

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Aline Pereira Soares

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO ADOTADOS,
FRENTE ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO
SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE CANOAS/RS**

Canoas

2019

Aline Pereira Soares

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO ADOTADOS,
FRENTE ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO
SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE CANOAS/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof^o Dr. Fernando Dias Lopes

**Canoas
2019**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato
Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Soares, Aline Pereira

Análise das práticas de atendimento adotados, frente às tentativas de suicídios no sistema de saúde pública no município de Canoas/RS. [manuscrito] / Aline Pereira Soares – 2019.

37 f.:il.

Orientador: Fernando Dias Lopes.

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

1. Suicídio. 2. Saúde Mental. 3. Gestão em Saúde. I. Lopes, Fernando Dias. II. Título.

Elaborado por Cíntia Alberton Corrêa Lopes – CRB 10/2260
com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico
CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS
Telefone: 3308-3801
E-mail: eadadm@ufrgs.br

Aline Pereira Soares

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ATENDIMENTO ADOTADOS,
FRENTE ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO
SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE CANOAS/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

RESUMO

Entendido como um dos problemas de saúde pública mundial, os índices de suicídio crescem de forma preocupante, o que coloca a gestão em saúde frente a inúmeros desafios na formulação de estratégias que possam identificar e minimizar os casos e seus agravos. Frente a tais fatos, este estudo se propôs a investigar quais são as principais medidas adotadas pela Secretaria de Saúde do Município de Canoas – definição de fluxos de atendimentos e pactuações – em casos de tentativas de suicídio, no contexto da saúde pública, considerando as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde para Prevenção ao Suicídio e quais ações são recomendáveis para alcançar o preconizado pelo Ministério da Saúde. Para isso, optamos pela escolha de um método qualitativo de pesquisa. Realizou-se uma revisão na literatura, associado à observação participante que nos permitiu conhecer a temática e a inserção no campo de pesquisa. Salienta-se a importância de estabelecer fluxos sistematizados e claros a todos os equipamentos da rede de saúde, para que se institucionalize uma forma de trabalho e o cuidado que informalmente já existe e demonstra-se efetiva no processo de cuidado. Além de propor uma linha e cuidado ao suicídio que possa qualificar o atendimento às vítimas de violência autoprovocadas, fomentando a educação permanente em saúde, o treinamento das equipes de emergência e a sensibilização aos trabalhadores dos serviços de saúde para evitar um processo de revitalização e proporcionar um atendimento acolhedor e continente ao paciente em sofrimento.

Palavras-chave: Suicídio. Saúde Mental. Fluxos de Atendimento. Gestão em Saúde. SUS.

ABSTRACT

Understood as one of the world's public health problems, suicide rates increase in a worrisome way, which puts health management in front of innumerable challenges in formulating strategies that can identify and minimize cases and their aggravations. This study aimed to investigate which are the main measures adopted by the Canoas City Health Department - definition of care flows and agreements - in cases of suicide attempts in the context of public health, considering the National Guidelines of the Ministry of Health for Suicide Prevention and what actions are recommended to achieve the one recommended by the Ministry of Health. For this, we chose a qualitative research method. A literature review was carried out, associated with participant observation that allowed us to know the theme and the insertion in the field of research. The importance of establishing systematized flows to all health network equipment is emphasized. This is important for the institutionalization of a form of work and the care that informally already exists and is shown to be effective in the care process. In addition to proposing a suicide care line that can qualify care for victims of self-inflicted violence, fostering health education, training emergency teams and raising awareness among health service workers to avoid a process of revictimization and provide adequate care for the suffering patient.

Keywords: Suicide. Mental health. Attendance Flows. Health Management. SUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO TEÓRICA	10
3 OBJETIVO GERAL.....	15
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	18
5.1 O MUNICÍPIO DE CANOAS E O SEU CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA.....	18
5.2 A QUESTÃO DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CANOAS – ANÁLISE DA EVOLUÇÃO E DAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E DESCRIÇÃO DOS FLUXOS DE ATENDIMENTOS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO	19
5.3 ANÁLISE DOS FLUXOS DE ATENDIMENTO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO A PARTIR DO MODELO DE ANÁLISE PROPOSTO COM BASE NA REVISÃO DA LITERATURA.....	21
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O ato de tirar a própria vida foi, durante muito tempo, um assunto velado e atualmente, mesmo com o acesso a informações e acontecimentos praticamente em tempo real, ainda é tratado como tabu. Entendido como um dos problemas de saúde pública mundial, os índices de suicídio crescem de forma preocupante, o que coloca a gestão em saúde frente a inúmeros desafios, na busca de encontrar estratégias que possam identificar e minimizar os casos e seus agravos (VIDAL, 2013).

Temida por muitos, a morte passa a ser a única saída àqueles que não conseguem encontrar alternativas para lidar com seus problemas e com sua dor. Toda lesão autoprovocada, independente do grau de letalidade é considerada comportamento suicida. Destes, três são as categorias que classificam: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (MOREIRA, 2015).

A ideação suicida trata-se do desejo intencional de morrer, onde o sujeito planeja o ato, mantém pensamentos autodestrutivos contra si e demonstra atitudes destrutivas contra sua vida. A OMS (2000) aponta que frente a situações de mudanças e dentro do processo natural do desenvolvimento humano, é comum a pessoa apresentar pensamento de morte em algum momento da vida, sendo considerado como ideação suicida, quando passa a colocar a integridade física e a vida em risco. Já, a tentativa de suicídio é o “ato sem resultado letal no qual o indivíduo deliberadamente causa danos a si mesmo” (MOREIRA, 2015), embora que nem todo o comportamento suicida é de fato consciente, a exemplo dos para suicídios e dos suicídios inconscientes, situações onde a pessoa se coloca em risco, com comportamentos autodestrutivos, mas nem sempre com a intenção real de alcançar a morte (GONÇALVES, SILVA, & FERREIRA, 2015).

No mundo, conforme dados do Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013), mais de um milhão de pessoas cometem suicídio por ano, sendo os países de média e baixa renda os mais atingidos, justamente pela fragilidade das ações em saúde, pela dificuldade de acesso e ausência de serviços capacitados para suprir a crescente demanda e de equipamentos de assistência especializada ao cuidado em saúde mental.

Estima-se que, em todo o mundo, a cada 40 segundos, uma pessoa tire a própria vida. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012), a Europa tem os índices mais altos,

de 14,1 suicídios por 100 mil habitantes, seguidos pelo Sudeste Asiático (12,9). No entanto, países como o Brasil, onde o índice chega a 6,3/100 mil habitantes e é considerado baixo, sofre com as subnotificações dos casos, não sendo possível equivaler o dado real deste problema de saúde pública (OMS, 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), entre os anos de 2000 e 2012, o Brasil chegou ao ranking de quarto país da América Latina com o maior crescimento no número de suicídios, sendo está a terceira causa morte por fatores externos, atrás somente dos homicídios e dos acidentes de trânsito (CALIXTO e ZERBINI, 2016).

No estado do Rio Grande Do Sul as taxas de óbitos e de tentativas de suicídio são as maiores do país, contudo, “apesar da magnitude do problema, este fenômeno ainda é cercado de desconhecimento, em função de ser um tabu, o que justifica a necessidade de ações de informação e mobilização social em todos os níveis, inclusive entre os profissionais de saúde” (CEVS, 2018). Um dado importante a se apontar é que, de 15 a 25% das pessoas que tiveram tentativas de suicídio, terão reincidência no ano seguinte e destes, 10% efetivarão sua morte dentro de dez anos (BOTEGA, MAURO e CAIS, 2004). O comportamento suicida está associado a fatores psicológicos, sociodemográficos, transtornos mentais, condições clínicas incapacitantes e questões culturais. No ato em si “o ser humano busca uma ruptura radical para se livrar de uma situação de dor psíquica insuportável”. (BOTEGA et al, 2006, p. 213).

Estudos apontam que a maioria das tentativas de suicídio estão associadas a algum diagnóstico de transtorno mental prévio. Kaplan, Sadock e Greb (p. 65, 2007) referem que “95% dos casos apresentam transtorno mental diagnosticado; 80% apresentam transtorno depressivo; 10% de esquizofrenia; 25% das pessoas com transtorno mental apresentam dependência de álcool”.

Vários são os fatores que influenciam na forma de como serão as investidas contra a própria vida. Questões culturais, de gênero, faixa etária, nível econômico, contexto familiar, estão entre os fatores (BOTEGA, 2014). A principal característica brasileira é que os casos de suicídio frequentemente têm como cenário a própria residência (51%) e o segundo local escolhido são os hospitais (26%). As tentativas com alto índice de letalidade são as mais frequentes, sendo o enforcamento e as armas de fogo os maiores índices, 47% e 19% respectivamente (BOTEGA, 2014).

Dados do Sistema Nacional de Informação Tóxico Farmacológica (SINITOX) apontam que os medicamentos são os principais causadores de intoxicação no país e embora, nem todo caso de intoxicação seja uma tentativa de suicídio, a grande maioria das ingestas medicamentosas é intencional (SOARES et al, 2014).

O fenômeno do suicídio apresenta números cada vez maiores e suas consequências não se resumem a dimensão individual. Desde os abalos psicológicos aos familiares e a pessoas próximas de quem comete tal ato, até questões como sequelas causadas por tentativas de suicídio podem ser citados como exemplo.

Além da dimensão trágica pessoal, o suicídio passa a ser um problema crescente de saúde pública e por si só justificaria tal relevância do tema. Entretanto, um dos desafios para a gestão em saúde é elaborar um fluxo de cuidado, no âmbito público, que dê conta do atendimento e da singularidade dos casos de tentativas de suicídio.

Frente a tais fatos, este estudo se propôs a investigar quais são as principais medidas adotadas pela Secretaria de Saúde do Município de Canoas – definição de fluxos de atendimentos e pactuações – em casos de tentativas de suicídio, no contexto da saúde pública, considerando as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde para Prevenção ao Suicídio e quais ações são recomendáveis para alcançar maior ajustamento às Diretrizes do Ministério da Saúde.

2 REVISÃO TEÓRICA

Desde a constituição brasileira de 1988, a assistência em saúde é entendida como um direito de todo o cidadão residente na extensão territorial que abrange o país. A Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), legitima a constituição e determina as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma regionalizada, sendo de competência da União, Estados e municípios a busca por soluções e iniciativas de gestão que deem conta das demandas de cada local, considerando os determinantes sociais de cada região, reconhecendo o território de ação e a população alvo que será assistida.

Sob a égide de um sistema universal e igualitário, o Sistema Único de Saúde (SUS), “rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a Constituição de 1988, e determinou a incorporação da saúde, como direito, numa ideia de cidadania” (MENEUCCI, 2014, p. 78). Consolidando-se assim, a reforma sanitária brasileira, como o momento de rompimento com todos os princípios que regiam a saúde até então.

Em paralelo à reforma sanitária, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que se encarregou pelas críticas ao modelo de cuidado em saúde mental vigente, sendo responsável por inúmeras denúncias de torturas e maus tratos aos pacientes psiquiátricos (LUCHMANN, 2007). Dá-se então, os primeiros passos para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira a partir do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

A reforma psiquiátrica traz em seu cerne a crítica pela exclusão e aprisionamento do louco e da loucura e propõe, a partir da experiência de Basaglia e da reforma psiquiátrica italiana, um modelo de cuidado em liberdade e a prática da desinstitucionalização (HAHN LÜCHMANN E RODRIGUES, 2007), com o fim gradativo dos hospitais psiquiátricos e o cuidado em saúde mental norteado por uma outra ótica.

Com a criação do projeto de lei nº 3587 em 1989, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (BRASIL, 2016), determina em seu Art. 1 que - “Fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico”,

se oficializa o primeiro marco legal da mudança de lógica no cuidado em saúde mental.

De acordo com Kilsztajn et al (2008), ao analisarem o relatório de Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos, publicado pelo Tribunal de Contas da União em 2005, refere:

De acordo com o relatório, os hospitais psiquiátricos no Brasil, tradicionalmente, eram (e continuam sendo) responsáveis tanto pela residência como pelo atendimento terapêutico a pacientes que apresentam transtornos mentais. A redução progressiva de leitos e reinserção social dos pacientes psiquiátricos deve ser desta forma, acompanhadas, por um lado, pela reintegração dos internos aos lares de seus familiares ou pela criação de residências terapêuticas (Programa De Volta para Casa, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT); e, por outro, pela expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pela inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, Programa Saúde da Família (PSF) e outros serviços de saúde, e pelo credenciamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para situações singulares em que a internação se faça necessária. (KILSZTAJN et al, p. 2355, 2008).

Conforme o texto da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, dispõe em seu Art. 3º que “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”.

Dentre os desafios do cuidado em saúde mental estão às tentativas de suicídios, seus agravos e o ato consumado. Além da dimensão individual, o suicídio é hoje uma questão de saúde pública. Baseado em dados da OMS, estima-se que até o ano de 2020 a carga global de doenças ocasionadas por tentativas de suicídio chegue a 2,4% (BOTEGA et al., 2006).

Luiz Alberto Hetem escreveu para a revista Debate Psiquiatria Hoje, na edição sobre prevenção ao suicídio, que:

Fatores sociais inerentes à vida contemporânea, relacionados à violência e à falta de expectativa de vida, sem dúvida contribuem para o aumento da incidência do suicídio. Entretanto, apesar do envolvimento de questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, na quase totalidade dos suicídios um transtorno mental encontra-se presente, o que denota a possibilidade de prevenção, caso haja tratamento da causa. (HETEM, 2010, p. 17).

Desta forma, o comportamento suicida está associado a fatores psicológicos, sociodemográficos, a transtornos mentais, condições clínicas incapacitantes e questões culturais. No ato em si “o ser humano busca uma ruptura radical para se livrar de uma situação de dor psíquica insuportável” (BOTEGA et al, 2006, p. 213).

Tentativas de suicídios prévias podem indicar um dos principais fatores de risco ao suicídio. Para cada suicídio, pelo menos dez tentativas prévias existiram, com gravidade suficiente a necessitar de cuidados médicos e, estima-se que de cinco a dez pessoas próximas sofrem graves consequências psicológicas, econômicas e sociais (OMS, 2012). “Acredita-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em, pelo menos dez vezes, porém os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio” (BERNARDES et al, 2010, pg. 1366).

Como estratégia de prevenção e cuidado, o Ministério da saúde define que o acompanhamento das pessoas que tentaram tirar a própria vida e em sofrimento deve ser feito por equipes de saúde, como as Estratégias de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços de Urgência e Emergências.

No Brasil, a proposta de atenção integral e o atendimento de usuários em linhas de cuidado constituem um dos cenários para a organização de políticas de atenção ao suicídio, tendo em vista a integralidade e a ação intersetorial (CONTE et al, 2017, pg. 2018).

Conforme destaca, Conte et al (2017), dentre os desafios que cercam as tentativas de suicídio estão, a identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade, as influências para o comportamento de risco e a estruturação de intervenções eficazes à prevenção. Estudos apontam que:

em termos econômicos, tanto os suicídios quanto as tentativas resultam em elevado gasto para os sistemas de proteção social e cuidados com a saúde, considerando aspectos como: a perda de capital humano, estimada em termos de anos de vida; os gastos públicos da saúde com procedimentos hospitalares; internações e tratamentos, e, no que tange à seguridade social, o pagamento de pensões e aposentadorias por morte ou invalidez (SANTANA et al, 2015, p.423).

Frente a tais fatos, em 14 de agosto 2006, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1.876, que instituiu as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, considerando, dentre outras, “a necessidade de organizar uma rede de atenção à

saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário” (BRASIL, 2006). Entre os principais objetivos a serem alcançados, destacam-se:

- 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.

No mesmo ano, após a publicação das diretrizes de prevenção ao suicídio e atrelado às ações da Organização Mundial de Saúde, que escolheu como tema do Dia Mundial da Saúde Mental – 10 de outubro – a Prevenção ao Suicídio, o Ministério da Saúde lança o manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde. Embora direcionado para as equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), serve como recurso de informação, orientação e manejo para situações de risco suicida e medidas de prevenção para todos os profissionais da saúde. Em seu escopo, além de orientações sobre o comportamento suicida, algumas patologias e manejo trazem informações sobre o encaminhamento da pessoa em risco.

Conforme Vidal e Gontijo (2013), após estes movimentos de visibilidade e conscientização do tema, o número de publicações na área vem aumentando, inclusive no Brasil. Contudo, os números de suicídios, ao invés de reduzir,

caminham em outra direção. Os autores ainda apontam que “apesar do volume de publicações e do planejamento das ações de saúde, a qualidade do atendimento e trajetória percorrida pelas pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas pré-determinados” (VIDAL E GONTIJO, 2013, p. 109).

Nem sempre a rede está preparada para lidar com a situação do suicídio e suas tentativas. Em outras, a rejeição a estes pacientes e questões que mobilizam os profissionais em relação ao fato se tornam barreira para um cuidado contínuo, integral e efetivo (VIDAL E GONTIJO, 2013). Por este motivo, o estabelecimento de estratégias efetivas frente ao cuidado e a implementação de políticas públicas eficazes para esta população se faz necessária e urgente. Fatos estes que denunciam a importância de discutir as formas de como a gestão em saúde atua frente a estes casos e problematizar a necessidade de criação de novas estratégias de cuidado e de qualificação das ferramentas existentes, alinhados ao que preconiza o Ministério da Saúde em relação à prevenção ao suicídio.

3 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar as principais medidas adotadas pela Secretaria de Saúde do Município de Canoas – definição de fluxos de atendimentos e pactuações – em casos de tentativas de suicídio, no contexto da saúde pública, considerando as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde para Prevenção ao Suicídio e quais ações são recomendáveis para alcançar maior ajustamento às Diretrizes do Ministério da Saúde.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os fluxos de atendimento estabelecidos no município e suas pactuações com a rede de saúde, bem como os procedimentos regulares ou esporádicos adotados;
- Conhecer estratégias de prevenção ao suicídio desenvolvidas no município;
- Identificar os desafios da gestão da política pública em saúde, em relação a assistência em saúde nestes casos, considerando as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste de um estudo de caso sobre os fluxos de atendimento às tentativas de suicídio, no município de Canoas, compreendendo o período de 2014 a 2018, período este, de inserção da pesquisadora no campo. Para isso, a escolha por um método qualitativo de pesquisa nos possibilitou entender um fenômeno específico em sua profundidade, de forma exploratória e permitiu o envolvimento do pesquisador com o objeto de pesquisa (GUERRA, 2014). Ainda Guerra (2014 p. 14) refere que “o método qualitativo envolve a empiria e uma sistematização progressiva do conhecimento até que a compreensão da lógica interna do grupo seja desvelada”, no caso do estudo, a compreensão dos fluxos adotados na rede de saúde municipal para as situações de tentativas de suicídio.

Segundo Minayo (2008), para a realização de um trabalho de campo na pesquisa qualitativa, se faz necessário uma costura entre a realidade empírica e os marcos teóricos- metodológicos envolvidos no tema de estudo. Escolhemos por isso, o método de pesquisa de Observação Participante, sendo está uma técnica que nos permite estar no “terreno”, nos contextos de ação e aí realizar observação (CORREIA, 2009).

Primeiramente realizou-se uma revisão na literatura de forma a identificar as principais recomendações em termos de organização do fluxo de atendimento e os principais desafios na gestão em saúde frente à temática do suicídio. Essa revisão permitiu a construção de um modelo de análise, para compreender o caso empírico escolhido para esta pesquisa.

Associado a isso, a observação participante nos permitiu a inserção no campo de pesquisa que, enquanto método, não separa o observador do objeto investigado, exigindo assim, que o pesquisador tenha o domínio dos referenciais teóricos de sua observação (MINAYO, 2008). Neste sentido, o cenário de observação é o mesmo espaço de atuação da pesquisadora, o que possibilitou à mesma uma apropriação da temática e uma imersão ao campo, permitindo, desta forma, o estabelecimento claro das variáveis relevantes à coleta de dados.

Escolhemos o método de observação com participação ativa (LAPASSADE, 2001), descrito como um tipo de observação que permite ao observador estar com “um pé dentro e outro fora”, pois possibilita ao pesquisador manter certo distanciamento e ao mesmo tempo participar de todas as atividades. Desta forma, a

atuação na assistência à saúde, permite a pesquisadora conhecer os procedimentos adotados, sem interferir na forma que os mesmos são estabelecidos pela gestão municipal.

Para análise do caso, foram trabalhados dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos a partir de observação direta e observação participante. Para observação direta, considerou-se o fato que a pesquisadora trabalha no próprio campo empírico de pesquisa e se elaborou um roteiro sobre os pontos a serem observados. Além disso, o registro em diário de campo, experiências vivenciadas quanto aos fluxos de atendimento, incluindo interações informais com profissionais e vivência com pacientes, resguardando sempre a identidade dos mesmos.

Os dados secundários foram obtidos a partir de documentos oficiais e públicos, como relatórios técnicos das secretarias, decretos, pesquisas publicadas sobre a temática e reportagens na imprensa local. Os dados foram analisados e descritos a partir dos constructos desenvolvidos na revisão da literatura e comparados com o que preconiza as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde para Prevenção ao Suicídio.

Pontuamos que a maioria dos estudos/protocolos e documentos orientadores encontrados abordam sinais e sintomas, mas não os fluxos de atendimento. Quase todos indicam a hospitalização como método de cuidado. Não foram encontrados estudos publicados sobre esta temática no município e os dados numéricos apresentam-se desatualizados, sendo este um aspecto apontado como uma das limitações deste estudo.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este tópico iniciará com uma contextualização do campo mais amplo de estudo, no caso o Município de Canoas, considerando que o contexto político, econômico, social e cultural apresenta forte relação com o fenômeno em estudo. Em um segundo momento, será apresentado um panorama geral da saúde do município, principalmente no que se refere aos dados sobre suicídio ou enfermidades associadas a este fenômeno. Também nesse ponto, serão apresentadas as diferentes práticas de prevenção e tratamento em voga. O terceiro tópico buscará descrever os fluxos de atendimento, bem como analisar, a partir do modelo proposto, o quão adequados se encontram esses procedimentos. Finalmente, a partir da análise, realizar-se-á um conjunto de recomendações para adequação desses fluxos.

5.1 O MUNICÍPIO DE CANOAS E O SEU CONTEXTO DE SAÚDE PÚBLICA

Situado na região metropolitana de Porto Alegre, Canoas é um município de grande expansão, tanto populacional, quanto econômica. É o quarto com maior população do Estado, com um número estimado, conforme projeção do IBGE (2010), de 338.531 habitantes no ano de 2013. Está situada entre os municípios com maior PIB do Estado do RS, sendo a 3º maior economia. Sua área territorial é de 131 Km² e conforme artigo 4º do Decreto 185 de 31 de maio de 2012, o município está dividido em quatro quadrantes organizacionais que são Nordeste, Noroeste, Sudeste, Sudoeste que se subdividem em quinze microrregiões (CANOAS, 2013). Localizado na 1º Coordenadoria de Região de Saúde (CRS), possui gestão plena e é referência na saúde para 156 outras cidades do entorno que integram sete Coordenadorias Regionais de Saúde. No modelo de gestão da cidade, os serviços são executados pela Fundação de Saúde, cooperativas médicas, os e município. Recentemente passou e ainda permanece em intervenção judicial devido a desvios de verbas e má gestão de alguns dos serviços prestados, situação que reflete diretamente na população atendida, com instabilidade no atendimento, rotatividade dos profissionais e até mesmo suspensão de serviços prestados por um período (BERNARDI, 2018).

A rede de saúde do município é composta por um Hospital de Pronto Socorro (HPSC), um Hospital Geral (HNSG) e um Hospital Universitário (HU), cinco

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), sendo duas com atendimento vinte e quatro horas, duas atendimento dezesseis horas e uma UPA do Idoso. Um Centro de Especialidades Médicas (CEM) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Referência da Saúde da Mulher, um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e uma Tisiologia. Cinco Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS Infante Juvenil (CAPSij), dois CAPS adulto para atendimento à pessoas com transtornos mentais, um com funcionamento 24hs e o outro com atendimento de segunda a sexta-feira em horário comercial (CAPS III e CAPSII, respectivamente). Dois CAPS Álcool e Drogas adultos (CAPS AD III), com funcionamento 24hs, para atendimento de pessoas com uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Vinte e sete Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e nove farmácias básicas (CANOAS, 2013).

Esta rede, composta por serviços de baixa, média e alta complexidade, é responsável pelo atendimento e cuidado da população. Para o atendimento às pessoas que tentam suicídio, todos os equipamentos funcionam como porta de entrada, mantidos suas características de ação. Ao longo do trabalho conheceremos como esta rede interage e age nestes casos e quais os fluxos de cuidado adotados pelo município.

5.2 A QUESTÃO DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CANOAS – ANÁLISE DA EVOLUÇÃO E DAS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E DESCRIÇÃO DOS FLUXOS DE ATENDIMENTOS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

A realidade do aumento dos números de tentativas de suicídio e do ato propriamente dito é mundial. No Brasil, “os coeficientes de mortalidade são três a quatro vezes maiores entre pessoas do sexo masculino e atualmente encontram-se em níveis de 4 a 5 óbitos para cada 100 mil habitantes (CONTE et al, p. 2018, 2012). Historicamente o Rio Grande do Sul apresenta os maiores coeficientes de suicídio do país, com uma taxa elevada entre agricultores e em municípios de pequeno e médio porte no Estado, influenciados por questões sociais, econômicas e principalmente por questões culturais (MENEGUEL E MOURA, 2018).

Adultos e idosos são destaque para o grupo de riscos de suicídio, sendo que os homens tendem a utilizar meios mais agressivos nas tentativas e a ter mais sucesso no ato, enquanto as mulheres são as que fazem mais tentativas de suicídio ao longo da vida (PINTO, ASSIS e PIRES, 2012). Contudo, o que se observa na

prática do cotidiano, o Município de Canoas apresenta um aumento expressivo de tentativas numa população cada vez mais jovem, o que difere das demais cidades do país.

De acordo com os dados do SINAN, Canoas teve de 2010 a 2015, trinta e quatro (34) casos de violência autoprovocada entre homens e noventa e oito (98) casos entre mulheres. Os casos de óbitos por suicídio, considerando o mesmo período, são de noventa e um (91) casos entre homens e vinte e três casos (23) entre mulheres. Tais dados corroboram com o estudo de Pinto, Assis e Pires (2012), acima citados. Outro aspecto importante a se apontar é que as subnotificações influenciam nos dados. Podemos observar que, nos casos de violência autoprovocada entre homens, o número é menor que o número de óbitos por suicídio no município. A Organização Mundial de Saúde acredita que a nível mundial, a subnotificação ou até mesmo a ausência de registro possa chegar a um número subestimado de 20 vezes (WHO, 2014), o que explicaria a discrepância dos dados acima. Assim também acontece com os casos de suicídios, que, segundo Ministério da Saúde, não são registrados como tal (BOTEGA, 2018).

Com o crescente número de tentativas e o aumento da visibilidade do tema, na busca de prevenção e conscientização da população, importantes discussões e ações vêm sendo tomadas. Em abril de 2016, sob a lei nº 6009, o município instituiu o Dia Municipal de Combate e Prevenção ao Suicídio, comemorado no dia 10 de setembro e o mês estabelecido para atividades de conscientização e esclarecimento em relação ao tema, em consonância com as ações do mês Setembro Amarelo promovido pelo Ministério da Saúde.

No mês de setembro de 2018, diversas atividades de conscientização, palestras, ações em escolas e no território deram luz ao tema obscuro do suicídio no município. Em Audiência Pública sobre Prevenção ao Suicídio, além da apresentação dos dados municipais e de conversa dos profissionais de saúde mental com a comunidade, foram trabalhados mitos e verdades em torno do tema (CÂMARA MUNICIPAL DE CANOAS, 2018).

No mesmo mês ocorreu o ato de implantação do Comitê de Prevenção ao Suicídio, considerando que:

O Comitê de Prevenção ao Suicídio tem como objetivo formular e apoiar políticas públicas de prevenção ao suicídio por meio do estudo da problemática apresentada para identificação dos motivos do aumento dos

indicadores e, a partir daí, fazer a articulação entre agentes envolvidos na promoção da cultura, saúde, esporte, educação e assistência social para elaboração do plano municipal de prevenção ao suicídio. (Prefeitura Municipal de Canoas, 2018)

Percebe-se o fomento de ações de prevenção e orientação da população em relação à temática, embora que em ações pontuais. Quanto aos fluxos de cuidado, o Plano Municipal de Saúde da gestão 2013/2017 aponta a necessidade de:

Introduzir mudanças substantivas na orientação de sistemas e serviços de saúde para construção de estratégias de promoção da segurança e de proteção da vida através da criação de estruturas, redesenho de fluxos e qualificação de seus trabalhadores em consonância com as iniciativas de todos os agentes públicos operadores em toda a cidade é imperativo. (CANOAS, 2013).

A gestão atual, em sua Programação Anual de Saúde 2018/2021 (CANOAS, 2018) prevê novamente como meta, estabelecer e definir fluxos de atendimento de Urgência e Emergência em UPAS, hospitais e SAMU para pacientes em saúde mental em crise. No entanto, não cita em seu plano de saúde atual ações específicas para a problemática do suicídio.

Embora citado no plano de ação municipal pela gestão atual, assim como na gestão anterior, os fluxos de atendimento a situações de crise seguem pactuações acordadas em reuniões de colegiado gestor e reuniões junto aos gestores dos serviços, não havendo documento norteador das práticas e condutas que garantam a uniformidade e manutenção destes fluxos. Abaixo a descrição, a partir da observação participante, dos fluxos de atendimento pré-estabelecidos entre serviços para atenção a estes casos.

5.3 ANÁLISE DOS FLUXOS DE ATENDIMENTO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO A PARTIR DO MODELO DE ANÁLISE PROPOSTO COM BASE NA REVISÃO DA LITERATURA

Como trabalhadora de Saúde Mental no município e a partir da experiência de campo e da interação com gestores, os fluxos estabelecidos para atendimento às tentativas de suicídio segue o preconizado pela política de saúde mental, contudo, não há um protocolo de atendimento documentado, ficando a cargo da Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental – DPASM firmar as pactuações entre os serviços da rede. Ainda que não existam formalmente estabelecidos estes fluxos,

será narrada a seguir, de forma sistemática e a partir da experiência empírica da pesquisadora, como a rede de saúde se organiza para o atendimento das tentativas de suicídios no município:

Figura 1 - Fluxograma de Encaminhamento HNSG/HPSC/UPAS/CAPS

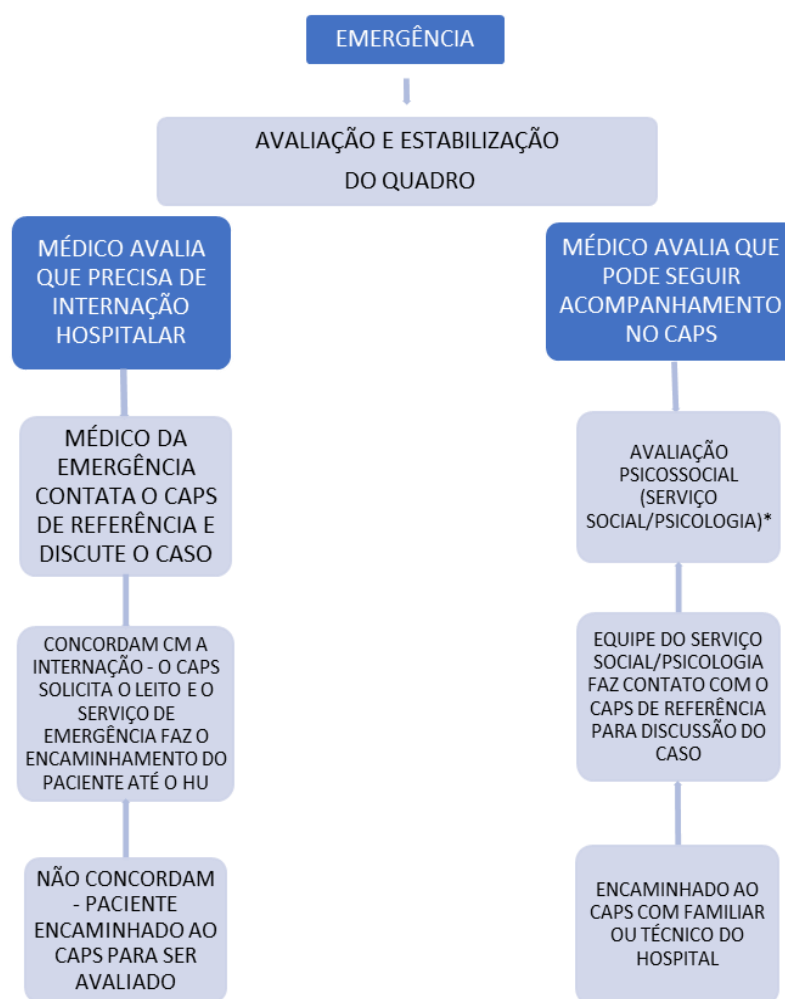


Fonte: Soares, A. Canoas/RS. 2019 (Pesquisa direta).

As emergências hospitalares, assim como as UPAS, consistem em portas de entrada para crises em saúde mental, como é a questão das tentativas de suicídio. Pacientes conduzidos pela SAMU são encaminhados diretamente para o Hospital Geral do município, o Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG).

Quando um paciente acessa o serviço de saúde dos hospitais do município, o fluxo pactuado de atendimento segue o fluxograma acima citado. Estabilizado o quadro clínico, o paciente passa por avaliação psicossocial, onde serviço social e psicologia atuam em parceria. Realizam a avaliação do caso e a discussão com a equipe do CAPS de referência. A referência se dá pelo território de moradia do paciente, sendo que para cada dois quadrantes (Nordeste e Sudeste/ Noroeste e Sudoeste) existe um CAPS específico para atendimento à transtornos mentais e um CAPS AD. Somente para a infância e juventude é que um único serviço é responsável pelo atendimento de toda a população do município desta faixa etária.

Figura 2 - Fluxograma de Encaminhamento Emergência – Internação Saúde Mental – HNSG/UPAs/HU



*Somente HNSG e HPSC contam com serviço de psicologia e serviço social.

Fonte: Soares, A. Canoas/RS. 2019 (Pesquisa direta).

Após a discussão do caso, o usuário que necessita de atendimento é conduzido ao CAPS, acompanhado de um familiar ou com ambulância de transporte com um técnico do hospital, onde passa por acolhimento e é definido o melhor cuidado de acordo com a gravidade do quadro apresentado.

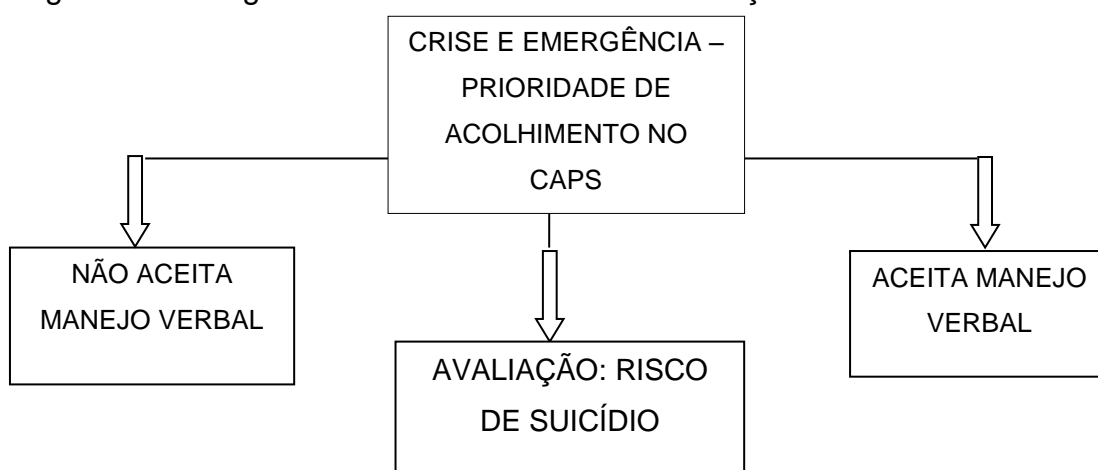
Nos casos em que a avaliação médica indica internação do paciente, este deve ligar para o CAPS de referência do usuário e discutir o caso com a equipe de saúde mental. Para situações com alto risco de vida e resistência do paciente é indicado internação no Hospital Universitário, onde existem 35 leitos psiquiátricos contratados pelo município. A regulação dos leitos é feita pelos CAPS, com autorização da Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental – DPASM. Portanto

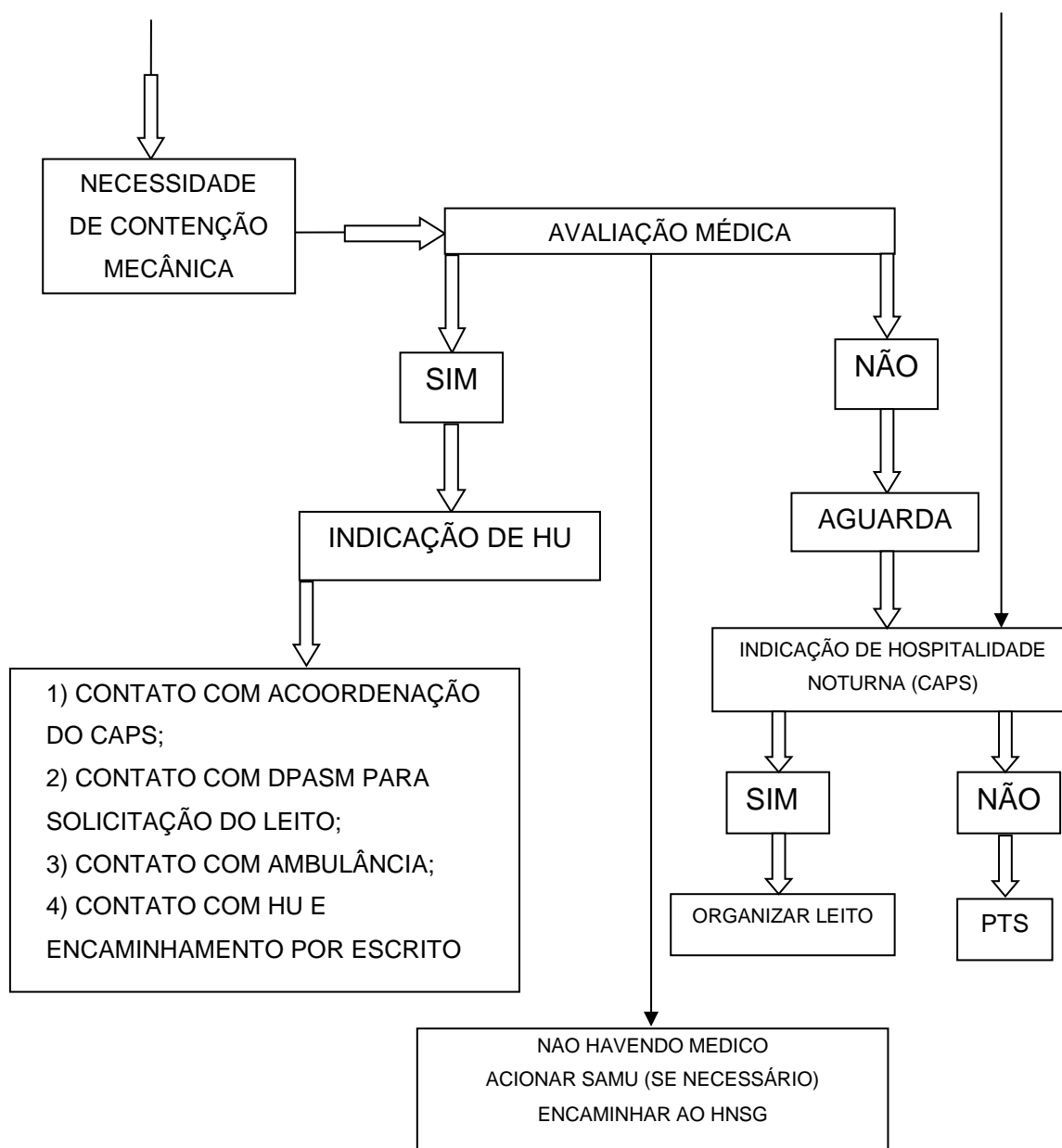
é necessário que o CAPS faça a solicitação do leito ao DPASM, contato com o HU informando o caso e a equipe de emergência, nestes casos, fica responsável pela condução e acompanhamento do paciente até a internação.

No entanto, nem todos os casos atendidos nos serviços de emergência tem indicação de internação imediata. Situações menos agudas e usuários responsivos ao manejo verbal são encaminhados ao CAPS para avaliação, preferencialmente acompanhados com familiares. Inicialmente passam por atendimento com técnicos da equipe multiprofissional (psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, educadores físicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e oficinairos). Avaliado e discutido o caso, se identificado risco, o médico psiquiatra atende o paciente. Em conjunto, equipe conduz o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada situação, considerando a história de vida do paciente, sua rede familiar, sua cultura, seus projetos de vida cotidiano, extravasando o espaço do CAPS e implicando as redes de suporte social, os saberes e recursos do território (BRASIL, 2015).

O PTS é um conjunto de ações de cuidado propostas e construídas para, e juntamente, com o paciente. Pode ocorrer de forma intensiva (todos os dias da semana), semi-intensiva (alguns dias e turnos da semana) e não intensivo (uma vez por semana, quinzenalmente ou menos), conforme necessidade de atenção. Nos casos de tentativas de suicídios, equipe avalia os riscos iminentes. Se há ideação suicida presente pode-se indicar a internação no Hospital Universitário, sendo está a última opção de cuidado, considerando o caráter substitutivo do CAPS e a escolha pelo cuidado em liberdade sempre que possível. A hospitalidade noturna nos CAPS III (24 horas) é uma das alternativas de cuidado, assim como a internação domiciliar, desde que o suporte social seja possível e protetivo. Para demais situações é indicado PTS intensivo para seguir acompanhando o sujeito e conduzindo o cuidado até estabilização do quadro.

Figura 3 - Fluxograma de Encaminhamento a Situações de Crise no CAPS





Fonte: Soares, A. Canoas/RS. 2019 (Pesquisa direta).

Para situações de crise nos CAPS, onde o quadro pode apresentar risco de vida, agitação psicomotora, risco de auto e hetero agressão, em situações que fogem ao manejo da equipe, o fluxo pactuado segue os critérios acima citados. Situações de crise tem prioridade de atendimento nestes serviços. Havendo possibilidade de manejo verbal, a equipe multidisciplinar avalia o caso e a necessidade de atendimento médico de urgência. Médico e equipe avaliam indicação para internação no HU ou hospitalidade noturna nos CAPS. Se a avaliação for positiva para internação no HU, equipe solicita leito para o DPASM, aciona o serviço de transporte, faz contato com a equipe do hospital responsáveis

pelos leitos psiquiátricos e usuário e familiar aguardam ambulância para realização da baixa hospitalar. Caso seja possível permanecer em hospitalidade noturna, é contratado com o usuário e familiares o plano de cuidado. Existe uma particularidade em relação ao CAPS II, serviço que não tem funcionamento 24hs. Neste caso, equipe faz contato com o CAPS III 24hs de apoio às hospitalidades noturnas, discute o caso e reserva leito. Usuário aguarda o transporte para encaminhamento ao serviço, não sendo necessário o acompanhamento de familiares nesta modalidade de cuidado.

Importante frisar duas situações atípicas, mas possíveis aos serviços: 1) caso não haja médico para avaliação em momento de crise, equipe deve acionar a SAMU e conduzir o usuário ao hospital geral do município que será responsável pela estabilização do quadro e reencaminhamento do usuário ao CAPS para continuidade do cuidado. O CAPS sempre será o responsável por avaliar indicações de internação, cumprindo sua função estratégica da RAPS de regulador de leitos psiquiátricos. 2) Se o paciente avaliado pela equipe multiprofissional apresentar indicação de internação e não houver leitos disponíveis, equipe do CAPS pactua junto ao familiar hospitalidade domiciliar, atrelado ao cuidado intensivo no serviço, nesta modalidade o usuário dorme em casa e permanece durante o dia no serviço de saúde mental para observação, participação de atividades de grupos e oficinas e medicações assistidas, se necessário. Situações em que o usuário não dispõe de rede sócio familiar continente e risco de vida iminente, solicita-se ao hospital geral permanência do usuário no leito de emergência até liberação de leito psiquiátrico no HU ou nos CAPS.

Ações paralelas a estes casos, como fluxo do Departamento de Vigilância em Saúde do município, que recebe as notificações do Sistema de Informação de Notificação - SINAN dos serviços de saúde e encaminha aos CAPS para busca ativa àqueles que não deram continuidade ao cuidado após atendimento de emergência também são tomadas como medidas de cuidado e prevenção.

Outra iniciativa importante da gestão municipal voltado a ações de prevenção ao suicídio foi a publicação, em Diário Oficial, do Decreto nº 302 de 2 de outubro de 2018, que institui o Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção ao Suicídio, “com a finalidade de elaborar e implantar a Política Municipal de Prevenção ao Suicídio”.

Conforme relato informal de um dos membros do Comitê, a proposta surgiu a partir de diversas situações e desafios em que a gestão se depara frente a esta

temática e também pela preocupação da vigilância em saúde em alinhar as notificações compulsórias ao cuidado efetivo dos casos. Articula e mobiliza diversas secretarias – de Saúde; Desenvolvimento Social; de Educação; da Segurança Pública e Cidadania; além do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Tutelar e da Câmara de Vereadores/Comissão de Saúde – a fim de discutir Políticas Públicas efetivas, propor comissões de prevenção ao suicídio, criar um observatório de suicídio para conhecer o fenômeno no município e implementar um rastreamento dos casos. Prevê ainda a sensibilização das portas de entrada frente ao tema e o acompanhamento das famílias enlutadas. No momento, o grupo de trabalho realiza reuniões quinzenais com os gestores responsáveis de cada secretaria e aguardam a publicação da Portaria que reconhecerá o Comitê.

Quadro 1 – Comparativo entre ações do município e as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio:

DIRETRIZES	ALCANÇA	NÃO ALCANÇA	EM PROCESSO
I- Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;			Ações pontuais e específicas, executadas exclusivamente nas ações do “Setembro Amarelo” Proposta de ação do Comitê de Promoção da Vida e Prevenção ao Suicídio, ainda aguardando portaria que formalize seu funcionamento.
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;			Ações pontuais e específicas, executadas exclusivamente nas ações do “Setembro Amarelo”
III- Organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;	O acesso é garantido e a rede funciona de forma integrada a partir das pactuações realizadas entre secretaria e gestores.		O Programa Municipal de Saúde prevê a construção de fluxos de cuidado a atenção à crise, porém não especifica a organização de linhas de cuidado para o suicídio.
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;			Proposta de ação do Comitê de Promoção da Vida e Prevenção ao Suicídio, ainda aguardando portaria que formalize seu funcionamento.

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;	A organização da rede é feita a partir das pactuações entre secretaria e gestores. Segue o que é preconizado na Portaria de Saúde Mental referente a atenção à crise em saúde mental.	Não alcança (projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade)	
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;		Não alcança	
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		Não alcança	
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.			Proposta de ação do Comitê de Promoção da Vida e Prevenção ao Suicídio, ainda aguardando portaria que formalize seu funcionamento.

Fonte: Soares, A. Canoas/RS. 2019 (Pesquisa direta).

A partir da análise do quadro acima, podemos observar que o Município de Canoas segue as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio em sua maior parte. Alcança plenamente as diretrizes III e V; Está em processo nos itens I, II, III, IV e VIII. Somente no item VI - sobre fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimento não há investimentos, contudo, a gestão aponta que este será uma das atribuições do Comitê de Promoção a Vida e Prevenção ao Suicídio, ainda em fase de projeto. Quanto ao item VII percebe-se uma lacuna nas informações e o município não alcança o esperado, visto que os sistemas de informação dos

serviços não são integrados, dificultando assim a produção de dados e a democratização das informações.

6 CONCLUSÃO

Com o aumento significativo nos casos de suicídio e das tentativas de tirar a própria vida cada vez mais frequentes, os gestores de saúde se deparam com o desafio de definir a melhor forma de cuidado para tais situações. Embora o município de Canoas tenha gestão plena na saúde e desta forma defina a atuação de sua rede assistencial, o Ministério da Saúde apresenta algumas Diretrizes de Prevenção ao Suicídio que norteiam o trabalho e visam a diminuição dos casos, a conscientização da população frente ao tema e a qualificação da rede de saúde para o atendimento à essa população.

Visto isso, esta pesquisa se propôs a descrever e analisar as principais medidas adotadas pela Secretaria de Saúde do Município de Canoas, considerando as Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde para Prevenção ao Suicídio e quais ações são recomendáveis para alcançar maior ajustamento às Diretrizes do Ministério da Saúde.

De acordo com a revisão da literatura, pontuamos que a maioria dos estudos/protocolos e documentos orientadores encontrados abordam sinais e sintomas, mas não os fluxos de atendimento. Quase todos indicam a hospitalização como método de cuidado. Não foram encontrados estudos publicados sobre esta temática no município e os dados numéricos apresentam-se desatualizados, sendo este um aspecto apontado como uma das limitações deste estudo.

No cotidiano do trabalho, nem todas as tentativas de suicídio tem necessidade e/ou indicação de internação, sendo os CAPS os equipamentos de atenção intensiva à crise, que proporcionam um cuidado próximo ao paciente sem necessariamente indicar uma internação. Podemos observar que tal equipamento ocupa um lugar central no cuidado às situações de tentativas de suicídio, tanto para avaliação, quanto para encaminhamento do caso propriamente dito.

Dentro da RAPS, são reguladores dos leitos psiquiátricos, tendo a responsabilidade de avaliar, junto a equipe multidisciplinar, indicações de internação e formas de cuidado. Estudos apontam que em municípios que existem Centros de Atenção Psicossocial os índices de suicídio são menores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Desta forma, fortalecer, ampliar e priorizar o trabalho destes equipamentos, assim como valorizar as equipes de saúde mental e proporcionar melhores

condições de estrutura e suporte, considera-se como ponto estratégico na gestão da crise nestes casos.

Quanto aos fluxos, apesar da ausência de dados que possam atestar a sua efetividade, o município de Canoas demonstra ter uma rede de atendimento estabelecida e que segue o preconizado na política de saúde mental no que diz respeito ao CAPS e sua centralidade no cuidado. Apontamos a importância de que estes fluxos sejam sistematizados e claros a todos os equipamentos da rede de saúde, evitando ruídos de comunicação e mudança a cada troca de gestão, para que se institucionalize uma forma de trabalho e cuidado que informalmente já existe e desta forma, fortalecer a rede de atendimento, para que seja capaz de proporcionar o atendimento de forma precisa, humanizada e integral.

Outro aspecto a se considerar é que o atendimento ao suicídio se baseia e é influenciado por questões sociais, culturais, étnicas, de gênero e religiosas. Salienta-se a importância de propor uma linha e cuidado ao suicídio que possa qualificar o atendimento às vítimas de violência auto provocadas, fomentando a educação permanente em saúde, o treinamento das equipes de emergência e a sensibilização aos trabalhadores dos serviços de saúde para evitar um processo de revitimização e proporcionar um atendimento acolhedor e continente ao paciente em sofrimento, proporcionando vínculo, a possibilidade de um tratamento efetivo e a prevenção de novas recidivas.

Importante dizer que o estabelecimento de uma linha de cuidado não deve endurecer as ações, tornando-as apenas protocolos burocráticos, mas que possa manter a flexibilidade, estabelecendo fluxos assistenciais seguros e pré-estabelecidos, assim como o fomento de ações e sensibilização dos profissionais a partir de práticas de educação permanente sistemáticas sobre o tema.

Por fim, a temática do suicídio é de tamanha complexidade que necessita da ampliação da discussão e conscientização sobre tema para além do estabelecimento de fluxos. Contudo, uma rede estruturada, com capacidade técnica de avaliação e cuidado acolhedor, que investe em Educação Permanente de seus trabalhadores e inclui a sociedade nestes debates tende a apresentar resultados positivos e a mudança de cultura frente a situações adversas como a morte intencional.

Salienta-se que este trabalho não se esgota em si mesmo. Buscou-se descrever, a partir da práxis da pesquisadora o que se estabelece informalmente,

mesmo que pactuado entre gestores, mas não estabelecido como protocolo, e contribuir para a produção de conhecimento, cuidado e alinhamento das práticas em nível de gestão.

A esse campo de saber, cabe contribuir com recomendações práticas a partir dos resultados da pesquisa, tais como: 1) a organização de seminários teóricos sobre o tema, não somente no mês definido no calendário municipal, mas que aconteçam de forma continuada. 2) Treinamento dos trabalhadores de saúde e a sensibilização das portas de entrada, assim como a aproximação efetiva entre atenção básica e especializada para pensar ações conjuntas sobre o tema. 3) Trabalhar a cultura da automedicação nas comunidades, a fim de reduzi-la e a desmedicalização com os médicos assistentes da rede, promovendo um cuidado integral e incluindo as ações das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na promoção e prevenção da saúde. 4) Atuar no atendimento e na perspectiva de prevenção às famílias enlutadas. 5) Incluir a mídia para o fortalecimento das ações e o maior alcance das informações ao público, produzir cartilhas sobre o tema e promover espaços de discussão e de psicoeducação com, e para a comunidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento Suicida**. Conhecer para prevenir. Dirigido para profissionais da imprensa. 2009.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobre dose intencional de medicamentos atendida por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(7):1366-1372, jul, 2010.

BERNARDI, R. Mesmo após decisão judicial, Gamp segue gerenciando hospitais em Canoas. **Gaucha ZH**. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2018/12/mesmo-apos-decisao-judicial-gamp-segue-gerenciando-hospitais-em-canoas-cjpfldgf0k0x01rxzfl7yjuk.html>>. Acesso em: 12 abril 2019.

BRASIL. **Lei 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990_365093-normaatuizada-pl.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Relatório 8º **Conferência de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projeto de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília. : Ministério da Saúde. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional de prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2019.

_____. Ministério da Saude. **Saúde**. 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camارانoticias/noticias/SAUDE/546400-MUNICIPIOS-COM-ATENCAO-PSICOSSOCIAL-REDUZEM-SUICIDIOS-EM-14.html>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

BOTEGA, N. J.; Mauro, M. L. F.; Cais, C. F. S. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida –Supre-Miss – Organização Mundial da Saúde. In B. G.Werlang, & N. J. Botega. (Org.). **Comportamento suicida** (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do Comportamento Suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.

BOTEGA, N. J. **A tristeza transforma, a depressão paralisa: guia para pacientes e familiares.** São Paulo. Benvirá, 2018.

CALIXTO FILHO, M.; ZERBINI, T. **Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010.** (2016).

CÂMARA MUNICIPAL DE CANOAS. camaracanoas. **Câmara Municipal de Canoas.** Disponível em:

<<https://www.camaracanoas.rs.gov.br/?sec=noticia&id=11600>>. Acesso em: 15 abril 2019.

CANOAS. **Plano Municipal de Saúde – 2014 -2017.** Prefeitura Municipal de Canoas. Secretaria da Saúde. 2013. Disponível em <http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/335471/PMS_CANOAS_2014_2017.pdf>. Acesso em 15 abr. 2019.

_____. Programação Anual de Saúde 2018/2021. Prefeitura Municipal de Canoas. Secretaria da Saúde. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

CONTE, M. et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2017-2026, 2012.

GONÇALVES, P. I., SILVA, R. A., & FERREIRA, L. A. **Comportamento Suicida: Percepções E Práticas De Cuidado.** Psicologia Hospitalar, 2015. pp. 64-87.

GUERRA, E. L. A. Manual de Pesquisa Qualitativa. **Grupo Ânima Educação.** Belo Horizonte, 2014. Disponível em:

<http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo demográfico 2010.** Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Área territorial brasileira.** Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm>. Acesso em: 02 mar. 2019.

KILSZTAJN S ET AL. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (10):2354-2362, out, 2008.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.

MENEGHEL, S. N.; MOURA, R. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. **Interface, comunicação, saúde e educação.** 2018; 22(67):1135-46. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22n67/1135-1146/pt>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Editora Vozes Limitada: Petrópolis RJ, 2001.

MOREIRA, L. C. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: uma revisão da literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 19, Número 3, Setembro/Dezembro de 2015: , pp. 445-453.

ONOCKO C., R. & Furtado, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (5):1053-1062, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2017.

ONOCKO, C., R. **Planejamento e razão instrumental**: análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. Campinas, 1999. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2958.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Prevenção ao Suicídio**. Disponível em: <<https://www.prevencaosuicidio.blog.br/dados>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

_____. **Salud mental**. Prevención del suicidio. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mentl_health/prevention/suicide/>. Acesso em: 09 mar. 2019.

PINTO, L. W. ASSIS, S. G. de; PIRES, T. de O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):1963-1972, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/07.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS. canoas.rs. Disponível em: <<https://www.canoas.rs.gov.br/noticias/atividades-do-setembro-amarelo-conscientizam-sobre-a-valorizacao-da-vida/>>. Acesso em: 14 abril 2019.

SANTANA DA SILVA, T. de P.; BOTELHO SOUGEY, E.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. **Revista Bioética**, vol. 23, núm. 2, 2015, pp. 419-426. Conselho Federal de Medicina. Brasília, Brasil.

SOARES, M. V. J.; CUNHA, C. R. M.; OLIVEIRA, S. A. de S. O. A importância do centro de informações toxicológicas (cit-go) na comunidade. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 7, nº 2, 2014, p (57-70), 2014 ISSN 18088597.

VIDAL, C. E. Tentativas de Suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2013, pp. 108-114.

WHO. **Preventing suicide**: a global imperative. 2014. Disponível em:
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779>>. Acesso em: 18
mai. 2019.