



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

dos Santos Costa, Juliana; Wetzel, Christine; Kohlrausch, Eglê
Estratégias utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado ao usuário com
tentativa de suicídio
Saúde em Debate, vol. 34, núm. 87, outubro-diciembre, 2010, pp. 683-692
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341768010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estratégias utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado ao usuário com tentativa de suicídio

Strategies used by Community Health Agents in the care of suicide-attempt users

Juliana dos Santos Costa ¹

Christine Wetzel ²

Eglê Kohlrausch ³

¹ Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

julianacostaenf@gmail.com

² Doutora em Enfermagem Psiquiátrica; Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

cwetzel@ibest.com.br

³ Doutoranda em Enfermagem; Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

eglek@hotmail.com

RESUMO *Este artigo é fruto de uma pesquisa a respeito das concepções dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o atendimento aos usuários com tentativa de suicídio. Trata-se de um estudo qualitativo, com delineamento exploratório-descritivo, desenvolvido em duas unidades da Estratégia de Saúde da Família da região Lomba do Pinheiro/Partenon de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, sendo entrevistados cinco ACS. Os resultados apontam que os ACS dão importância ao diálogo, à constituição de vínculos e à continuidade dos cuidados no processo de trabalho com usuários com tentativa de suicídio.*

PALAVRAS-CHAVE: *Suicídio; Programa Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde.*

ABSTRACT *This article is the result of a research with respect to the Community Health Agents definitions about serving users that attempted suicide. It is a qualitative study, using exploratory-descriptive outlines, conducted in two units of the Family Health Strategy in the Lomba do Pinheiro/Partenon region of Porto Alegre. The data collection was made by semi-structured interviews with five Community Health Agents. The results point out that Community Health Agents care for dialog, for bond making, and for continuity of care in the work process with suicide-attempt users.*

KEYWORDS: *Suicide; Family Health Program; Community Health Agents.*

INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta dados de um estudo sobre as concepções dos agentes comunitários de saúde em relação ao atendimento a usuários com tentativa de suicídio. O suicídio é um tema de grande relevância para a saúde pública, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 815 mil pessoas se suicidaram no ano 2000, representando uma taxa de mortalidade de 14,5 em cada cem mil pessoas, ou seja, um suicídio a cada 40 segundos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

A partir da implementação da Política de Atenção Integral em Saúde Mental, produto das mobilizações que desencadearam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que se refere à constituição de uma rede de cuidados em saúde mental, os serviços da atenção básica em saúde passaram, gradativamente, a assumir a responsabilidade, juntamente com os serviços especializados, das atividades de cuidado aos usuários em sofrimento psíquico, tanto nos aspectos preventivos quanto curativos.

Dados preliminares encontrados em estudo recente evidenciam a importância do agente comunitário de saúde nesse contexto, bem como a referência desse profissional como o principal elo, senão o único, entre o usuário do sistema e a unidade básica de saúde (KOHLRAUSCH *et al.*, 2006).

Nessa perspectiva, pesquisa realizada em Maceió também encontrou referências, por parte da população pertencente à área de abrangência de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do agente comunitário de saúde como sendo o único membro da equipe de saúde que realizava visitas domiciliares aos portadores de transtorno psíquico. Além disso, os agentes foram descritos como possuidores de uma ati-

tude diferenciada em relação ao restante da equipe, por serem mais cordiais, compreensivos e afetuosos (Breda; Augusto, 2001).

Dentre as atribuições básicas do agente comunitário de saúde (ACS), estabelecidas pelo Ministério da Saúde, está o desenvolvimento de atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas, sob supervisão do enfermeiro (BRASIL, 1997). Essas atividades permitem que o ACS estabeleça uma maior proximidade dos usuários e famílias e de suas problemáticas concretas, no cotidiano de suas vidas.

A partir desses dados, surgiu o questionamento de quais são as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento aos usuários com tentativas de suicídio. Nesse sentido, torna-se interessante trabalhar com a noção de concepção e suas implicações no trabalho em saúde. De acordo com o Dicionário Aurélio, concepção significa ato de conceber ou criar mentalmente, de formar idéias, especialmente abstrações; noção, idéia, compreensão; modo de ver, ponto de vista; opinião, conceito. Ao se falar de atendimento à saúde, não se pode preterir que o processo de trabalho depende, essencialmente, do trabalho humano, não sendo possível dicotomizar as concepções dos profissionais a respeito do objeto de seu trabalho, no caso as tentativas de suicídio, da sua função *a priori*, já que sua atividade profissional está imbricada por esses conceitos.

Dessa forma, é importante conhecer que concepções os profissionais de saúde, no caso, os agentes comunitários de saúde, possuem a respeito do atendimento aos usuários com tentativa de suicídio, entendendo que as mesmas se produzem e reproduzem na sua prática cotidiana, interferindo na maneira como a assistência ao usuário é prestada.

SOBRE O SUICÍDIO

O suicídio, também chamado de comportamento suicida fatal, é o resultado de um ato empreendido e executado com pleno reconhecimento de seu desenlace onde o elemento-chave é a intenção de infligir a si próprio o fim da vida. Já as tentativas de suicídio ou comportamento suicida não fatal são os termos utilizados para definir os atos suicidas que não resultam em morte. Nomeia-se também por violências autoinfligidas o comportamento suicida e as diversas formas de automutilação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

O suicídio e a automutilação sempre estiveram presentes na história universal, despertando na humanidade sentimentos diversos sobre o tema. Na antiguidade, cada escola filosófica possuía uma concepção diferente sobre a violência autoinfligida. Platão condenava o suicídio de forma não rigorosa, já Aristóteles condenava todas as formas de suicídio (MINOIS, 1998). Ao mesmo tempo, alguns registros culturais mostram que esse ato nem sempre foi considerado transgressor. No antigo Egito, por exemplo, as viúvas e escravos eram forçados a se matar após a morte do seu senhor.

Na idade média, com a ascensão do cristianismo, o suicídio passou a ser terminantemente condenado. O suicídio tornou-se um sacrilégio e um ato condenado. (PARREIRA, 1988). A partir do século XVII a medicina começa também a abordar o assunto; para muitos médicos o suicídio é considerado uma doença somática e poderia estar vinculado às situações de depressão (MINOIS, 1998). No chamado século das luzes (século XIX) o tema foi perdendo a influência da concepção religiosa, a favor do seu reconhecimento como fato social.

Apesar de toda a evolução que se teve sobre o tema, pelos estudos sociológicos, psicanalíticos e noso-

lógicos, a sociedade moderna continua a ver o suicídio como um ato condenável, infligindo a noção de culpa aos indivíduos e à sociedade. A violência autoinfligida permanece considerada como um ato contra Deus, decorrente de debilidade mental, uma doença espiritual e social (MINOIS, 1998).

São esses fatores de ordem cultural, religiosa e moral, aliados à indisponibilidade das informações nos serviços de registro e à dificuldade de diferenciar algumas formas de suicídio de outras, que provocam morte ou lesões, que fazem com que os números notificados nas fontes oficiais sejam muito menores do que os números reais. Sendo que, no que diz respeito às tentativas, soma-se o problema de que a maioria dos acontecimentos é desconhecida das autoridades de saúde (MINAYO, 2005). Existem estudos que mostram que apenas cerca de 25% dos que cometem suicídio buscam cuidados em hospitais públicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Apesar da subnotificação ligada à violência autoinfligida, tentativa de suicídio e suicídio, os dados mostram um alto número de ocorrências do fato no nosso meio. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), o ato de suicídio ocupa a décima terceira causa de morte no mundo. Ainda, os ferimentos autoinfligidos representam a quarta maior causa de morte e a sexta maior responsável por incapacitação física e morbidade entre indivíduos de 15 a 44 anos. No Brasil, de acordo com dados coletados em 1998, a taxa atinge o patamar de 4,13 por 100 mil habitantes, sendo que na região Sul essa taxa está em 9/100.000 habitantes. As outras regiões, comparativamente, apresentam taxas de 6,2 na região Norte, 4,3 no Nordeste, 4,9 no Sudeste e 6,2 no Centro-Oeste. Esses dados demonstram a alta taxa da região Sul em comparação as outras regiões do país (SOUZA *et al.*, 2003). Além disso, o Rio Grande do Sul, historicamente, tem apresenta-

do os maiores coeficientes de suicídio no Brasil, com média de 10,2/100.000 habitantes (MENEGHEL *et al.*, 2004).

Da mesma forma que ocorre com o padrão dos homicídios, os homens se matam mais do que as mulheres. A proporção de suicídios de homens em relação às mulheres varia de 1,0:1 a 10,4:1 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). No Brasil, 79,6% dos suicídios são cometidos por homens e 20,4% por mulheres (MINAYO, 2005).

O comportamento suicida possui um grande número de causas complexas e que interagem entre si: fatores demográficos como idade e sexo, psiquiátricos, biológicos, sociais, ambientais e os fatores relacionados ao histórico de vida da pessoa. Dentre todos os fatores de risco, a depressão desempenha um papel importante no suicídio, estando presente em 65 a 90% de todos os casos de suicídio com patologias psiquiátricas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Na população pertencente à região do Observatório de Causas Externas, região que engloba Lomba do Pinheiro e Partenon, onde este estudo foi desenvolvido, estão registradas 30 tentativas de suicídio entre fevereiro de 2002 e fevereiro de 2005, para uma população aproximada de 180 mil habitantes, sendo que a região do Observatório atende aproximadamente 120 mil pessoas, e as demais ficam a cargo do Centro de Saúde-Escola Murialdo (OBSERVATÓRIO DE CAUSAS EXTERNAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 2005).

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento exploratório-descritivo. Esse método permite

que o pesquisador analise a totalidade do objeto de estudo, captando todo o contexto, explorando e descrevendo a realidade na qual ocorre, reconstruindo a realidade social como objeto de conhecimento (POLIT; HUNGLER, 1995). Na pesquisa qualitativa estão envolvidas a coleta e a análise de materiais mais subjetivos, e os pesquisadores que utilizam esse método costumam salientar os aspectos holísticos, dinâmicos e individuais da experiência humana.

O estudo foi desenvolvido tendo como cenário duas unidades da ESF do município de Porto Alegre, inseridas no Observatório de Causas Externas da região Partenon e Lomba do Pinheiro.

A região abrange sete bairros e mais de sessenta vilas, com variados níveis de urbanização e infraestrutura. A área caracteriza-se pela elevada incidência de população em condição de indigência ou pobreza, e conta com aproximadamente 120 mil habitantes (RODRIGUES; DE NEGRI, 2004).

A coleta de dados foi realizada utilizando-se entrevistas semiestruturadas que seguiram um roteiro com questões sobre o atendimento realizado aos usuários com tentativas de suicídio. Foram entrevistados cinco agentes comunitários de saúde inseridos nas unidades selecionadas, e utilizados, como critérios de inclusão, o fato de já terem se envolvido no atendimento ao usuário vítima de agravos por tentativa de suicídio e de aceitarem participar da pesquisa. Para garantir o sigilo de suas identidades e preservar seu anonimato, os sujeitos envolvidos no estudo serão identificados conforme um número estabelecido aleatoriamente para cada entrevista, por exemplo: ACS – 1.

Os dados foram organizados e posteriormente analisados com base na técnica de análise de conteúdo temático de Bardin (2004). No que tange às unidades de registro, a característica dessa técnica é o tema, que são as unidades de significação percebidas nos textos

analisados. O texto pode sofrer recortes de sentido, e não da forma, de acordo com as idéias que representam. A técnica de análise de conteúdo temático é constituída pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com inferências e interpretações.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e os princípios éticos foram respeitados, considerando-se a Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde. As pessoas entrevistadas foram informadas a respeito do objeto da pesquisa e as informações coletadas só constituíram o corpo de análise do estudo após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (BRASIL, 1996).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Acolhimento: o uso do diálogo como ferramenta de trabalho

Carvalho e Campos (1997) referem que o acolhimento consiste em um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e referenciá-los caso seja necessário. Ainda, Merhy (1997) nos traz que o acolhimento pode ser traduzido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Cabe ressaltar que o acolhimento não se constitui apenas em um espaço físico específico da Uni-

dade de Saúde, não sendo portanto um substitutivo para a recepção. Acolher constitui-se em uma postura ética dos profissionais de saúde e deve estar presente em todo e qualquer contato com o usuário. Malta e Merhy (2003) lembram que o trabalho em saúde contém especificidades que o diferenciam dos demais, pois está implicado em um espaço relacional que envolve o produtor, no caso o profissional de saúde, e o usuário. Essa relação é carregada de subjetividades que são determinantes no processo de recuperação da saúde e ocorre em ato, a cada encontro, produzindo momentos criativos.

O ACS identifica, no seu processo de trabalho, estratégias e instrumentos de cuidado ao usuário com tentativa de suicídio não usuais, como mostra a seguinte fala:

Eu sugeri a ela que fizesse um diário pra ela poder compreender certas coisas assim que aconteciam com ela. Coisas que ela cobrava dela mesmo, da infância dela e coisas assim.
(ACS – 2).

No processo do trabalho vivo¹ em ato o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, a fim de atingir um determinado objetivo (MERHY, 1997). O cuidado ao usuário suicida possibilita, e até exige, que o ACS se aproprie de estratégias e instrumentos criativos e inovadores, possíveis de serem implementados dentro do seu contexto de ação.

Na direção do acolhimento, especificamente no atendimento do usuário com tentativa de suicídio na atenção básica, a OMS (2000) recomenda algumas

¹ O Trabalho Morto traz em si a lógica instrumental e o Trabalho Vivo é o trabalho humano em ato, lugar próprio das tecnologias leves, que dizem respeito às relações, e que se demonstram fundamentais na produção do cuidado (MERHY, 1997).

ações, dentre as quais destacamos: trabalhar sobre os sentimentos suicidas, encaminhar o usuário para um profissional de saúde mental e encontrar o usuário em intervalos regulares, mantendo contato.

O acolhimento no seu aspecto mais relacional, da conversa e da orientação, aparece diversas vezes nas falas dos ACS como a principal estratégia de atendimento adotado por eles com os usuários com tentativa de suicídio, como exemplificado a seguir:

Foi mais a conversa mesmo [...] eu visitava ela frequentemente, uma, duas ou três vezes por semana e daí a gente conversou bastante assim sobre os motivos que levaram ela a cometer o ato. (ACS – 2).

Eu visito, converso, tento identificar quando ela tá bem, quando ela não tá, o motivo [...] eu tô sempre tentando acompanhar assim, ela conversa bastante comigo. (ACS – 4).

Ela me conta todos os problemas, eu converso com ela. (ACS – 5).

Em uma pesquisa sobre saúde mental na Estratégia de Saúde da Família, a escuta/diálogo também surgiu como um instrumento utilizado pelos profissionais entrevistados, constituindo-se em um diferenciador de suas práticas. O estudo ressalta a importância da escuta no processo de trabalho da ESF, pois, pela fala do usuário, revelam-se representações do que possa estar causando seu sofrimento e suas necessidades (COIMBRA, 2007).

Ressaltamos que não adianta apenas ouvir o usuário. Ouvir é um ato passivo, se faz naturalmente. É necessário ir além do apenas 'ouvir', é necessário 'escutar'. Escutar significa ouvir atentamente, implicando-se,

prestando atenção, capturando a comunicação verbal e a não verbal. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000), o primeiro contato do suicida com o serviço de saúde é muito importante. Deve-se reservar o tempo necessário, pois esses usuários geralmente precisam de mais tempo e atenção. Ainda, o principal é escutar o usuário efetivamente.

O ACS percebe a necessidade que o usuário com tentativa de suicídio possui em relação ao maior tempo de atendimento e conversa em relação aos demais indivíduos que ele atende. Além disso, por demandar mais atenção, é percebido pelo ACS que esse usuário necessita de visitas domiciliares mais frequentes em relação aos demais.

Em vez de ficar uma hora eu fico duas com ela conversando [...] assim que eu faço, tento conversar mais, dou mais atenção praquela pessoa que necessita mais. (ACS – 5).

Eu atenderia mais, sabe [...] são pessoas que eu atendo mais, são pessoas que eu visito com mais frequência, eu visito duas ou três vezes no mês, às vezes eu passo, eu vejo que ela não está bem, eu converso, fico mais tempo na casa. São pessoas que a gente dá uma atenção maior, né? (ACS – 5).

A disponibilidade dos profissionais de saúde para a escuta atenta torna-se condição para a identificação de problemas relacionados aos processos biopsicossociais expressos ou implícitos na fala dos usuários (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006). Ao relatar a experiência da implantação da saúde mental na ESF em São Paulo, Lancetti (2002), ressalta a importância do poder da escuta no tratamento dos portadores de sofrimento psíquico, "Dava a sensação de que ninguém

se havia interessado pela vida dessas pessoas, por suas histórias e pelo seu sofrimento” (p. 35).

No que tange ao dispositivo da conversa como forma de acolhimento, o ACS encontra dificuldades relacionadas a ocasiões em que o usuário não quer falar sobre o assunto (tentativa de suicídio), mesmo o agente sabendo do acontecido.

É uma coisa difícil, porque as pessoas, tu identifica, tu sabe o que elas fizeram, mas nem sempre elas querem falar sobre. (ACS – 4).

Como aponta a fala anterior, o acolhimento, na dimensão da escuta, não é uma estratégia simples envolvendo aspectos subjetivos tanto do usuário quanto do ACS. Exige, de forma central, a constituição de vínculo, que será discutido no núcleo temático a seguir.

Vínculo e continuidade dos cuidados

De acordo com o MS (1997), a ESF proporciona o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A fala a seguir aponta nessa direção, quando é entendido que, no caso do risco de suicídio, o mero encaminhamento não basta, tornando-se necessário ‘voltar para saber o que aconteceu’.

Como ele (médico da ESF) tinha encaminhado ela pro PAM 3², ele pediu que eu e a J. fôssemos lá para saber o que aconteceu. (ACS – 1).

O vínculo entre profissional e usuários do serviço de saúde estimula autonomia e cidadania, promove a participação daquele durante a prestação de serviço e amplia a eficácia das ações de saúde. Para a construção desse vínculo é necessário que o usuário seja reconhecido enquanto sujeito, que fala, julga e deseja. (CAMPOS, 1997).

Os ACS entrevistados trazem, em suas falas, o vínculo e a continuidade de cuidados como central na sua prática cotidiana. Isso significa que suicídio não tem hora marcada e precisa de vários dispositivos contínuos que se constituam como possibilidades de acesso imediato.

Eu me lembro que ela fez tentativa de suicídio no fim de semana, daí os familiares dela me procuraram na segunda-feira, além de ela tá fazendo acompanhamento com a nossa psiquiatra. (ACS – 2).

O familiar chama a gente, né? Inclusive um era onze horas da noite ele bateu na minha casa. Aí eu orientei, não era meu horário de serviço, que o que ele podia fazer era levar ao PAM 3. (ACS – 3).

Campos (1992) considera o vínculo como um elemento essencial para a assistência à saúde, por tornar mais eficaz as ações e por constituir-se em uma das formas mais efetivas de controle, uma vez que é realizado pelas duas partes interessadas: o trabalhador e o usuário.

Ao falarmos sobre vínculo, imediatamente nos remetemos à noção de responsabilidade e compromisso, já que:

² PAM 3 ou Postão da Cruzeiro são formas como popularmente é chamado o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), emergência psiquiátrica de Porto Alegre e referência na cidade para o atendimento de usuários em surto/crise.

Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal. (MERHY, 1997, p. 138).

Das falas dos ACS percebe-se que o vínculo com os usuários, através das visitas domiciliares, possui importância ao facilitar no tratamento e na aderência à medicação. Através das visitas, os agentes monitoram a aderência ao tratamento, orientam e estimulam o usuário a seguir tomando as medicações prescritas, além de observá-lo quanto à possibilidade de executar uma nova tentativa de suicídio.

Mas até agora a gente continua acompanhando a pessoa porque ela demonstra atitudes que ela vai fazer de novo. (ACS – 4).

[...] ficou hospitalizada, depois ela saiu e continuou o tratamento em casa. Às vezes ela para, a gente ainda tenta fazer um trabalho com ela. Porque ela para, acha que tá bem, que não precisa. (ACS – 4).

A própria relação do agente com a comunidade tem potencialidades de ser um dispositivo de cuidado. Isso aparece na fala a seguir, quando a agente conta como a comunidade avisa-a dos acontecimentos, como no caso da tentativa de suicídio de uma usuária da área.

Fiquei sabendo porque ela fez na comunidade, assim a comunidade toda ficou sabendo. Eu fiquei sabendo no mesmo dia. As pessoas

se acostumam contigo, vão te avisando assim. (ACS – 4).

Vemos o porquê da aposta do ACS como o elo, o vínculo entre a ESF e a comunidade: o fato de ser morador do mesmo local em que as famílias, fazendo parte de uma rede de relações, com atributos de solidariedade, liderança e conhecimento da realidade social, todos esses fatores requisitos para sua seleção (GOMES; PINHEIRO, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O vínculo, a continuidade de cuidados e a conversa, como formas de acolhimento, surgem como centrais no trabalho dos agentes, segundo eles próprios. Nota-se uma preocupação com o usuário com tentativa de suicídio, manifestada através das afirmações de que esse usuário necessita de um maior número de visitas, mais tempo de conversa, ou seja, na percepção de que esse usuário necessita de maior atenção que os demais.

Acredita-se na potencialidade desse encontro – saúde mental e saúde da família, pela consonância de premissas. Além disso, consideramos que atender os indivíduos portadores de 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 adscrita. No caso dos indivíduos com tentativa de suicídio, a proximidade da ESF com os moradores possibilita o desenvolvimento da dimensão relacional do cuidado, o que potencializa a intervenção em uma situação com alto risco de vida. Os ACS, pela sua inserção na comunidade, no momento em que também é um morador

da área, têm um duplo papel morador/trabalhador, o que potencializa o seu acesso a informações e à intervenção imediata.

O fato de identificarem o seu papel e responsabilidade no cuidado aos usuários com tentativa de suicídio, não vendo essa questão apenas como um problema a ser encaminhado a um serviço especializado, mostra que conseguem integrá-la em seu processo de trabalho e agir sobre ela no seu cotidiano.

Ainda há muito a caminhar em direção à dimensão mais preventiva do suicídio, já que o que desencadeia a ação, na maior parte das vezes, é a primeira tentativa, o que, em alguns casos, pode ser muito tarde. O vínculo e a proximidade da comunidade, apontados pelos ACS, devem ser utilizados pela equipe da ESF nessa direção, de forma a mudar o cenário do alto índice de mortalidade por suicídio na população.

Nessa caminhada é importante que eles não estejam sozinhos. Faz-se necessário o apoio de equipes especializadas em saúde mental para que os ACS, juntamente com o restante da equipe da ESF, sejam instrumentalizados para atender esses usuários. Para tanto é necessário uma maior aproximação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos recentemente criados Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) com a equipe de referência, a equipe de ESF. Não se trata de 'capacitá-los', mas possibilitar apoio técnico especializado através do matriciamento e da educação permanente.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 196*, de 10 de outubro 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 10 out. 1996.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BREDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 2 jun 2008.
- CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança em saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000.
- COIMBRA, V.C.C. *Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família*. Tese [Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica], Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.
- GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, mar./ago. 2005.
- KOHLRAUSCH, E. *et al.* Quem avisa faz: análise da organização do processo de trabalho das equipes da atenção básica de saúde na prevenção das tentativas de suicídio. In: Salão de Iniciação Científica, 18, 2006, Porto Alegre: PROPESQ/UFRGS. *Livro de Resumos*. Porto Alegre: UFRGS, 2006. p. 516.
- LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (org.) *SaúdeLoucura*, 7. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos, *REME Revista mineira de enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MENEGHEL, S.N. *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista Saúde Pública*, Porto Alegre, v. 38, n. 6, p. 804-810, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 28 abr. 2008.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). *Inventando a mudança em saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, M.C.S. Suicídio: violência autoinfligida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINOIS, G. *História do suicídio: a sociedade ocidental perante a morte voluntária*. Lisboa: Teorema, 1998.

OBSERVATÓRIO DE CAUSAS EXTERNAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. CNPq – Edital C1 – Saúde/MCT/CNPq/MS n. 024/2004. *Banco de Dados*. Porto Alegre: EEnf-UFRGS/Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2005.

OLIVEIRA, A.G.B.; VIEIRA, M.A.M.; ANDRADE, S.M.R. *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo: Olho d'água, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Mental. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS, 2000.

_____. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.

PARREIRA, V.L. *O suicídio em Freud*. 1988. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto Superior de Estudos

e Pesquisas Psicossociais, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1988.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODRIGUES, G.; DE NEGRI, A.F. The development of a community based initiative for safety promotion in a large urban center of south Brazil, strategies and challenges facing socio-economical conditions and institutional changes. *Conferência Mundial das Cidades Protetoras*, 13. Praga: OMS, 2004.

SOUZA, E.R. *et al.* Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 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.

Recebido: Abril/2008

Aceito: Agosto/2010