



**Revista de APS**

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



## **O trabalho na Estratégia Saúde da Família: organização para atendimento ao indivíduo com comportamento suicida**

**The work in the Family Health Strategy: organization for care of individuals with suicide behavior**

Eglê Rejane Kohlrausch<sup>1</sup>, Agnes Olschowsky<sup>2</sup>, Aline Basso da Silva<sup>3</sup>, Fabiane Machado Pavani<sup>4</sup>

### RESUMO

O estudo tem como objetivo avaliar o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família no atendimento ao indivíduo com comportamento suicida. Pesquisa qualitativa avaliativa, com a utilização do método Avaliação de Quarta Geração, com a utilização do referencial de processo de trabalho de Karl Marx. Encontrou-se a organização do atendimento, o trabalho em equipe no território, as tecnologias de cuidado, como a escuta, o vínculo e a horizontalidade nas relações profissionais ao abordar o tema do suicídio. O cuidado ao indivíduo com comportamento suicida é essencial na atenção básica, em que os profissionais estão no território, na construção de estratégias de cuidado a partir dos contextos de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental. Atenção primária à saúde. Tentativa de suicídio. Ideação suicida.

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Titular do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>4</sup> Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: [fabianepavani04@gmail.com](mailto:fabianepavani04@gmail.com)

## ABSTRACT

The article aims to evaluate the work process of the Family Health Strategy in the care of the individuals with suicidal behavior. It is a qualitative evaluative research, using the Fourth Generation Evaluation methodology, using Karl Marx's work process as reference. We found the organization of care, teamwork in the territory, care technologies such as listening, bonding and horizontality in professional relationships to approach the subject of suicide. Care for the individuals with suicidal behavior is essential in basic care, where professionals are in the territory and in the construction of care strategies from the life contexts.

**KEYWORDS:** Mental health. Primary health care. Suicide attempt. Suicidal ideation.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o espaço em que ocorrem as ações de saúde em território, considerando a área geográfica, acrescida de suas peculiaridades, como a cultura, a história da construção da comunidade, necessidades sociais, de educação, saúde e contexto de vida. Trabalha com população adstrita, e o profissional tem a possibilidade de colocar a pessoa, com todas suas potencialidades, no centro do planejamento do cuidado.<sup>1</sup>

A atenção em saúde mental organizada na perspectiva do cuidado no território vem sendo amplamente difundida a partir da Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 2001, e reforçada pelas leis subsequentes que a regulamentaram, como a Lei 3.099 de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incorporando recursos da atenção básica para o cuidado em saúde mental, como a ESF no território.<sup>2-5</sup>

Dentro desse contexto de atenção no território, resgatamos um dos conceitos de processo de trabalho em saúde, que envolve a dimensão microscópica do dia a dia das ações de saúde. 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. Nesse processo se reproduz a dinâmica do trabalho humano, e isso traz para a discussão alguns aspectos centrais do trabalho organizado a partir dos atos de cuidado produzidos por trabalhadores e usuários.<sup>6</sup>

Nesse sentido, temos na ESF uma estrutura que pode oportunizar um cuidado compartilhado, e cuidar dessa forma possibilita integralidade na atenção à saúde. A mesma está organizada a partir de equipes que devem nortear seu processo de trabalho de acordo com as necessidades de saúde de sua população. O cuidado no território possibilita elos e relações entre a equipe, usuários e famílias.

Em uma ESF, há a constituição de equipes multidisciplinares, sendo que o agente comunitário de saúde (ACS) é um profissional da equipe que mora na região, contribuindo na estruturação de ações de saúde a partir do reconhecimento e identificação das

necessidades de saúde em seu território, trazendo essas informações para os outros componentes da equipe, para que os profissionais organizem seu processo de trabalho. O trabalho dos ACS ocorre na rua, em visitas domiciliares, na busca ativa de situações de usuários que precisam de atendimento.<sup>7</sup>

Em função dessa forma abrangente que estrutura o trabalho, e devido à sua relevância epidemiológica, o comportamento suicida tem exigido atendimento na ESF. O comportamento suicida inclui pensamentos, tentativas e os atos consumados, como, por exemplo, ele pode ser a ideação suicida (pensar em morrer), a tentativa de suicídio (ato de autoagressão cuja intenção é a morte, que acaba não ocorrendo) e o suicídio consumado (ato intencional de autoagressão que resulta em morte). Sua etiologia é multifatorial, abrangendo fatores biopsicossociais e culturais, dois dos principais fatores são a história de tentativa prévia e a presença de transtornos mentais como a depressão, bipolaridade, esquizofrenia e abuso de substância psicoativas.<sup>8</sup>

Todos os membros da equipe multidisciplinar podem identificar e conduzir casos de ideação e/ou tentativa de suicídio, isso depende do preparo e conhecimento sobre o tema, bem como a possibilidade de diálogo e comunicação entre os profissionais. É possível que a proximidade dos ACS com o usuário possa facilitar seu reconhecimento e o planejamento de ações que sejam pensadas com a equipe, minimizando o risco de perda de vidas e sofrimento, pois se trata de um agravo que atinge não só o indivíduo que quer se matar, mas também seus familiares, amigos e equipe de atendimento.<sup>9</sup>

A partir da identificação desses casos, a equipe precisa organizar seu trabalho para acolher os indivíduos com comportamento suicida, refletindo e instituindo ações de cuidado necessárias para a preservação da vida.

Assim, o objetivo deste artigo é avaliar o processo de trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida. A escolha deste tema se fundamenta na necessidade de discussão da organização do processo de trabalho a partir do território, em que os serviços de saúde estão próximos à comunidade, podendo identificar as situações e estruturar ações de cuidado em saúde para sujeitos com comportamento suicida.

## **METODOLOGIA**

Este artigo é um recorte da tese “Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família”, originou-se de uma pesquisa qualitativa e avaliativa, na modalidade de estudo de caso, que seguiu os passos da Avaliação de Quarta Geração, adaptada para o campo da saúde mental.<sup>10,11</sup>

A aplicação deste método para avaliação de serviços de saúde traz a possibilidade de dar voz aos trabalhadores, sujeitos do estudo, na construção da avaliação de seu processo de trabalho em relação ao atendimento ao indivíduo com

comportamento suicida, podendo manifestar, de forma reflexiva e crítica, sua visão sobre seu trabalho.<sup>12</sup>

Os sujeitos deste estudo, que na abordagem metodológica utilizada constituem o grupo de interesse, foram os trabalhadores de duas equipes de ESF de Porto Alegre. O município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, possui população estimada de 1.479.101 pessoas e compõe o território de abrangência da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde. Possui uma rede de atenção básica formada por 112 unidades de saúde da família, cobrindo 62,5% da população. A cobertura populacional estimada por agente comunitário de saúde (ACS) é de 29,5%.<sup>13</sup> Nesse contexto, a ESF estudada foi escolhida por ser campo de estágio e pesquisa da área de Enfermagem em Saúde Mental da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por isso já haver inserção e vínculos com os profissionais.

Cada equipe era formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes de saúde, perfazendo 16 profissionais com as duas equipes. Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais que se dispusessem a participar e que trabalhassem há, pelo menos, seis meses na área, assim um dos técnicos de enfermagem foi excluído por não cumprir esse critério de inclusão.

As informações foram coletadas por meio de 192 horas de observação e 15 entrevistas, no período de março de 2010 a janeiro de 2011. Para preservar o anonimato, utilizaram-se letras “O” para as observações e “S” para entrevistas seguidas do número da ordem realizada. A análise das informações foi realizada pelo Método Comparativo Constante, procedimento que possibilita coletar informações e analisá-las de forma concomitante, ampliando o grau de complexidade de análise, na medida em que questões novas são trazidas pelos integrantes do grupo de interesse e incluídas na discussão.<sup>14</sup>

O referencial teórico utilizado foi de processo de trabalho de Marx<sup>15</sup>, em 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.

Essa noção de trabalho fundamentada no referencial de Marx<sup>15</sup> nos ajuda a compreender o processo de trabalho em saúde mental. Tendo como foco o modelo de atenção psicossocial e a lógica de cuidado no território, propõe-se um trabalho que busque como resultado o trabalho coletivo, priorizando a promoção e prevenção em saúde e o cuidado centrado no usuário, que leva em conta a participação do usuário na escolha de um projeto terapêutico que gere autonomia e inserção na vida cotidiana.

Para a análise de dados, as entrevistas foram tratadas usando-se o círculo hermenêutico-dialético e o método comparativo constante. A partir desses procedimentos, foi possível construir as categorias iniciais e as unidades de significado apresentadas à equipe para a negociação (etapa de validação dos dados). A seguir, foram organizados os temas comuns que levaram às categorias temáticas do estudo e que direcionaram para a categoria analítica da tese.

Neste artigo, discutiremos a categoria avaliação do processo de trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Parecer Consubstanciado 451/2010, Processo N° 001.002494.19.8, do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Foram respeitados todos os preceitos éticos em pesquisa acordo com resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.<sup>16</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de trabalho em saúde se constrói na forma como as equipes organizam-se para o atendimento aos usuários dos serviços. Nessa lógica de produzir trabalho em saúde no 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, 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 de 2001, com a discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica<sup>1</sup>. A proximidade espacial das equipes da ESF com a comunidade em que estão inseridas favorece essa inclusão, no entanto a realização do cuidado em saúde mental vai depender de como as equipes estão preparadas, se estruturam e se organizam para este trabalho. Por isso, a importância de os profissionais terem a habilidade de interrogar o mundo do trabalho, para estruturar o cuidado em saúde.<sup>7</sup>

Esse pensamento sustenta a concepção de que as equipes, independentemente do que está estabelecido como norma para o atendimento, têm autonomia para organizar seu processo de trabalho a partir do que acreditam ser importante no atendimento, e suas ações podem estar mais ou menos próximas das necessidades da população pela qual são responsáveis.<sup>7</sup>

Nesse sentido, a autonomia responsável dos profissionais de saúde ocorre quando existe o compromisso de atender os problemas dos usuários do serviço de saúde, garantindo a qualidade do cuidado. Além disso, na saúde é preciso aproximar os profissionais de seu objeto de trabalho, o usuário, utilizando os instrumentos necessários para que essa finalidade seja atendida.<sup>17</sup>

Sobre o processo de trabalho há registros em diário de campo que nos ajudam a observar a realidade:

"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. [...] A ACS o convidou para ir até a ESF e o acompanhamos até lá. Ele foi atendido por um dos médicos [...] fez uma abordagem tranquilizadora, recomendou que moderasse o consumo de álcool, e, que voltasse sempre que precisasse" (O23).

[...] chegou uma senhora que estava ansiosa, pedindo para retirar medicação para pressão alta. O técnico de enfermagem estava com muitas tarefas no momento [...]. Ela se irritou, xingou o técnico, disse que ele estava fazendo corpo mole. Ele explicou que o atendimento ali era por ordem de chegada [...]. Ela continuou reclamando e causando certo desconforto nas pessoas que estavam na sala de espera. O técnico de enfermagem saiu da recepção [...] e levou a senhora para conversar na sala de acolhimento (O27).

As anotações demonstram que essa ESF procura realizar uma organização de suas práticas de cuidado, como abordagens na rua, prevenção, promoção da saúde e acolhimento a partir das necessidades dos usuários. Essa estruturação converge com outros estudos quanto à necessidade de que, no mundo do trabalho, os profissionais desenvolvam práticas organizadas dentro da realidade em que estão inseridos e dentro das necessidades dos usuários que atendem.<sup>18</sup>

No atendimento da ESF, além dos programas formalmente constituídos pelo Ministério da Saúde, é requisito 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. Este é um desafio da organização do trabalho em saúde: a capacidade de estruturar relações entre o trabalhador e o usuário fundamentado em ações solidárias dentro da necessidade de quem produz, mas principalmente, de quem consome o cuidado em saúde.<sup>6</sup>

Para isso, 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.<sup>17,18</sup>

Por isso, dentro do processo de trabalho, é preciso conhecer como podem ser feitas as 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 ao que é demandado pelo usuário, mantendo a especificidade de cada área profissional.<sup>19</sup>

Dessa forma, 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.<sup>19</sup>

Nesse contexto, o trabalho em equipe é ressaltado por outras observações de campo.

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 (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 (O12).

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).

A partir dos registros, identifica-se que os trabalhadores da ESF avaliam o trabalho em equipe como um ato coletivo, que 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.

As reuniões de equipe e o compartilhamento de saberes entre membros da equipe, entendidos como essenciais no processo de trabalho, também aparecem nas falas:

[...] 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 (universidade), 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).

Tem o pessoal do matriciamento, a equipe da A. e as discussões na reunião de equipe (S10).

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).

As discussões, na avaliação de S8, S9 e S10, são centradas no usuário e família durante a reunião de equipe, mantendo a individualidade de cada situação, bem como a necessidade de analisar e discutir as necessidades singulares de cada sujeito. Percebe-

se que a troca de informações e de saberes é essencial no processo de trabalho para o cuidado dos usuários com comportamento suicida.

Pensando na forma como o processo de trabalho é organizado, acredita-se que no contexto desses encontros podem-se produzir espaços compartilhados. Não há como pensar o cuidado em saúde dentro de uma visão mais abrangente sem que se considere o encontro entre trabalhador e usuário. Em nossa concepção, 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.

Essa ideia nos remete 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 que orientam como o trabalho vai ser estruturado e que vai definir como as práticas de cuidado vão se dar no cotidiano.

Estabelecendo um paralelo entre os modos de atenção em saúde mental e o trabalho na estratégia saúde da família, identificamos que os atos de cuidado se estruturam centrados no usuário, permitindo que as ações de saúde possam ser desenvolvidas de acordo com suas necessidades. Cada componente da equipe, em suas práticas, mantém atenção em relação a indícios da presença de comportamento suicida nos indivíduos com os quais tem contato, e, muitas vezes, também são procurados por amigos ou familiares de pessoas que apresentam esse comportamento. Quando identificada a presença de comportamento suicida, a partir da avaliação do indivíduo são estabelecidas as estratégias mais adequadas de acordo com a gravidade do comportamento, desde observação e acompanhamento por um familiar, visitas domiciliares mais frequentes, consultas no posto, culminando por encaminhamento para avaliação em emergência psiquiátrica para possível internação. Como todos membros da equipe estão aptos para essa identificação, cada um, dentro de seu conhecimento, exercita essa atribuição, a partir do vínculo e dos diálogos estabelecidos com os usuários e com os colegas de equipe.

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, fundamenta a estruturação da organização do trabalho. 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.<sup>15</sup>

Dessa maneira, na organização do processo de trabalho, existe uma escolha sobre a estratégia que vai ser utilizada na sua estruturação, pode haver o trabalho multidisciplinar visando a relações horizontais, construção conjunta de ações, presença

das equipes dentro e fora dos serviços, buscando a inserção na comunidade e a criação de vínculos.

Assim, apresentamos alguns registros que indicam a organização da equipe para o atendimento ao indivíduo 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).

Com observações registradas, identificou-se que existe uma preocupação, no cotidiano do trabalho da ESF avaliada, com as condições relacionadas às situações que envolvem problemas de saúde mental. Há um livro de registro dos usuários que utilizam medicações psiquiátricas, identificados pelo nome, história de vida e situações de vulnerabilidade. Esta ESF, que tem um olhar diferenciado sobre as situações de agravo à saúde mental, pode proporcionar uma atenção singular aos indivíduos com comportamento suicida.

Em um estudo anterior, sobre as ações de saúde mental desenvolvidas nesta ESF, foi identificado que as ações de saúde mental são realizadas por meio das tecnologias em saúde, principalmente as relacionais, por criar condições para ações de saúde mental, tendo uma agenda específica para esse atendimento.<sup>20</sup>

Nas ações de saúde mental na ESF, dados semelhantes foram encontrados em relação à atenção com os agravos em saúde mental. Foi avaliado que esta ESF utiliza práticas norteadas pelo cuidado clínico e tecnologias leves 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.<sup>7</sup>

Em relação ao atendimento ao usuário com comportamento suicida, 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. Como se observa nas seguintes informações:

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).

Observa-se que 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 na ESF avaliada.

Os profissionais valorizam a procura do usuário pelo atendimento na ESF, e cada situação é singularizada, independente da queixa referida. Essa visão ampliada da atenção em saúde, que caracteriza o trabalho desta ESF, evidencia seu comprometimento com as pessoas que estão em seu território de atendimento, sua responsabilização, vinculação e preocupação com elas.

A singularização do atendimento se reflete no acompanhamento da evolução de cada usuário e a cada situação em que o comportamento suicida é identificado. A equipe trabalha em uma lógica que privilegia o reconhecimento de cada indivíduo por seu nome, bem como sua história e inserção familiar e/ou na comunidade. Dessa forma, depois que uma necessidade de acompanhamento e atendimento surge, o indivíduo é visto de acordo com o grau de complexidade que sua condição exige, ou seja, as abordagens de acompanhamento e seus apazamentos variam de conforme a demanda apresentada. No caso dos indivíduos com comportamento suicida, pelas informações que a equipe trocava no dia a dia do trabalho e nas reuniões semanais, viu-se que as situações identificadas eram acompanhadas até que a gravidade do tipo de comportamento fosse esbatida. Esse acompanhamento se dava por visita domiciliar, por busca ativa e por consulta, até que o indivíduo pudesse retomar suas atividades, de acordo com suas possibilidades. Também é digno de nota o suporte fornecido aos familiares durante o tempo necessário para acompanhar a situação. Não houve registro ou identificação de suicídios no território de abrangência desta equipe nesse período.

E no território, a ESF 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.

## CONCLUSÕES

Durante a avaliação do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família para o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, alguns aspectos sobre a organização do atendimento e tecnologias utilizadas no cuidado foram identificados e precisam ser ressaltados.

A ESF estudada tem um diferencial no modo como organiza seu processo de trabalho para o atendimento ao usuário com comportamento suicida, não só pela forma como os atos em saúde são estruturados, mas pela postura que os profissionais têm perante a comunidade que atende. Essa postura refere-se à disponibilidade para o acolhimento e escuta desse sofrimento e o movimento dos profissionais até os espaços do território.

Sobre o trabalho coletivo, a ESF é unânime em avaliar o trabalho em equipe como uma estratégia potente para cuidar. Contar com uma equipe multidisciplinar 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.

Em relação ao atendimento ao indivíduo com comportamento suicida, referenciam a reunião de equipe como um dos momentos mais importantes por ser espaço de compartilhamento de informações e orientações. Na reunião toda falam e são ouvidos, não importando a categoria profissional, e há horizontalidade no processo de comunicação, desde os ACS até os profissionais da academia. Salientam que a possibilidade de discutir as situações e ter uma proposta de ação praticamente imediata traz segurança.

Há destaque para o fato de muitas situações de indivíduos que têm comportamento suicida chegarem à reunião de equipe pelas informações dos ACS. 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.

Neste processo de cuidado algumas tecnologias de saúde podem ser consideradas fundamentais, como as tecnologias leves de escuta, vínculo e acolhimento, associadas ao cuidado clínico. Entende-se que são essenciais para aumentar a confiança entre equipe de saúde, usuários da ESF e comunidade, bem como para identificar indícios e sinais de comportamentos suicidas nos indivíduos do território.

Não há como apontar uma receita para o ordenamento do cuidado efetivo ao usuário com comportamento suicida, nem dizer que essa responsabilidade é somente do setor da saúde, porém entende-se que partindo do território seja possível identificar e organizar ações para acolher essas pessoas. Basear-se no território na atenção em saúde mental significa contar com serviços territoriais como a ESF, que está inserida na comunidade, possuindo uma equipe multidisciplinar, conhecimento e vínculo com as

pessoas que vivem neste local, obtendo informações adequadas com seus contextos de vida e, assim, habilidades necessárias para agenciar redes com outros serviços de saúde mental e intersetoriais conforme as demandas do usuário.

Neste sentido, as equipes da ESF avaliadas evidenciaram inserir em suas práticas cotidianas um processo de trabalho caracterizado por espaços de trocas de saberes, escuta qualificada, identificação e priorização em casos de saúde mental, proporcionando um cuidado protetivo aos indivíduos com comportamento suicida.

## **Financiamento**

Subprojeto da pesquisa MentalESF – Avaliação da saúde mental na estratégia saúde da família, que foi financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), pelo Edital CT-Saúde/MCT/CNPq/MS 06/2008.

## **REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
2. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. Cadernos de Saúde Pública. 2016 set; 32(9):e00059116.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 176 p.
4. Ministério da Saúde. (Brasil). Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.
5. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
6. Merhy EE. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S. Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rotschild, 2009. p. 277-321.
7. Cabral TMN, Albuquerque PC. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. Saude em Debate. 2015 jan; 39(104):159-71.
8. . Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. Cad Saude Colet. 2013; 21(2):108-14.

9. Storino BD, Campos CF, Chicata LCO, Campos MA, Matos MSC, Nunes RMCM et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. Cad. saúde colet. 2018; 26(4):369-77.
10. Guba E, Lincoln Y. Fourth Generation Evaluation. São Paulo: Editora Unicamp; 2011.
11. Wetzel C. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. (Tese). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005. 290f.
12. Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. Interface. 2009; 13(31):343-55.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Panorama Porto Alegre [Internet]. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>.
14. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. UK: Taylor & Francis; 2016.
15. Marx K. O capital. São Paulo: Boitempo; 2014. vol. 1.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação Contratualista. Revista. Bioética. 2014; 22(1):152-60.
18. Simões AL, Freitas CM. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). Saúde em Debate. 2016 jun; 40(109):47-58.
19. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for professional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética teamwork focusing on users. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013 ago; 47(4):977-83.
20. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan. 2015; 15:529-40.

Submissão: fevereiro de 2018.

Aprovação: julho de 2020.