



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE – UAB/CAPES

Daiane de Lima

LIMITES E POSSIBILIDADES DA GESTÃO EM
SAÚDE MENTAL EM SAPUCAIA DO SUL:
DESAFIOS DO CUIDADO.

Novo Hamburgo

2012

Daiane de Lima

LIMITES E POSSIBILIDADES DA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL EM
SAPUCAIA DO SUL: DESAFIOS DO CUIDADO.

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Especialização
em Gestão em Saúde – modalidade a
distância da Universidade Federal do Rio
Grande do sul como requisito para a
obtenção do título de Especialista em
Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Roberta Alvarenga
Reis.

Tutora Orientadora: Cátia Bauer Maggi.

Novo Hamburgo

2012

Daiane de Lima

LIMITES E POSSIBILIDADES DA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL EM
SAPUCAIA DO SUL: DESAFIOS DO CUIDADO.

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Especialização
em Gestão em Saúde – modalidade a
distância da Universidade Federal do Rio
Grande do sul como requisito para a
obtenção do título de especialista.

Conceito final: A

Aprovado em 05 de maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.

Prof. .

Prof. .

Orientador – Prof.^a Roberta Alvarenga Reis.

AGRADECIMENTOS

A especialização profissional era um sonho e é um objetivo a ser alcançado, por isso agradeço á equipe de trabalho da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do Programa Universidade Aberta do Brasil, pela oportunidade de fazer parte dessa turma do curso de Especialização em Gestão em Saúde.

Agradeço aos meus pais, Vilson e Selma, minha irmã Diovana e demais familiares pelo apoio e incentivo ao estudo e à qualificação profissional. Ao meu noivo, Doubias, pelo auxílio com as “tecnologias digitais” e pelas ausências que se fizeram necessárias para a conclusão deste trabalho. E por fim, agradeço aos colegas de trabalho, Angelise, Tatiane, Sr. José e Dulce, que disponibilizaram a realização da pesquisa, que originou este trabalho de conclusão de curso.

A todos que de alguma forma compartilharam comigo a trajetória de mais uma etapa acadêmica, o meu MUITO OBRIGADO!

“O mais importante da vida não é a situação em que estamos, mas a direção para a qual nos movemos”.

(OLIVER WENDEL HOLMES)

RESUMO

O presente trabalho apresenta a gestão em saúde mental do município de Sapucaia do Sul, abordando as linhas de cuidado nas tentativas de suicídio, com o intuito de descrever e analisar como se dá esse cuidado específico em saúde mental, enfatizando o acompanhamento do pós-alta hospitalar. Como aporte teórico teve-se a conceituação e contextualização das políticas em saúde mental, as dimensões da gestão das linhas de cuidado e a reflexão sobre as tentativas de suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul. O estudo da pesquisa é do tipo exploratório, transversal e descritivo e se utilizou o Sistema de Informações Hospitalares (SIHG) para verificar o perfil dos pacientes internados por tentativas de suicídio em 2011 e a aplicação de formulário para os gestores de saúde mental do município. Como resultados, obtivemos 58% das internações por transtornos mentais, 23% dos pacientes internaram por tentativa de suicídio, sendo que destes prevalece às mulheres, com 61%. Em relação à gestão da saúde mental, nota-se que está documentada e aos poucos sendo implementada melhorias na área, mas os gestores reconhecem que ainda enfrentam muitas carências e se questionam sobre a resolutividade do trabalho.

PALAVRAS CHAVES: saúde mental, gestão, linhas de cuidado, tentativa de suicídio.

ABSTRACT

This paper presents the management of mental health in the municipality of The Highlands, covering the lines of care in suicide attempts, in order to describe and analyze how is this specific mental health care, emphasizing the follow-up post hospital discharge. As a theoretical contribution was to conceptualization and contextualization of mental health policies, the dimensions of the management of lines of care and consideration of suicide attempts in Brazil and in Rio Grande do Sul The research study is an exploratory and used the Hospital Information System (HIS) to see the profile of patients hospitalized for suicide attempts in 2011 and the application form for managers mental health of the municipality. We observed 58% of hospitalizations for mental disorders, 23% of patients hospitalized for attempted suicide, and of these women prevails, with 61%. In relation to the management of mental health, there is documented and that is gradually being implemented improvements in the area but the managers recognize that many still face shortages and wonder about the resolution of the work.

KEY WORDS: mental health, management, lines of care, suicide attempt.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial – adulto.

CAPS – AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool de Outras Drogas.

CESAME – Centro de Saúde Mental.

CLISAM – Clínica de Saúde da Mulher.

ESF – Estratégia Saúde da Família.

FHMGV – Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas.

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

PNH – Política Nacional de Humanização.

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental.

PSF – Programa Saúde da Família.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SIAB – Situação da base de dados nacional.

SIHG – Sistema de Informações Hospitalares.

SPA – Serviço de Pronto Atendimento.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
1.1 A saúde Mental nos serviço de Saúde Pública	11
1.2 O suicídio: atenção na política de saúde.....	15
1.3 Linhas de cuidado e a sua gestão	19
2. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	24
2.1 Contextualização do local da pesquisa	25
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO I – Modelo do questionário	47
ANEXO II – Carta de apresentação	48
ANEXO III – Carta de apresentação	49

INTRODUÇÃO

A ação do cuidado com a saúde advém de tempos remotos, onde as pessoas passaram a se cuidar e a se tratar contra as doenças, principalmente com a introdução da industrialização e a urbanização das cidades. Segundo Kuschnir, Chorny e Lira (2010, p. 20) a industrialização modificou profundamente as formas de produção e as estruturas sociais, com precarização das condições de trabalho que favoreciam os riscos de acidentes e doenças.

Os sistemas de saúde foram introduzidos em todos os países de acordo com o sistema político e gerencial da época. No Brasil a saúde o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado e aprovado pela Constituição Federal (1988), que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população (Kuschnir, Chorny e Lira, 2010). O SUS vem para garantir o direito e acesso universal, qualidade, hierarquização da saúde.

Ao longo dos anos o SUS foi sendo complementado por outros dispositivos e portarias que se articulam com outras políticas sociais e alcançam todos os segmentos populacionais do Brasil. Ou seja, temos legislações de saúde específica para mulheres, crianças, população indígena, para doenças crônicas, saúde mental, entre outras.

Como foco deste trabalho é a gestão da saúde mental, relata-se a trajetória da saúde até chegar à reforma psiquiátrica que tem sua história inscrita em um contexto internacional de mudanças, pela superação do modelo de internações e pelos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico. Com esse intuito, a reforma psiquiátrica compreende um conjunto de mudanças e transformações na sociedade de modo significativo, porém, apesar dos inegáveis avanços, ainda nos deparamos com desafios na relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais.

Os transtornos mentais, dentre outros, envolvem o suicídio que não é tão somente uma tragédia no âmbito pessoal, mas também representa um sério problema de saúde pública. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos (BOTEGA, 2009).

São números significativos, mas não estão sendo tão discutidos, porém são vivenciados no dia a dia do serviço público de saúde. Atualmente a saúde mental é regida por dispositivos que aludem o tratamento medicamentoso e atendimento terapêutico, via ambulatório. Esse novo modelo possibilita o convívio social numa perspectiva de melhoria no meio familiar.

Percebemos, na prática dos atendimentos e acompanhamentos que o comportamento suicida pode extrapolar os limites da psiquiatria e psicologia, de tal forma que os técnicos em saúde como outros profissionais possam ser habilitados às ações de prevenção, nos diversos âmbitos que esses efetivamente possam ser executados. Para tanto se faz significativo pensar no cuidado para com esse perfil de usuários, especificamente aquele que é encaminhado, após alta hospitalar, para o serviço de contra-referência para acompanhá-lo.

Cabe destacar a relevância de um programa de intervenção preventivo nesses casos, que permite a identificação precoce e a intervenção nas situações de risco desde a rede de atenção básica para ao atendimento especializado em saúde mental, até chegar a uma indicação de internação em hospital geral. Dessa forma, o problema da pesquisa se partiu da investigação de *“como se dá a gestão em saúde mental, a partir das linhas de cuidados nas tentativas de suicídio, no município de Sapucaia do Sul?”*.

Assim, descrever e analisar a gestão em saúde mental do município de Sapucaia do Sul torna-se significativo para repensar o planejamento dessa política municipal e direcionar melhorias a mesma. Isto é, pensar em gestão é pensar a saúde mental num todo, principalmente nas tentativas de suicídio, pois a reflexão sobre, possibilitará ajustar o cuidado com esses usuários, diminuindo os índices de mortalidade pelo ato suicida em favor de uma qualidade de vida adequada à população.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1A Saúde Mental nos serviços de saúde pública.

Na metade do século XIX no Brasil, os cuidados com as pessoas com transtornos mentais se davam através das internações em hospitais psiquiátricos e a oferta desse atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental. O início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo do princípio do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde (BOTEGA, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado mediante a Constituição Federal de 1988, assume espaço de destaque no palco das políticas sociais, em que se identifica uma intensa vontade de fazer diferente, o que compreende também à reflexão sobre políticas de saúde mental. Assim, o Ministério da Saúde na década passada, após as experiências da reforma psiquiátrica do mundo ocidental, define uma nova política de saúde mental que redireciona os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária (Brasil, 2005).

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, na qual se originou num conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, que embasa a efetivação das políticas de saúde no Brasil, e traduz em ação as diretrizes desta política. Mas de que saúde estamos falando?

Conceitua-se saúde a partir de definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que é o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Assim a saúde necessita de um equilíbrio entre o físico e o mental, embora estejam interligados. Pois além dos cuidados com o corpo, a partir de exercícios e de uma alimentação saudável, se fazem significativo, estar bem com o emocional e o cognitivo para podermos nos desenvolver socialmente e resolver questões cotidianas.

Pode-se dizer que esse equilíbrio da saúde física e mental, atualmente, é uma utopia, pois se percebe que a população enfrenta, diariamente, problemas de saúde (física e mental), seja da própria pessoa ou de um familiar, amigo.

A saúde mental teve sua trajetória marcada pela exclusão da doença e a reclusão de pessoas em sofrimento psíquico ou deficientes mentais, na qual foram violados seus direitos fundamentais e humanos. Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, a saúde mental foi revista e hoje, ainda vem sendo implantando esse novo modelo de gestão a saúde mental: tratamento fora de hospícios com atendimento ambulatorial e hospitalar, quando necessário, possibilitando a esse indivíduo o seu convívio familiar e comunitário.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 06)

A reforma psiquiátrica amparada pela Lei 10.216/2001 inicia com o processo de desinstitucionalização que traz mudança significativa. O atendimento que antes era de isolamento, passa a ser de convívio familiar e social, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade.

Com esse modelo, iniciou no Brasil o processo de desinstitucionalização, que deu um grande impulso 2002 na redução de leitos em hospitais

psiquiátricos e o investimento em leitos para a saúde mental em hospitais gerais. Assim, a saúde mental começou a se “incluir” na saúde coletiva, onde o fazer saúde mental extrapola a assistência médica e de enfermagem, pois hoje é uma tarefa que compõe todos os profissionais de saúde.

Os autores Lancetti e Amarante (2006, p. 616), abordam a expressão de saúde mental que “significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial”.

Sendo assim, se chega à organização desse modelo de gestão: serviços ambulatoriais e internações em hospitais gerais, para estabilizar as crises. Ou seja, a portaria da Política Nacional de Saúde Mental - PNSM (Brasil, 2005) estabelece os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), para atendimento as pessoas com transtornos mentais, dependentes químicos (álcool e outras drogas), a infância e juventude; residências terapêuticas e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa.

“a função do CAPS é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.”

Nesse contexto, as internações, quando necessárias, se dão em leitos de saúde mental em hospitais gerais e aos poucos os grandes manicômios/hospícios vão sendo desativados. Entram em cena as residências terapêuticas, que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não (Brasil, 2005).

Nessa questão de desativação dos grandes hospitais psiquiátricos e em relação aos leitos de saúde mental em hospitais gerais, demonstra-se a pesquisa de Ferla (2010) que apresenta dados de capacidade instalada de leitos psiquiátricos e leitos de hospital/dia em saúde mental dos sistemas de

saúde nas Regiões Sul e Norte, separando o vínculo com os sistemas público e privado de serviços.

TABELA 1 – Capacidade instalada de leitos psiquiátricos e leitos de hospital dia para tratamento em saúde mental no sistema público e privado de serviços, Regiões Norte e Sul, 2009.

Região/UF	LEITO PSIQUIÁTRICOS			LEITOS HOSPITAL/DIA		
	SUS	NÃO SUS	TOTAL	SUS	NÃO SUS	TOTAL
Região Norte	578	62	640	5	2	7
.. Rondônia	35	5	40	-	-	-
.. Acre	74	1	75	-	-	-
.. Amazonas	127	2	129	-	-	-
.. Roraima	12	-	12	-	-	-
.. Pará	142	44	186	5	2	7
.. Amapá	16	-	16	-	-	-
.. Tocantins	172	10	182	-	-	-
Região Sul	5.678	1.875	7.553	626	64	690
.. Paraná	2.623	673	3.296	489	51	540
.. Santa Catarina	1.126	301	1.427	60	13	73
.. Rio Grande do Sul	1.929	901	2.830	77	-	77
Total	42.458	10.765	53.223	2.229	511	2.740

Fonte: CNES, Tabnet/Datasus. Dados tratados pela pesquisa. Considerado como referência o mês 12/2009.

Fonte: FERLA, 2010.

Sabe-se que a internação hospitalar não é suficiente para garantir a estabilização dos transtornos mentais. Por isso, o atendimento e acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico, deve se dar para além da internação hospitalar, principalmente, em casos de tentativas de suicídio, as quais serão abordadas a seguir.

Portanto, o trabalho da rede de atenção básica é fundamental para a continuidade do tratamento ambulatorial, na pós - alta hospitalar. Pontua-se a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, PNAB, 2006) que vem com a proposta de organização dos serviços do SUS. A nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família (BRASIL, PNAB, 2006).

Esta política se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, PNAB, 2006). A atenção básica tem como estratégia prioritária o Programa de Saúde da Família (PSF) que emerge em 1994. O autor Elias (2006, p.635) enfatiza as seguintes dimensões do programa: Acessibilidade; Porta de entrada; Vínculo ou longitudinalidade; Elenco de serviços; Coordenação ou integração de serviços; Centralidade na família; Orientação para a comunidade e Formação profissional.

As unidades PSF contam com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em conformidade com as normas do Ministério da Saúde e também obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela (ELIAS, 2006). As equipes atuam no território em que as populações vivem, conhecem cada dia melhor, suas histórias de vida, território existencial e geográfico.

A Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada dos usuários da saúde mental, pois o serviço se constitui como a “porta de entrada” para os outros níveis de atenção, exceto emergências. Destaca-se, como característica principal da ESF o envolvimento e a co-responsabilidade dos usuários e seus familiares, pois atuam no território e com centralidade na família. As equipes constroem uma relação de confiança com os usuários, possibilitando a continuidade do tratamento, o que se faz significativo no acompanhamento das tentativas de suicídio.

1.20 suicídio: atenção na política de saúde.

O suicídio, tema a ser abordado, vem ao encontro da política de saúde mental brasileira alicerçada nas reformas sanitária e psiquiátrica, em que se preconiza a noção de saúde, de potência de vida, em detrimento da priorização às condições de doença (BOTEGA, 2009). É política de Estado e, portanto, dispositivo para se pensar a saúde de forma integral, isto é, compreender as questões que estão intimamente relacionadas ao processo de saúde das

peças, tendo em vista que a saúde mental não está à parte da saúde física, ao contrário, permeia todas as expressões do ser humano.

O autor Botega (et.al., 2006, p. 214) refere que o “comportamento suicida contempla uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Pode-se pensar no sofrimento que leva o indivíduo ao ato suicida, no sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como nas conseqüências sociais que tal provoca”. Para a dimensão desse comportamento, conforme Botega (2006) estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez (10) vezes.

“Com base em dados da Organização Mundial da Saúde, Botega, Mauro e Cais (2004) relatam um dado importante: 15% a 25% das pessoas que tentam o suicídio tentarão novamente se matar no ano seguinte, e 10% das pessoas que tentam o suicídio, conseguem efetivamente matar-se nos próximos dez anos” (BOTEGA, et.al., 2006).

Tem-se o conhecimento de que as tentativas de suicídio se tornaram num desafio à saúde pública. Dessa forma, se faz necessário pensar nos fatores de risco e de proteção para com a população atendida.

Além do fator de saúde psíquica, o indivíduo também está envolvido com vínculos afetivos (família e amigos), religiosidade, estado civil, filhos menores, entre outros, que propiciam, desde a ideação até a tentativa ou ato suicida. Os fatores de risco têm sido os mais estudados, na qual no artigo de Botega (et.al., 2006, p. 216), é apresentado que entre os principais são certos transtornos mentais (depressão e alcoolismo), perdas recentes, dinâmica familiar conturbada, situações de doenças crônicas e ter o fácil acesso a meios letais.

Em relação ao perfil sociodemográfico, Botega (et.al., 2006, p. 216) descreve que o maior índice é o sexo masculino, entre 15 a 35 anos, com situação econômica variável, moradores da área urbana, desempregados e com estado civil indiferente (solteiro, casado, viúvo). A ingestão de medicamentos é o método mais utilizado.

Portanto, para que a tentativa não se torne a consumação do ato suicida é significativo o acompanhamento desses casos, na qual se dá na rede de saúde. “Os estudos têm demonstrado que a adesão destes sujeitos ao tratamento é baixa (BOTEGA, et al., 1995), mas que, por outro lado, existem

estratégias eficazes no sentido de evitar novas tentativas (HAWTON et. al., 1998)” (BOTEGA, et. al., 2006, p. 216).

Em pesquisa nacional (Mapa da Violência, 2011, p. 117), revela que no Brasil entre os anos 1998 e 2008, o total de suicídios no país passa de 6.985 para 9.328, o que representa um aumento de 33,5%. Essa pesquisa nacional apresenta dados da população total, na qual o Brasil passou de 4,2 a 4,9 suicidas em 100 mil habitantes e de 4,4 para 5,1 suicidas em 100 mil jovens na década analisada.

Também refere que “a maior concentração de suicídios encontra-se na região Sul, especialmente no Rio Grande do Sul e na região Centro-Oeste, principalmente no estado de Mato Grosso do Sul” (Mapa da Violência, 2011, p. 118). Nessa mesma pesquisa o município de Sapucaia do Sul aparece com uma taxa de suicídios de 5,6%. A gestão em saúde pública, especificamente a saúde mental, presta um serviço de atenção a esse público, contudo se faz necessário avançar no planejamento das ações voltadas à saúde mental.

A autora Meneghel (2004), também destaca em seu estudo que o Rio Grande do Sul é o Estado brasileiro que historicamente tem apresentado os maiores coeficientes de suicídio do País. Os resultados de sua pesquisa, entre outros dados, apresentam maiores coeficientes de mortalidade, segundo grupo etário, ocorrem entre população idosa (maior de 70 anos), porém nos últimos anos da década de 90 aparece tendência de elevação nas faixas mais jovens: 20 aos 59 anos. E esse grupo de adultos jovens, poderia estar mais vulnerável ao desemprego e ao modelo capitalista de produção adotado no campo. (MENEGHEL, 2004).

No que tange às tentativas, acrescenta-se o fato de que a maioria das ocorrências não chega ao conhecimento das autoridades de saúde. A autora Minayo (2005) interessada em estudar a magnitude e a significância do suicídio da população idosa brasileira, identifica o grupo mais vulnerável é o dos idosos de 60 anos. A autora destaca que deste grupo de 60 anos ou mais, 14,7% vão a óbitos totais.

Do ponto de vista preventivo, segundo Minayo (2005, p.228) “a literatura mostra que: (1) toda ameaça deve ser levada a sério; (2) diagnóstico médico e psicológico precisa ser recomendado aos que verbalizam ou tentam suicídio;

(3) quando alguém se interna após tentativa, a avaliação de seu potencial suicida deve ocorrer desde o primeiro contato e durante a hospitalização. Após a alta, é necessário estabelecer forma de acompanhamento psicológico e de suporte familiar e social”.

A autora Viana (2008, p.39) também traz que os “índices de pessoas que se suicidam acima dos 45 anos de idade continuam sendo maiores do que em pessoas mais jovens”. A autora enfatiza que os idosos tentam o suicídio menos frequentemente do que as pessoas jovens, porém obtêm sucesso com maior frequência.

Segundo Viana (2008) as tentativas de suicídio e suicídios teve um aumento progressivo, nos últimos quinze (15) anos, entre adolescentes e jovens adultos, se tornando a terceira causa de morte dos 15 aos 34 anos. Cabe destacar, que nos estudos de Meneghel (2004), Minayo (2005) e Viana (2008), os métodos mais utilizados nos atos de suicídio, forma o enforcamento, arma de fogo, envenenamento e a intoxicação por medicamentos.

Em relação à prevenção do suicídio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2004; 2005), lançou algumas recomendações que são apresentadas no artigo de Botega (et.al., 2006, p. 218):

“Diretrizes da Organização Mundial de Saúde para a prevenção do suicídio:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
- Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente suicídios e tentativas de suicídio;
- Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos;
- Prover treinamento para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (gatekeepers) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio”.

O Brasil em 2005 deu os primeiros passos para lançar um plano nacional de prevenção do suicido, mas foi em agosto de 2006, a partir do evento no Rio

Grande do Sul, que se lançaram as Diretrizes Brasileiras do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BOTEGA, et.al., 2006, 218). Nesse documento, destacam-se como objetivos a serem alcançados:

- I. desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II. desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III. organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV. identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V. fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI. contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- VII. promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
- VIII. promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização”.

Ao pensar em prevenção podemos nos reportar a promoção do cuidado, que nos remete a discutir sobre as linhas de cuidado no planejamento e na execução de uma gestão compartilhada.

1.3 Linhas de cuidado e a sua gestão.

O autor Cecílio aborda a gestão do cuidado, na qual define a “gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (2011, p. 589). O autor

refere que a gestão do cuidado se dá em múltiplas dimensões que são as seguintes:

“a dimensão individual da gestão do cuidado em saúde. O “cuidar de si”, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas, “fazendo da vida uma obra de arte”.

a dimensão familiar da gestão do cuidado é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem, como seus atores privilegiados: pessoas da família, os amigos e os vizinhos.

a dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro “privado”, que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, de modo geral, fora de qualquer olhar externo de controle.

a dimensão organizacional do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita.

a dimensão sistêmica da gestão do cuidado é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Historicamente, foi trabalhada como a imagem de uma “pirâmide” constituída por serviços de complexidade crescente, interligados entre si através de processos formais de referência/contrarreferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/descendentes ordenados e racionalizados de usuários.

a dimensão societária da gestão do cuidado em saúde. Aqui estamos tratando de como, em cada sociedade, se produzem as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que implementarão as políticas sociais.” (Cecílio, 2011, p. 591-592).

Cabe ressaltar que nas dimensões há várias conexões, que produz uma complexa rede de pontos de contato e possibilidades “mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores”, conforme é demonstrado na figura dos elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde.

Figura 1- Dimensões da gestão do cuidado em saúde

Dimensão da gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós.	Cuidar de si. Autonomia. Escolha.
Familiar	Família. Ciclo de amigos. Vizinhos.	Apoio. Proximidade. Mundo da vida.
Profissional	Profissionais de saúde. O Médico.	O preparo técnico. Ética. Vínculos.
Organizacional	A equipe de saúde. O gerente.	Div. Téc. do trabalho. Coordenação.
Sistêmica	Os gestores.	Linhas ou redes de cuidado. Financiamento.
Societária	O "Estado" A "Sociedade Civil"	Políticas sociais.

Fonte: CECÍLIO, 2011, p. 592.

É nessa perspectiva que se pensa abordar as tentativas de suicídio mediante a gestão do cuidado em saúde, de modo integral, intersetorial e humanizado, propiciando a estabilização desse sintoma e possibilitando o estímulo pela vida, tentando evitar o ato suicida. Destaca-se a linha de cuidado que Franco relata “é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde” (FRANCO, [2000], p. 01).

Ao abordar a gestão do cuidado, apresenta-se também o entendimento de Malta e Merhy (2003), sobre as linhas de cuidado.

“Linha de Cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada a imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades” (p.04).

Os autores acrescentam ainda, que a linha de cuidado

“passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar do singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta. Desta forma, a atuação na macro e micropolítica deveriam ocorrer de forma articulada, buscando os melhores resultados. O essencial é a perspectiva da construção do cuidado centrada nos usuários e suas necessidades, e não de um modelo que atenda aos interesses do mercado” (2004, p. 02).

Franco ([2000]) enfatiza que a linha de cuidado deve ser integral porque incorpora a ideia de integralidade na assistência à saúde, unificando as ações preventivas, curativas e as de reabilitações. “O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde” (FRANCO, [2000], p. 02).

Para se efetivar a linha de cuidado em saúde, a mesma deve ser planejada e inserida nos planos de saúde dos gestores. Franco relata a linha de cuidado integral em saúde que se fundamenta com base nos Projetos Terapêuticos.

“Projeto Terapêutico é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco”. (FRANCO, [2000], p. 02).

Para a construção das Linhas de Cuidado é necessário o envolvimento de todos que de alguma forma devem estar implicados com o cuidado em saúde, principalmente os gestores. Assim, Franco ([2000], p.04) propõe como montar as linhas de cuidado: mapear a rede serviços de saúde, propondo a construção das Linhas de Cuidado; escolher as Linhas de Cuidado mais apropriadas; realizar oficinas de trabalho com todos os envolvidos e definir os fluxos e seguir com o espírito de equipe, confiança, colaboração mútua, que são importantes para que as Linhas de Cuidado aconteçam.

Para Franco ([2000], p. 05) a “gestão das Linhas de Cuidado deve estar atenta às mudanças do processo de trabalho, os novos fluxos que surgem, as inovações no ato de cuidar, o grupo gestor deve procurar perceber essas inovações como elementos que enriquecem o que foi anteriormente definido para os fluxos assistenciais”.

Evidencia-se que o trabalho com as linhas de cuidado deve ser um trabalho planejado junto dos serviços de saúde que implica, principalmente dos gestores, o conhecimento dos fatores que beneficiam ou prejudicam os estados de saúde e os recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação, assim como para a origem da afirmação da vida (CECCIM, 2005, p. 02).

O autor Ceccim (2005) exemplifica a organização da assistência aos cuidados em saúde, como se fosse uma malha de cuidados ininterruptos, pois podem ser organizados de forma progressiva, não há maior e menor, partida e chegada, o que se tem são as ligas, as conexões, como se fosse um rizoma. Dessa forma, ocorrem as linhas de cuidado que asseguram os atendimentos aos usuários. O percurso traçado por uma linha de cuidado é composto pelos seguintes itens: “acessibilidade, acolhimento em serviços com responsabilidade, obtenção de intervenções em saúde, continuidade horizontal da atenção, extensão e prolongamento do cuidado, gestão participativa e sistemas de informação” (CECCIM, 2005, p. 05).

As linhas de cuidado construídas em sintonia com as demandas dos usuários na saúde, certamente contaram com demais setores públicos, na qual deverá ser alicerçada uma aliança com demais profissionais da rede para efetivar a resolutividade de modo intersetorial. Isto porque, segundo Ceccim (2005), “a entrada na linha de cuidado se relaciona com o acesso e acolhimento, mas a saída com responsabilização do tratamento pelos usuários e co-responsabilidade das demais políticas públicas e redes sociais”.

2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A natureza da pesquisa configura-se como um estudo exploratório, que segundo o autor Triviños (1987, p.109) “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema”. A investigação foi realizada a partir de uma abordagem qualitativa e quantitativa, que possibilitou uma análise, reflexão e interpretação das informações coletadas.

Triviños (1987, p. 118) refere que, na prática, toda pesquisa pode ser, ao mesmo tempo, qualitativa e quantitativa. Uma vez que o ideal é estabelecer o que existe entre os fenômenos uma relação estatisticamente significativa ou não e verificar empiricamente as questões norteadoras, a objetividade e a realidade conceitual da pesquisa, para o desenvolvimento final da pesquisa.

O autor Richardson (1999, p.80) afirma que,

“em geral, as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objetivo situações complexas ou estritamente particulares. Essas situações não implica dizer que constituem o domínio próprio e exclusivo dos estudos qualitativos, mas que, podem ser estudados por meio dos métodos quantitativos, tentando-se compreender a complexidade desses problemas”.

Foram empregados como instrumentos de coletas de dados o Sistema de Informações Hospitalares (SIHG), que buscou traçar o perfil dos usuários com tentativas de suicídio via Sistema de Informações Hospitalares (SIHG) no ano de 2011 e analisar a gestão de saúde mental via a aplicação de formulário (anexo I) para os gestores dos serviços de saúde mental que comportam a rede de saúde do Município de Sapucaia do Sul, que são os seguintes: Fundação Hospitalar Municipal Getúlio Vargas (FHMGV) e Centro de Saúde Mental (CESAME), atual CAPS II.

Os dados quantitativos foram analisados as variáveis de sexo, idade, cidade de origem e motivo de internação, destacando-se aquelas relacionadas à tentativa de suicídio e apresentados descritivamente, com números absolutos e percentuais, na forma de gráficos.

Para análise do processo reflexivo e crítico se utilizou o método de análise do conteúdo, que segundo Triviños pode ser usado em pesquisas

quantitativas e qualitativas. O referido autor cita Bardin, na qual conceitua que a análise de conteúdo:

“é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência dos conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens” (BARDIN *apud* TRIVIÑOS, 1987, p.160).

Para o processo de análise do conteúdo inicia-se com a construção das categorias, na qual é a partir delas que transcorre a interpretação do conteúdo e a fundamentação teórica do estudo. Após a transcrição das entrevistas, se encontrou as seguintes categorias de análise que serão abordadas no capítulo a seguir.

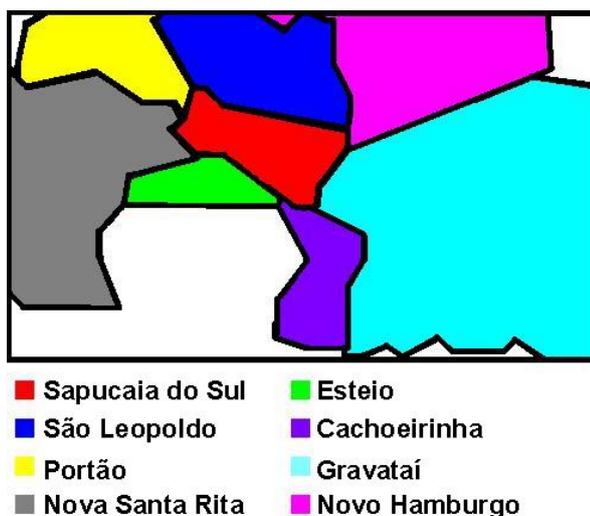
A pesquisa se utilizou de dados secundários, não necessitando o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, porém a referida pesquisa seguiu todos os quesitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país.

Para a realização da pesquisa foi solicitado autorização institucional a Diretoria Assistencial da Fundação Hospitalar Municipal Getúlio Vargas e ao Secretário da Secretária Municipal de Saúde, município de Sapucaia do Sul (Anexo II e III).

2.1 Contextualização do local da pesquisa.

A pesquisa foi realizada na cidade de Sapucaia do Sul que é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul e possui 130.957 mil habitantes. Pertence à Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre e à Microrregião de Porto Alegre. Tem como limites os municípios de São Leopoldo a norte, Novo Hamburgo a leste, Gravataí a sudeste, Cachoeirinha ao sul, Esteio a sudoeste, Nova Santa Rita a oeste e Portão a noroeste.

Figura 2 - Mapa de cidades limítrofes de Sapucaia de Sul



O Município de Sapucaia do Sul conta atualmente com:

- 13 (treze) unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), é um modelo assistencial de saúde, nas quais as equipes atendem as famílias de uma área delimitada, as mesmas são cadastradas e acompanhadas por profissionais desta unidade, incluindo o atendimento no próprio domicílio, assim aproximam-se da comunidade. Em Sapucaia do Sul há ESF nos seguintes bairros: Ipiranga, Boa Vista, Colonial, Colina Verde, Capão da Cruz, Fortuna, Freitas, Vila Trensurb, Vargas, São José e Silva.
- 5 (cinco) Unidades Básicas de Saúde (UBS), local de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. No município há UBS nos bairros, Cohab Blocos, Cohab Casas, Capão da Cruz, Pasqualine e Nova Sapucaia.

Assim a atenção primária, totaliza dezoito (18) unidades de saúde, marcando a territorialidade das ações. Com bases nos dados do SIAB (Situação da base de dados nacional) de 2010 sobre a população coberta com os serviços de atenção básica, se obtém 42.565 habitantes. Isso significa 40% da população possui a cobertura da atenção básica (Fonte DataSUS, 2012).

Na atenção secundária a população conta com:

- CAPS – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) é uma unidade de saúde que presta atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e seus familiares. A cidade, em dezembro de 2011 modificou a estrutura do serviço para CAPS, pois desde 2009 funcionava por meio de programa de acolhimento á usuários de álcool e outras drogas.
- Centro de Saúde Mental (CESAME), local de atendimento a pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. Encaminhado em dezembro de 2011, solicitação para adequação do serviço, pois em razão do parâmetro populacional de acordo com o porte do município (municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes) o serviço será regulamento para CAPS II.
- Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), é a unidade de referência para atendimento à gestante, de baixo e médio risco, e demais procedimentos ligados à saúde da mulher.
- Infectologia - local para tratamento às pessoas portadoras do vírus HIV e tuberculose.
- Unidade Central de Especialidades (UCE) - local de atendimento das especialidades médicas (saúde auditiva, diagnóstico por métodos graficosdinamicos, atenção à tuberculose, pneumologia, realibilitação).
- Serviço de Pronto Atendimento (SPA), oferece atendimento 24h, com média de 160 consultas/dia. O SPA oferece uma estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas e as emergências hospitalares. Possui atendimentos de emergência e consultas para adultos e pediatria, serviço de imagem, serviço de diagnóstico e serviço ambulatorial.

E na atenção terciária temos o,

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), é um serviço de atendimento médico, utilizado em casos de emergência. Para utilizá-lo deve se fazer o contato com o número 192.
- Fundação Hospitalar Municipal Getúlio Vargas (FHMGV), é um hospital geral com 200 leitos, porta aberta 24horas, e presta atendimento nas áreas de Saúde Mental, Pediatria, Obstetrícia, Clínica e Cirúrgica. Em média, são realizados 6 mil atendimentos/mês. Os demais tratamentos especializados são referenciados aos hospitais de Porto Alegre. Ressalta-se que a Unidade de Saúde Mental da FHMGV é referência de leitos em saúde mental para cinco (5)

municípios (Cachoeirinha, Campo Bom, Dois Irmãos, Nova Rita e Viamão), além de ser acionado pela Central Estadual de Regulação.

Capacidade Instalada na FHMGV

Leitos para internação

- Internação clínica – 55 leitos
- Internação cirúrgica – 22 leitos
- Saúde Mental – 22 leitos
- Convênios e particulares – 9 leitos
- Cuidados intensivos – 10 leitos
- Alojamento Conjunto – 18 leitos
- Neonatologia (berçário) – 5 leitos
- Pediatria – 23 leitos

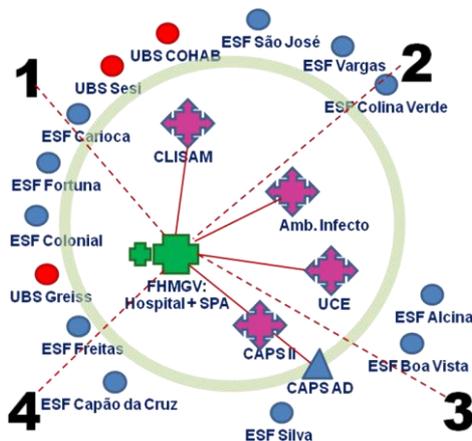
Leitos para observação

- Adulto – 12 leitos
- Pediátrica – 8 leitos
- Recuperação – 10 leitos
- Centro Obstétrico – 6 leitos
- Emergência – 8 leitos

Bloco Cirúrgico

- Três salas cirúrgicas.

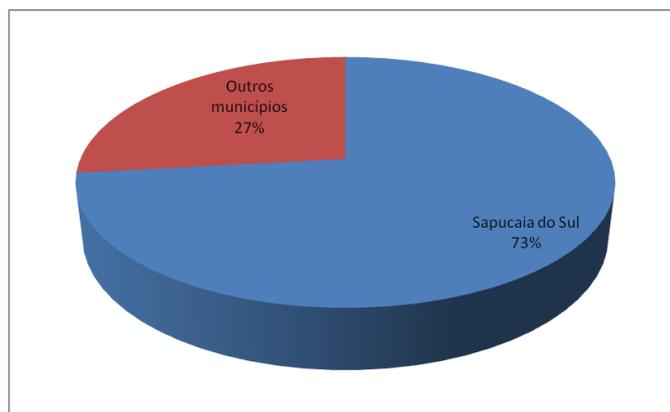
Por ser um hospital geral possui as consultorias médicas solicitadas, por médicos, de uma unidade à outra A rede básica de saúde está distribuída conforme a figura a seguir. Ressalta-se que a numeração corresponde ao matriciamento das regiões para a oferta dos atendimentos.



3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.

Quanto aos dados das pessoas que tentaram o suicídio e internaram no hospital geral de Sapucaia do Sul, obtemos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) as internações, na Unidade de Saúde Mental em 2011 na Fundação Hospital Municipal Getúlio Vargas, obtiveram um total de 627 pacientes em tratamento para álcool, drogas e transtornos mentais. Desses 627, 459 são moradores de Sapucaia do Sul e 168 são de outros municípios, entre eles, Novo Hamburgo, Cruz Alta, Taquara, Sapiranga, Eldorado do Sul, Lagoa Vermelha, Porto Alegre, Glorinha, Encruzilhada do Sul, Xangri-lá, Gravataí, Campo Bom, Viamão, Nova Santa Rita, Esteio, Canoas, Cachoeirinha e Dois Irmãos.

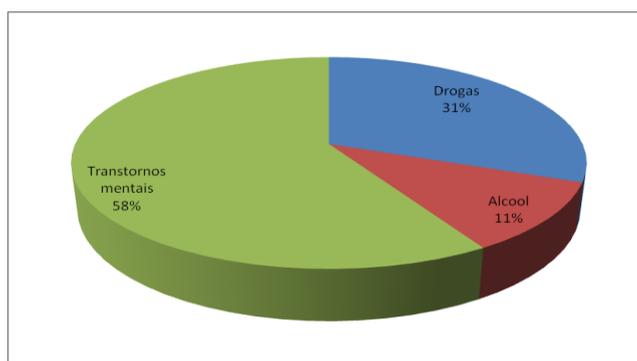
Gráfico 1 – Distribuição das Internações na Unidade de Saúde Mental na FHMGV, segundo o município de origem. Sapucaia do Sul,



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, FHMGV, 2012.

Apesar de ser referência para outros municípios e para a Central de Leitos do Estado, as internações em saúde mental representaram mais de 50% para a cidade de Sapucaia do Sul. Indicando que a cidade utiliza, com mais frequência, os leitos de saúde mental na FHMGV.

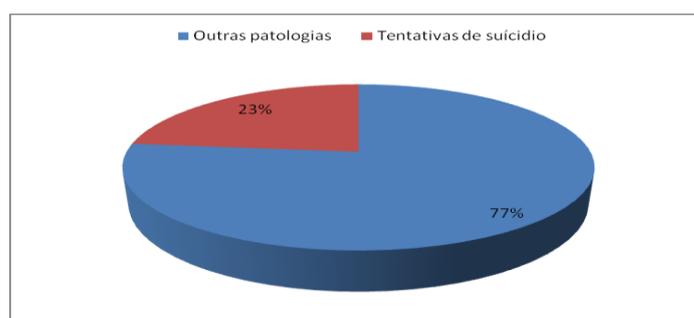
Gráfico 2 – Patologias das internações em 2011 - FHMG



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, FHMGV. 2012.

Nas internações de 2011 a predominância são os transtornos mentais com 269 pacientes internados por algum tipo de sofrimento psíquico, isto é, estabilização de crises e psicoses em pacientes esquizofrênicos, bipolares, depressão, entre outros. Nota-se que são 58% das pessoas em sofrimento psíquico que internaram para a estabilização da crise e ajuste de medicamentos, que após retornam ao seu meio familiar e comunitário, continuando a tratamento ambulatorial, contra-referenciados aos ESF e, em algumas situações, ao CAPS II.

Gráfico 3 – Internações por tentativas de suicídio.



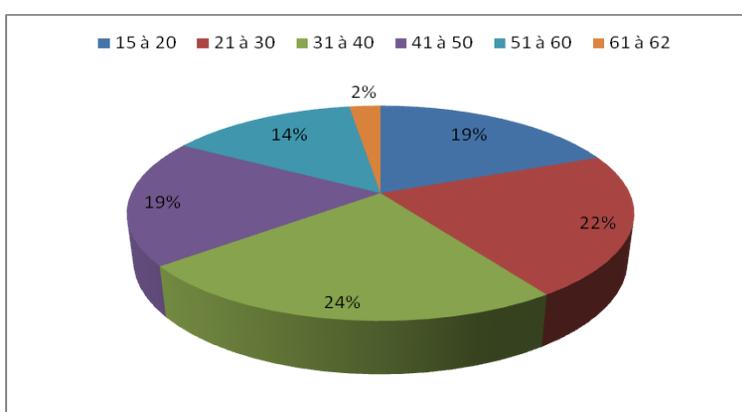
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, FHMGV. 2012.

Em relação as internações podemos observar que foi identificado 23% por tentativas de suicídio, sendo que no gráfico anterior obtivemos 58% das internação por algum tipo de transtorno mental. Ou seja, as internações por tentativa de suicídio, quase alcançou a metade das internações por sofrimento

psíquico. Nessa pesquisa não foi constatado nenhuma tentativa de suicídio relacionada diretamente ao uso de álcool ou outras drogas.

Dos 269 pacientes internados em sofrimentos psíquicos, 82 pessoas tentaram o suicídio; 76 usuários de Sapucaia do Sul e 6 eram procedentes de outros municípios. Em relação ao sexo dos pacientes, 61% são do sexo feminino e 39% são do sexo masculino, uma predominância das mulheres, diferenciando das pesquisas realizadas por Meneghel, Minayo e Viana, onde os homens aparecem em maior relevância.

Gráfico 4 – Índice de suicídio por faixas etárias.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, FHMGV. 2012.

Identifica-se que as tentativas de suicídio ocorreram com maior predominância nas idades entre 31 à 40 anos, com 24% e 21 à 30 anos com 22%. Esses dados diferem das referências teóricas citadas, onde a maior elevação de dano com idosos de 60 anos ou mais. Quanto aos métodos utilizados para a auto-agressão, verificou-se que 47% por ingestão endógena, 31% por arma branca e 4% enforcamento.

Indiferente do lugar, do sexo ou idade, deve-se dar uma atenção a esse número de pessoas que se autoagrediram e que estão em risco iminente de tentarem algo contra sua própria vida. É uma questão de saúde mental, física, coletiva, pública, enfim é um compromisso com a vida do outro, que aparentemente não manifesta problemas clínicos e permanece em seu território, sua casa para a continuidade de tratamento.

Sendo assim, descreve-se como está sendo articulado os serviços públicos de saúde mental em Sapucaia do Sul, destacando as linhas de cuidado nas tentativas de suicídio. Apresenta-se o quadro com os entrevistados:

Quadro 1 – Dados dos Entrevistados. Sapucaia do Sul, 2012.

Nome	Escolaridade	Profissão	Função
Gestor 1	Superior completo em Psicologia e especialização em Vigilância Sanitária	Psicóloga	Coordenadora de Saúde Mental do Município
Gestor 2	Superior em Gestão Pública	Gestor Municipal	Secretário Municipal de Saúde
Gestor 3	Superior em Psicologia, com formação em Terapia Sistêmica e especialização em Saúde Mental Coletiva.	Psicóloga	Coordenadora da Unidade de Saúde Mental da FHMGV.
Gestor 4	Superior em Administração	Administradora	Diretora Assistencial da FHMGV.

Encontraram-se algumas categorias para descrever e analisar como se dá os serviços de saúde mental em Sapucaia do Sul.

Quadro 02 – Categorias de análise do conteúdo.

CATEGORIA INICIAL	CATEGORIA INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
Percepção da gestão em saúde mental e as linhas de cuidado nas tentativas de suicídio, Sapucaia do Sul/RS.	<i>“Na minha compreensão e pensando na lógica da integralidade, saúde mental é saúde, não tem como dissociar”.</i>	Saúde
	<i>“No hospital, avançamos bastante no cuidado de nossos pacientes, pelo menos, qualificamos a atenção”.</i>	Saúde Especializada
	<i>“plano terapêutico, dos serviços da rede, das linhas de cuidado, do matriciamento”.</i>	Integralidade

	<p><i>“O município possui um trabalho afinado com as políticas nacionais e estaduais, priorizando uma rede de serviços substitutivos na lógica da reforma psiquiátrica”.</i></p> <p><i>“Nesse cenário, acho que não somos resolutivos, temos um grande número de reinternações e temos visto nossos pacientes cronificarem”.</i></p> <p><i>“No município uma construção recente, ainda cheia de fragilidades na articulação em rede e na compreensão dos usuários sobre o papel de cada instância e a co-responsabilidade (da família e do usuário) no processo de cuidado”.</i></p>	<p>Atenção no cuidado</p> <p>Plano terapêutico</p> <p>Resolutividade</p> <p>Contra-referência</p>
--	--	---

Inicia-se com a proposta do trabalho de se analisar o entendimento sobre a saúde mental pelos entrevistados:

“Saúde Mental é uma terminologia de uma área específica, mas que por décadas serviu mais para exclusão do que para fins de melhoria, qualificação da área. Na minha compreensão e pensando na lógica da integralidade, saúde mental é saúde, não tem como dissociar”. (G 1).

“Saúde mental não possui um significado universal, pois possui diversos fatores, em loco regional ou macro regional, culturais, éticos, conjuntura social, ambiental. Depende da questão cultural sobre o entendimento de saúde mental, pois com o crescimento do capitalismo, mais o consumo, tencionam um impacto no ser humano; na saúde física e mental do brasileiro; temos que considerar todas as variantes históricas” (G 2)

“Qualidade de vida, equilíbrio entre o que se sente e o que se vive”. (G3)

“Capacidade do indivíduo de lidar com suas questões pessoais mantendo bem estar emocional”. (G4)

A saúde mental, como já citada por Lancetti e Amarante (2006), pode ser caracterizada como uma grande área de conhecimento e de intervenções interdisciplinar e intersetorial. As ações devem ser articuladas e sempre estarem interligadas, para suprir as necessidades da população. Nas respostas nota-se que de alguma forma o entendimento dos entrevistados convergem com a teoria.

Em Sapucaia do Sul existem serviços de saúde no setor público e no privado. Na saúde mental, os serviços privados são os consultórios médicos e no serviço público conta-se, conforme as respostas dos entrevistados.

“Os serviços públicos é a rede que integra os níveis de assistência priorizando o acesso pela atenção primária, justamente para garantir vínculo na lógica do território. Trabalho afinado com as políticas nacionais e estaduais, priorizando uma rede de serviços substitutivos na lógica da reforma psiquiátrica”. (G 1)

“O município de Sapucaia do Sul, conta com 3 serviços, sendo 2 ambulatoriais e 1 hospitalar. Os serviços ambulatoriais, um para atendimento a usuário de álcool e outras drogas e outro para demais sofrimentos e, o hospitalar com 22 leitos”. (G 3)

Conforme relatos dos entrevistados, a saúde mental conta a internação na unidade de saúde mental em hospital geral, com o atendimento especializado no CAPS II e no CAPS-AD, e com a atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Estratégias Saúde da Família (ESF). A saúde mental é um eixo da estratégia de saúde da família, na qual, recentemente se articula com a equipe que atua no território para acompanhar o tratamento continuado dos pacientes crônicos. A partir daí se desenha um modelo de gestão: as redes de serviços.

“Se tem organização de rede, equipe habilitada, rede ESF, a equipe volta a atendê-lo, acompanhá-lo no seu território”. (G 2)

“Os atendimentos são referenciados para as respectivas ESF's ou para o ambulatório especializado da rede (CAPS II). Atualmente está em discussão no Hospital a implantação de um ambulatório de egressos para acompanhamento durante o primeiro período da alta hospitalar”. (G 4)

Segundo Kuschnir (2010, p. 32), o conceito de rede de serviços não é atual; ele foi proposto em 1920, e foi a partir de bases territoriais e de

populações-alvo, que se iniciou com a “porta aberta” do serviço no bairro e, aqueles casos que não eram resolvidos eram direcionados aos hospitais. Percebeu-se que a cidade vinha realizando e oferecendo um atendimento à saúde mental muito fragilizado, na qual a partir de 2009 é que se inclinou um olhar mais focalizado a essa área e se aprimorando os serviços.

“Em nosso município é uma construção recente, ainda cheia de fragilidades na articulação em rede e na compreensão dos usuários sobre o papel de cada instância e a co-responsabilidade (da família e do usuário) no processo de cuidado”. (G 4)

Com implantação da rede de serviços organizados e com a co-responsabilidade de todos, se faz necessário se ter uma equipe adequada para os atendimentos, dessa forma se questionou aos entrevistados sobre a composição da equipe.

“No CAPS AD temos assistente social, enfermeiro, psicóloga, educador físico, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra, recepcionista. Escolaridade: graduação em área específica e ensino médio. No CAPS II 4 psiquiatras, 4 psicólogos, 1 enfermeiro, 1 educador físico, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 residente de serviço social, 1 estagiário de psicologia, recepcionistas e 2 técnicos de enfermagem, nesse momento vem se regularizando, pois estão chamando os candidatos do último concurso público, conforme portaria dos Caps's, exigindo graduação e especialização específica na área”. (G 1)

“A equipe do hospital, é uma equipe grande e muito bem qualificada. Das experiências que tenho como gestão, do que conheço de outros hospitais, temos uma equipe exclusiva, o que é algo muito importante, do ponto de vista da qualidade na assistência. Isso demonstra o quanto o nosso gestor acredita no nosso trabalho. Nossa equipe:- psicóloga, com formação em terapia sistêmica e especialização em saúde mental coletiva; assistente social, com experiência profissional em saúde mental; terapeuta ocupacional; duas médicas, sendo uma com formação em saúde da família e outra psiquiatra; quatro enfermeiras (uma por turno); 16 técnicos de enfermagem (quatro por turno); um apoio administrativo, com grande atuação na equipe”. (G 3)

Uma equipe interdisciplinar possibilita uma assistência completa no atendimento ao usuário, principalmente, quando se trata da saúde. É a competência ética e profissional do trabalhador da saúde pública, que atua além dos procedimentos e protocolos práticos da ação, mas disponibiliza uma atenção ao cuidado e humanizado.

Nas práticas cotidianas a interdisciplinaridade é imprescindível para a construção do SUS que queremos e de que precisamos. Conforme Ely (2003), “a interdisciplinaridade situa-se em um nível avançado de cooperação e coordenação, de forma que todo conhecimento seja valorizado, com relações de intersubjetividade e de co-propriedade baseadas em uma atitude de diálogo”.

Além da interdisciplinaridade as ações devem ocorrer de modo intersetorial que é a integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS. Ou seja, realizar o planejamento e a gestão da saúde coma integração das políticas sociais e econômicas (BRASIL, 2010, p. 63).

Torna-se importante esclarecer que para se obter adequação dos serviços e recursos humanos, é imprescindível os recursos financeiros. Nesse sentido os investimentos financeiros são verbalizados pelos entrevistados.

“Com a adequação dos serviços, conforme a portaria dos caps, o município receberá por ano 1 milhão, calculando a estrutura do serviço, trabalhadores, manutenção, despesas (água luz), medicamentos. A partir de janeiro de 2012, deveríamos ter recebido 32 mil para o Caps, 50 mil para o caps AD e 30 mil para Caps II (ambulatório)”. (G 2)

“Não tenho a informação sobre o total de investimentos na rede. Nosso custo com esta atividade na assistência hospitalar é de aproximadamente 70 mil reais para 45 internações mensais”. (G 4)

Com o investimento financeiro, contratação e educação permanente dos trabalhadores na área da saúde, em específico a saúde mental, ainda se observa as carências.

“É um desafio, produzimos muita coisa boa, mas ainda existem carências”. (G 2)

“Acredito que, apesar disso tudo, avançamos bastante no cuidado de nossos pacientes, pelo menos, qualificamos a atenção. Não sei se somos, ou o quanto somos, resolutivos”. (G 3)

Sobre a educação permanente, destaca-se que são ações de educação em saúde que “envolve a articulação entre educação e trabalho no SUS,

visando à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde. Por meio da Educação Permanente em Saúde articula-se o ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização”. (BRASIL, 2010, p.58-59)

Mediante a reflexão da intersetorialidade e da educação permanente, pode-se enfatizar a acessibilidade ao serviço e a integralidade do atendimento na lógica do trabalho humanizado. Ou seja, com capacitação profissional e entendimento sobre a construção da aliança intersetorial dos profissionais em saúde, o acesso e a integralidade do atendimento deve acontecer de maneira qualificada.

Já o autor Ceccim (2005) descreve essa articulação, na qual os profissionais qualificados e especializados devem construir um “elo” com outros profissionais de outras áreas (interdisciplinaridade e intersetorialidade) para que se concretize o acesso e a integralidade do serviço para demandas da população. O autor coloca que o acesso é a expressão do direito à saúde.

Em relação à integralidade, a mesma deve “compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais” (BRASIL, 2010, p. 62). Segundo Ceccim (2005) a integralidade da atenção está sob o cuidado que se regula uma Linha do Cuidado, devem estar prontos a desenvolver serviços alternativos e substitutivos aos modelos tradicionais.

Dentro desse contexto, se torna significativo apresentar os pontos fortes da gestão em saúde mental no município, mencionados pelos entrevistados.

“Pontos fortes: investimentos na capacitação dos trabalhadores da atenção primária, o apoio do gestor tem feito a diferença para descentralizar o cuidado; avança na intersetorialidade (educação, desenvolvimento social)”. (G 1)

“Pontos fortes: organização da rede; amplo acesso, serviços hierarquizados”. (G 2)

“Pontos fortes – inauguração dos leitos, reconhecimento dos nossos serviços além do município, pediatria incorporando atenção em saúde mental”. (G 3)

“Pontos fortes: incentivo financeiro para este cuidado, traduzindo um reconhecimento dos gestores públicos (estadual, federal e municipal) sobre a importância da saúde mental. Amadurecimento da equipe da assistência hospitalar; início da discussão de casos matricial com rede municipal”. (G 4)

Nota-se que houve muitos avanços na saúde mental do município, o reconhecimento da área enquanto saúde pública é primordial, para a estruturação do serviço, incentivos aos leitos em hospital geral, capacitação das equipes, enfim, o amadurecimento dos profissionais e da organização da rede. Quanto aos pontos fracos os entrevistados expõem.

“Pontos fracos: ampliar a rede da atenção básica e na saúde mental”. (G 1)

“Pontos fracos: insuficiência de recursos humanos. Os resultados são proporcionais ao número dos trabalhadores”. (G 2)

“Pontos fracos – falta de credibilidade no serviço da rede, sendo a recíproca verdadeira”. (G 3)

“Pontos fracos: estrutura de suporte social ainda insuficiente para dar conta das grandes fragilidades familiares; falta de monitoramento da qualidade e resolutividade dos serviços oferecidos; relação entre as instâncias ainda precária”. (G 4)

Enfatiza-se que há pontos fracos bem relevantes, principalmente na ampliação dos serviços e na aproximação da rede e na relação/comunicação entre elas. Quanto ao quesito das relações com os serviços da rede, torna-se significativo lembrar que se não há um vínculo fortalecido entre os serviços, as ações com os usuários, possuem uma propensão de sofrerem impactos. Ou seja, poderá esbarrar em alguns obstáculos, dificultando assegurar a integralidade, a qualificação e resolutividade.

Frente às dificuldades na assistência à saúde, relatadas pelos entrevistados, reflete-se sobre as linhas de cuidado em saúde mental.

“Procura-se sempre integrar, quebrar o preconceito, garantindo ser respeitado, ser atendido, fazer valer a equidade; doença mental transformada em saúde mental”. (G 2)

“A assistência em nosso hospital já está organizada sob as linhas de cuidado e a saúde mental é uma das áreas em que este funcionamento pôde ser mais facilmente articulado”. (G 4)

As linhas de cuidado no município ainda estão se organizando, porém o hospital iniciou, recentemente, esse processo em sua gestão, estruturando o modelo de Linha de Cuidado nas unidades de atendimentos. Em cada unidade terá um gestor para coordenar todos os serviços de assistência aos pacientes durante a internação, e se aproximar da rede de atenção básica e especializada para assegurar a integralidade durante a internação e na pós-alta.

A organização das linhas de cuidado nos serviços de saúde é uma forma de gestão, na qual se “faz um detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração das práticas realizadas no seu interior, com o objetivo de tratar/cuidar de determinadas patologias e/ou grupos de pacientes”. (KUSCHINIR, 2010, p. 70). Segundo Kuschinir, as linhas de cuidado são idealizadas para doenças crônicas ou para episódios que necessitem de cuidados permanentes ou de longa duração.

Volta-se a se discutir sobre a integralidade, que é um dos princípios do SUS e confere uma ampla legitimidade ao sistema. Para Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535) a integralidade considera as dimensões do processo saúde-doença que afetam os sujeitos e pressupõe a prestação continuada de ações que visem garantir a promoção, proteção, a cura e a reabilitação.

Porém, se reconhece que a integralidade enfrenta o grande desafio para se materializar, ou seja, deve ser praticada pelo compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais a partir da relação com o usuário. Saber ouvir cuidadosamente, compreender e analisar para identificar as necessidades de saúde da população.

Nessa perspectiva do cuidado e da integralidade, analisamos como está o acompanhamento das tentativas de suicídio na pós-alta hospitalar,

“Há uma agenda aberta para alta hospitalar em geral e se procura, conforme a descrição na nota de alta, ter um atendimento adequado, na lógica do território (ESF); recentemente o hospital buscou os ESF”. (G 1)

“Infelizmente de forma muito precária, fazemos encaminhamento ao CAPS do município, e só”. (G 3)

“Os atendimentos são referenciados para as respectivas ESFs ou para o ambulatório especializado da rede. Atualmente está em discussão no Hospital a implantação de um ambulatório de egressos

para acompanhamento durante o primeiro período da alta hospitalar”.
(G 4)

Observou-se nas respostas, que o vínculo, a aproximação e o fortalecimento de um trabalho em rede ainda é incipiente. O trabalho em rede vem sendo desenvolvido numa perspectiva de linhas de cuidado, porém nota-se que as intervenções devem ser mais incisivas, mais frequentes, com a efetivação dos planos terapêuticos. Ou seja, são esses planos que garantem não só o atendimento clínico, mas também a convivência social, ambiental, econômico e afetivo; “um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco”. (FRANCO, [2000], p. 02).

As linhas de cuidado também favorecem a diminuição das às internações por tentativa de suicídio, pela redução nos índices de mortalidade e otimiza as prevenções de tentativas de suicídio. Tem-se o conhecimento de que é muito recente a proposta de prevenção (2006), contudo pode-se ser planejado pelo gestor, junto de sua equipe, ações que contemplem os princípios de saúde mental versus a demanda que se apresenta na rede de serviços, culminando com a integralidade na gestão do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever e analisar a gestão da saúde mental, sob o olhar das linhas de cuidado, em específico ao ato suicida, identifica-se que há um número significativo de pessoas com sofrimento psíquico que se auto-agridem. Constatou-se que os objetivos desse trabalho foram atingidos, pois identificamos um perfil, aproximado, de pessoas que tentam o suicídio na cidade, bem como a reflexão sobre os serviços públicos oferecidos à usuários da saúde mental, com apontamentos de melhorias aos mesmos.

Ao abordar as tentativas de suicídio numa perspectiva de linhas de cuidado e das dimensões das mesmas, se notou que tudo faz parte de uma organização planejada da gestão. Isto é, a gestão em saúde, num contexto geral é desafiadora e complexa, mas que conta com mecanismos gerenciais desse sistema que facilita o reconhecimento da demanda e possibilita o planejamento das ações. Constando tudo que é possível se fazer para cuidar, promover, recuperar, prevenir questões da saúde pública. Neste planejamento pode ser previsto recursos humanos, financeiros, estruturas físicas.

Reconhece-se que a saúde pública, ainda enfrenta carências, e em relação à saúde mental e ao ato suicida, não é diferente. Pois além das carências, os usuários se deparam com os estigmas produzidos, na e pela sociedade historicamente, o que dificulta, muitas vezes, a aceitação da doença pelo usuário, bem como a adesão ao tratamento. Infelizmente, o usuário, muitas vezes, fica constrangido de entrar num prédio público que atende/cuida da saúde mental; sentem-se olhados de outra forma, com um tom de exclusão e com sentimento de distância dos “normais”.

Neste sentido, o trabalho da atenção primária no território das pessoas em sofrimento psíquico, se torna significativo para a continuidade do tratamento, pois no território se favorece a confiança entre o usuário e o profissional. Cabe ressaltar que a atenção primária deve contar, sempre com a atenção especializada, pois é dessa forma que se fortalece o trabalho em rede e se materializa a linha do cuidado, de modo integral.

Além da questão territorial, a educação permanente dos profissionais é fundamental nesse processo de cuidado. Uma vez que as ações dos

trabalhadores em saúde devem estar alicerçadas na política nacional de humanização do SUS, que envolve princípios de ações e atitudes humanizadoras.

Se considera que são importantes os aportes legais, investimentos financeiros, estruturais e humanos, capacitações, mas também exige dos profissionais da saúde uma postura ética, de comprometimento com o seu papel nesse lugar e com respeito ao usuário que busca o seu serviço. Como limitação desse estudo, aponta-se que não foi disponibilizado o plano de saúde mental, para o aprofundamento da análise. Também seria interessante ouvir os gestores da atenção primária e demais profissionais da saúde de como é ou de como está sendo o trabalho com a saúde mental, e principalmente, dar voz aos usuários dos serviços, conhecer as necessidades e satisfação com a assistência prestada.

Sendo assim, este trabalho direciona algumas propostas de ações na gestão em saúde mental, o fortalecimento das relações dos serviços de saúde (compondo atenção primária, secundária e terciária) para a materialização dos fluxos, por meio de encontros com a rede e grupos de trabalho para a discussão de determinadas casos, em especial as tentativas de suicídio. Acredita-se que com implementação das linhas de cuidado apresentada nesse estudo, poderá se afirmar a integralidade dos atendimentos e acompanhamentos das pessoas que tentam o suicídio. Desse modo, se intervém com a prevenção do ato suicida e a manutenção da vida.

Como o propósito da gestão em saúde é a saúde, e aqui em específico a saúde mental e seus derivados, a mesma também possui limites, possibilidades e desafios e como qualquer outra área merece ser revista, atualizada e praticada efetivamente. Assim, conclui-se com um dos entendimentos de humanização do SUS (2004, PNH),

“Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde”.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neury J.; WERLANG, Blanca S.G.; CAIS, Carlos F. S.; MACEDO, Mônica M. K. **Prevenção do comportamento suicida**. Psico, Porto Alegre, PUCRS. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/1130>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2012.

BOTEGA, Neury José. **Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1998. 14. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1996.

_____. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

_____. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Nacional de Humanização do SUS**. Ministério da Saúde, Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. **Linha de Cuidado**. Mimeo (texto acadêmico). Secretaria Municipal de saúde, Aracajú. 2005.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São Paulo, Brasil, vol. 15, núm. 37, abril-junho, 2011, pp. 589-599. Disponível em: <

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1801/180119116005.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2011.

ELY, Fabiana Regina. **Serviço social e interdisciplinaridade**. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/7123/6625>. Acesso em: 10.out.2011.

FERLA, Alcindo Antônio (coord. do projeto). **Incorporação da tecnologia de linhas de cuidado na Saúde Suplementar: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados**. Relatório de Pesquisa, Porto Alegre, UFRGS, 2010.

FEUERWERKER, Laura M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde**: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.498-506, 2005.

FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível em <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2012.

FONSECA, Diego L.; ABELHA, Lúcia; LOVISI, Giovanni M.; LEAGY, Letícia F. **Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio**: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. Cad. Saúde cole., 2010. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2010_2/artigos/CSCv18n2_217-228.pdf>. Acesso em: 03 de janeiro de 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 08 de janeiro de 2012.

KUSCHINIR, Rosana C., CHORNY, Adolfo H., LIRA, Anilka M. Lima. **Gestão dos Serviços de Saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; [Brasil]: CAPES: UAB, 2010.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. in: CAMPOS, Gastão W. S.; MINAYO, Maria C. S.; AKERMAN, Marco; DRUMOND, Marcos Jr.; CARVALHO, Yara M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

MALTA, Débora C.; MERHY, Emerson E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. 2010. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_deborah_linha_de_cuidado_dcnt.pdf>. Acesso em 08 de janeiro de 2012.

MELLO, Marcelo Feijó. **O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional**. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1575.pdf>>. Acesso em: 21 de dezembro de 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth; VICTORA, Cesar Gomes; FARIA, Neice Müller Xavier; CARVALHO, Lenine Alves de; FALK, João Werner. **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul**. Rev. Saúde Pública, vol.38 no.6. São Paulo. Dec. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/08.pdf>. Acessado em 23 de março de 2012.

MERHY, Emerson E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2012.

MINAYO, Cecília S. **Violência auto-infligida**. In: Brasil. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/impacto_violencia.pdf. acessado em 23 de março de 2012.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NETO, Gonzalo V.; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan. 2011.

PAIM, Jairmilson S.; TEIXEIRA, Carmen F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev Saúde Pública, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>>. Acesso em 28 de dezembro de 2011.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teórica e Prática**. Editora Guanabara Koogan. S.A. Rio de Janeiro, 2003.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3ª Edição, São Paulo: Atlas, 1999.

SILVA, Sergio V.; NIERO, José C. C.; MAZZALI, Leonel. **Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público – A Contribuição de Carlos Matus**. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/473.pdf>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2012.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais.** 1ª Edição, São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema Único de Saúde.** in: CAMPOS, Gastão W. S.; MINAYO, Maria C. S.; AKERMAN, Marco; DRUMOND, Marcos Jr.; CARVALHO, Yara M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

VIANA, Greta N.; ZENKNER, Felipe M.; SAKAE, Thiago M.; ESCOBAR, Bráulio T. **Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005.** J Bras Psiquiatr. 2008; 57(1):38-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a08.pdf>. Acessado em 13 de março de 2012.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2011 : os jovens no Brasil** /Julio Jacobo Waiselfisz. -- São Paulo :Instituto Sangari ; Brasília, DF : Ministério da Justiça, 2011.

Anexo I

Pesquisa sobre a gestão em saúde mental em Sapucaia do Sul.

Formulário.

1) Dados de identificação

Escolaridade:

Profissão:

Função: () Gestor () qual?

Local:

2) O que você entende por Saúde Mental?

3) Descreva a assistência à saúde em saúde mental no município(público e privado): Enfocar o acesso, linhas de cuidado, qualidade da assistência, nós críticos, política municipal x política nacional; serviços ofertados; vínculo/longitudinalidade; resolutividade; satisfação dos usuários; organograma.

4) Elenque pontos fortes e fracos da assistência em saúde mental e quais as ações e resultados decorrentes destes.

5) Como você (a partir da sua experiência) avalia a assistência em saúde mental. Justificar a resposta.

6) Como é a estrutura física dos serviços de saúde mental?

7) Como é composta a equipe de trabalho? Qual a sua formação/escolaridade?

8) Em relação às linhas de cuidado em saúde, as mesmas são previstas na gestão da saúde mental?

9) Quanto às tentativas de suicídio. Como se dá o acompanhamento desses usuários após a alta hospitalar?

10) Quanto é investido financeiramente em serviços públicos de saúde mental?

11) Impressões do entrevistador. (conhecimento da assistência em saúde mental, acesso aos serviços, Percepção da qualidade técnica do cuidado, percepção vínculo/longitudinalidade, percepção da resolutividade)

Anexo II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **Daiane de Lima**, assistente social, sob registro profissional no CRESS nº 7129, especializanda no Curso em Gestão em Saúde, EaD, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, orientada pela professora Roberta Alvarenga Reis, venho por meio deste, solicitar a autorização para realizar pesquisa documental e coleta de dados, para desenvolver/complementar o meu trabalho de conclusão de curso, cuja proposta é *descrever e analisar o fluxo de Gestão da Saúde Mental a partir das linhas de cuidados, específico as tentativas de suicídio no município de Sapucaia do Sul/RS*.

Certa de poder contar com a vossa compreensão, aceitação e disponibilidade, desde já agradeço.

Sapucaia do Sul, 04 de janeiro de 2012.

Daiane de Lima

Daiane de Lima

Especializanda em Gestão em Saúde – UFRGS

AUTORIZADO POR: *Angelise Maria Martins*
CARGO/FUNÇÃO: *Diretora Assistencial*
CARIMBO:

Angelise Martins

Angelise Martins
Diretora Assistencial
Fundação Hospital Mun. Getúlio Vargas
Sapucaia do Sul-RS

Anexo III

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **Daiane de Lima**, assistente social, sob registro profissional no CRESS nº 7129, especializanda no Curso em Gestão em Saúde, EaD, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, orientada pela professora Roberta Alvarenga Reis, venho por meio deste solicitar a autorização para realizar pesquisa documental e coleta de dados, para desenvolver/complementar o meu trabalho de conclusão de curso, cuja proposta é *descrever e analisar o fluxo da Gestão em Saúde Mental a partir das linhas de cuidados, específico as tentativas de suicídio no município de Sapucaia do Sul/RS.*

Certa de poder contar com a vossa compreensão, aceitação e disponibilidade, desde já agradeço.

Sapucaia do Sul, 25 de janeiro de 2012.

Daiane de Lima

Especializando em Gestão em Saúde – UFRGS

AUTORIZADO POR: Jose Eloir Wink

CARGO/FUNÇÃO: Secretário Municipal de Saúde

CARIMBO:


José Eloir Wink
Secretário da Saúde
Sapucaia do Sul