pelas equipes de ESF, que visam promover a saúde e buscar novos sentidos para a vida.

Contudo, embora haja importantes modalidades de atendimento sendo ofertadas, muitas vezes perdem sua potência na pre-

venção do suicídio ao serem utilizadas de forma pontual, sem estarem conectadas a outras ações e serviços da rede de atenção. Neste sentido, o estudo aponta a necessidade do desenvolvimento de linhas de cuidado para acompanhamento singularizado das situações de risco, acionando uma rede de atenção que oferte acesso, acolhimento e fluxos seguros de encaminhamento ao atendimento especializado e de compartilhamento do cuidado longitudinal.

Nos relatos dos trabalhadores de saúde da família percebe-se que as ações de promoção de saúde e prevenção do suicídio nem sempre são priorizadas na Atenção Básica, diante do volume das demandas agudas que chegam às ESFs. Constata-se, assim, a importância de fomentar medidas preventivas ao suicídio nesse âmbito da atenção, no sentido da articulação de uma rede local de cuidado que considere as especificidades de cada território. Um dos pontos de relevância deste trabalho é justamente ter convidado as equipes a um olhar mais atento às questões relacionadas ao suicídio em seu território de atuação e a pensar em formas de intervenção.

Os estigmas associados ao fenômeno do suicídio e o impacto nos trabalhadores das situações de risco e de suicídios funciona, muitas vezes, como um obstáculo para o envolvimento desses nas ações de cuidado e prevenção. Um caminho possível para superar essas dificuldades é a organização de espaços de apoio matricial e de educação permanente em saúde que possam auxiliar os trabalhadores a lidar com os sentimentos despertados pelas experiências de acompanhamento dos casos, construir conhecimentos e ferramentas de intervenção e promover a ampliação das possibilidades de cuidado nas ESFs.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**: Rio Grande do Sul. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 25 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília, DF, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Educação na Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>. Acesso em: 20 set. 2017.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p .1483-1492, set./out. 2009. Suplemento, 1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021>. Acesso em: 19 set. 2017.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. de S. Os grupos na atenção básica à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília, DF, 2010. p. 105-116. (Série B. Textos Básicos de

Saúde. Cadernos HumanizaSUS, v. 2). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**: comunicação saúde e educação, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 625-635, maio 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>. Acesso em: 14 abr. 2017.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2007.

KOHLRAUSCH, E. et al. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Ciência e Cuidado em Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 468-475, out./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Prevenção do suicídio no nível local**: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011.

SOARES, G. B.; CAPONI, S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 437-446, abr./jun. 2011.

TAVARES, M. da S. A. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Conselhos Regionais de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília, DF, 2013. p. 45-58.