



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

GIOVANA DA LUZ DE OLIVEIRA

**QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO AOS CASOS DE SUICÍDIO:
CONSTRUINDO LINHA DE CUIDADO**

CAMPO GRANDE - MS

2022

GIOVANA DA LUZ DE OLIVEIRA

**QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO AOS CASOS DE SUICÍDIO:
CONSTRUINDO LINHA DE CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Marcia Naomi Santos Higashijima.

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

CAMPO GRANDE - MS

2022



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAUFIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO AOS CASOS DE SUICÍDIO:

CONSTRUINDO LINHA DE CUIDADO

por

GIOVANA DA LUZ DE OLIVEIRA

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 03 de Fevereiro de 2022, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. O(a) candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Marcia Naomi Santos Higashijima

Professor (a) Orientador (a)

Michele Batiston Borsoi

Membro Titular 1

Fabiane de Oliveira Vick

Membro Titular 2

A Folha de Aprovação assinada eletronicamente encontra-se na Secretaria Acadêmica da Coordenação do Programa.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de dedicar este singelo espaço de agradecimento à potência do encontro, do afeto, do acolhimento. É por acreditar nisso que sigo essa jornada de aprender a ser psicóloga cotidianamente e me debruço nesse enfrentamento diário. Agradeço principalmente, ao inexplicável. Ao que me faz acreditar e seguir acreditando. Aquilo que me fez chegar até onde cheguei e até onde, com certeza, irei chegar. Aquilo que carrego no peito e que me sustenta. Ao sentir. Foi por aprender a sentir e a ver o mundo a partir da sensibilidade que acredito que seja possível.

Também agradeço aos encontros que me impulsionam ao agir. Que me fizeram ver e enxergar o mundo com os olhos críticos e entender que para mudá-lo era preciso ir para além do território do conforto. Agradeço ao momento que me permitiu ver o mundo como ele é. Duro, sofrido, injusto. É por acreditar que a cada rompimento com o mundo, ao mesmo tempo que traçava uma nova batalha, também traçava um novo caminho para poder transformá-lo.

Agradeço quem esteve comigo nessa batalha difícil que foi a residência, principalmente aos meus preceptores Stefany e Claudinei. Stefany, admiro muito sua ética e seu compromisso, obrigada por tudo e tanto, e principalmente por ser essa profissional incrível! Claudinei, obrigada por ter me acolhido desde o primeiro momento e por ter compartilhado de seus conhecimentos comigo.

Agradeço às minhas colegas de trabalho e assistentes sociais maravilhosas Ana, Érica, Maíra e Ângela. Admiro cada uma e levarei comigo para sempre o que aprendi com vocês!

À minha R1, Kaline, por quem tive o prazer de compartilhar a experiência – e luta – de ser uma residente de psicologia no contexto atual. Juntas tornamos o nosso trabalho muito mais potente, por mais que as demandas nos consumissem.

Agradeço também à Marcia, minha orientadora, por quem tive a honra de ser orientada. Marcia, obrigada pela paciência, dedicação e pelo impulsionamento que precisei. Foi com calma, tiradas do eixo e problematizações que pude me ver como parte desse movimento incrível que é a educação permanente em saúde.

Agradeço também à minha companheira, não apenas de residência, mas também de vida, Nayara. Foi difícil, sabemos. Mas, talvez tenha sido o destino, a coincidência ou apenas o acaso que nos fez tropeçar nesse mundo de Encontros. Por diversas vezes, enquanto nos víamos consumidas nesse emaranhado de sentimentos sobre ser residente e, sobretudo, sobre ser quem somos e não escondermos nosso amor, que percebia a nossa potência. Agradeço por

ter estado comigo e por ter sido meu acalanto quando precisei. Obrigada por ter aceitado seguir a vida comigo, meu amor!

Também não posso deixar de agradecer as minhas amigas de graduação, que me acompanharam durante esse percurso. Giovanna, Leonara e Thais! Vocês sabiam o quanto eu desejei a residência e o quanto me impulsionaram para isso. Obrigada por terem estado comigo durante a minha formação e agora, que mesmo depois, continuamos nesse processo juntas!

Agradeço também à minha psicóloga Vanusa, por sempre acolher minhas angústias com relação ao mundo e por ter me acolhido nesse período difícil que foi a residência. Obrigada por ter me mostrado que às vezes é necessário pausar para continuar caminhando.

Por fim, agradeço à minha família, minha mãe, meu irmão e minha vó. Nada seria possível se não fosse por vocês. Agradeço por ter sido cuidada e por poder, mais tarde, passar a cuidar. Foi assim que aprendi que às vezes, o cuidado é tudo o que precisamos! Meus eternos agradecimentos.

RESUMO

OLIVEIRA, G. **Qualificação do Cuidado aos Casos de Suicídio:** Construindo Linha de cuidado. 2022. 62 p. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

O suicídio é um indicador urgente e desafiador dentro do Sistema Único de Saúde, na qual a Atenção Básica, por ter papel estratégico e por ter a família como *locus* básico de atuação, se apresenta como elemento chave na condução destes casos. Diante disto, este trabalho visou a construção de uma Linha de Cuidado para os casos de suicídio, a qualificação do manejo a esses casos e a implementação das ferramentas de abordagem familiar, sendo desenvolvido um plano de intervenção, fundamentado na educação permanente em saúde, utilizando-se da metodologia da problematização. A intervenção ocorreu em uma equipe da Estratégia Saúde da Família de Campo Grande – Mato Grosso do Sul e foram realizadas oito oficinas abordando os temas do suicídio, a Rede de Atenção Psicossocial e as ferramentas de abordagem familiar. Durante a intervenção, foram observadas que os profissionais se sentem despreparados, mas que sensíveis com o tema, discutindo os conceitos de comportamento suicida e família, problematizando o processo de trabalho. Identificou-se também dificuldade com relação a agenda dos profissionais e sobrecarga que o trabalho traz. Por fim, a linha de cuidado foi construída pela equipe, considerando tentativa de suicídio, suicídio e pós-venção. Propõe-se que, a linha de cuidado seja implementada e que haja um processo de monitoramento e avaliação, além dos profissionais terem, no mínimo, um horário destinado aos espaços de discussões e de problematização do processo de trabalho.

Palavras chaves: Suicídio. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

OLIVEIRA, G. L. **Qualification of Care for Suicide Cases: Building the Line of Care.** 2022. 62 p. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUI/FIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

Suicide is an urgent and challenging indicator within the Unified Health System, in which Primary Care, for having a strategic role and for having the family as the basic locus of action, presents itself as a key element in the management of these cases. In view of this, this work aimed to build a Line of Care for suicide cases, the qualification of the management of these cases and the implementation of family approach tools, developing an intervention plan, based on permanent health education, using the problematization methodology. The intervention occurred in a team from the Family Health Strategy of Campo Grande - Mato Grosso do Sul and eight workshops were held addressing the themes of suicide, the Psychosocial Care Network and the tools of family approach. During the intervention, it was observed that the professionals feel unprepared, but sensitive to the theme, discussing the concepts of suicidal behavior and family, problematizing the work process. Difficulties were also identified regarding the professionals' agenda and the overload that the work brings. Finally, the line of care was built by the team, considering suicide attempt, suicide and postvention. It is proposed that the line of care be implemented and that there be a process of monitoring and evaluation, in addition to professionals having at least one hour set aside for discussions and problematization of the work process.

Keywords: Suicide. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 – Linha de cuidado aos casos de ideação suicida	40
Quadro 2 – Linha de cuidado aos casos de tentativa de suicídio	42
Quadro 3 – Linha de cuidado aos casos de pósvenção suicídio	43
Quadro 4 – Resumo das ações por meta.....	54
Quadro 5 – Situação-problema.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Projeto de Intervenção
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO	20
2.1 Local do estudo.....	21
2.2 Descrição do Público-alvo.....	21
2.3 Plano de Ações	22
2.3.1 Meta 1	22
2.3.2 Meta 2	23
2.3.3 Meta 3	23
3 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS	24
3.1 Monitoramento e avaliação	44
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICE A – LISTA DAS AÇÕES POR META.....	53
APÊNDICE B – SITUAÇÃO-PROBLEMA	59
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU.....	60
ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO.....	62
ANEXO C – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO SUICÍDIO	63

1 INTRODUÇÃO

A história da saúde mental, bem como a atual política de saúde mental brasileira, é regada de lutas, trajetórias, movimentos, discussões e rupturas. Ao fazermos um resgate no passado, observamos que no período do Brasil Colonial não há referência sobre os doentes mentais, nem sobre seus costumes e ao que parece “a impressão mais marcante é a de que a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações, diluídas na vastidão do território brasileiro” (RESENDE, 2001, p.31).

A chegada da Família Real no Brasil, em 1808, trouxe diversas transformações tanto em sua aparência quanto nos costumes na época. Opta-se por nomear esse processo de colonização e não civilização, pois “civilizar implicaria dizer que não havia civilização prévia, o que não condiz com a realidade.” (AMARAL, 2021, p. 77). A partir desse momento, se iniciou uma trajetória de modernização, influenciados pelos ideais europeus, colocando o país em contato direto com os paradigmas culturais e científicos daquela época (RESENDE, 2001).

Se antes os ditos loucos, eram escondidos pelas famílias em casa, perambulavam pelas ruas da cidade ou podiam ser encontrados em casas de correções, asilos de mendigos ou nos porões das Santas Casas de Misericórdia, com a modernização da cidade, emerge no Brasil a relação da loucura à condição de problema social, na qual os médicos realizavam uma crítica de que os loucos ou ficam isolados em casa ou vagam pelas ruas ou eram encontrados em cárceres, não recebendo condições para abrigá-los e recuperá-los (LIMA, 2008).

O doente mental, que pôde desfrutar, durante longo tempo, de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve esta liberdade cerceada e seu sequestro exigido, levado de roldão na repressão a indivíduos ou grupo de indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a uma nova ordem social, se constituíram em ameaça a esta mesma ordem (RESENDE, 2001, p.29).

Foi nesse momento, em que a loucura passa a ser vista como desordem e o louco, que ameaçava à ordem e a paz social, um obstáculo ao crescimento econômico, que nasce também a justificativa da criação de instituições para controlá-los e tratá-los. (RESENDE, 2001). É nesse contexto que surge o primeiro local com objetivo de abrigá-los, como acontecia na Europa. E foi em 1852, por meio do Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841, que Dom Pedro II criou o primeiro hospício vinculado à Santa Casa de Misericórdia,

a função excludente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. (...) No Hospício Pedro II, os doentes eram vítimas das camisolas de força, dos jejuns impostos, de cacetadas e, até mesmo do assassinato” (RESENDE, 2001, p.39).

O cenário segregador que o hospital psiquiátrico, cuja entrada era justificada pela perturbação à moral e aos bons costumes, permaneceu durante os primeiros quarenta anos e

perdurou até a proclamação da república, em 1889, quando o Hospício Dom Pedro II passou a ser administrado pelo poder público, com a classe médica tomando controle das instituições, sendo responsável pela assistência ao doente mental (RESENDE, 2001).

É nesse contexto asilar e com intensificação da abordagem medicalizante, que nasceu da lógica biomédica, o modelo manicomial, tendo como principal característica a hospitalização, a qual se aproxima de práticas carcerárias, findando-se como um sistema fundamentado no controle e no poder (CUSINATO, 2016).

Nesse sentido, Caponi (2009) aponta que, com a criação dos manicômios, houve a preocupação de criar espaços de poder disciplinar por meio do campo hospitalar, que é considerado como “o espaço mais importante do exercício da medicina” (AMARANTE, 2011, p.22), passando a cumprir uma função social e política. A disciplina instituída nessas instituições também produzia a normalização de comportamentos, na medida em que estas eram passíveis da intervenção do saber psiquiátrico, agindo na higienização social (CAPONI, 2009).

O que se observa a partir de então, é a ascensão do poder do modelo biomédico e manicomial, aos quais outros dispositivos disciplinadores foram criados, como decretos e leis que orientavam práticas médicas para o tratamento da loucura. Desse modo, foi criado em 1890, o primeiro órgão destinado à organização da assistência aos alienados - a Assistência Médico-Legal a Alienados e do Hospício Nacional dos Alienados - antigo Hospício Pedro II.

Em 1903, Teixeira Brandão aprova a Lei Federal de Assistência aos Alienados, que torna o Estado como responsável para intervir na questão dos loucos. Em 1912, a psiquiatria ganha o status de especialidade médica e em 1926 é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, na qual Ramminger (2002) pontua que foi um importante testemunho do pensamento psiquiátrico brasileiro, sendo consolidado com o Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934, que promulgava a segunda Lei Federal de Assistências aos Doentes Mentais e determinando ao hospital psiquiátrico como sendo a única alternativa de tratamento.

Foi no contexto do reconhecimento da psiquiatria como especialidade médica no começo do século XX e a do louco/alienado passando a ser visto como um doente passível de tratamento que foram criadas as primeiras colônias brasileiras, a Colônia de São Bento e Colônia conde de Mesquita, em Ilha do Galeão, atual Ilha de Governador, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2011). A partir de então surge a criação de inúmeras colônias pelo país. O papel que as colônias desempenhavam era visto como uma solução ao problema dos alienados - na medida em que tinham o isolamento como proposta terapêutica (RESENDE, 2001)

Nessa perspectiva, retiravam-se os alienados do convívio social e os isolavam em colônias associadas à vida rural, na qual justificavam que a realização do trabalho agrícola poderia ter um papel terapêutico:

A ideia do trabalho como tratamento para a alienação mental, também proposta pelo alienismo, ancorava-se na crença de que era possível a aproximação com a loucura, já que sua natureza alienada não deixava de conservar, em algum nível, o ser de razão o que, por consequência, tornava-a passível de cura (VENANCIO, 2011, p.36).

Em diversos locais, as colônias agrícolas eram propostas como soluções globais para o problema do louco, na qual se pretendia tratar o agudo e por meio do trabalho agrícola, recuperá-lo e devolvê-lo como cidadão útil a sociedade. Porém, como era de se esperar, essa intenção de recuperação foi fracassada e às colônias agrícolas restaram "ater-se à única função que já caracterizada a assistência ao alienado, no país, desde a sua criação: a de excluir o doente de seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-lo dos olhos da sociedade" (RESENDE, 2011, p.52).

Arbex (2013) em seu livro *Holocausto Brasileiro*, ao retratar os maus-tratos e a violência da história que cerca o maior Hospital Colônia do Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena, aponta que cerca de 70% dos pacientes não tinham diagnóstico de doença mental. Os chamados “loucos”,

eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p.14).

A partir desse momento, entre as décadas de 50 e 70 a população do país aumentou cerca de 82%, porém a população internada em manicômios aumentou 213% no mesmo período (CERQUEIRA, 1984 *apud* RAMMINGER, 2002). Fora esta concepção de saúde mental a partir das instituições psiquiátricas que estabeleceram regimes de disciplinas de comportamentos indesejáveis à sociedade e aos bons costumes que perdurou no Brasil até meados de 1980 (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Amarante (2011) pontua que após as duas Guerras Mundiais deu-se início um movimento de reflexão da sociedade sobre a natureza humana. A sociedade passou a ter um olhar mais cuidadoso aos hospícios "e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daqueles dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana" (AMARANTE, 2011, p.40).

Foi nesse contexto de Pós-Guerra que surgiram as primeiras experiências da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, onde

o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005, p.6).

Desse modo, entre os anos de 1978 e 1980, deu-se início a luta pelos direitos dos pacientes com transtornos mentais. Foi, sobretudo, por meio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considerado o ator principal no projeto da Reforma Psiquiátrica, expressando uma proposta de reformulação do sistema assistencial e a mudança no modelo de cuidado (AMARANTE, 1998).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que regulamentam a substituição, ainda que progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental, inspirados no Projeto de Lei Paulo Delgado, que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção dos manicômios (BRASIL, 2005).

Aprovada em 6 de abril de 2001, a Lei n. 10.216, que ficou conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, proporciona mudanças aos pacientes com transtorno mental ou sofrimento psíquico, tanto no tratamento oferecido quanto nas concepções de loucura para a sociedade. Ela propõe uma mudança no modelo de tratamento substituto ao hospital psiquiátrico e asilar, passando a reconhecer os “loucos” como sujeitos de direito (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Esse novo modelo de cuidado em saúde mental visou dar ao sofrimento mental um novo lugar, sendo orientado por um paradigma psicossocial, dentro de um contexto comunitário. Por meio da desconstrução do modelo manicomial, a Reforma Psiquiátrica buscou estabelecer novos tipos de relação entre a sociedade, o sofrimento mental e as instituições, tornando os pacientes sujeitos ativos (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

O modelo psiquiátrico, nascido do modelo biomédico, teve como uma de suas características principais um sistema “terapêutico” baseado na hospitalização. Como este modelo pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe roubava a Razão, um insano, insensato, incapaz, irresponsável (inclusive a legislação considera o louco irresponsabilidade civil), o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muito das instituições carcerárias, correccionais, penitenciárias. Portanto, um sistema fundado na vigilância, no controle, na disciplina. E como não poderia deixar de ser, um sistema com dispositivos de punição e repressão (AMARANTE, 2011, p.61)

O modelo de Atenção Psicossocial, proposto pela Reforma Psiquiátrica, visa romper com a realidade asilar, do poder biomédico e com a cultura da violência, que acontecia anteriormente. Pretende-se, com este novo modelo, estabelecer uma nova prática, com novos

paradigmas, aos quais buscam estabelecer uma rede de relações entre os sujeitos, na qual a equipe multiprofissional escuta e cuida de outros sujeitos que vivem as problemáticas, saindo da proposta medicamentosa (CUSINATO, 2016).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é proposta a organização a partir de uma Rede de serviços, com diferentes graus de complexidade e níveis de densidade tecnológica, que garantem assistência integral para as demandas de saúde da população (BRASIL, 2012). Assim, são instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), através da Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010), sendo definidas como arranjos organizativos que articulam os serviços e sistemas de saúde, unindo os diversos pontos da rede.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) compõe a RAS, promulgada pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que tem como objetivo ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, tendo como público pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de drogas, buscando consolidar o atendimento com ênfase nos serviços em um modelo aberto e de base comunitária, além de atuar na perspectiva territorial (BRASIL, 2011).

Composta por diversos serviços e equipamentos, a RAPS se estrutura em: Atenção Básica à Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura); Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial, Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental); Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar; Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) tem papel essencial e estratégico por ser o primeiro nível de atenção, sendo esperado que seja a porta de entrada ao serviço, local de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Além disso, deve ser o contato preferencial e centro de comunicação da RAS, por isso é um componente chave dentro do SUS (BRASIL, 2013).

O grande potencial da AB se dá por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tática prioritária de qualificação da AB, que considera o trabalho em saúde da família como *locus* básico de sua atuação, ou seja, a família e suas relações fazem parte do trabalho diário dos profissionais (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Desse modo, as ações e serviços são pautados no contato para além da assistência médica, ou seja, este serviço é estruturado conforme as necessidades de cada população, compreendido a partir do vínculo estabelecido entre os usuários dos serviços e os profissionais (FERREIRA; FARJADO; MELLO, 2019). Assim, a atenção a saúde ao se centrar na família

(...) leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O profissional que atua na ESF, por estar dentro do território produz um cuidado mais próximo, levando em consideração a inserção do usuário na comunidade, sua história de vida, seus vínculos afetivos, suas relações familiares. Essa aproximação com o território facilita a identificação de vulnerabilidades, permitindo um atendimento mais adequado (SILVA; CRUZ; SIMONI, 2017). Essas possibilidades tornam o trabalho em saúde mental na AB um potente encontro,

por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2005, p. 33).

Nesse contexto, a AB e a atuação das equipes de ESF são elementos essenciais para a saúde pública, tendo um papel essencial no cuidado aos diversos tipos de demandas. Levando-se em consideração que “todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2005, p.33) é necessária que a AB esteja preparada e qualificada para trabalhar com a saúde mental, que é um de seus objetos de trabalho.

Atualmente, dentro do âmbito da saúde pública e da saúde mental um dos maiores indicadores tem sido o suicídio, que representa a terceira causa de morte no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que mais de 700 mil pessoas morrem de suicídio anualmente, sendo a quarta maior causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos de idade e o Brasil está entre os dez países que registram os maiores números de suicídio do mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Conforme último Boletim Epidemiológico de mortalidade por suicídio e notificações por lesões autoprovocada emitido em 2021, que extrai os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), entre 2010 a 2019, e das notificações de violências autoprovocadas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em 2019, os dados são alarmantes e preocupantes.

No Brasil, entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com aumento de 43% no número anual de mortes. A análise das taxas demonstrou um aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do país, porém as regiões brasileiras que mais se destacaram com as maiores taxas de suicídio foram o Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2021).

Dentre a mortalidade por suicídio, os homens apresentam um risco 3,8 vezes maior que as mulheres. Entre os homens, em 2019 a taxa de morte por suicídio foi de 10,7 por 100 mil, enquanto entre mulheres foi de 2,9. Comparando os anos de 2010 e 2019, observou-se um aumento de 29% nas taxas de suicídio de mulheres, e 26% das taxas entre homens (BRASIL, 2021).

Dados retirados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), por meio do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, demonstra que em 2019, o estado de Mato Grosso do Sul ficou em quarto lugar nas taxas de mortalidade por suicídio, representando 10,3 mortes por 100 mil habitantes. Nesse ano, tiveram 245 mortes por suicídio, destes 194 foram homens e 51 mulheres. No ano anterior, ao todo foram 248 mortes, 197 de homens e 51 mulheres.

Com relação às notificações de violência autoprovoçada, em 2019 foram registradas 124.709 lesões, tendo um aumento de 39,8% comparado com o ano anterior. Diferentemente dos dados sobre as mortes por suicídio, as mulheres representam 71,3% do total dos registros das vítimas de lesões autoprovoçadas (BRASIL, 2021).

Dados do Sinan demonstram que no ano de 2021, Mato Grosso do Sul já registra 1.312 notificações de violência autoprovoçada. Destas, 597 apenas no município de Campo Grande, na qual os jovens são maioria, com 189 casos entre a faixa etária de 20 a 29 anos e 126 casos entre 15 a 19. Diferentemente das taxas de mortalidade, as mulheres são a maioria nas notificações de violência autoprovoçada, correspondendo a 445 casos e os homens a 152.

Conforme os dados nos apresentam, este tema tem sido uma urgência e tem se mostrado um desafio para a saúde pública. De modo geral,

os resultados desse boletim reforçam a importância do suicídio como um problema de saúde pública crescente no Brasil, com destaque do tema nos grupos etários mais jovens. Ressalta-se, assim, a necessidade de capacitação das redes de atenção em saúde para o acolhimento e atenção em saúde mental na infância e na adolescência, bem como a necessidade de ações de educação e apoio socioemocional que favoreçam a construção de características de resiliência e as habilidades para lidar com frustrações e adversidades (BRASIL, 2021, p. 8-9).

É importante salientar que estes números podem ser maiores, visto que o suicídio e as autoagressões são eventos subnotificados e estigmatizados. Por ser um fenômeno complexo, o

estigma que gira em torno do tema frequentemente impede a procura por ajuda daqueles que necessitam (BRASIL, 2021).

Além disso, sabe-se que existe uma lacuna na formação dos profissionais de saúde que contribui para esse panorama, sendo necessário compreender a realidade em que este fenômeno está inserido, bem como preparar os profissionais para trabalhar com o suicídio (SILVA; CRUZ; SIMONI, 2017).

Desse modo, as demandas e o manejo que muitas vezes se faz necessário para lidar com a situação pode representar uma tarefa difícil para os profissionais de saúde, tanto por não se sentirem preparados para realizar um manejo adequado quanto pelo estigma que o tema carrega. Os diversos sentimentos que podem ser despertados nos profissionais também influenciam, podendo emergir afetos variados (FERREIRA; FARJADO; MELLO, 2019).

Como exposto, existem fragilidades de diversos tipos, seja com relação ao cuidado em saúde mental, quanto ao entendimento e urgência que este tema suscita na saúde pública. Nesse sentido, pensar sobre o tema do suicídio é implicar-se dentro da competência da AB, que “é estratégica para a prevenção do suicídio, apresentando elevado potencial para o desenvolvimento de estratégias e ações que propiciem a identificação e intervenção precoce em casos de risco e situações de vulnerabilidade” (BRASIL, 2021, p.8).

Apesar de muitos paradigmas com relação ao tema já terem sido quebrados e hoje sabe-se que falar sobre o suicídio de forma responsável e ética age muito mais como uma medida de prevenção do que como um fator de risco, o tabu ainda é uma realidade dentro dos serviços de saúde.

Aliado a essas tensões, Sampaio e Bispo Júnior (2021, p. 2) apontam que desde 2016, o país vem apresentando

a incorporação de ações e políticas de saúde mental não embasadas em evidências científicas e em consensos internacionais incluíram os hospitais psiquiátricos e ambulatoriais especializados à RAPS, aumentaram financiamento para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas e incentivaram dispositivos de internação de crianças e adolescentes. A nova realidade aponta para a desconfiguração das bases da Reforma Psiquiátrica brasileira e o risco de sucateamento dos serviços de base comunitária.

Essas mudanças apontam para um quadro social, econômico e político, de cunho neoliberal e conservador, que tem afetado o financiamento e a implantação de novos serviços. Os autores apontam que as distorções nas políticas federais e de saúde mental tem promovido, além da valorização do setor privado, o subfinanciamento das políticas públicas e a volta de instituições asilares também.

Diante disto, o cenário traz uma urgência para os serviços em saúde. Portanto, compreende-se que a AB tem papel importante no manejo de casos de suicídio dentro da RAPS, sendo um recurso na prevenção do suicídio e na pósvenção. Desse modo, a construção de linhas de cuidado para o manejo desses casos dentro da ESF é um recurso estruturado de trabalho, que tende a qualificar os profissionais para a conduta adequada.

Entende-se por Linha de Cuidado uma imagem pensada para expressar fluxos assistenciais ao usuário, com a intenção de atender as necessidades em saúde, onde a sua formulação é um recurso para organizar as redes de saúde (PESSOA, 2011). Pode ser definida por “normas e ações no cotidiano do processo de trabalho pactuado e construída de maneira coletiva” (PESSOA, 2011, p. 22) e para sua construção é necessário que todos que estão envolvidos de alguma forma no cuidado estejam implicados nesse processo.

Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo a construção de uma Linha de Cuidado para os casos de suicídio, em virtude da dificuldade observada no manejo a esses casos. Diante disso, visou-se qualificar o cuidado no manejo de casos de comportamentos suicidas, tentativas de suicídio e pósvenção e implementar o uso das ferramentas de abordagem familiar, como estratégia de cuidado e produção de autonomia dos usuários e suas famílias.

Para isto, a intervenção se deu na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Alfredo Neder – Coopavila II, situada no distrito Lagoa do município de Campo Grande - Mato Grosso do Sul, por meio de oficinas de Educação Permanente em Saúde, utilizando-se da metodologia da problematização.

2 PLANEJANDO A INTERVENÇÃO: CAMINHO METODOLÓGICO

A intervenção teve como proposta desenvolver uma linha de cuidado em suicídio, com o intuito de qualificar o atendimento para a abordagem dos casos de suicídio, ideação e pós-venção na Unidade de Saúde da Família Dr. Alfredo Neder – CoopHavila II.

Fundamentou-se nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS), que compreende o cotidiano do trabalho em saúde como meio pedagógico, aprendizagem-trabalho (MERHY, 2015), na medida em que possibilita a construção de espaços coletivos para a discussão e avaliação dos atos de saúde (CECCIM, 2005).

Todo processo de EPS “tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações” (MERHY, 2005, p.173). Portanto, para este movimento se constituir é importante que o trabalhador seja o protagonista desse processo.

Deste modo, para haver alguma mudança nas práticas em saúde e em seus conceitos, Ceccim (2005) pontua que é necessário que se detecte e se constate os desconfortos vividos no dia-a-dia do trabalho ou a percepção de que o modo de se fazer ou pensar tem sido insuficiente para dar conta dos desafios do serviço. Desafios e desconfortos estes que precisam ser vividos, percebidos, admitidos pelos trabalhadores.

Desse modo, é com base na realidade local e das singularidades desses atores que é possível a construção de processos que façam sentido dentro da realidade de cada um e que sejam apropriados em cada rotina. A EPS permite novas ressignificações do cotidiano vivido e analisado coletivamente, na medida em que produz novos acordos e novos arranjos em um processo de aprendizagem (MERHY; FEUERWERKER, 2011).

Para isto, as intervenções utilizaram-se da Metodologia da Problematização, baseada no Método do Arco, de Charles Maguerez, em um esquema de cinco etapas que são desenvolvidas a partir de um recorte da realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 1982).

A primeira etapa da Metodologia da Problematização é a observação da realidade social a partir do tema de estudo, correlacionando a realidade de cada um com o tema proposto. A segunda etapa é a dos pontos-chaves, em que os participantes refletem sobre as possíveis causas da existência do tema em estudo, também pontuando sobre os possíveis determinantes. Os pontos-chaves são orientadores da terceira etapa, a teorização, onde se busca embasamentos científicos e técnicos para avaliar os pontos-chaves, analisando os diversos ângulos da temática.

A quarta etapa é a hipótese de soluções, na qual as hipóteses são construídas após o estudo, a partir da compreensão sobre o tema, sendo elaboradas as possíveis soluções. A quinta etapa e última etapa é a aplicação à realidade, a intervenção direta na realidade, com o objetivo de transformá-la (BERBEL, 1998).

Utilizando-se dos princípios da EPS as ações foram desenvolvidas, estimulando os profissionais a olharem de modo crítico para a realidade, preparando-os para tomarem consciência de seu mundo e atuar para transformá-lo, levando em conta o funcionamento do serviço em saúde e protocolos já estabelecidos para o manejo do suicídio dentro da rede de saúde.

2.1 Local do estudo

O local da intervenção foi a USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II, situada no distrito Lagoa do município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul, caracterizando-se por seis equipes de saúde da família e quatro equipes de odontologia, totalizando 125 profissionais.

A USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II tem como território de abrangência os seguintes bairros, cobrindo toda sua extensão ou uma parte: Coophavila II, Aero Rancho, Jardim Preto, São Jorge da Lagoa, sendo responsável por 13.502 pessoas, conforme cadastros no sistema eGestor.

2.2 Descrição do Público-alvo

O público alvo são os trabalhadores da equipe denominada Catavento (nome fictício) que compõe a USF Dr. Alfredo Neder – Coophavilla II e a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que compartilha o cuidado no território, escolhas realizadas por conveniência. A equipe Catavento é composta por três médicos, três enfermeiros, uma farmacêutica, sete agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, três odontólogos, dois assistentes sociais e um psicólogo, somando vinte e quatro profissionais. Já a equipe NASF é formada por uma psicóloga, uma fonoaudióloga, um profissional de educação física, um fisioterapeuta e uma médica pediatra.

2.3 Plano de Ações

Para a intervenção utilizou-se da EPS, com base na problematização da realidade, para a realização de nove ações ao longo de oito encontros semanais que aconteceram em um pouco mais de sessenta dias, de 06 de agosto à 13 de outubro de 2021, onde foram abordados sete temas relativos ao suicídio.

As oficinas ocorreram durante o horário protegido da reunião de equipe que nas sextas-feiras, sendo seu horário organizado para que sessenta minutos fosse destinado para as atividades do plano de intervenção, com exceção da última oficina que fora realizada ocupando todo o período. A descrição das atividades conforme fora planejada e o quadro resumo das ações por meta estão no Apêndice A.

Para a intervenção, estabeleceu-se o alcance de três metas, onde descreverei a seguir.

2.3.1 Meta 1

Esta meta objetivou problematizar e qualificar através da produção de sentidos como é o cuidado dos profissionais quanto ao manejo de casos do suicídio, focando nos comportamentos suicidas, na tentativa e na pós-venção. Todas as seis ações planejadas para esta meta foram realizadas.

Na ação 1 e 2 realizou-se a apresentação e convite da intervenção para a equipe e a definição das datas e horários para a realização das oficinas. Contou com a participação de treze profissionais, que aderiram de forma favorável a atividade proposta. Também se realizou o convite aos profissionais do NASF de forma individualizada, mas não houve a adesão por parte dos mesmos.

Na ação 3 abordou-se o tema do comportamento suicida com os quatorze profissionais. Já na ação 4 trabalhou-se o tema dos fatores de risco e fatores de proteção do suicídio, mantendo o mesmo número de profissionais. Por sua vez, a ação 5 abordou os protocolos e diretrizes do suicídio com uma diminuição na participação, contando com onze profissionais. Por fim, a ação 6 desenvolveu a temática do matriciamento e a RAPS, participando doze profissionais. Todas as ações tiveram duração aproximada de sessenta minutos.

2.3.2 Meta 2

Nesta meta, o objetivo foi abordar as ferramentas de abordagem familiar e a sua aplicabilidade. Para tanto, foram realizadas oficinas a fim de compreender a invenção da família, os conceitos e suas configurações, buscando através das ferramentas de abordagem familiar, instrumentalizar a equipe, como estratégia de cuidado e produção de autonomia dos usuários e suas famílias.

Na ação 1 desenvolveu-se o conceito de família com a participação de quatorze profissionais. Na ação 2 trabalhou-se a abordagem familiar e suas principais ferramentas, contando com treze profissionais; ambas mantendo a duração de sessenta minutos.

2.3.3 Meta 3

O objetivo nesta etapa foi pactuar ações e estratégias para a criação de linha de cuidado, com especificidade para a ideação, tentativa e pós-venção, utilizando-se das ferramentas de abordagem familiar. Foi realizado um encontro com o objetivo de construir uma linha de cuidado voltado aos casos de suicídio. A ação 1, contou com a participação de dez profissionais e teve duração de cerca de 3 horas e meia.

3 AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS

A intervenção antes de ser executada passou por um processo de consolidação que envolveu vários aspectos importantes de serem mencionados. A realização do próprio Projeto de Intervenção (PI) foi feita no final do ano de 2020 durante o módulo de Metodologia Científica e serviu de atividade avaliativa para o mesmo.

O PI quando construído não tinha a preocupação em realizar a intervenção na prática. Apresentava um esboço do que seria o delineamento da intervenção, de modo que seu objetivo era apenas a construção de um projeto, algo que mudou quando as orientações do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) iniciaram em março do ano de 2021. Já nos primeiros encontros com a orientadora houve a proposta de realizar a intervenção e sair do papel.

Essencial ressaltar que tanto a construção quanto a execução da intervenção foram realizadas no contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus, que impactou diretamente na rotina dos serviços em saúde e na vida dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente e se encontram em situações estressantes, trazendo mais preocupação, ansiedade, depressão e aliado a isto, uma maior sobrecarga de trabalho, os colocando em uma situação difícil e vulnerável (BEZERRA *et al*, 2020). Portanto, a construção da intervenção também levou em consideração a posição em que os profissionais se encontravam, pelas quais necessitam de um olhar mais cuidadoso.

Desse modo, a construção da intervenção e do planejamento das oficinas tiveram início no mês de abril e os estudos sobre EPS e suicídio ocorreram concomitantemente ao desenvolvimento do projeto. Uma das maiores preocupações durante esta elaboração foi que, por se tratar de uma intervenção, isto demandaria encontros e atividades *in loco* e conseguir conciliar um horário para reunir os trabalhadores, bem como com minha própria agenda dentro do serviço que, no segundo ano da residência, contemplava também os estágios externos, se demonstrava um desafio.

A construção do PI perdurou até o mês de junho e tinha dentro do cronograma inicial o desenvolvimento das oficinas durante os meses de junho, julho, agosto, setembro e outubro, contendo um estudo de caso e reuniões de monitoramento. Cada ação tinha uma data de realização estipulada dentro de uma semana.

Em junho o PI foi submetido à aprovação condicionada da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), por envolver intervenção em um Unidade de Saúde, onde somente poderia dar início após o seu consentimento. Logo após a submissão, foi solicitada celeridade em

virtude do cronograma mencionado, antes da data prevista para o início planejado. Porém, houve uma demora na resposta e mesmo após contatos sucessivos, o parecer da SESAU foi emitido quase três meses depois, no final de agosto, conforme Anexo A. A demora afetou diretamente o desenvolvimento das oficinas e só não prejudicou mais pois solicitei autorização para o apoiador técnico da residência na Unidade de Saúde para iniciar as oficinas, enquanto aguardava a resposta da SESAU.

Desse modo, a intervenção conforme foi desenvolvida será descrita a seguir:

Meta 1: Desenvolvimento de oficina de aprofundamento teórico e prático sobre o manejo do suicídio, ideação, tentativa e pós-venção, abordando o cuidado no manejo e a articulação com a RAS e a RAPS.

Ação 1 e 2: Apresentação do Projeto de Intervenção para a equipe e definição com os profissionais data e horário para a realização das oficinas.

Data: 06/08/2021

As ações 1 e 2 foram realizadas num mesmo momento para a equipe. Para os profissionais do NASF, como não participam do momento da reunião de equipe, o convite foi realizado de forma individualizada na mesma semana que foi realizada as ações para a equipe, porém não houve adesão por parte dos mesmos nas oficinas.

A apresentação e o convite das oficinas para a equipe se deram por meio da dinâmica do “mostro”, que se desenvolveu com cada participante do grupo fazendo um desenho seguindo comandos recebidos pela facilitadora. Após o término, os participantes mostraram para o grupo seu desenho, que formaria um monstro diferente para cada participante. Foi um momento engraçado e divertido pois se empenharam em desenhar e entrar dentro da dinâmica.

Esta primeira atividade funcionou como um “quebra-gelo” para mim também, pois estava tensa e com medo de acharem boba a proposta. Depois desse momento, levantei o questionamento se os desenhos haviam ficado iguais e por que não ficaram iguais se todos receberam as mesmas orientações.

No momento do questionamento, a equipe pontuou sobre a percepção de cada um ser diferente e que cada um tem o seu modo de ver e agir que é influenciado pelos históricos de vida de cada um, que nem sempre haverá um certo e errado, e que isto tem de ser levado em conta antes de fazer qualquer tipo de julgamento.

A partir desse levantamento, esta noção foi trazida para dentro do cotidiano do trabalho, levantando o questionamento de que como podemos manter uma prática alinhada se nossas percepções são diferentes. Alguns responderam que mantemos as ações alinhadas em

momentos como o de reunião de equipe, outros responderam que é buscar se atualizar com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde (MS), por exemplo.

Na sequência, considerei sobre a importância de sempre manter as ações e estratégias da equipe alinhadas para falarmos a mesma língua e explanei sobre minha percepção, enquanto psicóloga residente, quanto a saúde mental e à tomada de decisão, no sentido de que observo uma dificuldade no manejo dos casos de suicídio, pois lidamos sobretudo com a subjetividade.

Com isso, realizei o convite à equipe para participar das oficinas de EPS sobre saúde mental com foco no suicídio. Nesse momento, notei a mudança de postura de alguns, de surpresa ao ouvir o termo suicídio. Muitos tiveram essa reação, mas teve uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que eu notei a mudança na fisionomia quase que instantânea quando ouviu a palavra suicídio e relatou com os olhos marejados *“Nossa, que bom que vamos poder ter esse espaço, pois mesmo sendo da área da saúde, a gente fica sem saber o que fazer, o que falar, até mesmo como contar para os colegas de trabalho... eu não sei se todos aqui sabem, mas minha filha mais nova, adolescente, já tentou suicídio várias vezes.”* sic. Este relato causou bastante comoção e surpresa na equipe.

Interessante mencionar neste caso, o conceito desenvolvido por Silva e Minayo (2021) chamado de triplo tabu: o tabu da morte, o tabu do suicídio e o tabu do suicídio infantojuvenil. Os autores explanam que o tabu da morte, por si só, traz consigo um confronto com a própria finitude que, com o processo civilizatório levou a uma individualização e do senso coletivo sobre a morte, podendo-se afastar dela. O suicídio pode ser visto como uma transgressão contra o ato de sobrevivência humana e que “numa sociedade ocidental e de formação cristã como a brasileira, a morte autoinflingida sempre foi considerada um objeto de repúdio por desvios religiosos, culturais e legais” (SILVA; MINAYO, 2021, p. 2694). E é juntamente com o imaginário social e a representação dócil e angelical das crianças que este triplo tabu se fortalece.

Essa surpresa, espanto, que gerou nos trabalhadores incômodos ao se depararem com tema do suicídio tem origem no tabu que a própria morte carrega. Até então, trabalhar com o tema do suicídio me causava um sentimento de ambivalência. Ao mesmo tempo, eu via a importância de se falar, mas havia o receio do que poderia acontecer ao falar sobre, porém foi nesse momento que percebi a necessidade de se abrir um espaço de diálogo sensível e acolhedor.

Retomei a conversa, questionando qual horário poderíamos acordar de realizar a intervenção e ficou combinado com a equipe que as oficinas seriam realizadas semanalmente,

no período da reunião de equipe, utilizando-se metade do tempo dispendido para a reunião e metade para as oficinas, com a justificativa de que nesse horário todos podem participar, pois é um turno protegido comum.

Ação 3: Oficina “Abordando o Comportamento Suicida”

Data: 13/08/2021

Como ficou acordado com a equipe, a oficina começaria no primeiro horário da reunião, onde houve um atrasado de quinze minutos para o seu início, para que todos os profissionais chegassem.

O início da oficina se deu com o questionamento norteador: “O que vocês entendem quando escutam a palavra suicídio?” Alguns falaram sobre entender como um momento da vida do sujeito de muita dor, muito sofrimento. Houve um contraponto, enquanto uma profissional levantou a ideia de que acreditava ser uma forma de chamar a atenção, outro profissional pontuou que talvez fosse, de fato, uma forma de chamar a atenção e de dizer que tinha algo de errado consigo.

Freitas e Borges (2014), em pesquisa realizada com profissionais da saúde, com objetivo de identificar os significados atribuídos por eles às tentativas de suicídio, mostram que os resultados foram de encontro com este momento do debate da oficina, onde uma parcela vê o suicídio como uma condição de sofrimento, com fragilidades e condições que justificam a tentativa de suicídio e que levam os profissionais a adotarem atitudes mais acolhedoras para com esses pacientes. O segundo polo, reconhece o sofrimento, mas ainda o vê como uma forma de chamar a atenção, de forma pejorativa, rotulando-a.

Após o levantamento dos conhecimentos prévios, elencamos os pontos chaves: “sofrimento”, “apoio” e “dor”. O momento da teorização foi realizado por meio da leitura de um pequeno texto, dividindo a equipe em dois grupos. Nesse momento, notei um desconforto com a proposta de leitura. Porém, no decorrer do momento proposto, a maioria dos trabalhadores estavam empenhadas no conteúdo e alguns até relataram se identificar.

O fechamento da teorização foi um momento difícil, pois os profissionais ficaram com uma postura acanhada e aguardando uma devolutiva ou algum comando por minha parte. Também me mantive um pouco acanhada pois queria que o momento fosse realizado por eles. Então, sugeri a discussão das principais ideias apresentados no texto, iniciando pelo comportamento autolesivo. Ao perguntar o que compreenderam desse conceito, uma pessoa respondeu que *“eu acho que é uma forma de chamar a atenção família, essa coisa de se cortar”*

sic. Fiquei um pouco na dúvida se fazia alguma devolutiva sobre o comentário assim que ouvi, pois não queria ter uma postura corretiva. Logo em seguida houve outra contraposição: *“eu também acho que é uma forma de chamar de atenção da família também, mas para dizer que a pessoa precisa de ajuda”* sic.

Diante dos comentários, notei maior participação e de forma calorosa, relatando experiências que tiveram com comportamentos autolesivos. Nesse momento, precisei retomar a discussão para conseguir realizar o fechamento dos principais conceitos explanados, em virtude do tempo que estava se esgotando.

Percebi que a questão do tempo interferiu bastante, pois no momento em que a discussão estava ficando mais interessante e em que os trabalhadores estavam se apropriando do espaço, precisei retomar e de certa forma até acelerar o debate para conseguirmos fechar o encontro. Desse modo, os conceitos fechados pelo grupo foram:

- Comportamento autolesivo: toda ação da própria pessoa que causa um dano físico, mas que não tem a intenção de se suicidar;
- Ideação suicida: todo pensamento, ideia de morte, estar morto ou vontade de se suicidar;
- Tentativa de suicídio: comportamento realizado com a intenção de se suicidar, que não teve término de morte;
- Suicídio: ação de provocar a morte em si mesmo propositalmente;
- Comportamento suicida: pode ser visto como um continuum, que vai desde uma ideação suicida, elaboração de um plano para se suicidar, a tentativa e por fim o suicídio.

Ação 4: Oficina “Identificando fatores de risco e fatores de proteção do suicídio”

Data: 20/08/2021

A oficina iniciou com um atraso de dez minutos de tolerância para aguardar a chegada de todos e quando estávamos com um número de cerca de dez profissionais decidi por começar o encontro com o levantamento dos conhecimentos prévios a respeito do que entendiam enquanto “fatores de proteção” e “fatores de risco” do suicídio.

O grupo relacionou como fatores de risco: depressão, falta de rede de apoio, principalmente familiar. Enquanto fator de proteção pontuaram principalmente sobre o apoio da família e ajuda profissional.

Após o levantamento dos conhecimentos prévios e dos pontos-chaves, a equipe foi dividida em dois grupos para leitura de um texto cada; um grupo ficou com o texto de Fatores

de Risco e outro grupo com o de Fatores de Proteção. Solicitei que, após esse momento, os grupos deveriam montar um mapa mental para apresentar para o outro grupo.

Os grupos elogiaram bastante os textos, apontando que estes eram rápidos, fáceis e objetivos e por isso gostaram. Também deram a sugestão de trazer outros recursos mais interativos, como vídeos. Enquanto os grupos liam, observei a dinâmica de cada um e a forma como realizaram a atividade proposta. O grupo que ficou com o texto dos fatores de proteção não percebi tanto engajamento na discussão, de forma que primeiro leram o conteúdo e em seguida pontuaram no mapa mental o que estava escrito.

O mapa mental dos fatores de proteção trouxe as ações que podem diminuir os impactos, podendo ser a) ambientais: boas condições de alimentação, sono satisfatório, prática de atividade física; b) religiosidade, cultura e social: valores, normas, tradições positivas, igreja, esportes; c) valor pessoal: objetivos na vida, confiança em si mesmo, saber se comunicar; d) suporte social: ações/comportamentos que incluem suporte emocional, informacional e de avaliação; e) abordagem profissional: ter uma postura acolhedora, abrangente, clara, perguntas para identificar o risco de suicídio e a condução do caso de forma individual.

O grupo que ficou com o texto de fatores de risco teve maior discussão entre os participantes, principalmente por muitos deles terem se identificado com alguns trechos do texto e por ter identificado pessoas próximas que também se encaixam com o que estavam lendo.

O mapa mental dos fatores de risco trouxe a) tentativa prévia como a principal fator de risco, e muitos relataram não saber dessa informação. Também trouxeram a presença de b) transtorno mental e os fatores individuais, como ter alguém da família que se suicidou, uso prejudicial do álcool, desesperança e até mesmo a existência de um “pensamento dicotômico” de pensar em tudo-nada; c) fatores sociais e ambientais, como histórico de violência, e muitos relataram notar aumento nas taxas de suicídio em virtude do impacto da pandemia no desemprego e d) fatores culturais, onde trouxeram como exemplo várias notícias que informavam a maior incidência do suicídio em indígenas no estado.

Sobre isto, Souza (2019) aponta que a mortalidade por suicídio entre indígenas no estado de Mato Grosso do Sul vem sendo associada as violentas tensões com o agronegócio, assim como à escassez das terras indígenas demarcadas, questões que afetam diretamente a reprodução de seus meios de vida.

O autor também traz importantes discussões ao falar sobre a suicídio em crianças indígenas e traz possíveis explicações para as taxas mais elevadas do que em crianças não

indígena. Nesses casos, o principal fator de risco é já ter tido um familiar que cometeu suicídio. Assim, considera-se que a maior parte dos casos em que ocorre um suicídio entre crianças indígenas é em um local onde o suicídio já é considerável em outras faixas etárias.

Com o primeiro grupo notei ter feito a exposição das ideias de forma mais mecânica, sem muito entusiasmo no debate, enquanto o segundo grupo conseguiu discutir mais o que leu e correlacionar com a realidade, não se prendendo unicamente ao texto.

Ação 5: Oficina “Protocolos e diretrizes do suicídio: O que fazer quando o risco é identificado ou quando houve tentativa de suicídio e como intervir pós-suicídio?”

Data: 27/08/2021

Como na semana anterior, aguardei a tolerância de dez minutos e decidi iniciar a oficina. Estava receosa e ansiosa por conta da utilização de textos, pois no encontro anterior notei que não gostavam da utilização de textos para o momento do estudo/teorização, mas que ao mesmo tempo não me via como não utilizar esses recursos.

Primeiramente, a equipe foi dividida em dois grupos para leitura de uma situação-problema (Apêndice B) que continha duas perguntas. Como material de apoio, disponibilizou-se um instrutivo de manejo na identificação de pessoa em risco de suicídio que continha uma alternativa de prevenção pelo estabelecimento de um “contrato de não suicídio” e, outro material que explorava a pós-venção.

Ao final da leitura, trouxe a primeira pergunta para discussão: “Hoje qual é o protocolo que esta unidade realiza para o manejo do cuidado em casos de ideação e tentativas de suicídio?” Assim que fiz a pergunta, alguém respondeu em tom de brincadeira: “*Corre e chama a psicóloga*” sic. Eu já esperava alguma resposta ou brincadeira do tipo, pois na prática é realmente isso o que acaba acontecendo.

Logo em seguida a mesma pessoa trouxe um incômodo pessoal relatando não se sentir preparada para lidar com essas situações, bem como sente falta de uma orientação prática, do que “dizer ou orientar” quando está na frente do paciente.

Esta fala vai de acordo com estudo realizado por Almeida e Vedana (2020), com 65 profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em que 89% dos participantes declarou-se sem treinamento sobre suicídio e 54% negou ter lido algum específico material sobre o tema, além disso, o treinamento sobre o suicídio esteve associado à maior capacidade autopercebida de cuidado e aqueles profissionais que leram algum material sobre o suicídio tiveram maior capacidade profissional autopercebida.

Essa fala foi um *start* para o restante do grupo compartilhar seus anseios quando se deparavam com esses casos. Nesse momento, devolvi sobre a importância de estarmos em constante EPS, pois essa tem sido uma dificuldade vivenciada pela equipe toda e que são em espaços como esses que podemos trazer nossos anseios, ressignificando a prática e conduzindo novos modos de se fazer cuidado em saúde.

Logo em seguida fiz o segundo questionamento: “Considerando como é o manejo do cuidado hoje na unidade de saúde para esses casos, como poderia ser de forma mais efetiva, humanizada e integral? Quais mudanças poderiam ser pensadas? Qual seria o fluxo de atendimento?”.

Nesta pergunta, muitos pontuaram sobre a falta de humanidade e despreparo de muitos profissionais em lidar com a saúde mental e com pacientes com transtornos mentais. Houve um profissional, que realiza plantão em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), relatando ter presenciado muitas situações de falta de cuidado e desrespeito com os pacientes.

Esse foi um momento em que os trabalhadores refletiram sobre o atendimento ofertado a esses casos, no qual gerou até certa indignação em alguns profissionais, percebido por meio das falas de que “*na teoria é tudo lindo, isso aqui que está no papel é ótimo, mas a realidade é outra!*” sic. Ao mesmo tempo que entendia o sentimento e a importância de manter o espaço de fala da trabalhadora, retomei o questionamento “Diante disso, como nós podemos fazer um manejo mais humanizado? Que mudanças podem ser feitas?”

Depois de ter sido mais enfática na pergunta, alguns responderam que é muito difícil mudar a conduta do outro e que muitas vezes não adianta atendermos de forma humana se logo em seguida pode vir outro profissional e tratar de forma desrespeitosa e que se sentem desesperançados em uma mudança. Aqui, é importante retomar o que Merhy e Feuerwerker (2011) diz sobre o processo de EPS,

A partir disso, a condição indispensável para que um trabalhador ou organização decida sobre mudanças ou incorporar novos elementos na sua prática e a seus conceitos é o desconforto, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do seu trabalho (MERHY; FEUERWERKER, 2011, p. 13)

Percebe-se resistência dos trabalhadores em avançar na discussão e pensar em novas práticas, em novos modos de se produzir cuidado. Os autores também pontuam que a EPS trás tensões sobre o processo de trabalho, e gera desconforto para quem não quer enfrentar os problemas identificados, bem como usam do trabalho vivo em ato para escapar de propostas inovadoras.

Todas essas apreensões que ocorreram fazem parte do EPS, justamente por nem todos estarem disponíveis para enfrentar os problemas percebidos. Porém, para que haja alguma

mudança efetivamente nas práticas do serviço é necessário que os profissionais se incomodem com isso e a partir de então, decidam mudar (MERHY; FEUERWERKER, 2011).

Essas tensões que a EPS movimentava também me trouxe um sentimento de não “proveito” da oficina, por ter ficado com a sensação de que a oficina não atingiu seu objetivo e o receio da utilização dos textos, pois geravam desconforto e indignação na equipe, contudo não parecia ser suficiente para a reflexão da possibilidade de construção da linha de cuidado diante do caso ou nos dispositivos da rede. E o grande embate que impactou na sensação de não “proveito” foi ter percebido que os profissionais se incomodaram, mas não havia muita decisão de mudança, de enfrentar essas questões e decidir mudar.

Por fim, teve uma residente que pontuou sobre o “contrato de não suicídio” como uma forma de manejo quando se deparam com alguém com ideação suicida e que ficou surpresa por não conhecer essa forma de prevenção e que considerou muito útil e simples no momento do atendimento.

Diante disto, trouxe a importância de pensarmos nos fluxos de atendimento, não apenas nas estratégias dentro do atendimento como também pensar na rede de saúde e finalizei com o a ideia de que tudo o que trouxeram na oficina foi muito relevante e tem muito a dialogar com o tema da próxima oficina.

Ação 6: Oficina “Estratégias de acompanhamento: a Rede de Atenção Psicossocial e o matriciamento: cuidado compartilhado”

Data: 03/09/2021

Nesta oficina houve uma mudança de programação. Iria trazer dois textos – um sobre matriciamento e outro sobre a RAPS –, porém, após conversar com minha orientadora sobre minha insegurança com relação aos textos e que muitos reclamaram anteriormente da utilização de textos, por mais que fossem pequenos, alteramos o planejamento.

Começamos com uma atividade em que recolhi da equipe o que compreendiam quando escutavam a palavra matriciamento, onde cada um escreveu em um papel e colocou numa caixinha. Após, cada um pegou um aleatório e leu o que estava escrito.

Esse momento foi muito interessante, pois muitos relataram que sempre ouviam e viam nas agendas dos profissionais a palavra matriciamento, mas não entendiam o que significava, buscando por conta própria o significado. Algumas das respostas relacionavam a produção de saúde feita por um ou mais profissionais/equipes e outras mais relacionadas à prática do matriciamento, como cuidado compartilhado.

Estudo realizado por Iglesias e Avellar (2019) destaca dois grupos de entendimentos a respeito do tema. O primeiro, foi de acordo com o que o grupo trouxe na oficina: possibilidade de encontro produtivo entre equipes de saúde. Já o segundo entendimento, onde o matriciamento é estratégia de formação em serviço, entendimento este que não apareceu nas respostas trazidas pelo grupo.

Chiaverini *et al* (2011, p. 13) expõe que o apoio matricial pode ser visto como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”, na qual entende-se que há duas dimensões: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. Essas duas dimensões vão de encontro com conceituação trazida no Caderno Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), onde o suporte clínico-assistencial é aquele que produz uma ação direta com usuários, enquanto a técnico-pedagógica produz ação de apoio educativo para com a equipe e que em muitos momentos, as dimensões se misturam.

Depois da dinâmica, solicitei para que cada um fizesse uma pesquisa no celular e buscasse um conceito para o matriciamento. Após cada um falar um pouco do que leu, a equipe chegou à conclusão de que os conceitos não estavam muito diferentes do que havíamos discutido inicialmente nos bilhetes e que poderíamos conceituar como matriciamento: “compartilhamento do cuidado feito por duas equipes ou profissionais”.

Após esse momento, o grupo foi dividido em dois para discutirmos quais seriam as possibilidades de matriciamento considerando a situação-problema da semana anterior e os dispositivos da RAPS, tendo sido distribuído material de apoio.

Enquanto os grupos discutiam, notei que um grupo ficou mais centrado nas questões no dia a dia, pensando nas possibilidades de se fazer no cotidiano do trabalho. Já o outro grupo discutiu mais sobre o tema, não fazendo correlação com a prática.

Na apresentação dos grupos, isto ficou mais evidente - enquanto um grupo apresentou estratégias e pactuações definidas, tais como: solicitar visita do ACS semanalmente/quinzenalmente, atendimento da equipe técnica com urgência e discutir o caso com a psicóloga para avaliação do risco e manejo e, se houver necessidade, referenciar para o CAPS. O outro grupo trouxe a discussão do caso inicialmente com a psicóloga/NASF e a depender da avaliação, matricular o caso com CAPS ou referenciar para o Programa de prevenção ao suicídio no Centro de Especialidades Médicas (CEM), conforme novo fluxo. Também propuseram matriciamento no âmbito escolar, através do Programa Saúde na Escola (PSE), como forma de prevenção.

Sobre isso, Teixeira (2007) traz a escola como uma instância de prevenção, na medida em que aqueles que estão próximos dos adolescentes encontram-se numa posição-chave, podendo responder de forma adequada na identificação de fatores de risco, dando subsídio para ajudá-los a entender os processos pelos quais passam e estimulá-los a tomar decisões e lidar com seus próprios problemas.

Mais uma vez, observa-se que a reflexão sobre o cotidiano vivido e as possibilidades de intervenção para a qualificação do cuidado ficam a desejar. Elabora-se um “plano de cuidado” em que todos os dispositivos da rede funcionam adequadamente e em tempo oportuno, sem levar em consideração todas as barreiras a serem enfrentadas para os casos que envolvem suicídio, bem como as demandas para esses serviços. Uma das características da EPS é mobilização (MERHY, 2015) para a ação, a desacomodação para a produção de alternativas, sendo percebido como um processo de compartilhamento coletivo. Contudo, observa-se uma inoperância, uma alienação sobre a realidade vivida, demonstrando o quanto é importante que espaços como as reuniões de equipe sejam de fato espaços protegidos de compartilhamentos e construção de alternativas para o cuidado, não se resumindo a reuniões informativas, em que nada atendem à transposição do cuidado hegemônico biologicista em saúde e a uma gestão hierarquizada.

Meta 2 – Implementação do uso das ferramentas de abordagem familiar no cuidado em saúde.

Ação 1: Oficina “A Família como organização social”

Data: 17/09/2021

Nesta oficina estava me sentindo bem mais tranquila, pois havia reorganizado antes todas as próximas oficinas conforme estava sentindo o andamento das mesmas. Como o tema também permite realizar alguma atividade mais dinâmica, me senti mais confiante.

O início da oficina deu-se trazendo para a roda o questionamento do que cada um entendia por família e porque falamos sobre saúde da família/estratégia de saúde da família. As respostas foram mais genéricas: *“família é pai, mãe, filhos”* ou *“família é quem convive com a gente”* ou *“trabalhamos com a família pois é impossível pensar na saúde do paciente sem vincular a sua família”*.

Estudo realizado por Queiroz *et al* (2015) buscou-se apreender qual o significado de família para profissionais da saúde, demonstrando que todos os profissionais apresentaram dificuldade para conceituar família, apresentando entendimentos vagos e, que não dão suporte a ações efetivas no campo da saúde da família.

Essa dificuldade em conceituar a família foi algo esperado, bem como a dificuldade em entender o que é o trabalho em saúde da família e que “a falta de orientação relativa ao trabalho com famílias leva os profissionais a repetirem clichês como o velho “não ver o indivíduo isoladamente”, deixando-os à mercê da própria criatividade no que diz respeito à efetivação desse cuidado às famílias.” (QUEIROZ *et al*, 2015, p. 277). Percebe-se que a dificuldade nesta conceituação pode afetar diretamente o entendimento do papel do profissional em relação ao trabalho com as famílias, enquanto unidade de cuidado.

Após discussão inicial realizamos a leitura de um texto juntos (sugestão dada na hora por uma profissional e acatada pelo grupo e que gostei muito) sobre os diversos “tipos” de família. A devolutiva da equipe foi muito boa, pois alguns se mostraram surpresos ao ver os vários tipos de família que podem existir.

Em seguida, dividi o grupo em duplas para a realização de um quiz. Entreguei o texto para cada um e um papel com as diversas composições de família para preencherem, conforme havíamos lido e discutido no texto.

Na realização do quiz notei que a equipe ficou bem concentrada com sua dupla, discutindo e refletindo sobre qual família seria qual. Notei que muitos se divertiram pensando nas possibilidades e engajando na atividade proposta.

Por fim, realizamos um fechamento discutindo como é complexo pensar na família e, mais ainda, quando tentamos entender sua dinâmica, seu funcionamento e funcionalidade. Alguns relataram que, no momento da atividade, pensaram nas diversas “formas e tipos” que compõem as famílias de seu território e que muitos nem se encaixavam nesses tipos que estávamos vendo. Por fim, a equipe compreendeu o conceito de família como uma relação que mantemos, podendo ser sanguínea ou não, mas que cada um define ser sua família e isto precisa ser respeitado, sem questionamentos.

No fim, a equipe elogiou bastante a oficina, dizendo que foi muito divertida, dinâmica, mas muito proveitosa.

Ação 2: Oficina “Abordagem familiar e suas principais ferramentas: quais as estratégias para a implementação e utilização dos instrumentos na equipe?”

Data: 24/09/2021

Nesta oficina eu estava me sentindo tranquila, notei que a equipe também estava mais tranquila e “acostumada” com os encontros.

Iniciamos com a discussão sobre como a abordagem familiar vem sendo aplicada na prática cotidiana da equipe. Alguns ACS responderam que aplicam abordagem familiar desde o momento do acolhimento na unidade, ao acolher a demanda do paciente ou solicitação. Alguns residentes relataram que sentem dificuldade em pôr em prática a abordagem familiar - ou por falta de tempo ou por falta de organização, por mais que viam a necessidade de realizar essa abordagem para além da consulta clínica.

A família é considerada como foco da atenção básica, na qual é aspecto fundamental no cuidado dentro da ESF. Conforme Chapadeiro, Andrade e Araújo (2011), conhecer as configurações da família, os contextos que estão inseridos, sua cultura, seus arranjos, entendendo-a como unidade de produção social é essencial. Onde o vínculo e o acesso a família são pré-requisitos para atuar na mesma, uma vez que “intervir em uma família sem conhecimento de sua dinâmica é o mesmo que estabelecer tratamento sem diagnóstico prévio” (BRASIL, 2010, p. 5). Nesse sentido, para além de uma compreensão do que é abordagem familiar, é necessário a utilização das ferramentas, que permite, avaliar, conhecer, explorar sua dinâmica, as relações entre os membros, na qual uma situação em um membro da família pode afetar a todos.

Após discussão fora realizada a divisão do grupo em dois para leitura dos textos. Um grupo ficou com a ferramenta do genograma e outro com o ciclo de vida familiar. Notei que os grupos estavam empenhados em ler e discutir, porém teve um grupo que se dispersou um pouco, visto que alguns já conheciam a ferramenta e já tinham familiaridade.

O grupo do genograma iniciou e fizeram uma breve explicação sobre a ferramenta: uma forma de simbolizar a família e suas relações por meio de símbolos gráficos. Achei bacana que uma pessoa do grupo havia aplicado esta ferramenta ainda naquela semana. Isso permitiu que visualizassem a ferramenta, propondo análises da dinâmica familiar e também trouxeram a possibilidade de realizar isto junto a família, tanto a construção quanto a análise, algo que não costuma ser feito.

O outro grupo também fez ótimas ponderações sobre o ciclo de vida familiar, a expôs como um modo de ver a família conforme os diversos estágios do ciclo, na qual há tarefas a serem cumpridas e fizeram um breve resumo dos ciclos e dos desafios a serem superados. A maioria não conhecia esse instrumento, alguns no momento da apresentação de cada ciclo, inclusive se identificaram tanto com as tarefas a serem cumpridas quanto os tópicos de prevenção de cada momento.

Por fim, retomei a indagação inicial sobre qual seria a nossa maior dificuldade em pôr em prática a utilização desses instrumentos e trouxeram a falta de organização do cuidado e demandas em excesso que sobrecarregam o trabalho e impedem um cuidado mais ampliado, mas que utilizar de ferramentas que possibilitando compreender dinâmicas familiares pode ser vantajoso, além de esclarecedor para usuários e trabalhadores.

Para finalizar, discutimos a forma como a maioria gostaria que acontecesse a Meta 3 “Construção da linha de cuidado para os casos de suicídio no território da USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II”, se dividíamos em três dias durante 2 horas cada encontro ou se fazemos a construção das linhas em um período inteiro. A maioria optou por realizar durante um período inteiro, mas pactuando-se que caso não dê tempo de finalizar, marcaríamos um outro dia. Desse modo, ficou combinado para realizar no dia 29/09/2021.

Meta 3 – Construção da linha de cuidado para os casos de suicídio no território da USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II.

Ação 1 - Atividade “Linhas de cuidado em saúde mental: propondo ações e pactuando estratégias”

Data: 13/10/2021

Inicialmente a oficina seria realizada no dia 29/09/2021 conforme pactuado na reunião de equipe, porém, como alguns residentes participariam de outra atividade no mesmo dia e período combinado, fiquei encarregada por conversar com os responsáveis para pedir a liberação desses residentes. Ao conversar e explicar que seria o fechamento e um momento importante (e pactuado por todos da equipe), tive uma devolutiva negativa com a justificativa que a participação seria obrigatória de todos os residentes e não haveria como liberá-los.

Este fato me causou muita angústia, pois o adiamento da oficina impactou diretamente nas outras ações a serem realizadas posteriormente, ou seja, no acompanhamento de um caso no território e as reuniões de monitoramento. Importante mencionar que isto fora explicado aos preceptores responsáveis e que o adiamento da oficina impactaria de forma negativa no desenvolvimento da intervenção. Necessário também explicar que eu não estaria no mês de novembro na unidade por conta do estágio externo, que também comprometeria o desenvolvimento das próximas ações.

Diante da situação, enviei um comunicado via WhatsApp para a equipe informado que não seria possível desenvolver a oficina no dia combinado. Solicitei um tempo no começo da próxima reunião de equipe, no dia 01/10/2021, para acordamos outro período para a oficina.

Neste dia, deram a sugestão de reservar a manhã do dia 13/10/2021 para a última ação, inclusive com liberação das agendas dos residentes e assim combinamos.

Ao pactuarmos este dia, um membro da equipe sugeriu de fazermos um café da manhã como forma de encerramento. Todos aceitaram e eu fiquei bem feliz pela sugestão que não estava esperando, pois a situação toda de adiamento e mudança de dia me deixou bem tensa pelo receio de não conseguir concluir todas as oficinas a tempo.

Antes do dia da oficina fiquei muito na dúvida se mandava lembretes avisando do dia do encontro, se avisava na reunião de equipe, visto que daria quase 15 dias do dia combinado para o dia acordado. Lembrar a equipe seria bom para diminuir a minha ansiedade e receio de não comparecerem. Porém, penso que não lembrar a equipe poderia ser interessante para visualizar aqueles que estariam de fato interessados e comprometidos. Decidi por enviar um lembrete no começo da semana no grupo de WhatsApp, visto que também havíamos combinado de fazer o café da manhã.

No dia da oficina estava um pouco ansiosa e com receio de não aparecer muitos profissionais pois era um dia diferente do que já estamos acostumados e que não teria o horário protegido da reunião de equipe. A oficina estava programada para iniciar às 7h30min, porém demorou cerca de 15 minutos para começarem a chegar. Durante esse período de espera vieram duas residentes me informar que não poderiam ficar o período todo, uma teria que fazer um atendimento domiciliar e outra teria agenda à partir das 9 horas.

Conforme algumas pessoas foram chegando aproveitamos para fazer o café da manhã, que durou cerca de 20 minutos. Ao final do café da manhã estávamos em 9 pessoas. Aqui, acho interessante pontuar que estávamos em três residentes, uma preceptora e cinco ACS. Antes de iniciarmos a oficina, a preceptora precisou sair. Mesmo em pouca quantidade, reconhecia que o encontro ali firmado com os trabalhadores presentes era uma potência para produzir autonomia e nossos arranjos.

A ausência de muitos profissionais e até a justificativa de alguns residentes já era algo que esperava, pois desde o início as oficinas não tiveram caráter de obrigatoriedade e a própria demanda exigida pelo serviço fariam com que muitos profissionais não comparecessem. Porém, importante pontuar que a ausência também é justificada pela falta de comprometimento dos profissionais, pois estes também são responsáveis pelo autogoverno de si próprios e estabelecem a organização do serviço.

A ideia inicial era realizar o método do aquário (*fishbowl*) para revisão dos encontros anteriores. Porém, como estávamos em oito pessoas, decidi realizar a revisão relembrando os

temas das oficinas e pedindo para que eles fossem trazendo do que se lembravam e do que mais ficou marcado para cada um. Fizemos desse modo com os seis encontros realizados, relembrando dos pontos-chaves de cada encontro:

- Ação 3 – Oficina 1 “Abordando o comportamento suicida”: foi mencionado sobre o suicídio ser um ato de muito sofrimento, dor. Lembraram do comportamento autolesivo, que causam algum dano físico, mas não tem intenção de suicídio.
- Ação 4 – Oficina 2 “Identificando fatores de risco e fatores de proteção do suicídio”: como fatores de risco mencionaram transtornos mentais, histórico familiar de suicídio, de violência. Aqui, lembrei que o principal fator de risco é tentativa prévia. Enquanto fatores de proteção falaram sobre o suporte familiar, de saúde, amigos.
- Ação 5 – Oficina 3 “Protocolos e diretrizes do suicídio: O que fazer quando o risco é identificado ou quando houve tentativa de suicídio e como intervir pós-suicídio?”: a maioria gravou o “contrato de suicídio” como uma forma de manejo quando se deparam com alguém com ideação suicida.
- Ação 6 – Oficina 4 “Estratégias de acompanhamento - a Rede de Atenção Psicossocial e o matriciamento: cuidado compartilhado”: citaram sobre compartilhar os casos de suicídio com o CAPS e com a própria equipe e tomarem decisões em conjunto.
- Ação 1 – Oficina 5 “A família como organização social”: descreveram alguns tipos de família, como a nuclear, adotiva e a sem filhos.
- Ação 2 – Oficina 6 “Abordagem familiar e suas principais ferramentas: quais as estratégias para a implementação e utilização dos instrumentos na equipe?”: relataram sobre já utilizarem o genograma e a vontade de usar o ciclo de vida familiar durante as consultas.

Após a revisão dos conteúdos, expus a nossa missão do dia: pensar e construir em conjunto estratégias e ações para manejo dos casos de suicídio da equipe, pensando nos casos de ideação suicida, tentativa de suicídio e de posvenção. Fiz uma sugestão à equipe de que forma poderíamos realizar.

Inicialmente, minha ideia era dividir a equipe em três grupos e cada grupo construísse as ações e estratégias para a ideação suicida ou tentativa de suicídio ou de posvenção. Após, cada grupo apresentaria e os outros dois grupos dariam sugestões de mudanças, alterações para, por fim, construirmos todos juntos. Porém, havia poucos profissionais e alguns já haviam me sinalizado que não poderiam ficar o período todo, devido outras demandas do trabalho.

Chegamos no consenso de que seria melhor se construíssemos todos juntos, debatendo e formulando as estratégias de cuidados para cada caso.

Notei que a equipe ficou sem saber por onde começar e sugeri utilizarmos as cartolinas para fazer a construção da linha, porém notei que não se mobilizavam para se apropriar do espaço e dos materiais. Assim, levantei o debate sobre o que fazemos quando nos deparamos com alguém que apresenta alguma ideação suicida, seja com planejamento ou sem. Alguns ACS responderam que orientam a vir na unidade de saúde e passar por acolhimento/demanda espontânea. Os profissionais técnicos relataram que tendem a entender melhor a queixa, a ideação, se tem planejamento ou não para tomar alguma conduta.

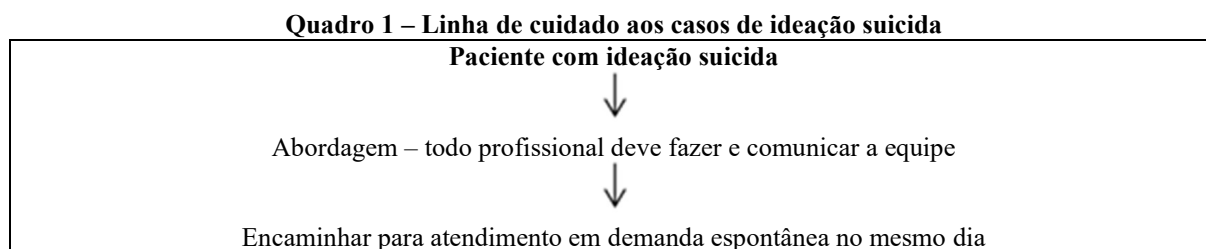
O momento da construção, de fato, foi muito difícil, pois a ideia era a de que a construção partisse deles, a iniciativa a partir de suas vivências e pautadas na realidade do cotidiano. Notei que, em muitos momentos, alguns ACS fizeram um movimento de questionar se as propostas expostas estariam de acordo com o que vivemos e a realidade em que trabalhamos. Porém também percebi certa passividade dos profissionais com a atividade proposta, às vezes uma dispersão e senti uma necessidade em resgatá-los a todo momento para a oficina.

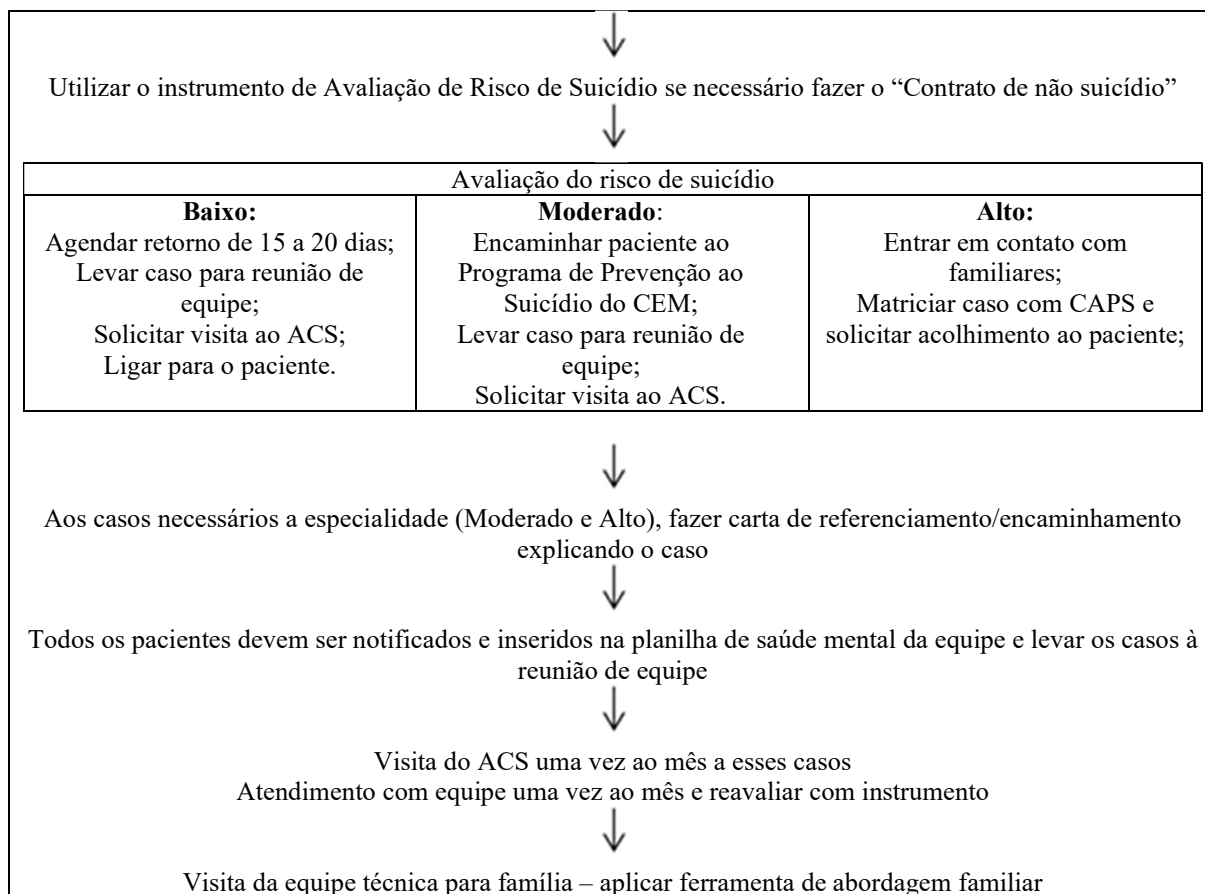
Enquanto discutíamos sugeri que alguém escrevesse na cartolina os caminhos pensados e quem se dispôs foi uma ACS. Durante esse processo, fiquei com a percepção e um certo incômodo de ver algumas pessoas quietas ou não muito participativas, visto que inicialmente não fazia muito sentido para mim, pois a participação não era obrigatória.

A construção da primeira estratégia para os casos de ideação suicida foi a que mais levantou debate e a que eu percebi que teve maior participação dos profissionais. Notei que a equipe se apropriou dos materiais, principalmente do Instrumento de Avaliação de Risco de Suicídio (Anexo B) e do material de Estratificação de Risco de Suicídio (Anexo C).

A segunda estratégia para os casos de tentativa de suicídio e a terceira para os casos de posvenção percebi certa dificuldade na participação da equipe e muita dispersão devido a já estarmos discutindo e produzindo há algum tempo, notei que começaram a ficar cansados.

A partir da discussão a equipe propôs a linha de cuidado descrito no Quadro 1 para os casos de ideação suicida.





Fonte: Própria autora.

Um fato interessante que a equipe trouxe foi sobre o “contrato de não suicídio” que foi visto durante a intervenção e o inseriram na linha de cuidado tanto para os casos de ideação suicida quanto de tentativa de suicídio. Porém, algo mencionado durante a construção das linhas e apontado por Botega (2015), o contrato pode gerar a falsa sensação de segurança, desse modo, a equipe optou pela reavaliação a cada mês para melhor avaliação e segurança.

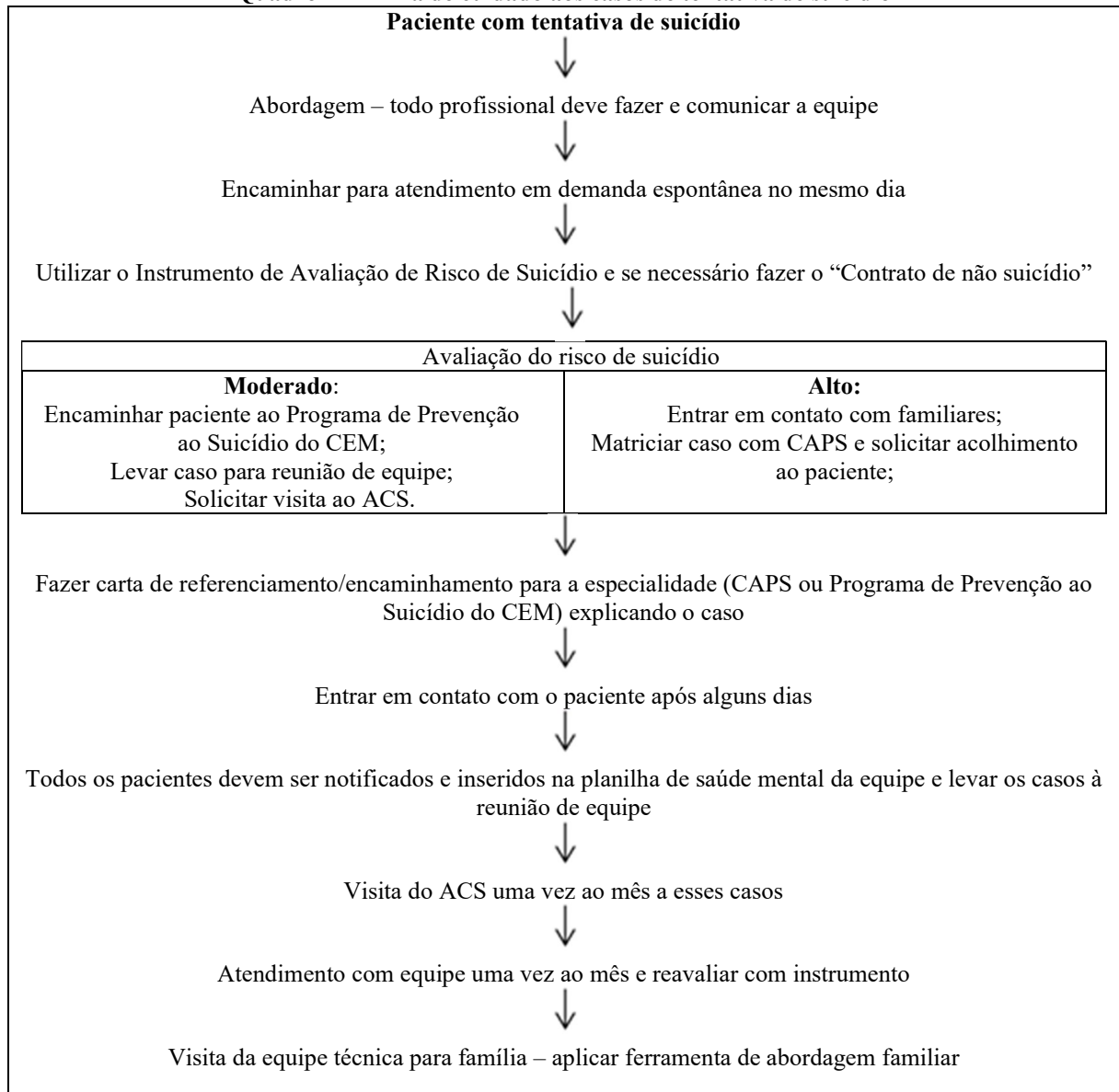
Algo que me chamou atenção quando debatemos sobre os casos de tentativa de suicídio, descrito no Quadro 2, foi uma não responsabilização da equipe e uma tendência ao encaminhamento ao CAPS como única proposta de manejo,

lamentavelmente, ainda hoje muitas vezes a reforma psiquiátrica e a desmanicomialização se limitam a descentralizar essas velhas tecnologias de poder. Muitas vezes, por falta de estrutura, de medicação adequada ou de programas de inserção comunitária, essas velhas tecnologias de poder próprias da psiquiatria clássica se reproduzem nos centros psiquiátricos de referência que no Brasil conhecemos com o nome de CAPS. É verdade que a ordem da psiquiatria deixou que ser o internamento e o encerramento; porém, hoje se trata de medicalizar e dominar as paixões, os delírios e os maus hábitos pelo uso de psicofármacos que só algumas vezes se mostram eficazes (CAPONI, 2009, p.102).

Caponi (2009) faz uma crítica e pontua que atualmente, podemos estar reproduzindo as velhas tecnologias de poder próprias da psiquiatria clássica por meio dos CAPS, principalmente

quando a intervenção terapêutica se limita à duas estratégias próprias do saber psiquiátrico do século XIX: o uso de drogas por meio da medicalização e o interrogatório.

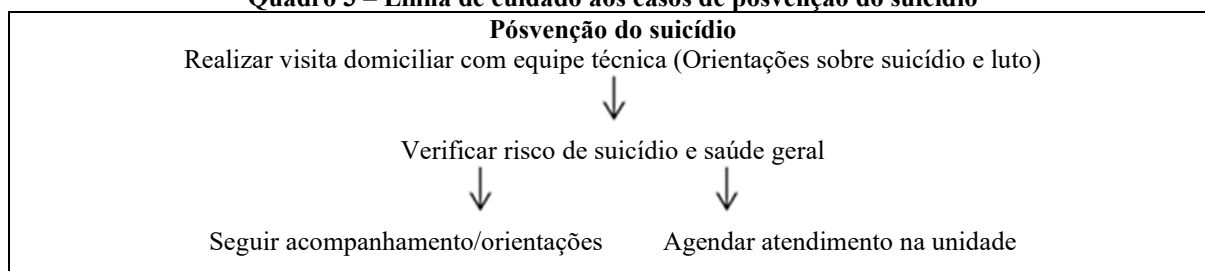
Quadro 2 – Linha de cuidado aos casos de tentativa de suicídio



Fonte: Própria autora.

Também notei certa dificuldade na articulação dos casos de pósvenção, principalmente no que diz respeito a ações a esses casos, talvez pela equipe nunca ter tido a experiência dos pós em suicídio com algum caso dentro do território adscrito, como podemos ver no Quadro 3.

Quadro 3 – Linha de cuidado aos casos de pósvenção do suicídio



Fonte: Própria autora.

Porém, mesmo percebendo essa dificuldade no momento da construção, senti muitos profissionais sensibilizados, pois foi um exercício que tentei construir de se pensar na família, nos sobreviventes enlutados:

O profissional de saúde deve se preparar para oferecer apoio emocional às pessoas enlutadas, propiciar um ambiente para o apoio, identificar as que mais precisam de ajuda e providenciar-lhes o atendimento apropriado. Assim que souber da ocorrência de um suicídio, é aconselhável manter contato com a família enlutada e, se possível, comparecer ao funeral. O temor de ser acusado ou hostilizado nasce de conflitos infundados em relação à culpa e à responsabilidade pela morte do paciente (BOTEGA, 2015, p.230).

Um momento muito sensível quando estávamos pensando nesta linha de cuidado foi sobre o impacto que o suicídio de algum paciente pode gerar nos profissionais. Muitos relataram dificuldade em até pensar nessas situações, principalmente pela proximidade e afetividade que constroem com os usuários.

Esta dificuldade em pensar nessa situação trazida pode ser explicada pelo processo de luto que o suicídio carrega, que costuma ser tão dolorido e difícil tanto para familiares quanto profissionais e, que combina sentimentos de tristeza e raiva, que segundo Botega (2015) este último acontece em reação pelo suicídio. Além disso, o autor alerta que os profissionais não se divergem de outras pessoas na forma de responder a um suicídio, podendo ter reações de tristeza, choro, raiva, ansiedade.

Ter trazido esta discussão e gerado uma provocação nos profissionais foi muito bacana, pois percebi que consegui tirá-los de uma posição confortável e implicá-los dentro do contexto da pósvenção, e mostrar que também podem ser afetados, isso é esperado, podendo passar por um processo de luto, de elaboração e ressignificação de sentimentos.

Considero que esta oficina foi a mais difícil de todas e a mais desafiadora para mim. Nunca estive na posição de facilitadora e estar nessa posição rompeu com muitos receios pessoais, exigindo que eu sáísse de uma posição confortável e me desafiando a tirá-los dessa posição confortável que muitas vezes ficamos ao falar sobre o suicídio.

3.1 Monitoramento e avaliação

O processo de monitoramento consistiu em observar as oficinas planejadas e coletar informações sobre a execução das mesmas, buscando identificar e corrigir possíveis falhas ainda no percurso da ação, além de permitir observar aspectos importantes e relevantes, como os pontos facilitadores e limitadores.

Para analisar se os objetivos estavam sendo alcançados, a avaliação foi realizada de forma permanente e contínua, verificando se os objetivos propostos em cada ação estavam sendo alcançados, para confirmação da necessidade e da relevância da continuação do plano de ação. Para isto, foi utilizado o diário de campo e o *feedback* dos participantes a cada ação, por meio de instrumento desenvolvido chamado “Que bom! Que pena! Que tal?”.

Optou-se pela utilização do diário de campo pois esse instrumento de registro de dados possibilita a sistematização das experiências e do desenvolvimento das atividades, bem como as observações, pensamentos, reflexões, sentimentos e perspectivas, o que auxiliou na análise final da intervenção.

Desse modo, o processo de avaliação durante as oficinas ocorreu por meio do diário de campo, as anotações realizadas durante cada oficina, os encontros que ocorreram com a orientadora para discussão dos encontros e reelaboração das oficinas necessárias para melhor desenvolvimento das ações.

O *feedback* dos participantes também foi realizado ao final de toda ação proposta, por meio da avaliação “Que bom! Que pena! Que tal?”, em que cada participante escreveu frases que iniciavam sempre com “que bom”, “que pena” e “que tal” associando-as com o encontro. O objetivo foi entender o que os participantes avaliavam como bom, não tão bom e o que precisa melhorar.

De modo geral, na maioria das oficinas os trabalhadores avaliaram as oficinas como uma oportunidade de abordar um tema tão importante, tendo contato e se aprofundando nessa temática pouco estudada, possuindo um espaço de troca e aprendizagem.

A avaliação do “Que pena!” em sua grande maioria envolveu a questão de o tempo ser limitado e curto, que afetou no desenvolvimento das oficinas. Também pontuaram sobre nem todos os profissionais terem a oportunidade de aprender sobre a temática e que este momento de educação permanente só existe durante a reunião de equipe.

A avaliação do “Que tal?” englobou continuar com as oficinas, trazer outras temáticas, tanto para equipe, quanto para os outros profissionais da unidade. Também sugeriram ter esse

momento durante um período todo, bem como ter horários protegidos destinados à educação permanente.

Importante mencionar que não foi pactuado com a equipe o processo de avaliação e monitoramento da linha de cuidado construída. Porém, foi sugerido durante a construção da mesma que a equipe realizasse tanto a exposição do que havíamos elaborado quanto planejasse em reunião de equipes estratégias para continuar com a avaliação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ter vivenciado a Educação Permanente em Saúde e realizar a intervenção com a equipe foi um desafio enorme, ao mesmo tempo que muito construtivo. Desde o primeiro convite até a última oficina pudemos experimentar a potência que esse processo nos permite e propõe aos trabalhadores.

Algo que ficou nítido durante os encontros foi o que Ceccim (2005) menciona, no sentido de que para haver alguma mudança nas práticas em saúde é necessário que os trabalhadores detectem e constatem seus desconfortos vividos no cotidiano e, o modo que vinham lidando com o tema do suicídio muitas vezes era insuficiente para dar conta no serviço.

Percebo que a provocação feita aos trabalhadores para se sentirem sensíveis ao tema, bem como tirá-los de uma posição confortável enquanto profissionais foi um exemplo disso. Em diversas provocações e “tiradas do eixo”, notei que muitos conseguiram problematizar sobre o processo de trabalho que realizam, produzindo diversos questionamentos.

Porém, o processo do desenvolvimento da EPS não foi fácil e teve inúmeros desafios para que as oficinas continuassem a ocorrer. O primeiro desafio encontrado e a que talvez mais impactou foi a dificuldade em reunir os trabalhadores em um horário comum. O que caracteriza uma fragilidade do serviço em não ter um espaço protegido.

Por mais que, o que esteja em foco nos encontros seja o nosso trabalho vivo em ato e, ao mesmo tempo existe uma demanda do serviço que necessariamente, precisa ser suprimida, o movimento que ocorreu em algumas situações foi o de se privilegiar o atendimento e as agendas ao invés de um espaço para poder refletir sobre o atendimento, as condutas, o manejo.

Um exemplo foi a decisão de realizar a EPS durante a reunião de equipe, pois esse é o único horário protegido em comum de todos os profissionais. E mesmo sabendo que o tempo seria pouco, notei que a equipe fez um movimento de escolher entre ter esse momento mesmo em curto tempo, ou não ter, em virtude das agendas engessadas.

Uma outra fragilidade observada foi com relação a agenda dos residentes, na qual o serviço que dispõe de certa obrigatoriedade, posta de forma hierarquizada, em participar de um Canal Integrado durante a semana, que afetou diretamente o seguimento das oficinas. Essa agenda obrigatória conta com a participação apenas de residentes, que discutem questões teóricas e práticas sobre as diversas demandas do serviço, mas não leva em consideração os outros profissionais do serviço.

Outro exemplo nítido foi a maior adesão e participação dos Agentes Comunitários em Saúde na construção da linha de cuidado do que a equipe técnica. E não obstante, notei que essa categoria foi a que mais se propôs a perceber, se sentir desconfortável e admitir que as práticas em saúde com relação ao suicídio têm sido insuficientes.

A experiência da EPS demonstrou que, enquanto o serviço propõe uma agenda obrigatória e exclusiva aos residentes, guardando um espaço de primazia para discussão e problematização da práxis do serviço reservada apenas aos residentes, o serviço perde e muito em não trazer os outros profissionais para o enfrentamento, como é o caso dos ACS que tiveram uma participação enorme nos encontros.

Diante dessa experiência, para que ações como essas possam continuar sendo realizadas é necessário que os profissionais tenham, no mínimo, um horário protegido nas agendas destinada às ações de EPS, que seja compatível com a realidade, visto que, atualmente, no modelo de reunião de equipe seguido pela Unidade, possui uma pauta destinada à essa produção de conhecimento, mas que é insuficiente.

Algo que preocupa é que por mais que a linha de cuidado tenha sido feita, para ela ser colocada em prática, monitorada, avaliada, é necessária a participação da equipe técnica, pois é ela a grande responsável pelo manejo. E a pouca participação destes no momento do desenvolvimento da linha de cuidado em virtude da sobrecarga de trabalho afetou diretamente no seguimento desta.

A intervenção demonstrou que os profissionais possuem engajamento nas oficinas propostas, que têm a contribuir e se propõem a problematizar as práticas em saúde, mas que, em decorrência de não ter um espaço destinado à essa construção, quando precisam se mobilizar e confrontar a organização do trabalho, tendem a ter um movimento de resistência e de reprodução do modelo hegemônico de cuidado em saúde, com dificuldade de responsabilizarem-se pelo modo de cuidar adotado.

A recomendação para o uso da linha de cuidado feita inicialmente, propunha a equipe a escolha de um caso do território para realizar o acompanhamento e desenvolver a linha de cuidado. Sugeriu-se, para realizar a avaliação e o monitoramento, as reuniões de monitoramento para acompanhar o caso pela equipe, implicando cada trabalhador no processo de cuidado.

Por fim, podemos compreender que o objetivo geral da intervenção foi alcançado - o que foi produzido pela equipe pode ser chamado de Linha de cuidado, se retomarmos o entendimento enquanto uma imagem pensada para expressar fluxos assistenciais ao usuário, sendo pactuada e construída coletivamente. Porém, vemos que há lacunas, visto que para uma

linha de cuidado ser implementada é necessário que seja monitorada e avaliada pela equipe, o que não ocorreu. Diante disso, bem como da relevância da temática e da inexistência de uma linha de cuidado para o suicídio na AB, recomenda-se a instituição da mesma no município pela coordenadoria da RAPS, bem como a implementação pela Residência Multiprofissional de Saúde da Família da SESAUFIOCRUZ.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALECIO, G. S. C.; BALEJO, R. D. P.; MUELLER, V. **Modelo de TCR – projeto de intervenção para residentes do PRMSF SESAUFIOCRUZ**. Campo Grande/MS, 2021.

ALMEIDA, A.S., VEDANA, K.G.G. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de Estratégias de Saúde da Família. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 04, p. 92-99, dez. 2020.

AMARAL, R. H. F. **Da corda ao laço: A clínica psicanalítica como operador das práticas antimanicomiais**. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia. Rio de Janeiro, 2021.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

ARBEX, D. **O Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BERBEL, N. N.: “Problematization” and Problem-Based Learning: different words or different ways? **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, 1998

BEZERRA, G et al. O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, Especial COVID-19, 2020.

READ, 4set.2020 [citado 7fev.2022];93:e-20012. Available from: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/758>

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. Ed., Petrópolis: Vozes, 1982

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

BRASIL, C. H. G. **Ferramentas de acesso à Família**. Residência em Medicina de Família e Comunidade e Especialização em Saúde de Família para Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília. v. 52, n. 33, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Relatório Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 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 Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde** v. 14, n., p. 95-103, jan. 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168, set 2005.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H.Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. de N. **A família como foco da Atenção Básica à Saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CUSINATO, C. **Reforma psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** 117p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 515–524, set. 2009.

FERREIRA, G. S., FAJARDO, A. P. e MELLO, E. D. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 04, p.01-20, 2019.

FIGUEIRÊDO, M. L. de R., DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre Loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Caderno de**

Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT – Alagoas, v. 2, n. 2, p. 121–136, nov. 2014.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4448009/mod_resource/content/1/TRABALHO2.pdf. Acesso em: 25/10/2020.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, maio 2019.

LIMA, J. T. de S. O início da assistência à loucura no Brasil. **Em Debate (PUCRJ. Online)**, v. 8, p. 7, 2008.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Revista Saúde em Redes**, Porto Alegre, 1 (1): 7-14, jul. 2015. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14>.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p.172-174, set 2005.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. Salvador: Editora da UFBA; v. 1, p. 5-21, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4448009/mod_resource/content/1/TRABALHO2.pdf. Acesso em: 25/10/2020.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n.spe, p. 158-164, set. 2013.

OLIVEIRA, S. C. et al. **Diretrizes para elaboração e diagramação do trabalho de conclusão de curso**. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2004. Disponível em: < https://www.dci.ufscar.br/arquivos/bci/documentos/pp_-_bci_-_2004_-_diretrizes_para_elaboracao_e_diagramacao_de_tcc.pdf >. Acesso em 01 de Dezembro de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: OMS; 2014.

PESSOA, L. R. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

QUEIROZ, T. A., et al. Família: significado para os profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 274–280, 2015.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, p. 111-124, 2002.

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Decreto nº 24.559 de 03 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências**. Coleção das leis de 1934: Atos do Governo Provisório. Vol. v. 4.1. Imprensa Nacional: Rio de Janeiro, pp. 351–360, 1936.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.

RIBEIRO JUNIOR, E. H.; PENTEADO, R. F. S. **Modelo para formatação de trabalhos acadêmicos da UTFPR**. Ponta Grossa, 2011. (Apostila).

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 37, n. 3, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção – Coleção guia de referência rápida**. Rio de Janeiro: SMS, 1. ed, 2016.

SILVA, A. M.; CRUZ, C. W.; SIMONI, A. C. R. O Cuidado de usuários em situação de risco de suicídio na perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 39-49, jan./jun. 2017.

SILVA, O. C. e MINAYO, M. C. de S.. Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 07, p. 2693-2698, jul. 2021.

SOUZA, M. L. P. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, ago 2019.

TEIXEIRA, C. M. F.S. A escola como espaço de prevenção ao suicídio de adolescentes – relato de experiência. **Revista Inter Ação**, v.27, n.1, p.99–114, 2007.

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p. 35-52, dez. 2011.

APÊNDICE A – LISTA DAS AÇÕES POR META

Meta 1: Desenvolvimento de oficina de aprofundamento teórico e prático sobre o manejo do suicídio, ideação, tentativa e pósvenção, abordando o cuidado no manejo e a articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O objetivo principal dessa meta é problematizar e qualificar através da produção de sentidos como é o cuidado dos profissionais quanto ao manejo de casos do suicídio, focando nos comportamentos suicidas, na tentativa e na pósvenção.

- Ação 1: Apresentação do Projeto de Intervenção para a equipe;
- Ação 2: Definir com os profissionais data e horário para a realização das oficinas;
- Ação 3: Oficina “Abordando o Comportamento Suicida”;
- Ação 4: Oficina “Identificando fatores de risco e fatores de proteção do suicídio”;
- Ação 5: Oficina “Protocolos e diretrizes do suicídio: O que fazer quando o risco é identificado ou quando houve tentativa de suicídio e como intervir pós-suicídio?”;
- Ação 6: Oficina “Estratégias de acompanhamento: a Rede de Atenção Psicossocial e o matriciamento: cuidado compartilhado”

Meta 2: Implementação do uso das ferramentas de abordagem familiar no cuidado em saúde.

Neste momento, o objetivo é abordar as ferramentas de abordagem familiar e a sua aplicabilidade. Para tanto, foi realizada oficinas a fim de compreender a invenção da família, os conceitos e suas configurações, buscando, por meio das ferramentas de abordagem familiar, instrumentalizar a equipe no cuidado no trabalho com famílias, como estratégia de cuidado e produção de autonomia dos usuários e suas famílias.

- Ação 1: Oficina “A Família como organização social”;
- Ação 2: Oficina “Intervenção no trabalho com as famílias”;
- Ação 3: Oficina “Abordagem familiar e suas principais ferramentas: quais as estratégias para a implementação e utilização dos instrumentos na equipe?”.

Meta 3: Construção da linha de cuidado para os casos de suicídio no território da USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II.

O objetivo nesta etapa é pactuar ações e estratégias para a criação de linhas de cuidado, com especificidade para a ideação, tentativa e pósvenção, utilizando-se das ferramentas de abordagem familiar. Após pactuação, objetiva-se acompanhar um caso do território para monitoramento e avaliação e, se necessário, realizar ajustes necessários para o manejo e cuidado do caso.

- Ação 1: Atividade “Linhas de cuidado em saúde mental: propondo ações e pactuando estratégias para comportamentos suicidas sem tentativa;
- Ação 2: Atividade “Linhas de cuidado em saúde mental: propondo ações e pactuando estratégias para tentativas de suicídio;
- Ação 3: Atividade “Linhas de cuidado em saúde mental: propondo ações e pactuando estratégias para a pósvenção do suicídio;
- Ação 4: Acompanhamento e monitoramento de um caso do território – estudo de caso;
- Ação 5: Reuniões de monitoramento.

Quadro 4 – Resumo das ações por meta

Meta 1 - Desenvolver oficina de aprofundamento teórico e prático sobre o manejo do comportamento suicida, abordando o cuidado no manejo e a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	
Ação 1	Apresentação do Projeto de Intervenção para a equipe
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 21 à 25 de junho de 2021
Duração	Uma hora
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II
Justificativa	Apresentação de uma necessidade identificada, propondo o trabalho colaborativo da equipe
Estratégia pedagógica	Apresentação do projeto em slide
Objetivo de aprendizagem	Sensibilização da equipe com o tema e com a proposta a ser realizada
Ação 2	Definir, com os profissionais data e horário para a realização das oficinas
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 21 à 25 de junho de 2021
Duração	Uma hora
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II
Justificativa	Possibilitar a participação de todos os profissionais
Estratégia pedagógica	Apresentação do projeto e sensibilização da equipe
Objetivo de aprendizagem	Pactuação com a equipe a definição das datas e horários
Ação 3	Oficina “Abordando o Comportamento Suicida”
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 28 de junho à 02 de julho de 2021
Duração	De duas a três horas
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II
Justificativa	O Comportamento Suicida apresenta-se como um continuum, podendo ir da ideação suicida, ameaça de morte, elaboração de um plano suicida, que podem culminar no ato suicida fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio). E compreender a forma com que esses comportamentos suicidas se estruturam são essenciais para a manejo dos casos
Estratégia pedagógica	Inicialmente será realizado o levantamento dos conhecimentos prévios a partir de roda de conversa sobre o tema. Após a discussão, a equipe será dividida em dois grupos para realização de leitura sobre a temática. Após a leitura, será feito uma discussão do texto e em seguida, o fechamento do conceito, abordando de forma científica a temática, explanando tanto a teoria quanto a prática sobre o que foi discutido. Sugestão de leitura: PARANÁ. Escola de saúde Pública do Paraná. Prevenção do Suicídio. Módulo 1. p. 8 - 16. PORTO, D. M.; DELZIOVO, C. R.; QUEIROZ, L. A. Prevenção ao Suicídio. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019, 48p.

Objetivo de aprendizagem	Ao final da oficina, almeja-se que a equipe consiga identificar os comportamentos suicidas e compreendê-los como um continuum, construindo o conceito de ideação suicida, tentativa de suicídio e do suicídio em si
Ação 4	Oficina “Identificando fatores de risco e fatores de proteção do suicídio”
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 05 à 09 de julho de 2021
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II
Duração	De duas a três horas
Justificativa	A identificação e o reconhecimento dos fatores de risco e de proteção do suicídio é importante tanto para o auxílio de tomada de decisão da equipe quanto para as estratégias de manejo e/ou intervenção. Desta maneira conhece-los é de extrema importância para a melhoria do cuidado em saúde mental
Estratégia Pedagógica	Inicialmente será realizado o levantamento dos conhecimentos prévios a respeito dos fatores de risco e proteção do suicídio. Em seguida, a equipe será dividida em dois grupos para a leitura do texto, em que cada grupo deverá elencar o que entendeu por fatores de risco e fatores de proteção realizando um mapa mental. Após a realização do mapa mental, cada equipe irá apresentar o que produziu, discutindo com o restante do grupo. Por fim, será feito um fechamento dos conceitos Sugestão de leitura: PARANÁ. Escola de saúde Pública do Paraná. Prevenção do Suicídio. Módulo 1. p. 31 - 39. PORTO, D. M.; DELZIOVO, C. R.; QUEIROZ, L. A. Prevenção ao Suicídio. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019, p. 28 – 30
Objetivo de Aprendizagem	Espera-se que a equipe seja capaz de identificar quais são os fatores de risco e os fatores de proteção do suicídio, compreender a importância destes no manejo dos casos, bem como realizar a investigação destes fatores
Ação 5	Oficina “Protocolos e diretrizes do suicídio: O que fazer quando o risco é identificado ou quando houve tentativa de suicídio e como intervir pós-suicídio?”
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 12 a 16 de julho de 2021
Duração	De duas a três horas
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II
Justificativa	No manejo do suicídio, a identificação dos riscos é importante. Porém, a equipe deve estar preparada para atuar tanto quando o risco for identificado ou quando houve tentativa e até mesmo intervir no pós-suicídio. Compreender quais são os protocolos e diretrizes no manejo aos casos de suicídio, abrangendo a notificação, vigilância e fluxo são essenciais este preparo
Estratégia pedagógica	A equipe será dividida em dois grupos para a realização de leitura de uma situação-problema e do texto de apoio. Em seguida, cada grupo deverá elencar as problemáticas encontradas na situação-problema e as possíveis soluções, propondo um fluxo de manejo para o caso que esteja de acordo com os protocolos e diretrizes Sugestão de leitura: PORTO, D. M.; DELZIOVO, C. R.; QUEIROZ, L. A. Prevenção ao Suicídio. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019, p. 23 – 23 e p. 31 – 40
Objetivo de aprendizagem	Espera-se que a equipe, ao fim da oficina, seja capaz de identificar os protocolos a serem realizados no caso de suicídio e desenvolver estratégias de manejo sobre o comportamento suicida, além de compreender sobre a importância da notificação desses casos
Ação 6	Oficina “Estratégias de acompanhamento: a Rede de Atenção Psicossocial e o matriciamento: cuidado compartilhado”
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 19 à 23 de julho de 2021
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II
Duração	De duas a três horas
Justificativa	Na realização do manejo do suicídio pela equipe, em diversos casos a articulação com a Rede será necessária para garantir o suporte adequado. Para isto, é essencial conhecer quais são os pontos da rede de atenção psicossocial e os fluxos estabelecidos, bem como conhecer e utilizar da ferramenta do matriciamento para esta articulação

Estratégia pedagógica	A equipe será dividida em dois grupos, cada grupo ficará com um texto. Após a leitura, cada grupo deverá realizar um desenho do entendimento de Apoio Matricial e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Após a apresentação dos desenhos, será realizada a discussão desses temas, abordando de forma teórica e prática os assuntos Sugestão de leitura: Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. (2016). Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Coleção Guia de Referência Rápida. 1º Ed. SMS/RJ, p. 68 – 76. CHIAVERINI, D. C. et al. (2011). Guia Prático de matriciamento em saúde mental. Org. Ministério da Saúde: Brasília-DF, p. 13 - 16.
Objetivo de aprendizagem	Conhecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus dispositivos, bem como reconhecer no Apoio Matricial uma ferramenta de cuidado compartilhado.
Meta 2: Implementar o uso das ferramentas de abordagem familiar no cuidado em saúde.	
Ação 1	Oficina “A Família como organização social”
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 26 à 30 julho de 2021
Duração	De duas a três horas
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II
Justificativa	Permitir a conceituação de família; compreender os diferentes tipos constitutivos de família e relacionar os conceitos à abordagem familiar no contexto da atenção básica
Estratégia pedagógica	Será realizada uma discussão sobre o conceito de família para levantamento prévio. Após a discussão, a equipe será dividida em dois grupos para realização de leitura sobre a temática. Cada grupo deverá formular o que entendeu por família e qual sua importância no cuidado em saúde. Em seguida, será feito um fechamento do conceito, abordando de forma crítica o conceito de família e sua relevância no processo de saúde e adoecimento Sugestão de leitura: CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. Seção 2 - A família como organização social. In: _____. <i>A família como foco da Atenção Básica à Saúde</i>. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. p. 20 – 39.
Objetivo de aprendizagem	Elaboração do conceito de família e reconhecimento da importância da família na estratégia do cuidado
Ação 2	Oficina “Intervenção no trabalho com as famílias”
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 02 à 06 de agosto de 2021
Duração	De duas a três horas
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II – Espaço externo
Justificativa	Conhecer as possíveis formas de se trabalhar com famílias na atenção básica.
Estratégia pedagógica	A equipe será dividida em dois grupos para leitura do texto. Cada grupo ficará responsável por apresentar um capítulo. Após a leitura e a discussão dos capítulos, será elencado com o grupo possíveis formas de se trabalhar com famílias no contexto da atenção básica, focando nas linhas de cuidado em saúde mental. Sugestão de leitura: ELIAS, W. F.; SHIMAZAKI, M. E. Texto de apoio: O conceito de família, a abordagem familiar e os instrumentos de abordagem familiar. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Programa Saúde em Casa. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina VI: a abordagem familiar. Belo Horizonte. 2009, p. 9 - 19.
Objetivo de aprendizagem	Iniciar o processo de construção das linhas de cuidado, abordando de que forma pode-se intervir com a família no cuidado em saúde.
Ação 3	Oficina “Abordagem familiar e suas principais ferramentas: quais as estratégias para a implementação e utilização dos instrumentos na equipe?”
Responsável	Autora do Projeto
Data	Entre 09 à 13 de agosto de 2021
Duração	De duas a três horas
Local	USF Dr. Alfredo Neder – Coophavila II
Justificativa	Conhecer as ferramentas de abordagem familiar, bem como compreender a sua aplicabilidade é um recurso valioso para o trabalho com famílias, que permite a equipe a realização da avaliação e diagnóstico familiar.
	A equipe será dividida em 5 grupos para leitura do texto. Cada grupo ficará com um instrumento de abordagem familiar diferente (Genograma, Ecomapa, Clico de Vida

Estratégia pedagógica	Familiar, Firo, Practice) para leitura e para aplicação em um caso. Após a leitura e a aplicação cada grupo apresentará tanto o instrumento e quanto a aplicação do instrumento. Sugestão de leitura: BRASIL, C. H. G. Ferramentas de acesso à Família. Residência em Medicina de Família e Comunidade e Especialização em Saúde de Família para Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas, 2010.
Objetivo de aprendizagem	Ao fim da oficina, almeja-se instrumentalizar a equipe com as ferramentas de abordagem familiar para a qualificação do cuidado em saúde mental.
Meta 3: Elaborar um plano de ação para a construção de uma linha de cuidado voltado aos casos de suicídio.	
Ação 1	Atividade “Linhas de cuidado em saúde mental: propondo ações e pactuando estratégias para comportamentos suicidas sem tentativa”;
Responsável	Autora do Projeto e equipe
Data	Entre 16 à 20 de agosto de 2021
Duração	De duas a três horas
Local	USF Dr. Alfredo Neder – CoopHavila II
Justificativa	Responsabilizar a equipe no manejo do suicídio, por meio de ações e estratégias pactuadas através da elaboração de linhas de cuidado.
Estratégia pedagógica	O encontro se iniciará com o método do aquário (fishbowl): a equipe se organizará em um círculo grande e dentro terá um círculo menor com três cadeiras. A ideia é o círculo interno no qual as pessoas são consideradas os peixes do aquário e os demais em um círculo externo formando o aquário. Serão realizadas seis rodadas, ou seja, em cada rodada três participantes ficarão no círculo menor e ficarão responsáveis por fazer uma pequena revisão de algum encontro de forma sucinta e rápida. Após a atividade, a equipe será dividida em três grupos e cada grupo terá um texto de apoio. Será proposto que cada grupo pense e desenhe uma linha de cuidado para os casos de comportamentos suicidas sem tentativa, que deverá ser apresentado para o restante. Ao final, será deliberado um grupo para finalizar a linha de cuidado, levando em consideração a discussão do grupo e as sugestões feitas. Sugestão de leitura: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linhas de Cuidado para Atenção à Saúde Mental, 2019.
Objetivo de aprendizagem	Construção de linhas de cuidado nos casos de comportamentos suicidas sem tentativa.
Ação 2	Atividade “Linhas de cuidado em saúde mental: propondo ações e pactuando estratégias para tentativas de suicídio”
Responsável	Autora do Projeto e equipe
Data	Entre 23 à 27 de agosto de 2021
Duração	De duas a três horas
Local	USF Dr. Alfredo Neder – CoopHavila II
Justificativa	Responsabilizar a equipe no manejo do suicídio, por meio de ações e estratégias pactuadas através da elaboração de linhas de cuidado.
Estratégia pedagógica	A equipe será dividida em três grupos e cada grupo terá um texto de apoio. Será proposto que cada grupo pense e desenhe uma linha de cuidado para os casos de tentativa de suicídio, que deverá ser apresentado para o restante. Ao final, será deliberado um grupo para finalizar a linha de cuidado, levando em consideração a discussão do grupo e as sugestões feitas. Sugestão de leitura: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linhas de Cuidado para Atenção à Saúde Mental, 2019.
Objetivo de aprendizagem	Construção de linhas de cuidado aos casos de tentativas de suicídio.
Ação 3	Atividade “Linhas de cuidado em saúde mental: propondo ações e pactuando estratégias para pós-venção”
Responsável	Autora do Projeto e equipe
Data	Entre 30 de agosto à 03 de setembro de 2021
Duração	De duas a três horas
Local	USF Dr. Alfredo Neder – CoopHavila II
Justificativa	Responsabilizar a equipe no manejo do suicídio, por meio de ações e estratégias pactuadas através da elaboração de linhas de cuidado.

Estratégia pedagógica	A equipe será dividida em dois grupos e cada grupo terá um texto de apoio. Será proposto que cada grupo pense e desenhe uma linha de cuidado para os casos de pós-venção, que deverá ser apresentado para o restante. Ao final, será deliberado um grupo para finalizar a linha de cuidado, levando em consideração a discussão do grupo e as sugestões feitas. Sugestão de leitura: SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Linhas de Cuidado para Atenção à Saúde Mental, 2019.
Objetivo de aprendizagem	Construção de linhas de cuidado nos casos de suicídio, com atenção na pós-venção.
Ação 4	Acompanhamento e monitoramento de um caso do território - estudo de caso.
Responsável	Autora do Projeto e equipe
Data	Entre 06 de setembro à 29 de outubro de 2021
Duração	Agosto, setembro e outubro.
Local	USF Dr. Alfredo Neder – CoopHavila II
Justificativa	Monitorar e avaliar
Estratégia pedagógica	A equipe escolherá um caso do território para acompanhar e desenvolver a linha de cuidado, conforme pactuação traçada na elaboração das linhas de cuidado.
Objetivo de aprendizagem	Desenvolvimento da linha de cuidado pactuada com a equipe de forma humanizada e longitudinal.
Ação 5	Reuniões de monitoramento.
Responsável	Autora do Projeto e equipe
Data	Entre 06 de setembro à 29 de outubro de 2021
Duração	Uma hora
Local	USF Dr. Alfredo Neder – CoopHavila II
Justificativa	As reuniões de monitoramento são um meio encontrado para acompanhar o caso pela equipe, implicando cada um no processo de cuidado.
Estratégia pedagógica	Será realizada reuniões de monitoramento periodicamente conforme pactuação com equipe.
Objetivo de aprendizagem	Engajamento da equipe no cuidado à família e no processo de manejo, participando de modo ativo no processo e nos ajustes, se for necessário ao caso.

Fonte: Própria autora.

APÊNDICE B – SITUAÇÃO-PROBLEMA

Quadro 5 – Situação-problema

OS DIAS PASSAM DEVAGAR...

Dona Eloiza, mais conhecida como Elô, perdeu seu filho, Samuel, em um acidente de carro há três meses, depois disso, tem passado a maior parte de seus dias sentada na varanda de casa, como se esperasse ele voltar a qualquer momento. Já não sai mais de casa, não cozinha, quase não se alimenta... diz não ter vontade de nada...

Na visita mensal da ACS Gabriele para a Dona Elô, perguntou: - *Dona Elô, a senhora está há muitos dias aqui, tenho percebido que está emagrecendo, já não ri como antes, estou preocupada. O que acha de ir na posto de saúde comigo para falarmos com a enfermeira Joice? Assim a senhora sai de casa um pouco também, vê gente, dá uma distraída...*

Dona Êlo responde: - *Olha Gabi, eu fico aqui pensando quando Deus vai me levar... Eu não tenho mais motivos para continuar viva. Tenho vontade de sumir, desaparecer, de morrer, não quero mais viver. Desde que Samuelzinho se foi, eu só quero ir encontrar ele no céu.*

Gabriele ouvindo isso ficou sem saber o que fazer e disse: - *Dona Êlo se alegre, que vai passar... Deus tá cuidando de tudo.*

Foi quando Dona Êlo continuou: - *Esses dias eu só queria dormir... dormir para sempre... tomei os remédios que o médico passou para eu melhorar, mas não adiantou nada, acabei acordando... Deus me abandonou, nem pra me levar... não me levou dessa vida.*

Gabriele tenta continuar a conversa, mas logo se despede; já são quase 16 horas e precisa voltar para a unidade. Ao chegar lá comenta com a enfermeira Joice o caso da Dona Êlo e ficam pensativas sobre como podem ajudar ela nesse momento.

Então Joice fala: - *Vamos ter que encaminhar ela para o CAPS.*

Gabriela responde: - *Mas, será que ela vai querer ir pro CAPS? Ela já não quer sair de casa, e lá é longe, não conhece ninguém, aqui tem nós. A gente não consegue fazer alguma coisa aqui?*

Fonte: Própria autora.

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

76/2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a) / orientador (a): Giovana da Luz de Oliveira inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 052 837.201-79, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 001 835.766, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Valparaíso, 639, N°. 639, Bairro: Guanambi, nesta Capital, telefone n°. (67) 99994-389, pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional da Instituição SESAU / FIOCRUZ com o título do projeto de pesquisa: "Qualificação do Cuidado aos Casos de Suicídio: Construindo Linhas de Cuidado", o pesquisador firmará o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande, 25 de Agosto de 2021.

Giovana da Luz

Pesquisador (a)

Jonice Piazzi
Jonice Catarina de O. Piazzi
Gerente de Educação Permanente
SGTE/SESAU/CG/MS

Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre pesquisadores e a Secretaria Municipal de Saúde Pública:

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Solicitar por meio de carta de apresentação a autorização do Secretário Municipal de Saúde para realizar pesquisa, no seguinte formato:
 - Identificação do pesquisador do projeto (nome completo e do orientador);
 - Contato (telefone e e-mail);
 - Nome do projeto;
 - Objetivos;
 - Metodologia completa;
 - Assinatura do coordenador de curso e do orientador de pesquisa.

Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.

- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU agendar previamente com a área envolvida;
- 2) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 3) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 4) Apresentar-se com jaleco ou crachá de identificação.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Os trabalhos que envolverem dados, serão enviados através de e-mail do pesquisador;
- 4) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Jonice Piazz

Campo Grande,
Jonice Catarina de O. Piazz
Gerente de Educação Permanente
SESAU/CG/MS

25 de Agosto de 2021.

Secretaria Municipal de Saúde/Campo Grande/MS

Giovanna da Luz
Pesquisador

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO			
Paciente : Sexo: Idade: Data: Avaliador:			
O que está acontecendo? ☐ Desencadeante ☐ Motivação ☐ Significado do morrer			
Estado Mental Atual ☐ Delírio/alucinação ☐ Depressão ☐ Desesperança ☐ Desespero (<i>psychache</i>) ☐ Colapso existencial ☐ Incontinência afetiva ☐ Instabilidade do humor ☐ Ansiedade/inquietude ☐ Impulsividade/agressividade ☐ Raiva ☐ Constrição cognitiva ☐ Vergonha/humilhação ☐ Insônia ☐ Colapso existencial ☐ Dor/incapacitação			
Intencionalidade Suicida IDEIAS DE MORTE ☐ Passivas ☐ Rejeita o suicídio IDEIAS DE SUICÍDIO ☐ Persistentes ☐ Intensas ☐ Incontroláveis ☐ Vistas como alívio ☐ Aceitáveis TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA ☐ Quantas ☐ Última Motivação Intencionalidade Letalidade PLANO SUICIDA ☐ Em preparação ☐ Detalhado ☐ Conhece poder letal ☐ Tem os meios ☐ Providências			
Principais Fatores de Risco ☐ Transtorno mental ☐ Tentativa de suicídio ☐ Alcool ou outra droga ☐ Abuso físico ou sexual ☐ Exposição a um suicídio ☐ Isolamento ☐ Falta de apoio social ☐ Suicídio na família ☐ Discórdia familiar ☐ Desilusão amorosa ☐ Relações conflituosas ☐ Desemprego ☐ Derrocada financeira ☐ Desonra ☐ Acesso a meio letal ☐ Rigidez cognitiva ☐ Perfeccionismo ☐ Conflito de identidade ☐ Dor/incapacidade ☐ Alta hospitalar recente ☐ Não adere a tratamento			
Formulação do Risco e Manejo ☐ Risco baixo ☐ Risco moderado ☐ Risco alto			

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

ANEXO C – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO SUICÍDIO

■ Avaliação do risco de suicídio (5, 17, 18, 24, 25, 26, 27)

A realização do diagnóstico de doenças clínicas e de transtornos mentais, assim como avaliar a crise emocional do momento em que há o risco de suicídio são passos fundamentais.

Portanto, é importante avaliar se há presença de ideação suicida, planejamento do suicídio, acesso à forma como planejou, se houve tentativas anteriores, se usa de modo problemático álcool ou outras drogas (veja também o guia de Álcool e outras Drogas no link http://subpav.org/download/prot/destaque/GuiaAD_reunidoCOMCAPCLARA.pdf), se considera que tem razões para viver ou se tomou providências após sua morte.

Considera-se que quadros depressivos com risco de suicídio, dependendo da gravidade, podem ser preferencialmente tratados na própria atenção primária.

No entanto, aqueles pacientes que apresentam sintomas psicóticos (pensamentos, sensações e experiências fora da realidade) serão manejados prioritariamente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mantendo parte de seu cuidado na APS. Esse fluxo será descrito com detalhes a seguir.

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delirium, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.	ALTO
Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.	MODERADO
Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento.	BAIXO

28

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção – Coleção guia de referência rápida**. Rio de Janeiro: SMS, 1. ed, 2016.