
ACÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DIANTE DE USUÁRIOS COM TENTATIVA E RISCO DE SUICÍDIO¹

Rita Maria Heck², Luciane Prado Kantorski³, Anelise Miritz Borges⁴, Caroline Vasconcellos Lopes⁵, Mateus Casanova dos Santos⁶, Leandro Barbosa de Pinho⁷

¹ Pesquisa de avaliação qualitativa e quantitativa dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Financiada pelo CNPq em parceria com o Ministério da Saúde – SCTIE/DECIT/CT/Saúde, 2006.

² Doutora em Enfermagem. Professora Associado II do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: heckpillon@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem e Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista REUNI. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: miritzenfermeira@yahoo.com.br

⁵ Mestre em Enfermagem. Enfermeira estatutária da Prefeitura Municipal de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carolinevaslopes@gmail.com

⁶ Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento de Morfologia do Instituto de Biologia da UFPel. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mateuscasanova@ig.com.br

⁷ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lbpinho@uol.com.br

RESUMO: Objetivou-se conhecer a visão e a atuação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, acerca do acolhimento de pessoas com tentativa ou risco de suicídio. O estudo qualitativo foi realizado num município da Região Sul do Rio Grande do Sul-Brasil. Foram realizadas 26 entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial, no segundo semestre de 2006. Os dados foram analisados e organizados em temáticas: A rede que acolhe - o usuário com risco ou tentativa de suicídio no espaço-território vivido; Os caminhos de diálogo com a intersectorialidade; e Cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial com tentativa ou risco de suicídio. Foi observada a existência de equipe multiprofissional comprometida, que procura realizar um acompanhamento humanizado, unindo esforços com diferentes sistemas e setores da sociedade civil, com a finalidade de implementar um plano de cuidado e eliminar o risco de suicídio do usuário.

DESCRIPTORES: Acolhimento. Saúde mental. Enfermagem psiquiátrica.

THE INTERVENTIONS OF PROFESSIONALS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER TOWARDS CLIENTS WHO ATTEMPTED OR ARE AT A RISK OF SUICIDE

ABSTRACT: The objective of this study was to understand the views and work of the professionals working in a Psychosocial Care Center regarding the embracement of people who attempted or are at the risk of suicide. This qualitative study was performed at a city in southern Rio Grande do Sul-Brazil. Twenty-six semi-structured interviews were performed with the professionals of a team from a Psychosocial Care Center, in the second half of 2006. The data were analyzed and organized according to the following themes: the embracing reality – the client who attempted or is at risk of suicide in the relevant area-territory; the paths of intersectoral collaboration; and the care provided to clients of the Psychosocial Care Center who attempted or are at risk of attempting suicide. It was observed that there is a committed multiprofessional team that aims to perform humanized follow-up care, joining efforts with different systems and sectors of civil society, with the purpose of implementing a care plan and eliminating the client's risk of suicide.

DESCRIPTORS: User embracement. Mental health. Psychiatric nursing.

ACCIÓN DE PROFISIONALES EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ADELANTE LOS USUARIOS CON RIESGO Y INTENTO DE SUICÍDIO

RESUMEN: Lo artículo tien lo objetivo de conocer la visión y acciones de los profesionales de un Centro de Atención Psicossocial sobre el apoyo para el cuidado de las personas en riesgo y intento de suicidio. El estudio cualitativo fue realizado en una ciudad en el sur de Rio Grande do Sul, Brasil. Se realizaron 26 entrevistas semi-estructuradas con profesionales de un Centro de Atención Psicossocial en la segunda mitad de 2006. Los datos fueron analizados y organizados por temas: la red que aloja - el usuario en riesgo de suicidio y intento en el territorio vivido; los caminos del diálogo con la intersectorial y la atención al usuario del Centro de Atención Psicossocial con o en riesgo y intento de suicidio. Se observó la existencia de un equipo multidisciplinario comprometido, que busca lograr una vigilancia humana, uniendo fuerzas con los distintos sistemas y sectores de la sociedad civil, con el fin de poner en práctica un plan de cuidados y eliminar el riesgo de suicidio de el usuario.

DESCRIPTORES: Acogimiento. Salud mental. Enfermería psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo de causas diversas, sendo importante indicador da qualidade de vida das populações. No campo da saúde, o estudo sobre tentativas e ideações suicidas procura problematizar os impactos negativos desse evento na sociedade, já que o suicídio expressa a morte, a partir da própria vítima, causando repercussões no contexto de suas relações.¹

Dados epidemiológicos do Brasil apontam para um aumento nos índices de mortes por suicídio. Enquanto a média brasileira situa-se em torno de 4,3 óbitos por suicídio a cada 100.000 habitantes, alguns Estados apresentam taxas mais elevadas. Podem-se citar o Rio Grande do Sul, com incidência média de 10,2 suicídios a cada 100.000 habitantes, no período 1980 a 1999, Santa Catarina, com média de 7,9/100.000 habitantes, e Paraná, com 7,1/100.000 habitantes, seguidos de São Paulo e Goiás.²⁻³

No município estudado, a média de mortes por suicídio entre os anos de 1997 a 2007 foi de 15/100.000, ou seja, superior às médias nacional e estadual. Nesse sentido, tornam-se importantes as ações de prevenção e vigilância em saúde mental, voltadas para essa população específica.⁴

A fim de minimizar as taxas de suicídio e os danos associados às tentativas suicidas, a Coordenação de Saúde Mental elaborou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio, que buscou, junto a algumas Secretarias do Ministério da Saúde, a elaboração de Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, cuja regulamentação foi aprovada no ano de 2006, pela Portaria nº 1.876.⁵

O desafio está em evitar mortes, por meio da realização de ações que visem à promoção e prevenção em saúde. Além disso, é importante haver uma rede organizada de serviços que possam acolher as demandas evidenciadas pelos profissionais e pessoas próximas, identificando fatores determinantes, preditivos, e que possam minimizar os encargos e a prevalência desses eventos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) são estratégicos no âmbito da política pública em saúde mental. Esses centros buscam a incorporação de novas tecnologias em saúde mental, em oposição ao "estar aberto", que não significa, necessariamente, humanização e sistematização de atendimento. O que irá diferenciá-los será o respeito ao usuário e ao seu direito de cidadania, isto é, com a incorporação de novas maneiras de olhar e pensar a loucura como fenômeno da existência, sem a reprodução de

papéis estáticos e cristalizados, típicos de modelos excludentes, como o manicomial.⁶⁻⁷

Nesse sentido, o suicídio apresenta-se como uma das muitas demandas complexas dos serviços comunitários de saúde mental. Além disso, é um grande desafio para repensar saberes e práticas das equipes de saúde. No contexto dinâmico do movimento da reforma psiquiátrica e da reestruturação da assistência em saúde mental, torna-se necessário atentar às demandas aos profissionais de saúde frente às situações de suicídio, e ainda, conhecer, divulgar e dialogar sobre práticas inovadoras que tenham dado bons resultados nestes casos.

Por isso, o presente trabalho pretende conhecer a visão e a atuação dos profissionais de um CAPS acerca do acolhimento de pessoas com tentativa ou risco de suicídio.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, elaborado a partir de um recorte do projeto de pesquisa "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial na região sul do Rio Grande do Sul (CAPSUL)", que utilizou avaliação de quarta geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética. Para isso, foram realizadas entrevistas com equipe de profissionais, usuários e familiares e, ainda, observações do campo. Nesse projeto, foram estudados cinco municípios da Região Sul do Brasil. O presente artigo foi construído com os dados gerados a partir da entrevista de 26 profissionais do CAPS II de um dos municípios, que responderam, dentre outras, à seguinte questão geradora: o CAPS tem suporte para acolher pessoas em situações de tentativa ou risco de suicídio?

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2006, por uma equipe de cinco pesquisadores.

A rede de saúde mental do município estudado é composta de CAPS II para tratamento psiquiátricos graves em adultos, CAPS I Infantil, CAPS ad para tratamento de álcool e outras drogas (em processo de credenciamento), residência terapêutica e leitos psiquiátricos em hospital geral, possuindo uma coordenação geral dos serviços e uma coordenação local. Destaca-se que o serviço foi escolhido por oferecer atendimentos individuais e em grupo e, ainda, por preocupar-se, com a inclusão social do usuário em sofrimento mental adulto.⁸

Dentre os 26 profissionais entrevistados, 23 (88,5%) eram mulheres e apenas três (11,5%) homens, sendo descritas as profissões e ocupa-

ções a seguir: cinco psicólogas, cinco oficinairos (ocupação que executa oficinas junto aos usuários dos CAPSs), duas enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, duas recepcionistas, dois auxiliares da higienização, uma técnica de enfermagem, uma coordenadora (médica), uma pedagoga, um assistente social, uma cozinheira, um motorista, um terapeuta ocupacional e um psiquiatra.

Utilizou-se, como estratégia de análise dos dados, a análise temática. Foi realizada a ordenação dos dados, classificação em temas e análise final. É importante salientar que o tratamento dos dados ocorreu num processo contínuo e simultâneo, com passos articulados e complementares entre si, buscando compreender a realidade manifestada.⁹

A partir da análise, foram identificadas duas temáticas fundamentais, sendo a primeira, a rede que acolhe o usuário com risco ou tentativa de suicídio no espaço-território vivido e os caminhos de diálogo com a intersectorialidade; e a segunda, cuidado ao usuário do CAPS em situação de tentativa ou risco para o suicídio.

O projeto CAPSUL teve aprovação (Ofício 074/2005) do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Pelotas. Para preservar o anonimato dos sujeitos do estudo, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Informado, sendo identificados com a letra "E" (Entrevistado), seguida pelo número arábico correspondente à ordem na entrevista. Exemplo: E4.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sociedade possui, em sua organização, rupturas, que se manifestam através da prática suicida. Essa ação é crescente em nosso país e oriunda de crises e perturbações do sujeito coletivo, que geralmente possui atitudes melancólicas e tristes no seu viver. Ao abordar o sujeito coletivo, entende-se que a sociedade, como grupo social, existe não como uma massa de individualidades, mas como uma representação coletiva com símbolos, valores e regras produzidos, que se sobrepõem aos individuais. Nesse sentido, o suicídio não está relacionado a uma causa biológica, hereditária e de raça; mas sim ao fato de que o suicida não vê mais significados em conviver coletivamente.¹ Dessa forma, emerge a necessidade de realizar ações multiprofissionais e intersectoriais, que vinculem os suportes disponíveis na comunidade, a

fim de otimizar o atendimento ao indivíduo na sua integralidade, na tentativa de prevenir o suicídio.

Com vistas a apresentar a dinâmica de atuação dos profissionais do CAPS, diante de usuários em tentativa e ou risco de suicídio, serão discutidas as temáticas a seguir.

A rede que acolhe o usuário com risco ou tentativa de suicídio no espaço-território vivido e os caminhos de diálogo com a intersectorialidade

O espaço-território que envolve o usuário com risco ou tentativa de suicídio abrange a coletividade humana e institucional dentro de um contexto comunitário. No município estudado, pode-se dizer que o espaço do território é trabalhado e incentivado, no que tange ao atendimento de saúde mental.

Nesse sistema complexo, em que o protagonismo de serviços e atores é fundamental, destaca-se o acolhimento como um dispositivo que valoriza o atendimento humanizado e também a interdisciplinaridade como tecnologia de cuidado em rede, ações estas perceptíveis nos discursos que seguem:

[...] *sim, acolhemos. [...] as pessoas são sempre recebidas* (E-16).

[...] *acolhemos [...], vai ter uma atenção comigo, uma atenção com a psicóloga, a gente vai analisar o risco* (E-25).

O acolhimento fornece espaços abertos para questionamentos e interações entre usuários e familiares. Esses espaços são atravessados pelos profissionais, durante as consultas individuais médicas, psicológicas, do serviço social e de enfermagem e no assistir coletivo através de oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades esportivas, de culinária e de higiene e encontros festivos. Nesse sentido, o acolhimento torna-se uma ferramenta potencializadora de vida, capaz de ressignificar processos de trabalho, serviços e pessoas¹⁰. Portanto, a tentativa de suicídio mobiliza e sensibiliza o trabalhador de saúde mental, que é incentivado a articular-se com outros trabalhadores de saúde, formando uma rede interdisciplinar que proporciona cuidado, atenção e solidariedade nesse momento do sofrimento psíquico.

Por conseguinte, a existência de uma equipe multiprofissional para abordar o usuário em risco de suicídio, tem auxiliado na redução do número de mortes por tal motivo. Isso ocorre resgatando

o indivíduo à sociedade e junto de sua família através do acompanhamento sistematizado dos profissionais vinculados às equipes de saúde mental. Sob este aspecto, constata-se que as internações hospitalares podem ser evitadas no momento em que houver um atendimento que respeite e responda às necessidades específicas destes indivíduos.¹¹

Nos relatos apresentados a seguir, expõe-se a percepção apurada e contextualizada das equipes frente às tentativas de suicídio, que remetem à importância da realização de um trabalho interdisciplinar, aproximando as ações em saúde à realidade vivenciada.

[...] e a gente atende, enfrenta a situação, e se está sozinha, alguém da equipe dá um suporte. Eu estava acompanhando individualmente uma usuária [...] com risco de suicídio. É uma história de vida muito complicada [...]. Eu era a referência terapêutica dela, sou assistente social, já tenho atendido gente com risco de suicídio, as psicólogas sempre tem atendimentos em grupos e individuais; a enfermagem já tem atendido também. Eu acho que o nosso desafio é conseguir sair da perícia de uma profissão para o fazer da saúde mental, ser também coletiva é o que nos mantém com esse oxigênio (E-5).

[...] geralmente essas tentativas de suicídio a gente dá prioridade, se a pessoa vem aí [...] como veio semana passada uma menina disse que queria se matar, a gente já nem deixa ela sair daqui, a enfermeira conversa com ela, passa para o doutor [...], passa para uma psicóloga [...] (E-7).

Às vezes é a pessoa chegar lá na frente e tu vê que é um caso especial [...] às vezes não precisa ele dizer, porque geralmente vem um familiar ou vem um vizinho [...] tem um caso [...] ela tinha tentado se matar e ela nem precisou falar isso e a equipe toda já se mobilizou, entrou com a consulta do médico, conversou com o psicólogo, teve orientação familiar, foram ver a família. Eu acho que é bem atendido (E-12).

Diante do exposto, referente à forma de acolhimento prestada nos CAPSs, os sujeitos abordados expuseram a importância do trabalho em equipe (médico, enfermeira, psicóloga, assistente social, oficineiras e recepcionistas) como suporte para enfrentar as situações de risco de morte presentes na comunidade.

Torna-se relevante, para tanto, compreender a especificidade cultural e os valores de cada contexto social, os quais estão cheios de significados que podem estar relacionados às práticas perpetradoras de autoviolência.¹² A questão emocional pode ser considerada um fator causal quando for analisada sob a ótica do isolamento social e da

tristeza seguida da depressão, o que torna viável a parceria constante de diferentes profissionais que atendam o eminente problema social.

Dessa forma, valorizar a heterogeneidade do ser humano em risco de suicídio é saber compreender as suas limitações e os motivos que o levaram a ter esta iniciativa. A assistência em saúde prestada junto à comunidade faz com que este ser em sofrimento permaneça no seu ambiente, no seu nicho social.

No decorrer dos relatos, a seguir, pode-se constatar a presença das agentes de saúde da Equipe de Saúde da Família, como apoio à equipe de saúde mental, além da análise crítica dos profissionais frente à construção dos saberes.

[...] essa rede, assim, com os agentes de saúde, é uma rede bem, bem sólida [...]. Quando tem alguma coisa eles ligam [...] eles nos passam (E-1).

É um desafio estar sempre aprendendo a fazer, e sem perder o norte da profissão, [...] mas sabe que tu é muito além da tua profissão, tu está numa equipe de saúde mental (E-5).

Assim, ao mobilizar os recursos da comunidade, com o auxílio do trabalho do agente comunitário de saúde, como dimensão cuidadora e complexa dos serviços, em especial, nas situações que envolvem risco de morte, o trabalhador é constantemente provocado a problematizar a sua própria prática cotidiana. Ele começa a entender que o atendimento individual não dá vazão à complexidade de intervenções necessárias para minimizar ou eliminar os riscos relativos às tentativas de suicídio.

Nesse plano de ideias, a inclusão do ser em sofrimento mental às redes sociais, permite a sua socialização e apoio às fragilidades, valorizando-o na sociedade, a fim de compreender os significados que o tornaram um possível autoagressor.¹³ A enfermagem atua diretamente nesta ação, pois realiza junto aos demais profissionais, a atenção em saúde, participando do processo de referência e contra-referência do usuário, às diferentes redes dispostas também a realizar tal objetivo.¹⁴

Desta forma, a rede de apoio intersetorial envolverá o trabalho com a mobilização da família, do vizinho, do parente mais próximo, além de recorrer a serviços comunitários, de saúde e de outras esferas da sociedade civil. Os fragmentos abaixo destacam essa tendência:

[...] a maior preocupação é a família. Quando a pessoa verbaliza a vontade de se matar, a gente já vai direto na família (E-1).

[...] quando a gente pensa que o risco é muito acentuado a gente pede a hospitalização [...] (E-25).

Os relatos dos profissionais apontam as possibilidades de suporte no território, sendo que o serviço CAPS funciona como um “radar” que recebe e auxilia na gestão da superação do sofrimento daquele usuário, o qual tenta resolver na rede.

Nos serviços comunitários de saúde mental a família faz parte da rede do usuário, sendo apontada, em alguns estudos, como um dos principais recursos na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. Por isso, precisa-se estabelecer uma parceria entre o indivíduo, a família e o profissional, considerando que esse processo de reabilitação envolva, inclusive, a comunidade do local.⁷⁻¹⁵

Para tanto, os profissionais relataram um componente de extrema importância, a construção ou resgate do vínculo, tanto com o usuário quanto com o seu familiar, nesse momento de sofrimento psíquico, como se pode perceber nas falas:

[...] eles pegam um vínculo com você [...] a gente conversa bastante (E-21).

[...] para maior segurança [...] é chamada a Brigada Militar [...]. Com a autorização da família [...]. Às vezes até os vizinhos passam a vir ajudar. Aí o usuário é colocado dentro da Kombi e levado para o Pronto Socorro [...] lá ele é medicado. É sedado na verdade, e aí o médico faz o encaminhamento. Se precisa internar para um tratamento, ou se vai passar a ter atendimento aqui [...] (E-2).

Existem casos que demandam encaminhamento hospitalar, dado o seu grau de emergência. Porém, quando o indivíduo em tentativa de auto-agressão já recebeu cuidados primários em saúde na sua comunidade, o tempo de permanência na instituição hospitalar pode ser reduzido,¹¹ o que faz com que as ações em saúde realizadas em equipe corroborem para o restabelecimento do ser em sofrimento mental de forma humanizada e holística.

Assim, a organização de uma rede de atenção integral à saúde mental, na lógica dos serviços territoriais, necessita utilizar os dispositivos estratégicos, sanitários e socioculturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo, sendo capazes de funcionar como centros articulados das instâncias de cuidados básicos de saúde, incluindo a estratégia de saúde da família, rede de ambulatorios, atendimentos terciários, atividades de cuidado e de suporte social.¹⁶

Dessa maneira, a trama tecida entre os diferentes sistemas e setores da sociedade civil, com a fi-

nalidade de acolher o usuário com risco ou tentativa de suicídio, parece potencializar as múltiplas facetas do cuidado em saúde mental; um modo inovador de operar no cotidiano das práticas, proporcionando flexibilidade e despertando a criatividade do conjunto de trabalhadores dos serviços.

Cuidado ao usuário do CAPS em situação de tentativa ou risco para o suicídio

De acordo com o desenvolvimento social do tema, no Brasil, observa-se que a tentativa de suicídio habitualmente está associada à possibilidade de obter resolubilidade dos problemas pessoais do indivíduo em sofrimento que, ao buscar o término de suas angústias, acaba adotando uma postura que vai contra a sua vida.¹⁷⁻¹⁸ Nesse enfoque, a temática é caracterizada como um caso de emergência em saúde, pois oferece risco de morte iminente, que carece da detecção dos fatores que possivelmente estejam associados a esse comportamento autoagressivo, a fim de reduzi-lo.

Mediante a análise dos dados obtidos na pesquisa, pode-se vislumbrar que os profissionais vinculados aos serviços de saúde mental consideram a tentativa ou risco de suicídio como situação de emergência, o que se expõe na fala a seguir:

[...] rápido assim. A gente já sai ali da sala, chama a família: ‘vamos internar, é emergência, risco de suicídio’. A gente sabe que está em risco e acontece, porque a gente toma atitude rápida. Se tem que ligar para o secretário [...] para pedir leito, a gente liga e avisa: ‘olha, se não derem, não nos responsabilizamos, é grave’. A gente tem dado um jeito (E-11).

Entende-se, portanto que o atendimento precisa ser ágil, dialógico e responsável para com a pessoa que possui ideias suicidas, de modo a intervir e prestar os primeiros cuidados de forma humana e empática.

Outro aspecto significativo é o acesso ao tratamento adequado que, ao ser conduzido de forma compatível à realidade de cada indivíduo em tentativa de suicídio, reduz os números de mortes. Sob esse aspecto, emerge uma preocupação a respeito da elevada incidência de suicídios no sul do Brasil, em virtude dessa região possuir os maiores números do país.¹⁷

A qualificação dos profissionais que atuam nas Estratégias Saúde da Família e serviços comunitários é um processo essencial que contribui para aperfeiçoar a detecção e as ações acerca dos riscos de suicídio¹⁸. Assim, se entende que o respaldo intelectual acerca do acolhimento dos indivíduos

vulneráveis ao suicídio, proporciona às equipes maior reflexão e discussão sobre o tratamento, prevenção e monitoramento continuado.¹³

No que tange ao cuidado em saúde ministrado ao usuário em tentativa de suicídio, os profissionais entrevistados referiram que a enfermagem exerce um papel importante, que oferece segurança tanto para aqueles que atuam no CAPS como aqueles que usufruem do mesmo. Nesse sentido, o trabalho realizado pelos psicólogos também foi apontado como ação integrante do plano de cuidados, tornando a união e o desempenho dos esforços conjuntos dos profissionais em práticas de saúde organizadas, conforme o exposto a seguir:

[...] as psicólogas quando estão, também acabam dando suporte para essas situações de emergência. Até eu também. O nosso porto seguro é a enfermagem. Porque tem uma enfermeira de manhã e outra de tarde. Então as gurias dão conta disso (E-3).

[...] eu sempre converso com uma ou com outra colega psicóloga ou enfermeira, sempre procuro alguém para atender (E-19).

Evidencia-se, então, que o diálogo, a escuta e a organização do processo de trabalho fazem parte das ações em saúde deste Centro de Atenção Psicossocial. Como é possível notar, o processo de trabalho é pautado na humanização, através da percepção e da tomada de atitude com agilidade e coerência aos fatos apresentados, o que confere respeito, preservação e valorização das singularidades manifestadas pelos usuários.

Já, acerca das instituições que acolhem tais casos, a reabilitação psicossocial precisa ser vista como parte integrante e essencial do tratamento, com vistas a conscientizar a população sobre este problema de saúde pública.¹³

Para preencher a lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança do usuário é necessário que o profissional esteja disponível emocionalmente, dê atenção às queixas e realize uma escuta qualificada,⁵ o que foi perceptível nas falas dos profissionais do município pesquisado:

[...] tem que buscar esse cuidado na escuta. A gente muitas vezes durante o acompanhamento da psicoterapia a gente escuta isso da pessoa [...] realmente tem que ser um trabalho de grupo, tem que pensar que aquela pessoa pode sim sair da verbalização à ação [...]. Nunca banalizá um relato desses. Às vezes a estrutura familiar é tão desagregada que a pessoa não suporta (E-4).

Assim, para promover saúde entre os profissionais, usuários dos CAPS, familiares e comunidades é preciso elaborar estratégias terapêuticas

que valorizem a escuta e a observação do contexto deste usuário com risco de suicídio.

Posto isto, a enfermagem, juntamente com a equipe, necessita estar atenta à complexidade nos modos de viver, pois o suicídio é um tema desafiador que demanda a união de esforços, a fim de realizar um trabalho compartilhado, com apoio matricial.¹⁴

O cuidado domiciliar ao usuário em risco de suicídio está vinculado ao propósito de ampliação da integralidade das ações de saúde e à expansão da assistência prestada,¹⁹ compreendendo que neste modelo de atenção à saúde é necessário desenvolver ações sistematizadas, que se iniciem antes da visita e que continuem após ela.²⁰ Tendo como pontos fundamentais o usuário, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional.²¹

Dessa forma, os profissionais que trabalham no CAPS relataram que, para manter ou fortalecer o vínculo, tanto com o usuário quanto com seu familiar, realizam visitas domiciliares e busca ativa, que além de permitir conhecer a realidade vivenciada, preservam a integralidade da vida. Como se pode perceber nos relatos que seguem:

[...] vai a equipe de enfermagem, faz a primeira visita, vê como é a situação, aí vem aqui, pede para uma psicóloga acompanhar, para ir lá visitar novamente a pessoa [...] (E-15).

[...] quando a gente recebe a primeira coisa que a gente faz, é pedir para as gurias [profissionais de saúde] irem até no local fazer a visita (E-19)

Eles ligam para cá, saem, vão os enfermeiros, as psicólogas junto, eles vão atrás (E-22).

A visita domiciliar possibilita aos profissionais de saúde a observação da realidade e do contexto domiciliar, seja de estrutura física e material ou de relações pessoais intra-familiares. Permitindo também que os profissionais desenvolvam atividades que estimulem a participação do usuário no processo saúde-doença, pois é de fundamental importância para poder diminuir ou até mesmo eliminar os fatores que colocam em risco sua saúde. Portanto entende-se que o desafio de atuar no espaço domiciliar está na necessidade de subsidiar e fortalecer relações familiares, respeitar vínculos afetivos e redes de solidariedade social específicos de cada local.¹⁹

A intervenção através do contato e da escuta qualificada tem grandes possibilidades de êxito. Isso ocorre devido à ambigüidade dos sentimentos de morte da pessoa que idealiza o suicídio, porque

ao mesmo tempo em que quer alcançar a morte, também quer viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio⁵. É preciso saber trabalhar em equipe e intervir de forma humanizadora, subsidiando apoio integral ao usuário e a sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contemporaneamente vivemos numa sociedade que condena o ato suicida, ao mesmo tempo em que parece esquecer de refletir sobre o seu papel e sua contribuição para reduzir os casos que são crescentes no Brasil. Nesse enfoque, a família pode ser uma parceira importante para auxiliar os profissionais de saúde a compreenderem os motivos que levaram o indivíduo à tentativa de suicídio e à superação em momentos de crise. A aproximação familiar do ser em sofrimento mental também contribui para a desmistificação de certos valores criados pelo autoagressor, como a busca pela morte como forma de eliminação dos problemas materiais e sentimentais. Quando esses motivos são escutados, as chances de impedir o ato suicida são maiores, pois geralmente a família procura assistência junto às redes sociais de sua comunidade.

Dessa forma, os serviços de saúde, em especial os CAPSs, constituem-se como espaços de suporte e de apoio aos usuários e familiares que vivenciam tal situação. Isso que demanda constantes investimentos intelectuais, com comprometimento e habilidade para trabalhar em equipe. O relato dos profissionais deste serviço analisado aponta para algumas iniciativas criativas em saúde mental, que podem ser replicadas por outros profissionais, como exemplo, o esforço em aproximar diferentes sistemas e setores da sociedade civil, com a finalidade de acolher o usuário com risco ou tentativa de suicídio e ainda a capacidade de promover um trabalho multidisciplinar comprometido com a situação de risco do usuário e de seu familiar, considerando seu contexto de vida. Talvez resida aí o desafio de promover a organização da equipe como unidade coletiva, de modo que todos estejam voltados a acolher e promover o cuidado em saúde.

Em decorrência deste estudo enfatiza-se a importância de se realizar mais pesquisas em relação aos suicídios, na perspectiva qualitativa que leve a conhecer características do processo de trabalho dos CAPSs no atendimento e prevenção do suicídio, de modo a contribuir para a divulgação e compreensão das diversas estratégias de cuidar em

saúde frente a esse problema social. Além disso, aponta-se a necessidade de estudos quantitativos de série histórica, que possibilitem avaliar se o número de CAPS e a crescente implantação de redes de saúde mental nos municípios têm impactado sobre a redução de mortes por suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Durkheim E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2000.
2. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Públ.* 2004 Dez; 38(6):804-10.
3. Santos CM, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005 June; 27(2):131-4.
4. Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete (BR), Sistema de informações sobre mortalidade - SIM. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Frequência de óbito por tipo de violência de Alegrete 2001 a 2008. Alegrete (RS): SMS; 2009.
5. Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006: diretrizes nacionais para prevenção do suicídio [online]. Brasília (DF): MS; 2006 [acesso 2009 Set 16]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1876.pdf
6. Carvalho AL, Amarante P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate.* 1996 Set; (52):74-82.
7. Coimbra VCC, Guimarães J, Silva MCF, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2005 Jan-Abr [acesso 2009 Set 17]; 7(1):. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_01.htm
8. Kantorski LP, Wetzel C, Jardim VMR, Olschowsky A, Souza AS, Lange C et al. Relatório final da pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil - CAPSul. 2008.
9. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 10ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
10. Kantorski LP, Cavada C, Oliveira C, Hauffen F. Serviço de atenção diária de saúde mental - um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços. *Rev Saúde URCAMP.* 2000 Jan-Jun; 4(1):74-82.
11. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 2007 Jul [acesso 2009 Out 13]; 18(3):.

- Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636625>
12. Dahlberg, LL, Krug, EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 11(Supl 11):1163-78.
 13. Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 11(Supl 11):1333-42.
 14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS; 2004.
 15. Heck RM. Percepção social sobre categorias de risco do suicídio entre colonos alemães do noroeste do Rio Grande do Sul. *Texto Contexto Enferm*. 2004 Out-Dez; 13(4):559-67.
 16. Heck RM, Bielemann VLM, Ceolin T, Kantorski LP, Wilhich JQ, Chiavagatti FG. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4):647-55.
 17. Viana GN, Zenkner FM, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr*. 2008 Jan-Mar; 57(1):38-43.
 18. Coelho ER, Azevedo F, Gauer GJC, Neto AC. Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2009 Abr-Jul; 58(2):92-6.
 19. Heck RM, Casarin ST, Klock AD, Rosa Filho LA. Cuidado domiciliar: proposta de ação da residência multiprofissional em saúde da família – UFPel. *Fam Saúde Desenv*. 2005 Jan-Abr; 7(1):51-9.
 20. Freitas AVS, Bittencourt CMM, Tavares JL. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. *Rev Baiana Enf*. 2000 Jan-Dez; 13(½):103-7.
 21. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc* 2006 Maio-Ago; 15(2):88-95.