

Juliana Macchiaverni

**FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS AOS PACIENTES  
ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO POR TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Dissertação submetida ao Programa  
Pós-Graduação Multidisciplinar em  
Saúde para a obtenção do Grau de  
Mestre em Profissional em Saúde,  
Área de Concentração Cuidados  
Intensivos.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lecila Duarte  
Barbosa Oliveira.

Coorientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lucienne  
Martins Borges.

Florianópolis – SC  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Macchiaverni, Juliana

Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na emergência adulto do hospital universitário por tentativa de suicídio [dissertação] / Juliana Macchiaverni ; orientadora, Lecila Duarte Barbosa Oliveira ; co-orientadora, Lucienne Martins Borges. - Florianópolis, SC, 2013.

141 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Multidisciplinar em Saúde. 2. Tentativa de suicídio. 3. Psicologia. 4. Unidade de Emergência Hospitalar. I. Oliveira, Lecila Duarte Barbosa . II. Borges, Lucienne Martins . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. IV. Título.

Juliana Macchiaverni


**FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS AOS PACIENTES  
ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA ADULTO DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO POR TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Profissional em Saúde, Área de Concentração Cuidados Intensivos”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde, Área de Concentração Cuidados Intensivos.

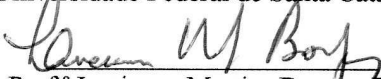
Florianópolis, 20 de dezembro de 2012.

  
Prof.<sup>ª</sup> Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Dr.<sup>ª</sup>


**Banca Examinadora:**

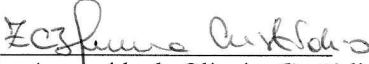
  
Prof.<sup>ª</sup> Lecila Duarte Barbosa de Oliveira, Dr.<sup>ª</sup>  
Orientadora

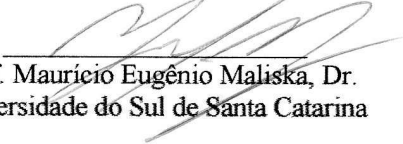
Universidade Federal de Santa Catarina

  
Prof.<sup>ª</sup> Lucienne Martins Borges, Dr.<sup>ª</sup>  
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

  
Prof.<sup>ª</sup> Raquel Kuerten de Salles, Dr.<sup>ª</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

  
Psic. Zaira Aparecida de Oliveira Custódio, Dr.<sup>ª</sup>  
Hospital Universitário/UFSC

  
Prof. Mauricio Eugênio Maliska, Dr.  
Universidade do Sul de Santa Catarina



*Aos meus pais, Nelson e Luzita, que sempre incentivaram e acreditaram em minhas escolhas. Obrigada pelos ensinamentos e valores transmitidos com carinho e dedicação.*



*Aos meus irmãos, Nelson, Luciana e  
Patrícia, que como irmãos mais velhos  
se tornaram modelos a serem seguidos  
e, ainda que distantes, são meu porto  
seguro.*





*Ao meu “namorado”, Renan, com quem tenho o prazer de compartilhar os dias de minha vida, pelo amor e incansável apoio a mim dedicados. Obrigada pela compreensão e paciência durante a realização desse trabalho.*



## AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Lecila Duarte Barbosa Oliveira, pelas valiosas orientações, disponibilidade e pela dedicação com o Programa de Mestrado, tornando possível a execução desta dissertação.

À Profª Drª Lucienne Martins Borges, pelos conhecimentos passados com maestria e por ter me guiado por toda minha trajetória, da residência ao mestrado.

À Amanda, Andrezza e Claudete, pelas instigantes discussões durante a residência, que fomentaram a origem desse trabalho.

À Psicóloga Drª Zaira e Profª Kátia, pela valorosa colaboração na qualificação deste trabalho.

A todos os colegas do Serviço de Psicologia pelo incentivo, interesse e carinho.

À minha turma de residência, cuja amizade construída ficará viva para sempre. Pelas festas animadas, desabafos compartilhados e pela parceria para enfrentar desafios. Sem vocês certamente o caminho seria mais difícil!

À Sônia, que as conversas e reflexões facilitam a concretização de meus sonhos.

A todos que participaram das entrevistas realizadas, pelo tempo disponibilizado, preciosas contribuições e interesse em trazer melhorias aos serviços prestados à população.



“De modo suave você pode sacudir o mundo.”  
(Mahatma Gandhi)



## RESUMO

O comportamento suicida causa impactos importantes na sociedade em geral e nos serviços de saúde. A região sul do Brasil é a que apresenta as maiores taxas de suicídio, sendo que Santa Catarina é o segundo estado brasileiro com as taxas mais elevadas. A Unidade de Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina recebe frequentemente pacientes que tentaram suicídio, que necessitam de atenção quanto aos aspectos orgânicos, mas também à saúde mental. Nestas situações, em especial, o Serviço de Psicologia da unidade tem importante participação, realizando atendimento psicológico ao paciente/familiares, avaliação do risco de nova tentativa de suicídio e o encaminhamento para outros serviços da rede de saúde que possam proporcionar a continuidade do tratamento. Para que esses encaminhamentos sejam realizados com qualidade é crucial que os profissionais conheçam os recursos disponíveis no município em que o paciente reside e quais demandas eles atendem. Foi então estabelecido como objetivo deste estudo a construção de um fluxograma de encaminhamentos para os pacientes atendidos por tentativa de suicídio pelo Serviço de Psicologia na Emergência. Os municípios selecionados para esta pesquisa foram aqueles que apresentaram maiores números de pacientes que tentaram suicídio e foram atendidos pelo Serviço de Psicologia no período de março de 2011 a fevereiro de 2012. Dessa forma, participaram deste trabalho os municípios de Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José. Primeiramente foi realizado um levantamento a respeito dos serviços de saúde mental existentes nestes municípios através do contato com a Secretaria de Saúde. Foi observado que, de maneira geral, os principais serviços constituintes da rede de saúde mental nestes municípios são as Unidades Básicas de Saúde juntamente com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial e uma única emergência psiquiátrica, que é referência para toda regional da Grande Florianópolis. Foi identificada a necessidade de, inicialmente, estabelecer uma classificação relacionando o tipo de atendimento que o paciente necessita com as características/sintomas que ele apresenta no momento da avaliação. Essa classificação foi realizada a partir da revisão de literatura. Posteriormente, tendo como base a revisão de literatura e entrevistas com representantes dos serviços de saúde mental, foi elaborado um fluxograma representando, para cada categoria pré-estabelecida, qual o

serviço indicado e o percurso sugerido para se efetivar o encaminhamento. Acredita-se que este estudo e os instrumentos elaborados a partir dele possam contribuir para facilitar os atendimentos realizados pelos profissionais. Espera-se também que colabore para uma maior articulação da rede de saúde e que os pacientes não necessitem percorrer diversos serviços até ter suas demandas atendidas, sendo acolhido em um período de tempo reduzido, no local adequado.

**Palavras-chave:** Tentativa de suicídio. Psicologia Hospitalar. Serviço Hospitalar de Emergência. Serviços de Saúde Mental.



## ABSTRACT

Suicidal behavior has important impacts on society in general and health care services. The south region of Brazil has the highest rates of suicide, and Santa Catarina is the Brazilian state with the second highest rate. The Emergency University Hospital of Federal University of Santa Catarina often receives patients who attempted suicide and need attention for some aspects, regarding the organics, but also psychological. In this scenery, the Psychology Service has an important participation, performing psychological attendance to the patient/family, risk evaluation of another attempt of suicide and the routing to other services of health care network that can provide continuity for treatment. For the continuity of treatment be made with quality, is important that the professional has the knowledge about the resources available at the patient's home's town and which demands they accept. It was then established as the goal of this study the construction of a flowchart of routings for patients treated for attempted suicide by the Psychology Service in the ER. The cities selected for this study were those who had higher numbers of patient who tried suicide and were attended by Psychology Service in the period of March 2011 to February 2012. On that thought, the towns that have participated were Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José. First it was made a research about what mental care services were at disposal by contacting the Health Office. It was observed that, in general, the main services inside the mental care's network on these cities were the Units of Basic Health Care together with the Center of Family Health Care, the Psychosocial Attention Centers and one single psychiatric emergency, that is reference for Florianópolis and surroundings. It was identified the need to initially establish a classification relating the type of care the patient needs with the characteristic /symptoms that he presents at the time of evaluation. This classification was made from the literature revision. Subsequently, based on these revision and interviews with representatives of mental care services, it was designed a flowchart representing, for each category pre-established, which service was indicated and suggested routing. It is believed that this study, and instruments created from it, can help facilitate the care provided by psychology professionals. Also, it is hoped to collaborate to improve the network, and that patients do not need to scroll through various services until have their demands attended, receiving the right care in a reduced time, on the appropriate place.

**Keywords:** Suicide Attempted. Hospital Psychology. Emergency Service Hospital. Mental Health Services.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa dos municípios de Biguaçu, Florianópolis, São José e Palhoça. .....	57
Figura 2: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na EMG/HU por TS – município de BIGUAÇU.....	73
Figura 3: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na EMG/HU por TS – município de FLORIANÓPOLIS.....	77
Figura 4: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na EMG/HU por TS – município de PALHOÇA.....	79
Figura 5: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na EMG/HU por TS – município de SÃO JOSÉ.....	80



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número de pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia na Emergência do HU/UFSC por tentativa de suicídio por procedência no período de março de 2011 a fevereiro de 2012.....	56
Tabela 2: Caracterização do município de Biguaçu.....	60
Tabela 3: Caracterização do município de Florianópolis.....	61
Tabela 4: Caracterização do município de Palhoça.....	63
Tabela 5: Caracterização do município de São José.....	65
Tabela 6: Serviços municipais relacionados à saúde mental disponíveis em Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José.....	67
Tabela 7: Critérios para encaminhamento após avaliação pelo Serviço de Psicologia do HU/UFSC do paciente que tentou suicídio.....	70



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial - Infantil

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CIT/SC - Centro de Informações Toxicológicas

EAD - Equipe de Álcool e outras drogas

EMG/HU - Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

ESF - Estratégia Saúde da Família

HU/UFSC - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPq/SC - Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES/SC - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

SUS - Sistema Único de Saúde

TS - Tentativa de suicídio

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento





## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1	OBJETIVOS.....	21
1.1.1	Objetivo Geral.....	21
1.1.2	Objetivos Específicos.....	21
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>23</b>
2.1	TENTATIVA DE SUICÍDIO .....	23
2.2	FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO ASSOCIADOS AO SUICÍDIO.....	25
2.3	ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA A PACIENTES QUE TENTARAM SUICÍDIO.....	30
2.4	SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS .....	34
2.5	SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL – SUS .....	39
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>49</b>
3.1	PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	49
3.1.1	Primeiro momento: seleção dos municípios participantes .....	49
3.1.2	Segundo momento: identificação serviços de saúde mental SUS .....	50
3.2	SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA EMG/HU POR TENTATIVA DE SUICÍDIO .....	51
3.3	TERCEIRA ETAPA: PROPOSTA DE UM FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA EMG/HU POR TENTATIVA DE SUICÍDIO .....	51
3.3.1	Primeiro momento: construção do fluxograma provisório .....	51
3.3.2	Segundo momento: entrevistas com representantes dos serviços e elaboração da versão final do fluxograma.....	52
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>55</b>
4.1	PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	55
4.1.1	Serviços de saúde mental - Regional Grande Florianópolis.....	58
4.1.2	Serviços de saúde mental - Município de Biguaçu.....	60
4.1.3	Serviços de saúde mental - Município de Florianópolis .....	61
4.1.4	Serviços de saúde mental - Município de Palhoça .....	63

<b>4.1.5</b>	<b>Serviços de saúde mental - Município de São José.....</b>	<b>65</b>
4.2	SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA EMG/HU POR TENTATIVA DE SUICÍDIO .....	68
4.3	TERCEIRA ETAPA: PROPOSTA DE UM FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA EMG/HU POR TENTATIVA DE SUICÍDIO .....	72
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO A – CERTIFICADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE B – DOCUMENTO INFORMATIVO: BIGUAÇU...103</b>	
	<b>APÊNDICE C – DOCUMENTO INFORMATIVO: FLORIANÓPOLIS .....</b>	<b>109</b>
	<b>APÊNDICE D – DOCUMENTO INFORMATIVO: PALHOÇA .117</b>	
	<b>APÊNDICE E – DOCUMENTO INFORMATIVO: SÃO JOSÉ ..123</b>	
	<b>APÊNDICE F – COMUNICADO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO .....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil, apesar de estar entre os 10 países com maior número absoluto de suicídios, pelo fato do Brasil ser um país populoso, possui taxas de suicídio relativamente baixas (BRASIL, 2006a). Efetivamente, ocupa a posição 73 dentre 100 países pesquisados, com taxa total de 4,9 suicídios para cada 100.000 habitantes. Entretanto, quando se faz referência à população jovem, o Brasil assume uma posição intermediária, 60, com uma taxa de 5,1 suicídios por 100.000 habitantes jovens (WAISELFISZ, 2011). Vale ressaltar que na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio aparece entre as três principais causas de morte no país (BRASIL, 2006a). Entre os anos de 1998 a 2008, o total de suicídios em números absolutos no país passou de 6.985 para 9.328, o que representa um aumento de 33,5% (WAISELFISZ, 2011).

De acordo com estudo epidemiológico dos índices de suicídio registrados de 1980 a 2006, a região Nordeste do Brasil foi a que apresentou taxas mais baixas de suicídio, com média de 2,7 mortes por 100.000 habitantes; enquanto a região Sul, com média de 9,3 mortes por 100.000 habitantes, foi a que apresentou taxas mais altas (LOVISI et al., 2009). Porém, dados do Mapa da Violência revelam que entre os anos de 1998 e 2008 o número de suicídios na região Nordeste mais que duplicou; e já na região Sul esses números tiveram aumento abaixo da média nacional. Ainda assim, o Sul segue apresentando as maiores taxas (8,2 mortes por 100.000 habitantes em 2008) enquanto a região Nordeste juntamente com a Norte apresentam as menores taxas (4,1 em 2008). Santa Catarina é o segundo estado brasileiro com as taxas mais elevadas, atrás apenas do Rio Grande do Sul. Já a capital Florianópolis, município onde este estudo foi realizado, aparece na 9ª posição entre as capitais brasileiras com maiores taxas médias de suicídio no ano de 2008, com 6,2 mortes a cada 100.000 habitantes. Cabe destacar que as taxas neste município vêm decaindo, visto que em 1998 este apresentava taxa de 9,1 e ocupava a segunda posição dentre as capitais (WAISELFISZ, 2011).

Em relação às incidências das tentativas de suicídio inexistem registros sistemáticos, assim são escassas e pouco confiáveis. Contudo, há a estimativa de que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios de 10 a 20 vezes (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Com o objetivo de se obter dados mais precisos quanto à prevalência de comportamento suicida - ideação, plano e tentativa de suicídio - foi realizado um estudo por Botega e colaboradores (2009) na área urbana da cidade de Campinas, São Paulo. Neste foi observado que, ao longo da

vida, cerca de 17% dos habitantes, maiores de 14 anos, já “pensaram seriamente em pôr fim a vida”, aproximadamente 5% planejaram o ato e 2,8% tentaram suicídio efetivamente. Quando investigado a respeito dos últimos 12 meses as incidências foram de 5,3% (ideação), 1,9% (plano) e 0,4% (tentativa) respectivamente. É importante considerar que esses números não podem ser generalizados para outras áreas urbanas do país. Como já citado, há diferenças regionais dos coeficientes de mortalidade de suicídio, e Florianópolis está entre as capitais brasileiras com taxas médias mais elevadas, dessa forma, pode-se imaginar que a prevalência de comportamentos suicidas na cidade de Florianópolis seja ainda mais alta (BOTEGA et al., 2009).

O estudo realizado por Botega e colaboradores (2009) ainda mostrou que, aproximadamente, apenas uma em cada três pessoas que tentaram suicídio foi atendida em um serviço médico hospitalar. Vários fatores podem influenciar na busca ou não por um serviço médico, entre eles o potencial risco de morte, a facilidade ao acesso e a confiança no sistema de saúde, e ainda o estigma existente em relação à tentativa de suicídio (BOTEGA et al., 2009). Estes fatores provavelmente contribuem para a escassez de dados estatísticos a respeito das tentativas de suicídio.

Na Grande Florianópolis, a Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (EMG/HU) é frequentemente procurada para o tratamento de pessoas que sofreram algum tipo de intoxicação, seja ela voluntária ou involuntária. Nas instalações do Hospital Universitário (HU/UFSC) está localizado o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC). Pode-se imaginar que este é um dos fatores que faz com que o HU receba diversos pacientes para o atendimento às intoxicações. O CIT/SC é uma unidade pública de referência para todo o Estado na área de Toxicologia Clínica que presta informações, em regime de plantão permanente, aos profissionais de saúde, principalmente médicos da rede hospitalar e ambulatorial (Centro de Informações Toxicológicas, [s.d.]). Informações a respeito de qualquer tipo de intoxicação são passadas, geralmente através de contato telefônico, não apenas para profissionais da área da saúde, mas também para a população em geral.

Visto que a ingestão de medicamentos e de pesticidas são formas frequentemente utilizadas em tentativas de suicídios, a demanda desses pacientes na Emergência é grande, sendo que no ano de 2010 foi realizado em média um atendimento por dia nesta unidade. Os pacientes chegam encaminhados de locais diversos, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelo Serviço

de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bombeiros ou pela livre procura da população. Cabe salientar ainda que a partir da experiência obtida no decorrer da prática dos profissionais psicólogos que trabalham no setor, pôde-se verificar que em menor proporção também são atendidos pacientes que tentaram suicídio por outros métodos, e não somente pela ingestão de substâncias tóxicas, como por ferimento de arma branca ou de fogo, queimaduras e afogamento, entre outros. No caso dos pacientes intoxicados que são atendidos no HU/UFSC, a equipe do CIT tem oportunidade de acompanhá-los pessoalmente, o que certamente proporciona ao paciente um atendimento de melhor qualidade.

Todavia, o usuário com comportamento suicida, especialmente, precisa ser atendido além de suas demandas físicas. É fundamental que nesse momento de crise ele possa se sentir ouvido e acolhido, por tanto, outras equipes de saúde, dentre elas o Serviço de Psicologia, devem estar disponíveis para melhor atendê-lo. Segundo Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) há casos em que o sujeito tenta suicídio com a intenção de provocar mudanças em uma situação de sofrimento que está vivendo. O estudo de Botega e colaboradores (2009) mostrou que das 16 pessoas entrevistadas que tentaram suicídio, sete consideraram seu ato como um “grito de socorro”. Dessa forma, ressalta-se a importância deste “pedido de ajuda” ser acolhido.

É imprescindível ainda que, antes do seu retorno para casa, o paciente seja ouvido, avaliado e encaminhado para serviços que poderão dar continuidade ao tratamento de sua saúde mental. Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) colocam que são três as principais funções do profissional de saúde em relação ao comportamento suicida: identificar o risco de uma nova tentativa de suicídio, pensar em estratégias para proteger o paciente e remover, ou tratar, os fatores de risco associados.

No contexto da Emergência do HU/UFSC até pouco tempo não havia profissionais de saúde mental que pudessem oferecer atenção especializada ao paciente, assim, o mesmo era encaminhado para ser avaliado na emergência psiquiátrica de São José – município vizinho a Florianópolis. Foi somente em 2009, com a contratação de psicólogo na unidade, que começou a haver mudanças, visto que os pacientes internados por tentativa de suicídio passaram a ser avaliados pela Psicologia e a receber encaminhamentos para outros serviços de saúde, condizentes com cada situação.

Com a implementação do Serviço de Psicologia na unidade verificou-se a necessidade de criar instrumentos voltados para a sistematização do processo de trabalho, auxiliando o dia-a-dia dos

profissionais que ali atuam e ainda que pudessem contribuir de maneira didática, visto que por se tratar de um hospital escola recebe alunos de graduação, além do Programa de Residência Multiprofissional. Considerando que o atendimento aos pacientes que tentaram suicídio é uma importante demanda para Psicologia e exige diversas intervenções em um curto espaço de tempo – enquanto o paciente está em observação/internado na unidade – optou-se por, primeiramente, priorizar a elaboração de material voltado a esta situação.

O presente estudo é, assim, uma continuidade do Trabalho de Conclusão de Curso desta pesquisadora, em que foi elaborado um instrumento para registro de atendimento psicológico aos pacientes da EMG/HU atendidos por tentativa de suicídio (MACCHIAVERNI, 2012). O último bloco do instrumento de registro consiste nos “encaminhamentos”, ou seja, onde o usuário, atendido primeiramente na emergência em decorrência de uma tentativa de suicídio, deve dar continuidade aos cuidados em saúde mental. Foram identificadas algumas dificuldades em se definir qual seria o serviço de saúde apropriado para atender cada situação específica visto que a rede de saúde mental difere em cada município. Dessa maneira, é importante que ao fazer um encaminhamento o profissional conheça a realidade da rede, em busca de garantir o acesso do paciente ao atendimento no local que mais se adéqua a suas necessidades, evitando dessa maneira que o usuário, em situação de extrema fragilidade, tenha que percorrer diversos serviços até ter sua demanda atendida. Assim, faz-se relevante identificar a rede de serviços de saúde mental e estabelecer critérios para definir para qual desses serviços o usuário atendido, num primeiro momento, pelo Serviço de Psicologia deve ser encaminhado após receber alta hospitalar.

Com isso, pode-se colaborar para que os psicólogos que atuam no setor façam encaminhamentos com maior eficiência, facilitando o acesso do paciente ao tratamento disponível mais adequado naquele momento. Destaca-se ainda a relevância desta temática para a contribuição nas ações de prevenção do suicídio, a efetivação do trabalho realizado de maneira integral, em uma rede de atenção à saúde e buscando ainda a concretização dos princípios do SUS.

Dessa forma, foi elaborada a seguinte pergunta para esta pesquisa: Para onde e como encaminhar os pacientes que foram atendidos na Unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC por tentativa de suicídio?

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Construir um fluxograma de encaminhamentos para os pacientes atendidos por tentativa de suicídio pelo Serviço de Psicologia na Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) existentes nos municípios de onde provem o maior número de pacientes que tentaram suicídio e foram atendidos pelo Serviço de Psicologia da Emergência Adulto do HU/UFSC no período de março de 2011 a fevereiro de 2012.
- Definir critérios de encaminhamento para os pacientes atendidos por tentativa de suicídio, após avaliação do Serviço de Psicologia da Emergência Adulto do HU/UFSC.
- Estabelecer os serviços/locais de encaminhamento para os pacientes atendidos por tentativa de suicídio, após avaliação do Serviço de Psicologia da Emergência Adulto do HU/UFSC.





## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 TENTATIVA DE SUICÍDIO

O suicídio pode ser definido como o ato humano de causar a cessação da própria vida e a tentativa de suicídio como o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação dos fatos (BRASIL, 2009a). O sociólogo francês Emile Durkheim (1977), no final do século XIX, definiu o suicídio como todo o caso de morte que resulte, direta ou indiretamente, de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, tendo esta ciência do resultado que será obtido. Já a tentativa de suicídio foi definida por este autor (1977, p.12) como “o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”. Deve-se diferenciar a tentativa de suicídio de outros comportamentos autodestrutivos, em que não há a intenção de colocar fim à própria vida (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

De acordo com os pensamentos de Durkheim (1977), o suicídio é um fenômeno coletivo, dependente das causas sociais. O autor conclui que o suicídio está em razão inversamente proporcional à integração social, ou seja, quanto mais inserido socialmente está o indivíduo, menores serão os riscos que o mesmo corre de pôr fim a sua própria vida. O autor sugere ainda que há três tipos de suicídio, de acordo com o grau desta integração, sendo eles: *suicídio egoísta*, *altruísta* e *anônimo*. O primeiro seria aquele em que o indivíduo não está fortemente integrado a um grupo social; no suicídio altruísta o sujeito sacrifica sua vida pelo bem do grupo (como exemplo, os kamikazes, homem-bomba, etc); já o suicídio anônimo seria o mais característico da sociedade moderna, ocorrendo em indivíduos que vivem em uma sociedade em crise.

A intenção suicida geralmente é um processo que se desenvolve através de estágios, que vão desde a imaginação da idéia suicida, dos planos de como se matar, até a ação destrutiva concreta (BRASIL, 2006a). A maioria das pessoas sob risco de suicídio apresenta três características principais: ambivalência, impulsividade e rigidez do pensamento. A *ambivalência* se refere ao desejo de morrer e, ao mesmo tempo, de se manter vivo. Há, então, uma coexistência de atitudes e ideias antagônicas, sendo que muitas vezes a pessoa deseja morrer, mas também, ser resgatada e salva (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Botega e colaboradores (2009) colocam que essa ambivalência do ato suicida reflete o caráter de externalização do sofrimento psíquico, ou um pedido de ajuda. Já o *ato impulsivo*,

geralmente é desencadeado por acontecimentos negativos recentes, dessa forma, acalmando a crise o risco de suicídio poderá diminuir. E a *rigidez do pensamento* refere-se a um estado cognitivo constricto, em que a pessoa pensa de forma dicotômica (tudo ou nada), e frequentemente acredita que o suicídio é a única saída para seus problemas (BRASIL, 2006a).

O comportamento suicida causa impactos importantes na sociedade em geral e também nos serviços de saúde. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), nas últimas décadas, o percentual da mortalidade global por suicídio vem migrando do grupo de pessoas idosas para o de jovens entre 15 e 45 anos de idade. Além disso, as sequelas ocasionadas na tentativa de suicídio são a sexta causa de incapacitação entre indivíduos de 15 a 44 anos (BRASIL, 2006a). Essa faixa etária inclui a maior parte da população economicamente ativa, provocando, a tentativa de suicídio, um impacto ainda maior na sociedade. Dados ainda apontam que para cada suicídio em média cerca de cinco ou seis pessoas próximas à vítima sofrem consequências de diversas ordens: emocionais, econômicas e sociais. Calcula-se que, do total de ônus ocasionados por doenças em 2002, 1,4% foi decorrente de tentativas de suicídio, e estima-se que este percentual aumente para 2,4% em 2020 (BRASIL, 2006a). Há ainda a previsão de que na próxima década ocorrerão aproximadamente 1.500.000 suicídios em todo o mundo, o equivalente a uma morte a cada 20 segundos (WHO, 2003).

Visando a prevenção do comportamento suicida a OMS propôs uma série de medidas, entre elas, um estudo multicêntrico internacional de intervenção do comportamento suicida, intitulado SUPRE-MISS, envolvendo diversos países, incluindo o Brasil (CAIS, 2011). Em 2000 foram publicados manuais de prevenção do suicídio para públicos diversos; destacam-se aqui os direcionados para médicos clínicos gerais (OMS, 2000a) e para os profissionais da saúde em Atenção Primária (OMS, 2000b). Tal como a OMS, o Ministério da Saúde Brasileiro iniciou ações com o mesmo objetivo, sendo que em 2006 instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, através da Portaria nº 1.876 (BRASIL, 2006b). Também em 2006 foi lançado um manual de prevenção do suicídio voltado para profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL, 2006a) e em 2009 para profissionais da saúde da atenção básica (BRASIL, 2009b). Essas ações refletem a importância da implementação de estratégias de promoção, prevenção e curativas, em que a articulação de todos os níveis de atenção é fundamental para sua efetivação. Para tornar possível este objetivo é necessário, como se

discorrerá a seguir, identificar quais os fatores que aumentam o risco do suicídio assim como os fatores que contribuem para proteger o indivíduo de executar esse ato. Identificar estes diferentes fatores é uma questão relevante e árdua, já que o que leva uma pessoa a por fim a própria vida passa por diferentes questões sumamente imbricadas entre si. Desvendar os diferentes elementos e tentar compreender como se articulam entre si poderá colaborar na prevenção de tentativas de suicídio.

## 2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO ASSOCIADOS AO SUICÍDIO

Levando em consideração a gravidade das consequências de uma tentativa de suicídio como exposto anteriormente, poder identificar os fatores que contribuem para aumentar ou diminuir o risco de suicídio auxilia profissionais a estimarem esse risco e, dessa forma, também pode ajudar na elaboração de estratégias de prevenção e tratamento. Vale ressaltar que nenhum desses fatores é determinante, ou seja, não pode independentemente de outros aspectos ocasionar, ou ainda, evitar o evento suicida. Os fatores de risco e proteção não devem ser vistos isoladamente, e sim de forma agregada e no contexto da experiência do paciente (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Estudos realizados por Lovisi e colaboradores (2009) sobre taxas de mortalidade por suicídio encontradas em cada região brasileira e capitais, durante o período de 1980 a 2006, apontaram que 77,3% dos suicídios foram cometidos por homens. De acordo com dados de 2004, as médias encontradas no Brasil são semelhantes às de diversos países, sendo o coeficiente agregado para os sexos masculino e feminino de 3,7:1 (BRASIL, 2006a). Entretanto, de acordo com estudos realizados, a prevalência de tentativa de suicídio é maior entre as mulheres (FICHER; VANSAN, 2008; ALMEIDA et al., 2009; BOTEAGA et al., 2009; SÁ et al., 2010). Dessa forma, embora as mulheres sejam mais propensas a tentar o suicídio, os homens frequentemente falecem mais por esta causa, o que sugere que estes tendem a utilizar métodos mais letais (LOVISI et al., 2009). Ao encontro dessa ideia, Sá e colaboradores (2010) observaram em suas pesquisas que, de maneira geral, o envenenamento intencional foi o principal meio empregado para a tentativa de suicídio (69,8%) sendo mais frequente entre as mulheres (83,3%), em seguida ferimento por objeto cortante (13%), mais utilizado por homens (21,8%). O enforcamento e ferimento por arma de fogo, métodos com alto grau de letalidade, foram outros meios mais usados entre os homens (SÁ et al., 2010).

Dentre outros fatores de risco relacionados aos dados sociodemográficos estão: faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; residentes em áreas urbanas; desempregados (principalmente perda recente do emprego); aposentados; migrantes; solteiros ou separados; e de estratos econômicos extremos (mais ricos e mais pobres) (BRASIL, 2006a). Em relação a este último dado demográfico, Schnitmana e colaboradores (2010) sugerem que os coeficientes de suicídio podem refletir dificuldades geradas pelas políticas econômicas, e que a situação de pobreza poderia predispor ao suicídio por ser geradora de estressores, como desemprego, preocupações financeiras e instabilidade familiar. Por outro lado, estudos também apontam que países desenvolvidos cujo Produto Interno Bruto aumentou nas últimas décadas viram suas taxas de suicídio crescerem progressivamente (SANTÉ CANADA, 1994).

Condições clínicas incapacitantes também são fatores de risco, como: dor crônica; lesões desfigurantes; epilepsia; trauma medular; neoplasias malignas; e AIDS (BRASIL, 2006a). No estudo de Sá e colaboradores (2010), 6,8% dos atendidos por tentativa de suicídio possuíam algum tipo de deficiência (física, mental, visual, auditiva, ou ainda outro tipo de deficiências ou síndromes). Bertolote, Mello-Santos e Botega, (2010) ressaltam que as doenças citadas acima representam um risco potencial de comportamentos suicidas, mas que uma doença clínica grave, por si só, não é potencialmente suicida. Estes autores apontam que a maioria dos suicídios ocorre em pessoas que estão sob influência de transtornos mentais.

Dados da Organização Mundial da Saúde revelam uma prevalência total de transtornos mentais de 80 a 100% em casos de suicídios (OMS, 2000a). Dentre os transtornos mais comuns estão: transtornos do humor (ex.: episódio depressivo maior); transtornos de ansiedade; transtornos relacionados ao uso de substâncias (ex.: dependência de álcool); transtornos de personalidade (principalmente borderline, anti-social e narcisista); e esquizofrenia (BRASIL, 2006a). A presença de comorbidade é um fator que potencializa riscos, como exemplo, a pessoa que apresenta episódio depressivo e faz uso abusivo de álcool, ou que apresente um transtorno de personalidade somado a outro transtorno mental, pode aumentar o risco de suicídio (OMS, 2000a; BRASIL, 2006a). Vale ressaltar, que o suicídio por si só não é uma doença, e nem mesmo, necessariamente, a manifestação de uma doença, entretanto os transtornos mentais constituem-se em um importante fator associado com o suicídio (OMS, 2000a).

O Ministério da Saúde alerta que os dois principais fatores de risco para o suicídio são: transtorno mental e história pregressa de tentativa de suicídio (BRASIL, 2006a). Em relação a este último, até 10% das pessoas que tentam suicídio evoluirão para óbito por esta causa no futuro e que, das que falecem por suicídio, de 20 a 50% já haviam tentado suicídio previamente (BOTEGA; WERLANG, 2004). Além disso, Owens, Horrocks e House (2002) identificaram que o risco de suicídio entre as pessoas que já tinham feito alguma tentativa é, pelo menos, cem vezes maior do que o risco encontrado na população em geral.

Fatores psicológicos também foram observados como de risco: perdas recentes; perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes (como datas de aniversários, festivas, etc); e personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e labilidade do humor (BRASIL, 2006a). Wenzel, Brown e Beck (2010) ainda acrescentam a desesperança, déficits na resolução de problemas, perfeccionismo e cognições relacionadas ao suicídio (como ideação suicida e/ou homicida). Histórico de transtornos mentais e histórico de suicídio na família, principalmente de parentes próximos, também podem ser fatores de risco para o comportamento suicida (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). De acordo com Botega e Werlang (2004) este risco pode ser maior por conta tanto de mecanismos psicológicos de identificação, como por uma predisposição genética para doenças mentais.

É relevante fazermos a distinção entre os *fatores predisponentes*, que seriam aqueles elementos da história passada da pessoa e que contribuem para vulnerabilidade, e os *fatores precipitantes*, que são eventos recentes que desencadeiam o comportamento suicida, como um fator de “gatilho” (como exemplo: separação conjugal, perda do emprego, gravidez indesejada, entre outros) (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Em relação a esses últimos, Wenzel, Brown e Beck (2010) consideram que são necessárias mais pesquisas que tragam novas contribuições para a avaliação do paciente, visto que estes são fatores importantes que podem predizer o risco imediato de um ato suicida.

O suicídio deve ser compreendido como multidimensional, sendo resultado, portanto, de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos (OMS, 2000a). Ao encontro dessa ideia, Cassorla (1991) afirma que geralmente o que se denomina de ‘causa’ é nada mais que o elo final de uma cadeia de fatores.

Enquanto pode-se observar diversos estudos que abordam os fatores de risco, a literatura quanto aos fatores de proteção relacionados ao suicídio é escassa (WENZEL; BROWN; BECK, 2010). Até o momento não há consenso em relação a estes fatores, visto que estes não foram adequadamente demonstrados como aspectos protetores consistentes contra o suicídio. Dessa forma, deve-se ter cuidado para que a presença destes não minimizem aqueles fatores que identificam o risco de suicídio (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Pode-se pensar que algumas circunstâncias contribuem para uma boa saúde mental e, assim, também podem reduzir impactos negativos de situações de estresse (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Alguns fatores que podem ter efeito protetor contra o suicídio são: ausência de transtorno mental, rede de apoio positiva, relação terapêutica positiva, capacidade de adaptação, emprego, religiosidade, gestação, presença de crianças na casa e teste de realidade intacto (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Outro aspecto apontado como potencialmente protetor por Wenzel, Brown e Beck (2010) é o sujeito ser capaz de identificar razões para viver. Além desses fatores elencados, é importante considerar a capacidade do sujeito em resolver problemas, suas habilidades sociais que auxiliem a minimizar impactos de situações adversas e sua resiliência (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010), isto é a capacidade de enfrentar problemas e sair destes transformado e fortalecido, o que é reconhecido como subsídio para a manutenção e promoção de saúde mental (GROTBERG, 2005).

Vários são os fatores que atenuam o risco de suicídio, e possivelmente um dos mais importantes citados por vários autores refere-se à inserção do indivíduo na esfera social (GASPARI, 2002; KUTCHER; CHEHIL, 2007; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; WENZEL; BROWN; BECK, 2010). Por esse motivo parece ser relevante compreender com mais detalhes a que se referem os mesmos quando fazem esta afirmação. De acordo com Sluzki (1997) as redes sociais podem ser encontradas nos diversos sistemas relacionados à pessoa e contribuem para que o sujeito se reconheça e construa sua auto-imagem. A rede pessoal social é formada pela soma de todas as pessoas que o sujeito percebe como significativas e, dessa forma, sustenta o universo de relações do indivíduo (SLUZKI, 1997). Os membros da rede social podem contribuir auxiliando de diversas maneiras: oferecendo apoio material ou financeiro; orientando e fornecendo informações; auxiliando no cuidado com os filhos ou nas

atividades domésticas; e ainda dando suporte emocional (DESSEN; BRAZ, 2000).

Sluzki (1997) descreve a rede em termos de sua estrutura, funcionalidade e atributos de seu vínculo. A estrutura refere-se no que esta rede consiste, podendo ser avaliada, entre outros fatores, por seu tamanho, densidade (a conexão entre os membros), composição e homogeneidade. A funcionalidade define-se pelo tipo de intercâmbio que ocorre, como por exemplo, o apoio emocional ou a ajuda de material e de serviços. Já os atributos do vínculo são determinados por sua função, reciprocidade, frequência de contatos, multidimensionalidade e pela intensidade e história da relação.

Pessoas que possuem uma avaliação positiva a respeito dos recursos disponíveis em suas relações de apoio podem estar mais capacitadas para se prevenir de eventos estressantes, buscando, por exemplo, informações para a resolução de um problema (MAYER, 2002). De acordo com Sluzki (1997), se o sujeito possui uma rede pessoal ativa, estável, sensível e confiante esta o protege “das enfermidades, atua como um agente de ajuda e derivação, afeta a pertinência e a rapidez da utilização dos serviços de saúde, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevida” (p.67). O suporte social ainda reduz a probabilidade de ocorrência de eventos disfuncionais em famílias nos diferentes níveis sociais (DESSEN; BRAZ, 2000). Já a ausência de uma rede de apoio efetiva pode produzir sentimentos de solidão e de falta de sentido na vida (MAYER, 2002).

Estudo realizado por Gaspari (2002) com o objetivo de avaliar a rede de apoio social de pessoas que tentaram suicídio e foram atendidas em um hospital geral, demonstrou que com uma maior frequência essa rede de apoio foi considerada frágil por estas pessoas, quando comparado com outros indivíduos atendidos no mesmo hospital por outros motivos. Os pesquisadores observaram que os sujeitos que haviam tentado suicídio além de sentirem que recebem menos apoio prático e moral, sentem que não são tão necessários para oferecer apoio para familiares e amigos (GASPARI, 2002).

A função da rede está relacionada diretamente com a qualidade de suas relações, que por sua vez depende da história dos vínculos, a intensidade e ainda a frequência e mutualidade dos mesmos (MORÉ, 2005). Nesse sentido, é relevante compreender como o paciente se insere nos diferentes espaços que fazem parte de sua vida e como ele interage e vivencia suas relações, dessa maneira, poder-se-ia identificar os fatores de risco ou de proteção e planejar intervenções e encaminhamentos (MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

Para levantar informações referentes à história de vida do paciente, assim como para compreender melhor como está configurada a sua vida no momento atual, é necessário entrevistá-lo de forma minuciosa. Durante este primeiro atendimento realizado na emergência busca-se, além de obter o maior número de informações a respeito do paciente e seu entorno, proporcionar-lhe uma escuta acolhedora e destituída de julgamentos, pois não se deve esquecer que a pessoa que acabou de tentar suicídio, certamente, encontra-se vivenciando momentos difíceis em sua existência. Essa entrevista torna-se assim fundamental, não só para acolher as emoções do paciente senão também para melhor direcionar o encaminhamento que será efetuado *a posteriori*.

### 2.3 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA A PACIENTES QUE TENTARAM SUICÍDIO

Botega, Silveira e Mauro (2010) ressaltam a importância de se dar atenção especial às pessoas que tentaram o suicídio, uma vez que estas constituem um grupo de alto risco para o suicídio. Referindo-se ao papel do psiquiatra numa emergência, Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) colocam que entre suas funções está a de determinar os procedimentos de curto e longo prazo para diminuir o risco de uma nova tentativa. Este papel também cabe ao psicólogo que, além disso, deve estar atento para identificar a necessidade de uma avaliação psiquiátrica, visto que em muitas situações é preciso intervenção medicamentosa e/ou ainda internação psiquiátrica.

O atendimento, nos casos de tentativa de suicídio, tem dois objetivos principais: o de coleta de informações e o de estabelecer vínculo e oferecer apoio emocional. O estabelecimento do vínculo é fundamental, visto que a pessoa geralmente se encontra em condições pouco favoráveis, tanto física quanto emocionalmente. Algumas vezes ainda se encontra sonolenta, recebendo cuidados médicos e nem sempre disposta a conversar e colaborar (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). É recomendado que o profissional respeite a situação emocional do paciente e as condições que o levou a tentativa de suicídio, de maneira empática e sem julgamento moral (BOTEGA; WERLANG, 2004).

Em alguns casos, a tentativa de suicídio pode ser o evento que leva o paciente a ter seu primeiro contato com um profissional de saúde mental, que pode auxiliá-lo a reduzir seu sofrimento. Muitos pacientes com ideação suicida não revelam suas intenções para profissionais ou



pessoas próximas, entretanto, o questionamento diretivo por parte do profissional pode ser visto como uma manifestação de apoio e de interesse, e encorajar o indivíduo a falar sobre suas dificuldades, intenções suicidas e planos, e assim pensar em outras maneiras de resolução de problemas (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Na entrevista com o paciente e familiares é útil procurar identificar os fatores de risco, de proteção, predisponentes e precipitantes, histórico pessoal e familiares e sua rede de apoio, (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Em relação à investigação de comportamentos suicidas passados, sugere-se obter informações sobre os tipos de comportamentos, a frequência e o grau de letalidade (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Verificar qual foi o método utilizado pela pessoa e sua crença sobre a letalidade do mesmo pode refletir a intenção e o desejo suicida (BORGES, 2009; KUTCHER; CHEHIL, 2007). Dessa forma, é possível imaginar que uma pessoa que tenha utilizado um método o qual acreditava ser de baixa mortalidade apresente um predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte. O desejo de vida é um fator que possibilita a prevenção do suicídio, visto que se for oferecido apoio emocional e a vontade de viver aumentar, o risco de suicídio pode diminuir (BRASIL, 2006a). É consideravelmente frequente o paciente relatar uma baixa intencionalidade suicida, referindo que seu desejo seria de dormir, ou se distanciar de seus problemas, sendo que apenas em torno de um quarto dos pacientes confirmam a intenção de morte (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). Outro ponto enfatizado por Borges (2009) refere-se a avaliar se a tentativa envolvia possibilidade de resgate a tempo e se a pessoa solicitou ajuda. Esses dados são indicativos do grau da letalidade da tentativa e auxiliará na avaliação do risco da repetição do comportamento suicida. Outros autores alertam ainda para o fato de que a escolha de métodos “não letais” não significa que a situação mereça menos atenção, visto que mostra que o sujeito está sofrendo e com dificuldades no enfrentamento e/ou resolução de suas dificuldades (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

É fundamental que se avalie se o paciente mantém ideiação suicida e se tem planos de como executá-lo. Neste caso, é necessário ficar atento ao grau de letalidade e a acessibilidade aos meios que pretende utilizar para pôr fim a própria vida, ou seja, se o indivíduo já está executando ações para concretizar o evento (KUTCHER; CHEHIL, 2007) e averiguar a duração, intensidade e frequência dos pensamentos suicidas (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Alguns pacientes, porém, podem não revelar suas intenções, mesmo quando

questionados diretamente. Dessa forma, perguntar como ele se sente em relação ao seu futuro ou como imagina que será seu retorno para casa podem fazer com que ele exponha seus sentimentos, como por exemplo, descrevendo seu futuro de forma fatalista e sem esperança (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Atenção especial também deve ser voltada para aqueles pacientes que se mostram tranquilos rapidamente, visto que muitas vezes quando a pessoa toma a “decisão de se matar” elas podem deixar de apresentar desespero, transmitindo assim uma impressão falsa de que estão bem (BERTOLOTE; MELLO- SANTOS; BOTEGA, 2010; BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012).

De acordo com Botega e Werlang (2004) a psicoterapia, no contexto do atendimento ao usuário que tentou suicídio, deve ser diretiva e flexível, oferecer ao paciente encorajamento e apoio, e estar orientada para as situações pessoais e sociais mais emergentes, que colocam o paciente em risco de uma nova tentativa. Botega, Silveira e Mauro (2010) afirmam que há três ações consideradas básicas que o profissional deve estar atento ao entrevistar uma pessoa em crise, são elas: ouvir, visto que o paciente necessita falar de seus pensamentos; tolerar a ambivalência dos sentimentos do paciente; e, por fim, proporcionar um ponto de apoio, de esperança, para buscar organizar o caos emocional no qual a pessoa se encontra.

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) colocam que fazer um “contrato de não-suicídio” pode ser uma técnica útil, porém, como se baseia principalmente no vínculo entre o profissional e o usuário, deve ser utilizada com bastante cautela no contexto de uma emergência, onde esta relação ainda, provavelmente, não está estabelecida. Este tipo de contrato não é indicado para utilizar com pacientes que apresentam impulsividade, ou quando apresentam algum transtorno que prejudique seu julgamento. Kutcher e Chehil (2007) apontam o risco deste contrato dar ao profissional uma falsa sensação de segurança, e assim, comprometer sua avaliação e encaminhamentos.

É importante que o cuidado também seja ampliado para outras pessoas significativas da rede de apoio do sujeito que tentou suicídio (SILVA; COSTA, 2010). Muitas vezes a família está com sérias dificuldades de relacionamentos e podem estar hostis ao paciente (BOTEGA; WERLANG, 2004). Sugere-se que elas sejam acolhidas, informadas e instruídas quanto às possibilidades de auxiliarem a evitar nova tentativa de suicídio (GASPARI, 2002). Intervenções nesse sentido podem auxiliar numa reorganização do sistema para o restabelecimento de fatores que possam prevenir novas tentativas de suicídio e promover saúde mental (SILVA; COSTA, 2010). Como exemplo, os familiares

podem ser instruídos a permanecerem junto ao paciente, não o deixando só, e restringir o acesso do paciente a medicamentos ou meios letais. Além disso, os membros da rede de apoio podem ser importantes informantes quanto à história atual e pregressa do paciente, podendo contribuir para um atendimento e avaliação mais adequados.

No atendimento à pessoa que tentou suicídio no contexto da emergência, o contato com a rede de saúde é indicado tanto para encaminhamentos após alta hospitalar, quanto nas situações em que o paciente já é acompanhado por um profissional, pois dessa forma o psicólogo pode obter mais informações que lhe fornecerá subsídios para sua avaliação. É imprescindível, assim, a articulação com os demais serviços de saúde, visando garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio (SÁ et al., 2010). A tentativa pode ser um sinal que a pessoa está passando por um sofrimento psíquico e necessita de ajuda, assim todas as situações necessitam de um cuidado atento da equipe de saúde (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012).

Não é possível prever quem irá cometer suicídio, entretanto pode-se avaliar o risco de suicídio individual que o paciente apresenta, de acordo com os fatores de risco e de proteção que são avaliados durante o atendimento. Estes fatores podem auxiliar a identificar aqueles que têm maior ou menor possibilidade de tentar suicídio novamente num futuro próximo (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Apesar de escalas de avaliação terem sido criadas com esse objetivo, a entrevista tem se mostrado um meio importante de mesurar o risco de uma nova tentativa de suicídio (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Assim, o conhecimento dos fatores aqui mencionados e uma comunicação que possibilita abertura e acolhimento ao paciente são os principais pilares para realizar uma avaliação eficiente (WALLAUER; MALISKA, 2012).

Em suma, pode-se ver que o atendimento realizado em uma unidade de emergência de um hospital geral ao paciente que tentou suicídio visa, inicialmente, prestar os cuidados relacionados aos aspectos físicos decorrentes da tentativa de suicídio. Posteriormente, então é fundamental que o paciente passe por uma avaliação do risco de uma nova tentativa, avaliação esta que, normalmente, é efetuada por um profissional da área da saúde mental. A partir dessa avaliação, define-se para qual(is) serviço(s) de saúde ele pode ser encaminhado com o intuito de dar seguimento ao tratamento. Para realizar um encaminhamento resolutivo é necessário, porém, conhecer quais são os serviços existentes que podem atender às demandas dessa população. Considerando que a tentativa de suicídio expressa um sofrimento psíquico, entende-se que o sujeito necessita de atenção relacionada à sua saúde mental, assim, neste

e no próximo tópico busca-se identificar quais as formas de organização da atenção à saúde mental proposta pelo SUS.

## 2.4 SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS

Primeiramente cabe lembrar o que é o SUS, seus princípios e como ele se constitui. O SUS é um sistema de saúde nacional criado pela Constituição Federal de 1988, que coloca em seu art. 196 a saúde “como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Assim, toda população em território brasileiro passa a ter direito a um atendimento público na área da saúde. A regulamentação desse sistema aconteceu principalmente a partir de duas Leis Orgânicas da Saúde, a 8.080/1990 e a 8.142/1990.

Os princípios mais importantes do SUS são: universalidade da saúde, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e controle social. A universalidade refere-se ao, como já referido, direito de todos ao acesso público aos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2004). O princípio da integralidade prevê o atendimento da pessoa em sua totalidade, e não como um amontoado de partes, através de ações em todos os níveis de complexidade. A equidade pressupõe a necessidade de atender igualmente as demandas de cada sujeito, sem preconceitos ou privilégios; com isso, é preciso disponibilizar ações diferenciadas para populações com necessidades distintas. A descentralização trata-se do processo de transferir para os municípios responsabilidades relacionadas à gestão do sistema. E é o princípio da regionalização que deve orientar a descentralização das ações em saúde. Com a regionalização são identificados espaços territoriais onde serão desenvolvidos serviços de saúde, buscando garantir uma assistência resolutiva e de qualidade. E por fim, o princípio do controle social é a participação da comunidade nas práticas de fiscalização e de deliberação de políticas de saúde, que ocorre através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde (BRASIL, 2009c).

Para que a organização e o planejamento das ações em saúde fossem possíveis, foram realizados recortes no território nacional, identificando as “regiões de saúde”. Os gestores de saúde, então, devem organizar ações e serviços que sejam capazes de atender àquela determinada população. Essas regiões se constituem de formações diversas em virtude da diversidade existente no território brasileiro, podendo ser intramunicipais, intra-estaduais, interestaduais ou ainda fronteiriças. Dessa forma, os serviços de saúde devem estar organizados em “redes de atenção” regionalizadas que garantam a integralidade da

assistência (BRASIL, 2009c). Cada região de saúde deve ser constituída de, no mínimo, os seguintes serviços e ações: Atenção Primária; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; urgência e emergência; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Muitos avanços já ocorreram nos serviços prestados pelo SUS, mas ainda se encontra dificuldades na consolidação de uma rede de atenção a saúde que realmente preste assistência contínua e integral, como previsto e almejado pelo SUS. Há atualmente uma intensa fragmentação desta rede, na qual existem serviços isolados, que não se comunicam entre si, refletindo diretamente no atendimento recebido pela população. Mendes (2011) pontua as diferenças nas características entre um sistema fragmentado de saúde e de uma rede de atenção à saúde propriamente dita, como de fato deveria funcionar. Destacam-se aqui algumas delas: comunicação entre os componentes inexistente / comunicação feita por sistemas logísticos eficazes; foco nas condições de doenças agudas por meio de unidades de pronto atendimento / foco nas condições de doenças agudas e crônicas por meio de uma rede de atenção; conhecimento e ação clínica concentrados nos profissionais, especialmente médicos / conhecimento e ação clínica partilhados por equipes multiprofissionais e usuários dos serviços; e, finalmente, sujeito como paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde / sujeito como agente co-responsável pela própria saúde. O modelo vigente, atualmente pautado nas ações curativas e centrado no cuidado médico, não se mostra suficiente para atender às demandas da população.

Atento a necessidade de aperfeiçoamento da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para sua implementação e estruturação, através da Portaria nº 4.279 de 2010. As diretrizes fazem uma contraposição ao modelo atual que está estruturado a partir do atendimento às demandas espontâneas e às situações de agudização de doenças crônicas. Preconiza a construção da intersetorialidade da assistência para a promoção da saúde, considerando as especificidades das populações e fortalecendo as ações sobre as condições crônicas. A rede de atenção à saúde objetiva promover a integração sistêmica dos serviços, oferecendo atenção integral, contínua, responsável e humanizada, pressupondo uma resposta global dos profissionais e sujeitos envolvidos, para superar as intervenções fragmentadas (BRASIL, 2010a).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde os serviços integrados de saúde devem proporcionar o “cuidado certo” no “lugar certo”, podendo ser definidos como a gestão e a oferta de serviços de

saúde que ofereçam a população o cuidado que precisam, quando precisam e com fácil acesso aos mesmos (WHO, 2008). Através dos serviços integrados as pessoas têm acesso a um contínuo de serviços preventivos e curativos, ao longo do tempo, e através dos diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2011). Ressalta-se, porém, que a integração é um continuum, existindo assim graus de integração, que variam de um pólo ao outro – fragmentação absoluta à integração total. A atenção integrada pode aparecer de formas diferentes em diferentes níveis de serviços, havendo diversas configurações possíveis (WHO, 2008).

As diretrizes para estruturação da rede de atenção à saúde colocam a Atenção Primária em Saúde como o seu eixo estruturante. Compete esclarecer aqui que, no Brasil, parece comum o uso dos termos “Atenção Primária” e “Atenção Básica” como sinônimos. O primeiro teria sentido mais restrito e está relacionado às ações de promoção e prevenção de saúde, sendo empregado internacionalmente. Já o segundo é utilizado particularmente no Brasil e tem sentido mais amplo, se constituindo de ações integrais em saúde (BÖING; CREPALDI, 2010). Neste estudo os termos também serão utilizados como sinônimos, visto que na realidade brasileira o primeiro nível de atenção realiza ações integrais, como será explicitado adiante; porém optou-se por priorizar, neste estudo, o uso do termo “Atenção Primária em Saúde”.

O Ministério da Saúde compreende a Atenção Primária como o primeiro nível de atenção, que possui função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas de saúde e a partir da qual se realiza e coordena a assistência em todos os pontos de atenção. Constitui, geralmente, o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com a rede, e procura levar os serviços de saúde para mais perto da população. Assim, além de solucionar grande parte dos problemas de saúde de sua comunidade, organiza os fluxos dos usuários pelos diversos pontos do sistema e é co-responsável pela saúde destes em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam. Atualmente a Estratégia Saúde da Família é o principal modelo de organização da Atenção Primária, sendo então fundamental seu fortalecimento para a consolidação da rede (BRASIL, 2010a).

A Atenção Secundária e Terciária constituem-se importante apoio, oferecendo ações especializadas, com diferentes densidades tecnológicas, geralmente em unidades ambulatoriais ou hospitalares. Os serviços de Atenção Secundária, assim como os de Primária, devem estar distribuídos espacialmente de acordo com territorialização e situados nas microrregiões sanitárias (MENDES, 2011). Dessa forma, o

município pode garantir a prestação de determinada assistência através de serviços de referência localizados em outra região ou município, com o qual tenha realizado pactuação. Este ponto de atenção é constituído por programas, sistemas e serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, geralmente ofertados através de tratamento ambulatorial e por hospitais de pequeno porte com tecnologia intermediária (BVS, [s.d.]). Pode-se citar como exemplos desses serviços aqueles oferecidos pelas UPA's, policlínicas, SAMU ou CAPS's e procedimentos como as cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, exames ultra-sonográficos e fisioterapia. Ressalta-se ainda que são os pontos de Atenção Secundária que vão integrar o nível de atenção a saúde denominada de “média complexidade” (MENDES, 2011).

A Atenção Terciária possui maior densidade tecnológica e tende a ser mais concentrada espacialmente, situando-se nas macrorregiões sanitárias (MENDES, 2011). Geralmente é composta por grandes hospitais, tanto os gerais quanto os especializados, e seus recursos são utilizados quando os outros níveis de atenção não são suficientes para atender determinada demanda. É neste nível de atenção que vão se concentrar as tecnologias de maior complexidade e, assim, deve ser referência para os demais programas e serviços que compõe a rede (BVS, [s.d.]). Os pontos de Atenção Terciária irão compor o nível de atenção a saúde de “alta complexidade” (MENDES, 2011). Cabe esclarecer que alta complexidade refere-se a aqueles procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, e como exemplos estão os procedimentos de diálise, de quimioterapia ou cirurgias cardiovasculares, entre outros (BRASIL, 2009c).

Na perspectiva da rede de atenção à saúde as relações entre os diferentes níveis de atenção são horizontais, não havendo relações hierárquicas, visto que todos são igualmente relevantes para alcançar um objetivo comum. No centro dessas relações a Atenção Primária em Saúde exerce função de regulação dos serviços (BRASIL, 2010a). Dessa maneira, como coloca o Decreto nº 7.508 de 2011, o acesso aos serviços e ações de saúde será ordenado pela Atenção Primária, considerando os critérios de avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e o critério cronológico (BRASIL, 2011a).

Para se garantir o acesso a ações eficientes e eficazes é necessário que haja uma ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde em todos os pontos de atenção da rede. A implantação da regulação assistencial é, então, imprescindível. Entende-se por regulação assistencial, ou regulação do acesso à assistência, o “conjunto de

relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses” (BRASIL, 2009c). A regulação viabiliza o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma a adequar os níveis tecnológicos disponíveis de acordo com a complexidade de seu problema, garantindo atendimento oportuno e ordenado (BRASIL, 2009c). Contempla o estabelecimento de referências entre pontos de diferentes níveis de complexidade, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008a). Dessa forma, a busca por mecanismos que contribuam para o estabelecimento dos processos de referência é fundamental para a concretização do princípio da integralidade (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Nesse sentido, no ano de 2008 foi instituída a política nacional de regulação do SUS, através da Portaria nº 1.559, que considera a necessidade de fortalecer os instrumentos de gestão, possibilitando a organização das redes e fluxos assistenciais (BRASIL, 2008a).

Sendo a Atenção Primária o principal integrador dos serviços, um de seus principais atributos é a coordenação. Para a sua viabilidade, porém, é fundamental o acesso às informações referentes ao problema de saúde do usuário e aos serviços já oferecidos. Atualmente este é um desafio para os profissionais, visto que com frequência não se tem acesso às informações referentes aos cuidados proporcionados ao sujeito em outros pontos de atenção da rede, o que dificulta a continuidade do atendimento (BRASIL, 2010a). Os sistemas informatizados e prontuários eletrônicos contribuem para coordenação da atenção, mas esta é ainda uma realidade presente apenas em alguns municípios e de maneira parcial, somente entre alguns serviços.

A rede de atenção à saúde envolve, então, discussões sobre a organização de tarefas que devem ser cumpridas a fim de fornecer serviços mais acessíveis, com melhor relação custo-benefício e que satisfaçam aos usuários (WHO, 2008). Cabe destacar neste estudo o papel dos hospitais nesta rede. Eles devem estar inseridos sistemicamente, sendo parte integrante da rede e mantendo a comunicação com os outros componentes. A principal função dos hospitais é atender às condições agudas e aos momentos de agudização das doenças crônicas (MENDES, 2011). Ressalta-se que o papel da Atenção Primária e a forma de regulação do sistema vão ocorrer de maneiras diferentes na atenção às condições agudas e na atenção às condições crônicas. Como já colocado, na atenção às situações crônicas a Atenção Primária, além de ser um ponto de atenção à saúde, é um centro de comunicação e exerce função de coordenação dos fluxos. Mas já na assistência às condições agudas, a Atenção Primária desloca-se do



centro, não sendo a principal reguladora da rede, e mantêm-se como importante ponto de atenção à saúde (BRASIL, 2010a). A regulação, nestas situações, deve ser realizada por um complexo regulador, visto que em situações de urgência e emergência a passagem do usuário pela Atenção Primária pode implicar em um gasto de tempo precioso no atendimento de seu quadro de saúde (MENDES, 2011).

Quando se lida com pessoas que tentaram suicídio, trata-se de indivíduos que manifestam um sofrimento diferente daquele decorrente do seu corpo físico. O sofrimento experimentado por estes pacientes é de ordem psíquica e, portanto, requerem intervenções distintas daquelas oferecidas quando se trata outras enfermidades. Dessa maneira, e levando em consideração a singularidade da problemática deste tipo de usuário, para melhor poder atender as suas demandas é necessário compreender e conhecer como se estruturam os serviços de saúde mental disponíveis no SUS. Assim, uma visão do funcionamento da atenção a saúde mental da rede pública será contemplada no tópico seguinte.

## 2.5 SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL – SUS

No Brasil constata-se uma alta prevalência de pessoas que apresentam, em graus variados, sofrimento psíquico que requerem cuidados. Há a estimativa que de 10% a 12% da população necessitem de atenção em saúde mental contínua ou eventual, e ainda que 3% possuem transtornos considerados graves, o que faz com que essas pessoas apresentem dificuldades de adaptação ao meio social onde estão inseridas. Esta população necessita de cuidados contínuos, a partir de uma rede densa, diversificada e efetiva (BRASIL, 2005). Outra questão a ser considerada é que os transtornos mentais aparecem como um fator importante se levado em consideração os anos de vida que ficam comprometidos em decorrência da perda de saúde (BRASIL, 2009c).

Na década de 70, a partir do Movimento Sanitário e do início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a saúde mental começa a ser repensada e busca-se efetuar mudanças na estrutura dos atendimentos, visando à extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de atenção em saúde mental. Esta substituição não representa apenas o deslocamento dos cuidados para outro espaço físico, mas vai muito além, compreende uma mudança complexa de paradigmas e de práticas (ZAMBENEDETTI, 2009). Durante a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial ocorrem diversas denúncias relacionadas às situações precárias de tratamento e de violência ocorridas dentro dos

manicômios, e o modelo hospitalocêntrico vigente até esse momento é, então, questionado (BRASIL, 2005). O paciente considerado “louco” passa a ser entendido como um sujeito com direitos e com liberdade, e entende-se que o tratamento deve acontecer no convívio com a família e comunidade, e não mais no isolamento. Para isso, portanto, é necessária a construção de um modelo humanizado, integral e com a participação da população e, principalmente, dos próprios usuários e familiares (BRASIL, 2010b).

A partir do início da década de 90 leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental foram aprovadas em diversos estados. Nesta década foi assinada a Declaração de Caracas (1990) e realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), que marcaram o compromisso do país na reformulação do atendimento ao usuário com transtorno mental, a partir de normas que regulamentavam a implantação de novos serviços substitutivos, ainda que de forma incipiente (BRASIL, 2005). A atenção integral à saúde mental passa a ser composta por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e ações na Atenção Primária, entre outros, sendo agora responsabilidade das três esferas de governo (municipal, estadual e federal). As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou em CAPS que funcionam 24 horas, dessa forma, os hospitais psiquiátricos são progressivamente substituídos (BRASIL, 2010b).

A formulação de uma nova política de saúde mental é amparada pela Lei 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). A nova política busca consolidar um sistema de atenção aberto, de base comunitária e territorial, ou seja, em que os cuidados sejam oferecidos na própria comunidade e com articulação com os recursos que esta disponibiliza, garantindo também a livre circulação das pessoas com sofrimento mental. A organização dos serviços deve ser, então, regionalizada com ações intersetoriais, visando o cuidado integral ao usuário. Apesar da Lei 10.216/01 colocar a internação como o último recurso terapêutico e proibir internações em instituições asilares, ela não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, sua promulgação foi um grande passo que impulsionou o processo da reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

Mais recentemente a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a rede de atenção para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e

outras drogas, com o objetivo de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde mental, qualificando os atendimentos por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011b).

De acordo com a Portaria nº 3.088, a rede de atenção em saúde mental é constituída pelos seguintes componentes: (a) atenção básica em saúde (formada pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS, equipes de atenção básica para populações específicas e centros de convivência); (b) atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS); (c) atenção de urgência e emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas – UPA, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde – UBS, entre outros); (d) atenção residencial de caráter transitório (unidade de recolhimento e serviços de atenção em regime residencial); (e) atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); (f) estratégias de desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos); e (g) reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

A rede de serviços em saúde mental deve se efetivar no modelo territorial, dessa forma, por sua proximidade com famílias e comunidades, a Atenção Primária se torna um importante recurso estratégico para atender as demandas relacionadas ao sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). As UBS's constituem-se os principais pontos de atenção, visto que são responsáveis por um conjunto de ações em saúde, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e, ainda, na manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2011b). A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, é um modelo de organização dos Serviços de Atenção Primária, composto por equipes multiprofissionais, e vem se concretizando como uma alternativa ao modelo tradicional, biomédico e hospitalocêntrico. As equipes de ESF são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas, e em um território geográfico delimitado (BRASIL, 2009d).

De acordo com a Portaria nº 2.488 de 2011, cada equipe de saúde da família deve ser composta por, no mínimo, um médico (generalista, ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), um auxiliar (ou técnico) de enfermagem e agentes comunitários

de saúde. Os profissionais de saúde bucal (dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) também podem fazer parte desta composição. Cada equipe de saúde da família é responsável pela atenção à saúde de, em média, 3.000 pessoas, sendo que o máximo previsto é de 4.000 pessoas. Para esta definição devem-se levar em conta os critérios de equidade e grau de vulnerabilidade das famílias residentes naquele determinado território (BRASIL, 2011c).

É importante ressaltar que sempre há um componente de sofrimento subjetivo relacionado à doença, que pode atuar como um dificultador de adesão ao tratamento ou de hábitos mais saudáveis. Dessa forma pode-se compreender que todo problema de saúde é também de saúde mental, e vice versa; por isso, a importância de que as ações de saúde mental estejam articuladas com toda a rede de saúde e, especialmente, com a Atenção Primária, visando o atendimento integral ao usuário (BRASIL, 2005, 2009d).

Com o intuito de ampliar a abrangência e resolutividade dos serviços oferecidos pela ESF, o Ministério da Saúde criou, através da Portaria nº 154 de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A implementação destes núcleos também objetiva reforçar os processos de regionalização e territorialização em saúde, e ainda busca a concretização da equidade e integralidade, efetivando os princípios do SUS (BRASIL, 2008b, 2009d). Os NASF's são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas que devem atuar em parceria com a ESF, a partir do compartilhamento de responsabilidades, qualificando e complementando o trabalho na Atenção Primária (BRASIL 2011c).

A Portaria nº 154/08 previu duas modalidades de NASF, classificados como 1 e 2 (BRASIL, 2008b) e a Portaria nº 2.488 de 2011 estabeleceu revisão das diretrizes (BRASIL, 2011c). Em relação ao NASF 1 é estabelecido que a soma da carga horária semanal dos seus componentes deve resultar em um mínimo de 200 horas semanais, e a equipe deve ser formada por profissionais com ensino superior, dentre as seguintes categorias: médico acupunturista; médico pediatra; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista; médico do trabalho; médico veterinário; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; profissional com formação em arte e educação; e profissional de saúde sanitaria. Cada equipe de NASF 1 deve realizar suas atividades vinculada a um mínimo de oito e a um máximo de 15 equipes de ESF (BRASIL, 2011c). Destaca-se aqui que a Portaria de nº

154/08 previa que cada NASF 1 poderia prestar apoio para até 20 ESF, e que foi recentemente, em 2011, que esse número diminuiu para 15. Já para o NASF 2 a soma das cargas horárias semanais dos profissionais deve acumular no mínimo 120 horas, sendo a equipe composta por profissionais das ocupações anteriormente descritas. O NASF 2 deve estar vinculado a um mínimo de três e ao máximo de sete equipes de ESF (BRASIL, 2011c).

Destaca-se que o gestor municipal é que tem a responsabilidade de determinar quais os profissionais que irão compor cada equipe de NASF, de acordo com as necessidades identificadas e critérios de prioridade. Entretanto, em virtude da importante prevalência de transtornos mentais na população brasileira, a Portaria nº 154/08 recomendou a presença de pelo menos um profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional) em cada NASF (BRASIL, 2008b).

As intervenções realizadas pelas equipes de NASF devem superar a lógica fragmentada dos serviços, em que geralmente um profissional encaminha o paciente para o outro e deixa de se responsabilizar pela situação identificada. Dessa forma, a equipe de ESF deve atuar sempre como co-responsável. Para que isso seja possível existe a proposta de que o processo de trabalho do NASF seja desenvolvido por meio do “apoio matricial”. O apoio matricial é um arranjo organizacional que objetiva viabilizar o suporte técnico em áreas específicas para as equipes de ESF, através da criação de espaços coletivos de discussões de casos e planejamentos. Esses espaços podem se constituir de atendimentos conjuntos, intervenções conjuntas às famílias e comunidades, supervisão, formação continuada, entre outros (BRASIL, 2005; 2009d).

Ressalta-se que o NASF não é a “porta de entrada” para os usuários, visto que o acesso sempre será realizado através da ESF. Assim, as intervenções diretas aos usuários pelos profissionais do NASF podem ser realizadas somente após a discussão do caso pelas equipes responsáveis e a negociação da conduta a ser seguida. Além disso, o Ministério da Saúde coloca que o “atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias” (BRASIL, 2009d, p. 08). Pode-se dizer, então, que as equipes de NASF têm dois tipos de responsabilidade: sobre a população e ainda sobre a própria equipe de ESF, oferecendo assim tanto um suporte assistencial quanto técnico-pedagógico (BRASIL, 2009d).

Diversos autores abordam as dificuldades encontradas pelos serviços de saúde, especialmente da Atenção Primária, em atender as

necessidades relacionadas ao sofrimento psíquico (BARONI; FONTANA, 2009; BOING; CREPALDI, 2010; DIMENSTEIN et al., 2005; DIMENSTEIN et al., 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; LUCCHESI, 2009; PINI, WAIDMAN, 2012; SES/SC, 2011). O Relatório de Gestão 2010 aponta que os municípios têm apresentado dificuldades de manter equipes de saúde mental exclusivas para a Atenção Primária, cabendo à própria ESF acolher essas demandas (SES/SC, 2011). Mas muitas vezes essas demandas são vistas como um acréscimo de trabalho pelos profissionais e estes se sentem sem capacidade de acolhê-las (DIMENSTEIN et al., 2009). A falta de conhecimento foi identificada como um dos fatores que dificultam o desenvolvimento de mais ações na área de saúde mental, por parte da ESF (PINI; WAIDMAN, 2012). Lucchese e colaboradores (2009) avaliaram que apesar das demandas serem identificadas, elas não são incorporadas como objeto na prática de trabalho das equipes de ESF, se restringindo frequentemente a cuidados relacionados aos medicamentos. E em relação à prática da psicologia na Atenção Primária, Boing e Crapaldi (2010) concluíram que a própria configuração das políticas públicas atuais não contribui para a concretização de uma atuação do psicólogo de acordo com as demandas encontradas.

Já o Relatório de Gestão 2007-2010 apresentado pelo Ministério da Saúde aponta o NASF como um importante avanço para a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Primária e considera que é uma estratégia ainda em processo de implantação, e que necessita ser melhor monitorada (BRASIL, 2011d). Em 2010 o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe algumas propostas de melhorias relacionadas aos NASF's, como: reduzir o número mínimo de equipes ESF vinculada ao NASF de oito para quatro, aumentar o número de profissionais de saúde mental em cada núcleo, e reduzir o número de equipes de ESF sob responsabilidade de cada NASF (BRASIL, 2010b). Já Mendes (2011) avalia que os NASF's são insuficientes para garantir uma atenção multiprofissional ao usuário, visto que estes profissionais não estão compondo organicamente as equipes, tanto que podem ser referência para até 15 equipes de ESF. O autor coloca que estes profissionais deveriam ser constituintes da equipe, e não apenas atuar como apoiadores. Sugere que a relação deveria ser de um profissional para cada três equipes de ESF e que, apesar de implicar em maiores gastos, essa seria uma medida fortemente custo efetiva (MENDES, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos essenciais para a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental

substitutivo aos hospitais psiquiátricos, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2010b). Nestes centros são realizados os atendimentos às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e ainda às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Dessa forma, o CAPS é referência para os casos mais graves, geralmente que necessitam de cuidados mais intensivos, reinserção psicossocial e, ainda, situações em que as possibilidades oferecidas pela ESF e NASF são insuficientes (BRASIL, 2009d; 2010b).

É função do CAPS prover a assistência através de uma equipe multiprofissional, com um trabalho interdisciplinar, e em regime de atenção integral (dias úteis). As principais atividades desenvolvidas são os atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico e de orientação, entre outros); atendimento em grupo (por exemplo, psicoterapia e grupo operativo); oficinas terapêuticas (como teatro e música); atendimento aos familiares; visitas domiciliares; e atividades que proporcionem o acesso ao trabalho e ao lazer, a integração do usuário na sociedade e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. O acolhimento e cuidados relacionados a situações de crise, ou seja, na fase aguda do transtorno mental, também podem ser realizados pelo CAPS, que funciona com o modelo de porta aberta (BRASIL, 2002; 2009d; 2010b; 2011b). É, fundamentalmente, a partir deste conjunto de ações realizadas nos CAPS's que se busca a redução das internações hospitalares (BRASIL, 2005).

Ressalta-se ainda que a equipe do CAPS também tem o papel de realizar o apoio matricial para a Atenção Primária. É de fundamental importância, então, que se mantenha constante integração entre as equipes de ESF, de NASF e do CAPS, através da organização de espaços que possibilitem trocas de saberes, discussões de casos e planejamento de ações (BRASIL, 2009d).

Existem diferentes modalidades de CAPS's, que se distinguem de acordo com o tipo de população atendida, capacidade de atendimento e pelo porte. Atualmente eles estão classificados como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (álcool e outras drogas), CAPS AD III e CAPS i (infantil) (BRASIL, 2011b). A seguir serão apresentadas as principais características de cada um deles.

- CAPS I - Público atendido: pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes, e com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas. Perfil populacional do município: indicado para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Equipe mínima: total de nove profissionais, sendo um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três

profissionais de nível superior (entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro) e quatro de nível médio (entre técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou outro). Funcionamento: nos cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2002; 2005).

- CAPS II - Público atendido: pessoas adultas com transtornos mentais graves e persistentes. Pode atender usuários com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, dependendo da organização da rede de saúde no município. Perfil populacional do município: indicado para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Equipe mínima: total de 12 profissionais, sendo um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro de nível superior (entre psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro) e seis de nível médio (entre técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou outro). Funcionamento: nos cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2002; 2005).

- CAPS III - Público atendido: pessoas adultas com transtornos mentais graves e persistentes. Oferece serviços de atenção contínua, proporcionando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive ao CAPS AD. Perfil populacional do município: indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Equipe mínima: total de 16 profissionais, sendo dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco de nível superior (entre psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro) e oito de nível médio (entre técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou outro). Funcionamento: 24 horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2002; 2005).

- CAPS AD - Público atendido: pessoas de todas as faixas etárias com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas. Perfil populacional do município: indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Equipe mínima: total de 13 profissionais, sendo um médico psiquiatra, um médico clínico, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro de nível superior (entre psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro) e seis de nível médio (entre técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou outro). Funcionamento: nos cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2002; 2011b).

- CAPS AD III - Público atendido: pessoas de todas as faixas etárias com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas. Perfil populacional do município: indicado para municípios com



população acima de 200.000 habitantes. Equipe mínima: total de 17 profissionais, sendo um médico psiquiatra, um médico clínico geral, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco de nível superior (entre psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro), quatro técnicos de enfermagem, quatro profissionais de nível médio (entre técnico de enfermagem, técnico educacional ou outro), um técnico administrativo. Funcionamento: 24 horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2011b; 2012a).

- CAPS i - Público atendido: crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes. Pode atender usuários com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, dependendo da organização da rede de saúde no município. Perfil populacional do município: indicado para municípios com população de aproximadamente 200.000 habitantes. Equipe mínima: total de 11 profissionais, sendo um médico (psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental), um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (entre psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, ou outro) e cinco de nível médio (entre técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou outro). Funcionamento: nos cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2002; 2005).

De forma geral, recentemente, tem ocorrido uma importante expansão dos serviços tipo CAPS, sendo que no último ano (2011) ocorreu a habilitação de 122 novos serviços. De acordo com os últimos dados disponibilizados, o Brasil possui um total de 1742 CAPS que dão cobertura a 72% da população, considerando o parâmetro de um CAPS a cada 100.000 habitantes. O estado de Santa Catarina apresenta o indicador de 0,90 CAPS / 100.000 habitantes, avaliado como “cobertura muito boa”. Aparece como o sétimo estado com melhor cobertura, juntamente com Alagoas. Santa Catarina possui 47 CAPS I, 13 CAPS II, dois CAPS III, 06 CAPS i e 11 CAPS AD, totalizando 79 serviços (BRASIL, 2012b). Até o momento, não possui CAPS AD III, possivelmente por este ter sido regulamentado recentemente (BRASIL, 2012a; 2012b).

O Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental aponta para importância de se rever os critérios para implementação dos diferentes tipos de CAPS e NASF. Sugere a inclusão do critério epidemiológico e não apenas o populacional, como é previsto atualmente, visando à ampliação do número desses serviços (BRASIL, 2010b). Essa é uma ação importante visto que apesar das avaliações positivas quanto ao crescimento da rede de saúde mental no Brasil,

ainda há muitos progressos a serem feitos para que a população tenha um atendimento integral e de qualidade.

Outro ponto da rede de atenção a saúde mental que merece destaque neste estudo é o hospital geral, visto que é elemento importante da reestruturação em assistência psiquiátrica, fazendo parte tanto do componente da atenção a urgências e emergências, sendo portas hospitalares de urgências/ pronto socorro, quanto da atenção hospitalar, com as enfermarias especializadas (BRASIL, 2011b). Os atendimentos às situações de crises devem então estar garantidos ininterruptamente, e podem acontecer nos CAPS III, em prontos atendimentos e nos hospitais gerais (BRASIL, 2010b). Também é necessária a criação de leitos de atenção integral em saúde mental nos hospitais gerais, o que ainda é um desafio, visto que a maior parte deles ainda trabalha com a lógica de especialidades clínicas. Além disso, historicamente as discussões relacionadas à saúde mental ficaram bastante distantes dos hospitais gerais, sendo preciso, portanto, organizar e incentivar a articulação desses campos e a integração com os outros serviços de saúde mental, efetivando-se uma rede de cuidados (BRASIL, 2011d). Visando a consolidação da rede, o Ministério da Saúde coloca como diretriz a elaboração de protocolos de atendimento às situações de urgência e emergência em saúde mental nos hospitais gerais, além de capacitar os profissionais e adequar a estrutura física para poder atender as demandas que por ventura vierem a ocorrer (BRASIL, 2010b).

Desta maneira, neste tópico tentou-se explicar brevemente, assim como dar uma visão geral do funcionamento do sistema de saúde para que mais adiante possa ser melhor compreendido o encaminhamento realizado ao usuário para os diferentes órgãos que darão seguimento ao processo de atendimento.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste trabalho é de natureza qualitativa, de caráter exploratório. Para melhor compreensão do método utilizado optou-se por dividir a pesquisa em três etapas, de acordo com os seus objetivos específicos. A seguir será, então, descrita a proposta de procedimentos.

#### 3.1 PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O objetivo desta etapa foi identificar os serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios com maiores números de pacientes que tentaram suicídio e foram atendidos pelo Serviço de Psicologia na Emergência Adulto do HU/UFSC.

Esta primeira fase foi primordial para que fosse possível a construção do fluxograma de encaminhamentos – objetivo geral desta pesquisa – visto que para propor onde o paciente deve procurar atendimento, é preciso conhecer quais os serviços de saúde que estão disponíveis no município em que ele reside. Esta etapa foi constituída de dois momentos que serão descritos a seguir.

##### 3.1.1 Primeiro momento: seleção dos municípios participantes

Foi verificada a necessidade de selecionar quais municípios seriam alvos da pesquisa, tendo em vista que a EMG/HU atende pacientes que procedem de uma abrangente gama de municípios e não seria viável, neste estudo, identificar os serviços de saúde de todos eles. Optou-se assim, como critério de inclusão, selecionar aqueles que fazem parte da Grande Florianópolis e em que há as maiores incidências de pacientes atendidos por tentativa de suicídio pelo Serviço de Psicologia. Estes municípios foram identificados através da análise de dados contidos nos registros documentais, restritos ao Serviço de Psicologia do Hospital Universitário de Florianópolis, dos pacientes atendidos no período de março de 2011 a fevereiro de 2012. A escolha deste período deve-se ao fato de ter sido em março de 2011 que ocorreu a implementação de um instrumento padronizado de registro dos atendimentos (MACCHIAVERNI, 2012).

A variável analisada nos registros foi o “município de procedência do paciente”. Ressalta-se que essa informação sempre é coletada pelo psicólogo durante o atendimento do paciente na

emergência, o que proporciona maior confiabilidade ao dado coletado. É importante esclarecer também que esse registro documental não faz parte do prontuário único do Hospital Universitário, e sim é registro previsto na resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) N°001/09 e CFP N°005/2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. A resolução CFP N°001/09 ainda considera o registro documental importante tanto para o psicólogo, quanto para quem recebe atendimento e para as instituições envolvidas; e coloca ainda que “[...] é instrumento útil à produção e ao acúmulo de conhecimento científico, à pesquisa, ao ensino [...]” (CFP, 2009).

O procedimento de coleta utilizado foi, então, a análise documental. De acordo com Severino (2007, p.124), a documentação é uma técnica “de identificação, levantamento, exploração de documentos fontes do objeto pesquisado e registro das informações retiradas nessas fontes”. Gil (2010) contribui ressaltando que com essa técnica o pesquisador utiliza materiais que não foram previamente analisados.

Os dados obtidos foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel e analisados quantitativamente por meio estatístico, de acordo com a distribuição das frequências.

### **3.1.2 Segundo momento: identificação serviços de saúde mental SUS**

Neste momento foi realizada a identificação dos serviços de saúde mental disponíveis nos municípios selecionados no primeiro momento. O levantamento dos serviços municipais ocorreu através de dados oficiais obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de cada município, pelo contato por correio eletrônico. Já em relação aos serviços estaduais e federais a identificação ocorreu através do portal da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC, 2012), e posterior contato por correio eletrônico com os serviços visando a verificação das informações. Obteve-se a seguinte caracterização dos serviços de saúde: nome da unidade, endereço, contato telefônico, horário de funcionamento e profissionais de saúde mental (psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional) disponíveis no serviço.

### 3.2 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA EMG/HU POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

O objetivo desta etapa foi a construção de critérios que indicassem condutas a serem tomadas em relação aos encaminhamentos a pacientes atendidos por tentativa de suicídio pelo Serviço de Psicologia da EMG/HU. Desta maneira foi criada uma tabela com uma classificação em categorias, específica para os usuários atendidos por tentativa de suicídio. Cada categoria relacionou o tipo de atendimento em saúde mental que ele irá necessitar, com os sintomas e características que o mesmo apresenta no momento da avaliação realizada pelo Serviço de Psicologia. Esta etapa foi realizada a partir da revisão seletiva da literatura em artigos científicos, manuais e livros que abordassem a avaliação do risco de tentativa de suicídio/suicídio.

### 3.3 TERCEIRA ETAPA: PROPOSTA DE UM FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA EMG/HU POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

Esta fase visou propor um fluxograma de encaminhamentos para os serviços do SUS dos municípios, dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio pelo Serviço de Psicologia na EMG/HU. Ou seja, propor para onde e de que forma os usuários avaliados com determinadas necessidades devem ser encaminhados. Esta etapa foi subdividida em dois momentos:

#### **3.3.1 Primeiro momento: construção do fluxograma provisório**

No primeiro momento foi elaborado um fluxograma provisório para cada um dos municípios previamente selecionados. O fluxograma visou representar as ações e serviços de saúde sugeridos para encaminhar o paciente previamente avaliado pelo Serviço de Psicologia e classificado de acordo com as categorias estabelecidas pela tabela elaborada na segunda etapa, pode ser encaminhado. Cabe destacar que os serviços de saúde sugeridos estão entre aqueles que foram identificados na primeira etapa deste estudo.

O fluxograma foi construído a partir de pesquisa bibliográfica em protocolos, portarias e artigos científicos a respeito das demandas que são atendidas em cada serviço de saúde do SUS e formas de acesso

aos mesmos, relacionando com os dados obtidos nas etapas anteriores da pesquisa.

### **3.3.2 Segundo momento: entrevistas com representantes dos serviços e elaboração da versão final do fluxograma**

Com o objetivo de verificar se o fluxograma elaborado condizia com a realidade e possibilidades encontradas nos municípios, foi realizada uma entrevista com um representante dos serviços que constituíam a rede de saúde mental de cada município. Ressalta-se a importância deste momento para verificar a viabilidade do fluxograma e legitimar a participação dos serviços de saúde mental.

A entrevista foi semi-estruturada, conforme modelo elaborado a partir dos estudos preliminares. De acordo com Severino (2007) a entrevista é uma técnica de coleta de informações que se fundamenta na interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. No caso da semi-estruturada o entrevistador faz perguntas orais, em ordem previamente estabelecida, e tem a liberdade de acrescentar indagações para esclarecimento, caso sinta essa necessidade (LAVILLE; DIONNE, 1999).

As entrevistas ocorreram no mês de novembro de 2012, tiveram duração de, em média, 40 minutos e adotaram o modelo a seguir:

- Realizadas individualmente em local acordado com o participante.
- Primeiramente foi explanado o objetivo da pesquisa e da entrevista, além das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- As informações colhidas na primeira etapa deste estudo – caracterização dos serviços de saúde mental disponíveis no município – foram verificadas e, se necessário, atualizadas.
- Foi apresentada a tabela com os critérios para encaminhamento após avaliação pelo Serviço de Psicologia do HU/UFSC do paciente atendido por tentativa de suicídio.
- Em seguida o fluxograma elaborado para aquele determinado município foi apresentado e foi questionado ao entrevistado se havia sugestões de mudanças.
- As propostas foram então redigidas no momento da entrevista e adaptações no fluxograma foram realizadas visando atender as sugestões do entrevistado.

O material produzido a partir deste estudo será disponibilizado aos psicólogos que fazem atendimento no HU/UFSC e também para as coordenações de saúde mental dos municípios analisados.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas da Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, que regulamenta os processos de investigação envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Federal de Santa Catarina para apreciação e aprovação (número do parecer 37908, ANEXO A). Os participantes dessa pesquisa foram informados sobre a finalidade da mesma e os benefícios que esta pode vir a trazer. A participação dos entrevistados ocorreu mediante consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), sendo assinado pelos mesmos em duas vias, uma delas tendo permanecido com o pesquisador e a outra ficando de posse do participante. Foi garantido o sigilo e o anonimato das informações, preservando os profissionais. Além disso, foi garantida a liberdade do entrevistado retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto acarretasse em qualquer penalidade.





## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Com o objetivo de verificar quais os municípios da Grande Florianópolis que possuem as maiores incidências de pacientes que tentaram suicídio e foram atendimentos pelo Serviço de Psicologia da EMG/HU, foram coletados dados a partir dos registros documentais do período compreendido entre março de 2011 a fevereiro de 2012.

Observou-se, então, que no período analisado foram realizados um total de 183 atendimentos pelo Serviço de Psicologia a usuários que tentaram suicídio, o equivalente a uma média de quatro atendimentos semanais. Os pacientes eram moradores de 17 diferentes municípios, sendo estes pertencentes ao estado de Santa Catarina, outros estados do Brasil e inclusive de outros países. Os municípios identificados foram: Alfredo Wagner (SC), Antônio Carlos (SC), Biguaçu (SC), Campo Grande (MS), Canelinha (SC), Florianópolis (SC), Garopaba (SC), Governador Celso Ramos (SC), Imaruí (SC), Navegantes (SC), Palhoça (SC), Rio de Janeiro (RJ), Rio do Sul (SC), São José (SC), São Pedro de Alcântara (SC), Tijucas (SC) e Buenos Aires (Argentina).

O primeiro critério de inclusão estabelecido foi que o município deveria pertencer à Grande Florianópolis. De acordo com a Secretaria de Estado de Desenvolvimento são 13 municípios que compõe a Regional Grande Florianópolis: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São José e São Pedro de Alcântara (SDR, [s.d.]). Dessa forma, da amostra selecionada, pode-se verificar que sete municípios atenderam a esse critério, foram eles: Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, São José e São Pedro de Alcântara.

Conforme pode ser visualizado na Tabela 1 (p. 56), em relação aos municípios da Regional Grande Florianópolis, foram realizados um total de 171 atendimentos, sendo 114 a pacientes provenientes de Florianópolis, 26 de Palhoça, 22 de São José, 06 de Biguaçu, 01 de Antônio Carlos, 01 de Governador Celso Ramos e 01 de São Pedro de Alcântara. Provenientes dos demais municípios não pertencentes à Grande Florianópolis foram realizados atendimentos a 01 ou 02 usuários provenientes de cada cidade, totalizando 12 atendimentos referentes a 07 cidades do estado de Santa Catarina e 03 de outros estados/país.

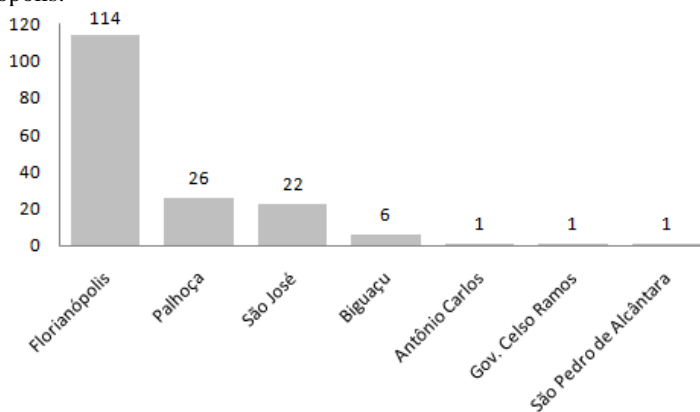
Tabela 1: Distribuição do número de pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia na Emergência do HU/UFSC por tentativa de suicídio por procedência no período de março de 2011 a fevereiro de 2012.

<b>Município de Procedência</b>	<b>Número de Pacientes</b>
Alfredo Wagner	2
Antônio Carlos	1
Biguaçu	6
Buenos Aires	1
Campo Grande	1
Canelinha	1
Florianópolis	114
Garopaba	1
Gov. Celso Ramos	1
Imaruí	1
Navegantes	2
Palhoça	26
Rio de Janeiro	1
Rio do Sul	1
São José	22
São Pedro de Alcântara	1
Tijucas	1
<b>Total</b>	<b>183</b>

Nesta etapa do estudo optou-se por selecionar, dentre os municípios da Grande Florianópolis, apenas aqueles que apresentavam os maiores números de atendimentos no período de março de 2011 a fevereiro de 2012. Dessa forma, como também pode ser observado no Gráfico 1 (p.57), três deles (Antônio Carlos, Governador Celso Ramos e de São Pedro de Alcântara) apresentaram apenas um atendimento no período analisado, optando-se, então, por não incluí-los nesta pesquisa, visto que se apresentaram como casos isolados. Os outros quatro municípios foram incluídos nesta pesquisa, sendo eles: Biguaçu, São José, Palhoça e Florianópolis.

Observa-se que a maior parte dos pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia são provenientes de Florianópolis. Em menor proporção aparecem Palhoça, seguido de São José e Biguaçu. A maior incidência de pacientes de Florianópolis era esperada, visto que é o município mais populoso e ainda que o HU/UFSC localiza-se nesta

Gráfico 1: Número de pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia na Emergência do HU/UFSC por tentativa de suicídio por municípios da Grande Florianópolis.



cidade, facilitando o acesso dessa população ao serviço. Biguaçu, Palhoça e São José, como apresentado a seguir na Figura 1, são municípios vizinhos de Florianópolis o que também pode ter refletido nos números de atendimentos apresentados.

Figura 1: Mapa dos municípios de Biguaçu, Florianópolis, São José e Palhoça.



Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / Censo 2010.

A partir da seleção da amostra iniciou-se a identificação dos serviços de saúde mental pertencentes ao SUS, disponíveis em cada um dos municípios elegidos, que ocorreu através do contato por correio eletrônico com a Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental do município.

A seguir serão expostos os dados colhidos a respeito dos serviços de saúde relacionados ao atendimento à saúde mental. Primeiramente a respeito de serviços que são referência para os quatro municípios deste estudo e, posteriormente, será apresentada uma breve caracterização de cada município e seus serviços municipais. Optou-se por apresentá-los de acordo com a ordem alfabética, assim sendo: Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José. É fundamental ressaltar que as informações obtidas em relação aos serviços de saúde são referentes ao quadro existente dentro do período em que os dados foram colhidos, ou seja, junho de 2012, sendo que durante a realização da segunda etapa desse trabalho, realizada em novembro de 2012, essas informações foram atualizadas. Sabe-se, porém, que os serviços sofrem alterações frequentes e que certamente outras mudanças ocorrerão, havendo então a necessidade desse material passar por atualizações periódicas. Assim, pode-se dizer que o atual panorama é como uma fotografia, mas que traz dados relevantes que vão conduzir as intervenções/encaminhamentos realizadas pelo Serviço de Psicologia.

Em seguida à apresentação de cada município será realizada uma breve discussão relacionada à atual configuração dos serviços de saúde mental presente nos municípios. Cabe assim retomar que o objetivo desta etapa do estudo é conhecer quais serviços estão disponíveis na rede de saúde mental, para dessa forma identificar em qual(is) dele(s) o usuário deve buscar atendimento a partir dos fatores avaliados na Emergência do HU/UFSC.

#### **4.1.1 Serviços de saúde mental - Regional Grande Florianópolis**

No estado de Santa Catarina a rede de serviços de saúde mental é constituída, fundamentalmente, por três áreas de atendimento: a Atenção Primária com a atuação das ESF's e NASF's; os serviços ambulatoriais especializados compostos principalmente pelos CAPS's; e a rede de atendimento hospitalar (SES/SC, 2011). As duas primeiras áreas aqui referidas são serviços municipais e, por conta disso, serão apresentados posteriormente, de acordo com o que cada município deste estudo apresenta.

Através do portal da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), é possível visualizar os serviços que compõe a rede de saúde mental em cada região de saúde do estado (SES/SC, 2012). A planilha disponível neste portal, que segundo consta foi atualizada em julho de 2012, aponta como componentes dos serviços de emergências em saúde mental as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Cabe esclarecer que por esses serviços não oferecerem atendimento especializado em saúde mental e realizarem procedimentos que, em geral, também são prestados pela EMG/HU, optou-se por não incluí-los neste estudo. Esta pesquisa visa explorar apenas os serviços para os quais o paciente será encaminhado com o objetivo de dar continuidade à assistência de sua saúde mental, assim, não haveria razão para um paciente que está em atendimento no HU ser encaminhado para uma UPA ou ser acionado o SAMU para prestar um atendimento de urgência.

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), que está localizado no município de São José, é um hospital estadual que também aparece como serviço integrante da rede de saúde mental. Este serviço possui uma emergência psiquiátrica, com atendimento 24 horas, que presta atendimento às situações de urgências e emergências, de demanda espontânea e referenciada. Neste instituto também há 160 leitos para pacientes que necessitam de internação hospitalar, todos eles pelo SUS (CNESNet [s.d.]). Por se tratar do único serviço de atendimento de emergência 24 horas especializado em saúde mental pelo SUS, o IPq/SC constitui-se, até o momento, em um dos principais serviços de referência que atende situações que demandam uma avaliação psiquiátrica de urgência, para os municípios da Regional Grande Florianópolis.

Apesar da Portaria nº 3.088 preconizar a presença de unidade de enfermaria especializada em atenção à saúde mental em hospitais gerais (BRASIL, 2011b), cabe acrescentar ainda que, de acordo com informações disponibilizadas pela SES/SC, inexistem na Regional da Grande Florianópolis hospitais gerais com leitos nesta especialidade (SES/SC, 2012; CNESNet [s.d.]).

No HU/UFSC há um Serviço de Psiquiatria e, de acordo com informações colhidas com um representante deste serviço, até o momento, não há em nenhuma unidade deste hospital – tanto de internação quanto na Emergência – a presença sistemática de psiquiatras. O atendimento a pacientes que necessitam de intervenção dessa especialidade é realizado através do pedido de interconsultas. Atualmente são os residentes do terceiro ano de psiquiatria do programa de residência do estado, que possui convênio com o HU/UFSC, que

realizam a interconsulta sob supervisão de um psiquiatra da instituição. Os pedidos de interconsultas para pacientes que estão na Emergência têm prioridade, e devem ser respondidos no prazo de 24 horas.

#### 4.1.2 Serviços de saúde mental - Município de Biguaçu

##### 4.1.2.1 Breve Caracterização

Tabela 2: Caracterização do município de Biguaçu.

População residente	58.206 habitantes
Área da unidade territorial	374 km <sup>2</sup>
Densidade demográfica	155,44 hab/ km <sup>2</sup>

Fonte: Criado pela autora com dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / Censo 2010.

##### 4.1.2.2 Identificação dos Serviços de Saúde disponíveis relacionados à Saúde Mental – SUS

O serviço de Atenção Primária de Biguaçu possui um total de 11 UBS's, onde operam 16 equipes de Estratégia de Saúde Família (ESF). Atualmente, há no município uma equipe de NASF, composta por, entre outros profissionais não pertencentes à área específica de saúde mental, um psicólogo e um psiquiatra, que presta apoio às 16 equipes de ESF.

A partir desses dados pode-se observar que a atual organização desses serviços está seguindo em parte o que é proposto pelas portarias do Ministério da Saúde. Pode-se supor que, de acordo com o total de habitantes em Biguaçu, cada equipe de ESF seria responsável por, em média, 3.640 pessoas; lembrando que o previsto pela Portaria nº 2.488/2011 é de 3.000 a 4.000 pessoas (BRASIL, 2011c). Já o NASF de Biguaçu está vinculado a 16 equipes, sendo que o preconizado é que este número não ultrapasse 15 ESF (BRASIL, 2001c).

O município também conta com mais dois psicólogos, sendo que um deles faz parte da equipe do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e realiza atendimentos especificamente a pacientes desse programa; e o outro atua em ambulatório de psicologia infantil. Recentemente também aconteceu a contratação de um psiquiatra para atuar na policlínica, mas, no momento, optou-se que este atuasse através de matriciamento, prestando apoio às ESF's.

Em relação a serviços específicos voltados para a saúde mental, Biguaçu possui um CAPS I, formado pela seguinte equipe: um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social, um técnico de enfermagem, e um técnico administrativo. De acordo com o perfil populacional do município a presença do CAPS I está em concordância com o que portaria indica (previsto para municípios acima de 20.000 habitantes) (BRASIL, 2011b). O número de profissionais atuando no serviço no momento da coleta dos dados está abaixo do previsto pela portaria, visto que esta indicaria a presença de um enfermeiro, mais um profissional de nível superior e mais dois de nível médio (BRASIL, 2002).

Há, então, nos serviços de saúde de Biguaçu um total de sete profissionais de saúde mental, sendo três psiquiatras e quatro psicólogos.

Foram coletados dados de identificação (endereço, telefone e horário de funcionamento) dos serviços de saúde, que foram organizados em formato de um documento informativo, com o intuito de facilitar o acesso e manuseio, que pode ser observado no APÊNDICE B.

### **4.1.3 Serviços de saúde mental - Município de Florianópolis**

#### 4.1.3.1 Breve Caracterização

Tabela 3: Caracterização do município de Florianópolis.

População residente	421.240 habitantes
Área da unidade territorial	671 km <sup>2</sup>
Densidade demográfica	627,24 hab/ km <sup>2</sup>

Fonte: Criado pela autora com dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / Censo 2010.

#### 4.1.3.2 Identificação dos Serviços de Saúde disponíveis relacionados à Saúde Mental – SUS

Atualmente Florianópolis possui 50 UBS's, distribuídas em cinco regionais (norte, sul, leste, centro e continente). As UBS's contam com a atuação de 116 equipes de ESF e 07 equipes de NASF. Assim, realizando um cálculo de média simples, pode-se supor que em Florianópolis cada ESF é referência por aproximadamente 3.795 habitantes. Pode-se considerar então que os quantitativos de equipes de

ESF estão dentro do que é previsto pelo Ministério da Saúde, ou seja, uma ESF responsável por 3.000 a 4.000 pessoas (BRASIL, 2011c). Em relação ao quantitativo de NASF a portaria propõe que cada equipe seja referência para no máximo 15 equipes (BRASIL, 2011c), e em Florianópolis atualmente este número está um pouco acima, visto que em média cada NASF presta apoio para 16 ESF. No momento, atuando nas equipes de NASF, há um total de 25 profissionais de saúde mental, sendo 14 psicólogos e 11 psiquiatras.

Ressalta-se que em 2010 entrou em vigor uma instrução normativa que define normas e diretrizes para a gestão e atuação dos NASF em Florianópolis, a Instrução Normativa nº 001/2010. Destaca-se aqui que uma das áreas temáticas definidas como prioritárias é justamente a saúde mental e que, por decisão da gestão municipal de Florianópolis, em cada equipe de NASF poderá haver dois profissionais de psicologia (PMF, 2010a). Essa instrução normativa pode refletir uma preocupação e interesse da prefeitura em trazer melhorias para a assistência em saúde mental no município.

No que se refere a serviços específicos de saúde mental há no município quatro CAPS's, são eles: um CAPS II, dois CAPS AD (um localizado na ilha e outro no continente) e um CAPS I.

A equipe do CAPS II é formada por dois psiquiatras, um enfermeiro, quatro psicólogos, dois assistentes sociais, um técnico de enfermagem e dois assistentes administrativos. Enquanto o CAPS I conta com um psiquiatra, um neuropediatra, dois enfermeiros, três psicólogos, um assistente social, um técnico de enfermagem, dois assistentes administrativo. As duas unidades apresentam o número total de profissionais de acordo com o indicado pelo Ministério da Saúde, ou seja, 12 e 11 respectivamente. Já a relação dos números de profissionais de ensino superior/ensino médio encontra-se diferente do recomendado. Para o CAPS II é previsto 6/6, e há no município a relação de 8/4; e para o CAPS I é recomendado 6/5 e atual composição é de 8/3.

Os dois CAPS AD existentes no município possuem equipes que estão em acordo com o proposto pela portaria (BRASIL, 2002), ou seja, um mínimo de 13 profissionais, sendo um psiquiatra, um médico clínico, um enfermeiro, quatro de nível superior e seis de nível médio. Atualmente no CAPS AD Ilha atuam os seguintes profissionais: três psiquiatras, um médico clínico geral, dois enfermeiros, três psicólogos, um assistente social, um farmacêutico, dois técnicos de enfermagem, três redutores de danos e dois assistentes administrativos. Já no CAPS AD Continente há dois psiquiatras, um médico clínico geral, um enfermeiro, dois psicólogos, um assistente social, um farmacêutico, dois



técnicos de enfermagem, quatro redutores de danos e três assistentes administrativos.

Considerando o perfil populacional de Florianópolis (421.240 habitantes), seria indicado que o município possuísse ao todo dois CAPS III, dois CAPS AD III e ainda dois CAPS i (Brasil, 2002; 2011b).

Atualmente há em Florianópolis um total de 45 profissionais de saúde mental, sendo 26 psicólogos e 19 psiquiatras. Exclusivos para a coordenação de saúde mental do município há ainda outros dois profissionais, um psiquiatra e um psicólogo; e ainda vinculados à Secretaria de Saúde há outros profissionais de saúde mental que atuam na coordenação/direção de outras áreas não diretamente relacionadas à sua área de formação.

As informações relativas à identificação dos serviços estão disponíveis no APÊNDICE C.

#### **4.1.4 Serviços de saúde mental - Município de Palhoça**

##### 4.1.4.1 Breve Caracterização

Tabela 4: Caracterização do município de Palhoça.

População residente	137.334 habitantes
Área da unidade territorial	395 km <sup>2</sup>
Densidade demográfica	347,68 hab/ km <sup>2</sup>

Fonte: Criado pela autora com dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / Censo 2010.

##### 4.1.4.2 Identificação dos Serviços de Saúde disponíveis relacionados à Saúde Mental – SUS

Palhoça possui 19 UBS, com 26 equipes de ESF e 03 equipes de NASF. Cada equipe do NASF presta apoio para uma regional (norte, sul e centro) e é formada por, entre outros profissionais, um psicólogo. A partir do número de habitantes em Palhoça contabilizados pelo IBGE, e calculando a média simples, pode-se considerar que cada equipe de ESF seria responsável por cerca de 5.280 pessoas. Este número é superior ao previsto pela Portaria nº 2.488/2011, que coloca que o máximo deveria ser 4.000 pessoas por equipe de ESF (BRASIL, 2011c). Em relação às equipes de NASF o município segue o indicado pelo Ministério da Saúde, ou seja, que cada NASF pode se vincular a 08 até 15 equipes de

ESF (BRASIL, 2011c), e em Palhoça, cada NASF é referência por, em média, aproximadamente nove equipes de ESF.

Os serviços de saúde voltados para atenção em saúde mental presentes em Palhoça são: um CAPS II, uma Unidade de Referência em Psiquiatria e Psicologia e uma Equipe de Álcool e Drogas (EAD). O CAPS II conta com uma equipe de dois psiquiatras, dois enfermeiros, dois psicólogos, um pedagogo, um técnico de enfermagem e um técnico administrativo. A EAD é formada por um psiquiatra, duas enfermeiras, um assistente social e um técnico de enfermagem. Já a Unidade de Referência em Psiquiatria e Psicologia, que se localiza junto à policlínica do município, possui dois psicólogos e dois psiquiatras.

Palhoça está dentro do perfil populacional indicado para possuir um CAPS II e a equipe de profissionais de nível superior que lá atua está condizente com a Portaria nº 336/2002, que prevê a presença de um médico psiquiatra, um enfermeiro e outros quatro profissionais de nível superior. Em relação aos profissionais de nível médio, segundo as informações colhidas no momento da coleta dessa pesquisa, havia dois profissionais atuando na unidade, sendo que a portaria indica a presença de quatro (BRASIL, 2002).

Ainda de acordo com o perfil populacional, vale considerar que Palhoça possui critério para a instalação de um CAPS AD, que é sugerido para municípios com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2011b). A Equipe de Álcool e Drogas (EAD) presente neste município possivelmente é uma forma alternativa implantada neste momento para auxiliar nas demandas específicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Os serviços de saúde de Palhoça contam no momento com cinco psiquiatras e sete psicólogos, totalizando 12 profissionais de saúde mental que atuam diretamente com a população. Destaca-se ainda que, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça, há mais três psicólogos: um na coordenação de saúde mental, um na direção de educação continuada e outro que atua na direção de atenção integral à família.

No APÊNDICE D são apresentados os dados de identificação dos serviços de saúde aqui referidos.

## 4.1.5 Serviços de saúde mental - Município de São José

### 4.1.5.1 Breve Caracterização

Tabela 5: Caracterização do município de São José.

População residente	209.804 habitantes
Área da unidade territorial	151 km <sup>2</sup>
Densidade demográfica	1.388,17 hab/ km <sup>2</sup>

Fonte: Criado pela autora com dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / Censo 2010.

### 4.1.5.2 Identificação dos Serviços de Saúde disponíveis relacionados à Saúde Mental – SUS

O município de São José está dividido em quatro distritos (norte, sul, leste e oeste) e possui 18 UBS. Nestas unidades atuam 40 equipes de ESF. No momento, o município não possui equipes formadas de NASF, mas existem quatro psicólogos que atuam fazendo matriciamento nas UBS's.

Da mesma forma como acontece no município de Palhoça, pode-se observar que em São José as equipes de ESF estão responsáveis por um número de indivíduos acima do previsto pela portaria. Através do cálculo da média simples, cada equipe estaria como referência para aproximadamente 5.245 pessoas, sendo que, de acordo com a Portaria nº 2.488/2011, esse número não deveria ultrapassar 4.000 (BRASIL, 2011c). Em relação às equipes de NASF este município poderia possuir de três a cinco equipes que prestariam apoio às equipes ESF, segundo a Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011c). Apesar de São José, até o momento, não ter se organizado em equipes de NASF propriamente dita, é importante destacar que há a presença de quatro psicólogos que oferecem apoio através de matriciamento, modelo organizacional este proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009d).

O Centro de Referência em Saúde Mental é um serviço especializado disponível atualmente no município. Neste centro há uma equipe composta por: sete psiquiatras, dois enfermeiros, dois psicólogos, um assistente social, um terapeuta ocupacional, dois técnicos de enfermagem e um agente administrativo. É importante ressaltar que um dos psiquiatras que atuam neste centro ainda atua no sistema de regulação de vagas e cinco outros também realizam matriciamento nas

UBS. Diferentemente de um serviço como o CAPS esta unidade não funciona como “porta aberta” e suas vagas são reguladas a partir das equipes de ESF’s.

Durante a realização desta pesquisa, no final de novembro de 2012, um CAPS II foi inaugurado no município. A equipe que ali vai atuar, segundo informações colhidas, encontra-se em formação, mas há a previsão de que seja composta pelos seguintes profissionais: dois psiquiatras, dois clínicos gerais, dois enfermeiros, dois psicólogos, um assistente social, um terapeuta ocupacional, dois técnicos de enfermagem e dois técnicos administrativos. Com esta equipe o CAPS II, estaria com a formação condizente com a proposta pela Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002), inclusive com um quantitativo superior.

Conforme o perfil populacional de São José (209.804 habitantes), este município teria indicação para a instalação de um CAPS III, um CAPS AD III e ainda um CAPS I (Brasil, 2002; 2011b).

No momento da coleta dos dados foi verificado que o município conta com um total de 14 profissionais de saúde mental, sendo sete psiquiatras, seis psicólogos e um terapeuta ocupacional. Ressalta-se que os profissionais que devem atuar no CAPS II não foram aqui contabilizados, devido ao fato de que a equipe aqui relatada estava em formação.

As informações referentes à identificação dos serviços de São José estão disponíveis no APÊNDICE E.

A seguir, na Tabela 6 (p.67), pode ser visualizado um panorama geral dos serviços municipais que prestam assistência na área de saúde mental nos quatro municípios que fazem parte deste estudo.

Pode-se verificar então que os serviços de saúde mental estão estruturados de formas diversas em cada município, uns apresentando mais recursos e outros menos. Em resumo, de acordo com o apresentado pelas portarias, em relação ao número de ESF’s por habitantes somente Biguaçu e Florianópolis estão em concordância com o proposto (BRASIL, 2011c). Quanto ao número de NASF por ESF somente Palhoça atingiu o quantitativo previsto; em Biguaçu e em Florianópolis cada NASF presta apoio para, em média, uma equipe a mais do máximo previsto na legislação (BRASIL, 2011c); e apenas São José não está organizado dessa forma, mas conta com profissionais de saúde mental que realizam matriciamento nas UBS’s. Em relação aos CAPS’s, Biguaçu é o único que já apresenta a quantidade prevista pela portaria (BRASIL, 2011b), lembrando que é o município deste estudo com menor população (menos de 60.000 mil habitantes), o que talvez possa ter contribuído para ter atingido o que o governo propõe.

Tabela 6: Serviços municipais relacionados à saúde mental disponíveis em Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José.

Municípios	<i>UBS</i>	<i>ESF</i>	<i>NASF</i>	<i>CAPS I</i>	<i>CAPS II</i>	<i>CAPS AD</i>	<i>CAPS i</i>	<i>Serv. Especializado em Saúde Mental</i>
Biguaçu	11	16	01	01	-	-	-	-
Florianópolis	50	116	07	-	01	02	01	-
Palhoça	19	26	03	-	01	-	-	- EAD - Unid. Ref. em Psiquiatria e Psicologia
São José	18	40	-	-	01	-	-	- Centro Ref. em Saúde Mental

Vale ressaltar ainda que os resultados aqui apresentados não incluíram alguns critérios importantes para a definição do quantitativo de alguns serviços, como as ESF's, em que o número de habitantes sob sua responsabilidade deve ser definido também de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias e levando em conta a equidade do atendimento (BRASIL, 2011c). Dessa forma os municípios podem estar apresentando dificuldades em atender sua população, mas estas podem não ter sido evidenciadas neste estudo.

Já em relação às equipes de NASF é importante retomar a avaliação apresentada no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental que apontou a importância de se reduzir o número de ESF vinculadas a cada NASF e aumentar os profissionais de saúde mental em cada núcleo. Este relatório também enfatizou a necessidade de levar em conta o critério epidemiológico da população para se definir a necessidade de implementação dos NASF's e dos CAPS's (BRASIL, 2010b). Assim, parece ficar evidente que ainda há muito a ser feito para que a população receba um atendimento integral e de qualidade adequado às demandas referentes à sua saúde mental.

#### 4.2 SEGUNDA ETAPA: ELABORAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA EMG/HU POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

Nesta etapa visou-se a elaboração de critérios que definissem o encaminhamento necessário para o paciente atendido pelo serviço de Psicologia na EMG/HU por tentativa de suicídio. Foi identificada então a necessidade de utilizar uma classificação geral, relacionando o tipo de atendimento que o usuário irá necessitar com os sintomas e características que o mesmo apresenta no momento da avaliação realizada pelo Serviço de Psicologia.

Na literatura, com frequência, encontramos diversas classificações a respeito do risco de suicídio, a maioria delas propõe categorizar o risco em baixo, médio e alto risco de suicídio. Da literatura destacam-se aqui os manuais de prevenção do suicídio do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009b; OMS, 2000b; OMS, 2006), e ainda o manual produzido por Kutcher e Chehil (2007). Além dessas classificações, estes manuais e também outros autores contribuem ao refletir sobre o tema e a importância de algumas ações e encaminhamentos em determinadas situações relacionadas ao risco de suicídio (APA, 2002; APA, 2003; BOTEGA, RAPELI, CAIS, 2012; BOTEGA, WERLANG, 2004; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009b; KUTCHER, CHEHIL, 2007; MELEIRO, 2010; OMS, 2000a; OMS, 2000b; OMS, 2006; WENZEL, BROWN, BECK, 2010). Vale ressaltar, porém, que as classificações e a maior parte das contribuições apresentadas nestas publicações referem-se a pacientes em contexto de atendimento ambulatorial e não, como o público alvo deste estudo, a pacientes que acabaram de tentar suicídio e que, inclusive, necessitaram de atendimento em um serviço de emergência, apresentando-se em um momento de crise. Essa é uma circunstância que traz uma série de implicações que precisam ser levadas em conta no momento de uma avaliação de risco de uma nova tentativa de suicídio, assim não se enquadraria nas classificações já existentes. Optou-se então por, a partir de reflexões a respeito do que a literatura propõe, desenvolver uma categorização específica para os pacientes atendidos na circunstância aqui exposta.

Cabe destacar que a classificação que será apresentada não deve ser vista como um padrão rígido de intervenções, já que estas intervenções devem ser realizadas levando-se em consideração todos os aspectos identificados em cada caso individualmente. As características aqui apresentadas são indicadores de que um determinado

encaminhamento é o mais adequado para aquele usuário, de acordo com a avaliação realizada naquele momento. Assim, essas informações visam contribuir para uma tomada de decisão em relação a qual serviço de saúde o paciente pode ser encaminhado, mas a decisão final a respeito do plano de tratamento é feita pelo profissional da área da psicologia, a partir de sua avaliação global. Ressalta-se ainda que parte-se do pressuposto que quem utilizará o material aqui exposto já está minimamente capacitado a realizar uma avaliação de risco de suicídio.

A Tabela 7 (p. 70 e 71) ilustra o material produzido. A classificação foi realizada a partir da divisão dos tipos de encaminhamentos necessários, ou seja, as formas de atendimento que o usuário necessitará em saúde mental após a avaliação/intervenção do Serviço de Psicologia. Foram elencadas quatro categorias de encaminhamento: avaliação e acompanhamento se necessário em saúde mental ambulatorial; avaliação e acompanhamento em saúde mental ambulatorial; avaliação e acompanhamento em saúde mental ambulatorial intensivo; e avaliação psiquiátrica de urgência antes da alta hospitalar. Cada um desses encaminhamentos foi relacionado a uma determinada cor, sendo elas respectivamente: verde, amarelo, laranja e vermelho. Com o intuito de agrupar as diferentes características pessoais e /ou os sintomas que o usuário apresentou no momento da avaliação, e que serão os indicadores para se definir a conduta, quatro diferentes grupos foram construídos sendo eles: características da tentativa de suicídio (TS) que motivou a internação; histórico de saúde mental; rede de apoio; e avaliação atual. Propõe-se que este material fique a disposição dos profissionais psicólogos que realizam atendimentos na EMG/HU.

Tabela 7: Critérios para encaminhamento após avaliação pelo Serviço de Psicologia do HU/UFSC do paciente que tentou suicídio.  
(Continua)

Classificação	Encaminhamento necessário	Características da TS que motivou internação	Histórico de saúde mental	Rede de apoio	Avaliação atual
<b>VERDE</b>	<i>Avaliação e acompanhamento se necessário em saúde mental ambulatorial.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Método utilizado de baixa letalidade.</li> <li>- Crença do paciente que método era de baixa letalidade.</li> <li>- Solicitou ajuda após TS.               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Demonstra arrependimento/ culpa pela tentativa.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de TS ou de TS abortada prévias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede de apoio presente e efetiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de ideação suicida.</li> <li>- Identifica motivos para viver.</li> <li>- Presença de perspectivas futuras.</li> <li>- Apresenta disponibilidade para tratamento.</li> <li>- Fator precipitante (desencadeador) foi solucionado, amenizado, ou pessoa consegue avaliar maneiras positivas de lidar com ele.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de transtorno mental.</li> <li>- Ausência de abuso de álcool e outras drogas.</li> </ul> </li> </ul>
<b>AMARELO</b>	<i>Avaliação e acompanhamento em saúde mental ambulatorial.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Método utilizado de baixa letalidade.</li> <li>- Crença do paciente que método era de baixa letalidade.</li> <li>- Solicitou ajuda após TS.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Havia possibilidade previsível de resgate.</li> <li>-Demonstra arrependimento/ culpa pela tentativa.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de TS prévia.</li> <li>- Histórico de transtorno mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede de apoio presente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de ideação suicida ou ideação suicida vaga, com intencionalidade relativamente baixa.</li> <li>- Identifica, minimamente, motivos para viver.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de perspectivas futuras.</li> </ul> </li> <li>- Fator precipitante (desencadeador) foi solucionado, amenizado, ou pessoa consegue avaliar maneiras positivas de lidar com ele.</li> <li>- Pode apresentar transtorno mental, mas que não esteja trazendo prejuízos severos em sua vida.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de álcool ou outras drogas sem prejuízos significativos.</li> <li>- Ausência de sintomas psicóticos.</li> </ul> </li> </ul>



(Conclusão)

Classificação	Encaminhamento necessário	Características da TS que motivou internação	Histórico de saúde mental	Rede de apoio	Avaliação atual
LARANJA	<i>Avaliação e acompanhamento em saúde mental ambulatorial intensivo.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Método utilizado com maior potencial de letalidade.</li> <li>- Crença do paciente que método era de alta letalidade.</li> <li>- Não demonstra arrependimento pela TS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de TS prévia.</li> <li>- História familiar de suicídio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede de apoio frágil, mas minimamente presente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta ideação suicida.</li> <li>- Pode apresentar planos, mas sem intenção de realizá-los prontamente.</li> <li>- Pensamento constricto, não consegue refletir sobre outras alternativas, além da morte, para seus problemas / dificuldades.</li> <li>- Fatores estressores graves e persistentes.</li> <li>- Uso de álcool ou outras drogas que esteja trazendo prejuízos significativos.</li> <li>- Apresenta transtorno mental.</li> </ul>
VERMELHO	<i>Avaliação psiquiátrica de urgência antes da alta hospitalar.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Método utilizado violento ou quase letal.</li> <li>- Foram tomadas precauções para evitar o resgate.</li> <li>- Apresenta arrependimento por não ter utilizado método mais letal e por ter sobrevivido.</li> <li>- Apresenta raiva por ter sido socorrido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de TS prévia.</li> <li>- História familiar de suicídio.</li> <li>- História prévia de internações psiquiátricas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rede de apoio frágil ou ausente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta ideação suicida.</li> <li>- Apresenta planos concretos.</li> <li>- Possui meio para executar o plano suicida (disponibilidade de acesso a meios letais) e planeja fazê-lo prontamente.</li> <li>- Paciente pouco colaborativo, recusa-se em ser ajudado.</li> <li>- Pensamento constricto, não consegue refletir sobre outras alternativas, além da morte, para seus problemas / dificuldades.</li> <li>- Apresenta desespero.</li> <li>- Agitação significativa.</li> <li>- Impulsividade significativa.</li> <li>- Julgamento pobre.</li> <li>- Uso de álcool ou outras drogas que estejam trazendo prejuízos severos.</li> <li>- Apresenta transtorno mental.</li> <li>- Presença de sintomas psicóticos (como alucinações com vozes de comando, delírios).</li> <li>- Atualmente sem acompanhamento psiquiátrico.</li> </ul>

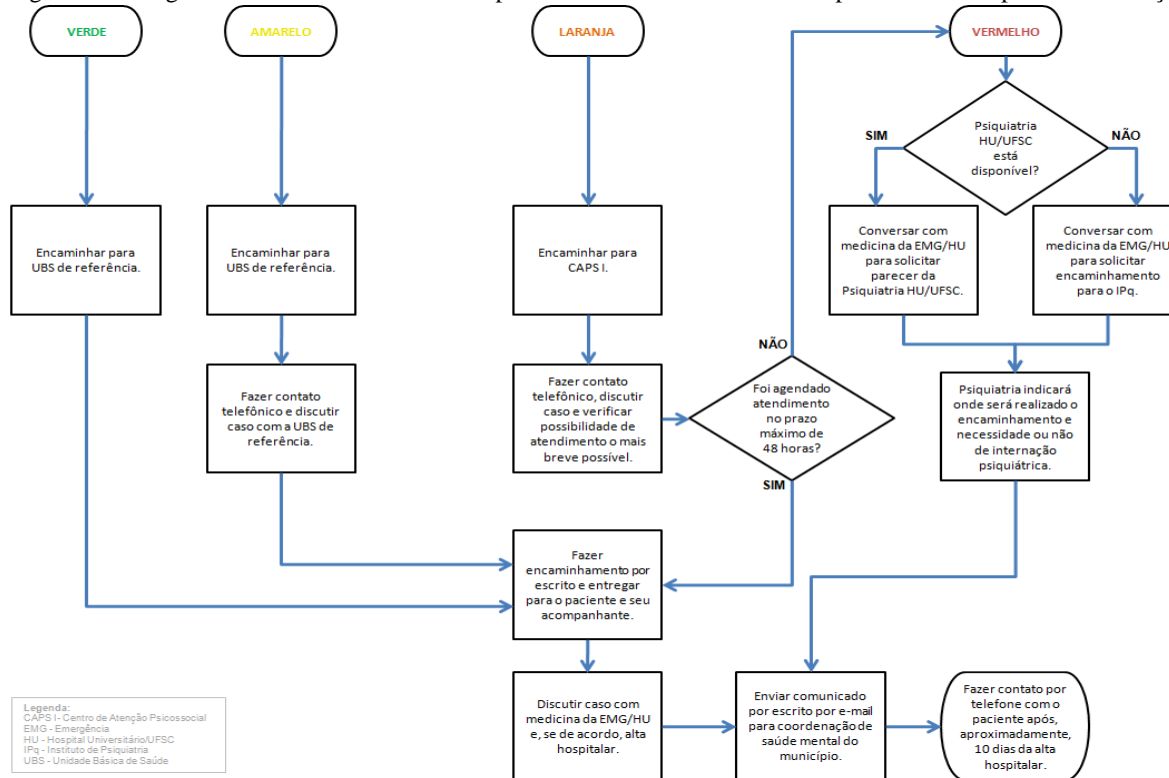
#### 4.3 TERCEIRA ETAPA: PROPOSTA DE UM FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES ATENDIDOS NA EMG/HU POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

A partir do levantamento dos serviços de saúde mental dos quatro municípios deste estudo – Biguaçu, Florianópolis, Palhoça e São José – foram criados fluxogramas para cada um deles, visando auxiliar no encaminhamento dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio e classificados por meio de cores de acordo com a Tabela 7 (p.70 e 71). O fluxograma é uma representação gráfica de um processo que demonstra a sequência operacional do trabalho. As formas geométricas utilizadas foram as convencionadas universalmente: elipse refere-se a entrada ou saída de um processo; losango indica decisão a ser tomada para dar continuidade ao trabalho; e o retângulo representa uma intervenção ou ação. Dentre as referências que contribuíram para a elaboração dos fluxogramas destacam-se as seguintes: Brasil, 2004; Brasil, 2009c; Brasil, 2009d; Brasil, 2010a; Brasil, 2010b; Brasil, 2011b; Brasil, 2011c; PMF, 2010a; PMF, 2010b; Santé Canadá, 1994.

Os fluxogramas provisórios elaborados foram apresentados, a partir de uma entrevista, para a Coordenação de Saúde Mental de cada município, e também para um representante da Psiquiatria do HU/UFSC e um do IPq. Esta conduta teve por finalidade que um representante de todos os serviços ali propostos pudesse contribuir com a construção do fluxograma. Ressalta-se que, de maneira geral, houve concordância com a proposta elaborada, sendo que as sugestões que surgiram serão apresentadas no decorrer da descrição de cada um dos fluxogramas.

A Figura 2 (p.73) ilustra o fluxograma referente ao município de Biguaçu. Nele pode ser observado que o usuário que é avaliado como verde deve ser encaminhado para a UBS de referência para a região onde ele reside. Lembrando que a cor verde representa que é importante o paciente ser reavaliado após a alta hospitalar e, a partir desta reavaliação, ser verificada a necessidade ou não de um acompanhamento ambulatorial em saúde mental. De acordo com as características descritas na Tabela 7 (p.70 e 71), nesta situação, a tentativa de suicídio pode ter sido um momento de crise isolado e o paciente já pode apresentar recursos mais saudáveis de enfrentamento. Tendo isso em vista, a UBS aparece como o serviço de saúde mais pertinente para receber essa demanda, sendo que a ESF pode realizar o primeiro atendimento e, caso identifique a necessidade, solicitar apoio dos profissionais de saúde mental que realizam matriciamento pelo NASF (BRASIL, 2009d).

Figura 2: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na EMG/HU por TS – município de BIGUAÇU.



Para viabilizar esse encaminhamento o psicólogo que está responsável pelo atendimento na EMG/HU faz um documento por escrito descrevendo brevemente o que foi avaliado e entrega, em mãos, para o paciente e seu acompanhante, orientando que eles busquem os serviços oferecidos pela UBS. É importante também que o caso seja discutido com a equipe de medicina que está responsável pelo atendimento do paciente na EMG/HU e, caso esteja de alta médica, ele pode ser liberado, sempre acompanhado por um familiar ou pessoa da rede de apoio. O mais breve possível, o psicólogo faz um comunicado por escrito (modelo elaborado pelo Serviço de Psicologia HU/UFSC e adaptado pela pesquisadora, disponível no APÊNDICE F) para que seja enviado por correio eletrônico para a coordenação de saúde mental do município que receberá o paciente. O objetivo deste comunicado busca garantir que o município esteja ciente das ocorrências de tentativas de suicídio de sua região que são atendidas no HU/UFSC e que, caso o paciente não procure o serviço de saúde indicado, possa ser realizada uma busca ativa pelo usuário, se avaliado como pertinente. É importante que neste comunicado o psicólogo descreva as características do caso avaliado e indique a urgência da situação, para que assim o município possa se organizar, priorizando o atendimento de acordo com o risco apresentado. Certamente o ideal seria que houvesse um sistema integrado de informações entre os diferentes serviços de saúde que compõe a rede, possibilitando de maneira mais eficaz a continuidade da assistência, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b). Porém, esta ainda não é a realidade encontrada no sistema de saúde deste estudo e, assim, foi pensado em formas alternativas que favorecessem a articulação entre os serviços.

Após aproximadamente dez dias da alta hospitalar, sugere-se ainda que seja realizado um contato telefônico com o usuário, com a finalidade de verificar se ele já foi atendido no serviço de saúde indicado, se necessita de orientação adicional, bem como incentivá-lo a buscar e se manter no tratamento indicado.

As ações aqui descritas podem ser consideradas como uma ferramenta de micro gestão dos serviços, nomeada “gestão de caso”, ou seja, um processo que se desenvolve entre o profissional de saúde responsável pela situação e o usuário dos serviços. Os objetivos deste processo é atender as necessidades do paciente, diminuir a fragmentação da atenção e oferecer o serviço certo no tempo certo, proporcionando assistência de melhor qualidade e humanizada (BRASIL, 2010a).

Ainda conforme pode ser visualizado na 73Figura 2 (p.73), as situações avaliadas como *amarelas* também são encaminhadas para

UBS de referência. Neste caso já foi identificada a necessidade de um acompanhamento ambulatorial em saúde mental, mas a equipe de ESF é quem acionará o NASF, visto que este núcleo não é porta de entrada para o sistema, e o acesso ocorre a partir da ESF, com quem o usuário deve manter vínculo (BRASIL, 2009d). Os profissionais de saúde que compõem o NASF devem priorizar as situações mais graves, que exigem intervenções imediatas e, entre elas, estão as tentativas de suicídio (BRASIL, 2009d).

Visto que as situações classificadas como *amarelo* requerem mais cuidados, um contato telefônico com a UBS é indicado, com objetivo de discutir o caso e certificar-se que a unidade esteja ciente da situação para realizar um acolhimento o mais breve possível. Os passos seguintes são os mesmos realizados para os casos *verdes*, ou seja, realizar encaminhamento por escrito para o paciente, discutir o caso com a equipe de medicina responsável pelo paciente na EMG/HU, enviar comunicado por escrito para a coordenação de saúde mental e fazer contato telefônico com o paciente aproximadamente dez dias após a alta hospitalar.

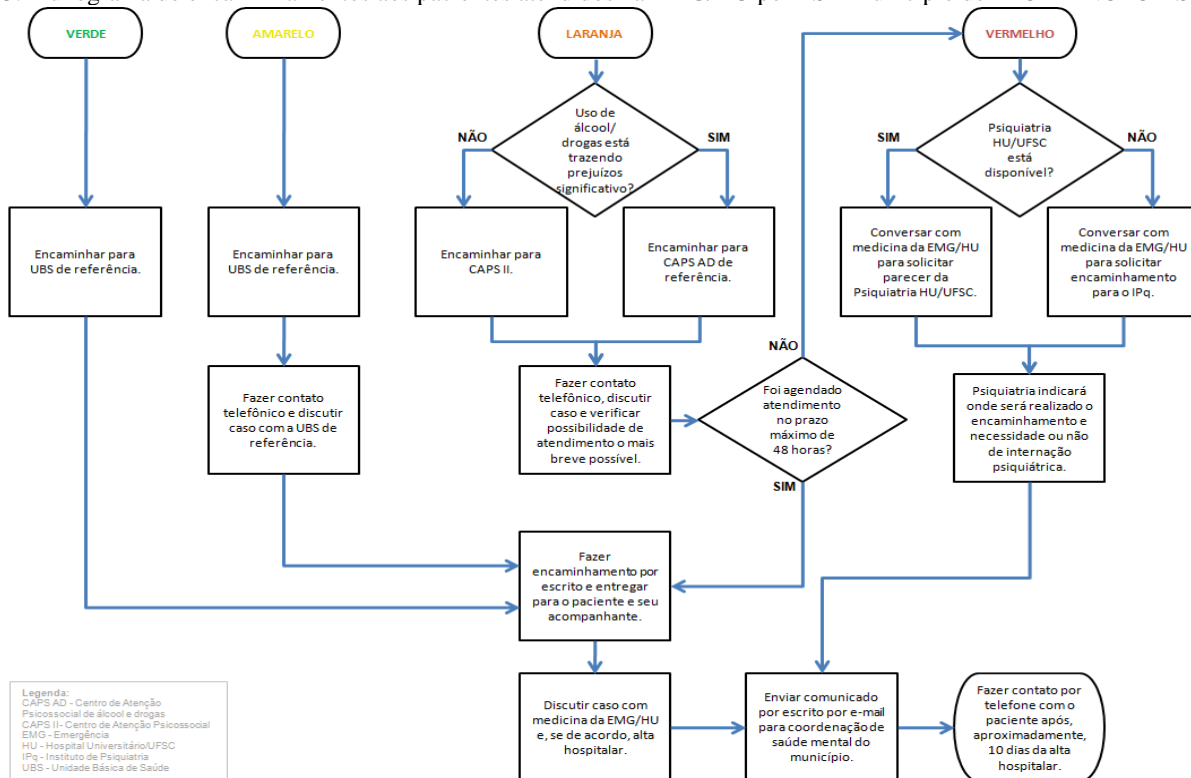
Os pacientes classificados como *laranja* apresentam risco mais elevado de uma nova tentativa de suicídio e, de acordo com o sintomas avaliados, necessitam de acompanhamento em saúde mental frequente e de início imediato. Assim, o CAPS é o serviço de saúde mental mais indicado para acolher o paciente e iniciar um acompanhamento, visto que é referência para os casos graves e que necessitam de cuidados intensivos, e ainda para situações de crise e de fase aguda de um transtorno mental (BRASIL, 2009c; 2010b; 2011b). Por se tratar de um serviço cujo modelo é “porta aberta” o encaminhamento pode ser realizado diretamente para este ponto da rede (BRASIL, 2011b). No caso de Biguaçu o usuário pode ser encaminhado para o CAPS I disponível no município. Visando aprimorar a assistência prestada ao usuário, é indicado que o psicólogo responsável pelo atendimento na EMG/HU realize um contato telefônico com um profissional do CAPS, converse a respeito do caso e verifique se o serviço pode acolher o paciente no prazo máximo de 48 horas. Se, por algum motivo, o CAPS não tiver disponibilidade para atender o paciente no prazo estabelecido e visto que é uma situação em que há risco elevado de nova tentativa de suicídio, o paciente deve ser reclassificado como a cor *vermelha*; isto porque uma avaliação psiquiátrica de urgência, antes da alta hospitalar, é recomendada, com o intuito de oferecer intervenção no tempo adequado à demanda do paciente. Nesta situação os passos propostos para os casos considerados como *vermelho* devem ser seguidos. Já se o atendimento

no CAPS for possível no prazo sugerido, seguem-se os quatro últimos passos já descritos nas categorias *verde* e *amarelo*, comunicando ao paciente e acompanhante em que data/horário ele pode comparecer ao serviço recomendado.

Os usuários classificados de acordo com a cor *vermelha* possuem alto risco de nova tentativa de suicídio e/ou apresentam sintomas que necessitam de avaliação psiquiátrica com urgência, destacando-se aqui a presença de sintomas psicóticos. No HU/UFSC atualmente existe a possibilidade de solicitar interconsulta da psiquiatria. Nesta situação o profissional vai até a unidade de emergência para avaliar o paciente, tendo o prazo de até 24 horas para fazê-lo. Há ocasiões, porém, em que não é possível aguardar esse tempo, como por exemplo, quando o paciente está apresentando importante risco para si mesmo ou para terceiros, ou por não haver na unidade um ambiente adequado para a sua permanência e ele já estar de alta médica em relação aos aspectos físicos que a tentativa de suicídio provocou. Nessas ocasiões, o usuário precisa ser encaminhando para um serviço de emergência psiquiátrica de referência, que no caso dos municípios deste estudo é o IPq. Vale ressaltar que o paciente deve ser transportado com veículo do próprio hospital e com a presença de um profissional da unidade, geralmente um técnico de enfermagem. Para viabilizar o encaminhamento, o psicólogo discute o caso com o médico da EMG/HU para que seja realizado o pedido de interconsulta ou a avaliação no IPq. Após essa avaliação será então o psiquiatra que indicará onde o paciente pode dar continuidade a seu tratamento. Ainda assim, o psicólogo responsável pelo atendimento faz o comunicado por escrito para a coordenação de saúde mental do município e realiza contato com o paciente após dez dias de sua alta hospitalar.

Na Figura 3 (p.77) é apresentado o fluxograma referente ao município de Florianópolis. Os passos propostos são semelhantes ao do município de Biguaçu, mas a principal diferença aparece quando o paciente é avaliado como a categoria *laranja*. Em Florianópolis há um CAPS II e dois serviços especializados em atender a população com necessidades relacionadas ao uso de álcool e drogas, os CAPS AD. Assim, foi proposto que se o uso de álcool e/ou drogas aparece como um problema central e que naquele momento traz prejuízos significativos na vida do sujeito, o paciente pode ser encaminhado para o CAPS AD de referência para a região onde mora. Já se não houver uso significativo de álcool e/ou drogas, ele pode ser encaminhado ao CAPS II do município. Os passos seguintes são os mesmo relatados no fluxograma de Biguaçu. Na entrevista realizada com um representante da coordenação de saúde

Figura 3: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na EMG/HU por TS – município de FLORIANÓPOLIS.



mental de Florianópolis foi destacada a importância de que o fluxograma fosse pactuado entre os serviços envolvidos, para que dessa forma fossem oficializados o compromisso e as atribuições dos serviços. Esta pactuação sendo realizada também se sugere que no comunicado por escrito para coordenação saúde mental também seja identificada a avaliação que o paciente apresentou, de acordo com as cores das categorias pré-estabelecidas (verde, amarelo, laranja ou vermelho). O indicativo desta avaliação pode auxiliar os serviços da rede de saúde a organizarem suas ações de acordo com as necessidades mais urgentes dos usuários.

O fluxograma para o município de Palhoça está representado na Figura 4 (p.79) e segue o mesmo padrão dos diagramas já apresentados. Destaca-se aqui que, após entrevista com o representante da coordenação de saúde mental, foi definido para este município que, para os casos classificados como *amarelo*, o contato telefônico seja realizado diretamente com a coordenação de saúde mental, e não com a UBS, visto que atualmente essa coordenação assume papel importante na regulação do acesso aos serviços relacionados à saúde mental. Além disso, assim como no município de Florianópolis, em Palhoça as situações categorizadas como *laranja* podem ser encaminhadas para dois serviços diferentes dependendo de haver ou não uso de álcool e/ou drogas significativo, a EAD ou o CAPS II, respectivamente. O município ainda conta com outro serviço especializado em atender as demandas de saúde mental, a Unidade de Referência em Psiquiatria e Psicologia. Observa-se, porém, que ela não aparece no fluxo; isso porque esta unidade não é porta de entrada para o sistema, e o acesso acontece a partir do atendimento pela ESF na UBS e da regulação realizada pela coordenação de saúde mental.

Representado na Figura 5 (p.80) está o fluxograma de São José. Neste município, até o momento, não há serviço especializado em atender demandas relacionadas ao uso de álcool de drogas, assim, os pacientes classificados como *laranja* são encaminhados ao CAPS II, serviço inaugurado recentemente no município. Os outros passos sugeridos seguem o modelo descrito para os outros municípios. São José possui também um Centro de Referência em Saúde Mental, mas assim como a Unidade de Referência disponível em Palhoça, suas vagas são reguladas, não sendo possível o hospital encaminhar os pacientes diretamente para este centro. Dessa forma, será a partir do atendimento da equipe da UBS que ocorrerá o acesso a esse serviço quando avaliado por esta como apropriado.



Figura 4: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na EMG/HU por TS – município de PALHOÇA.

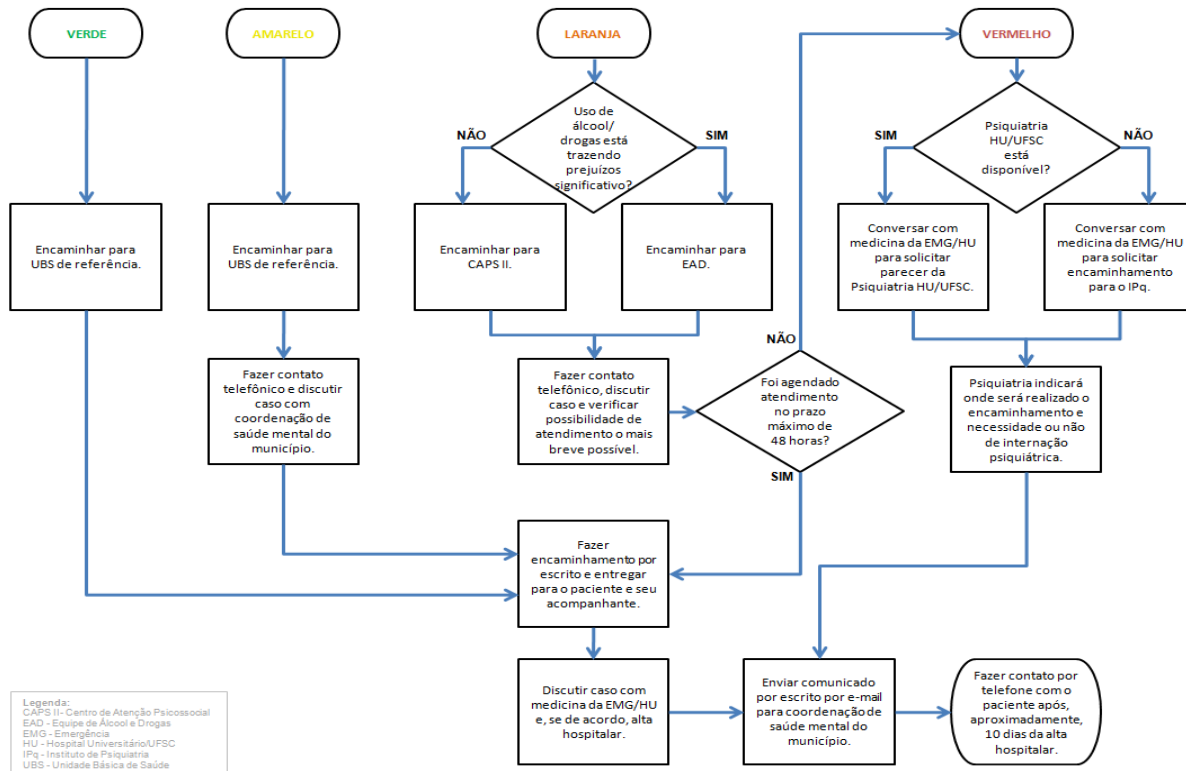
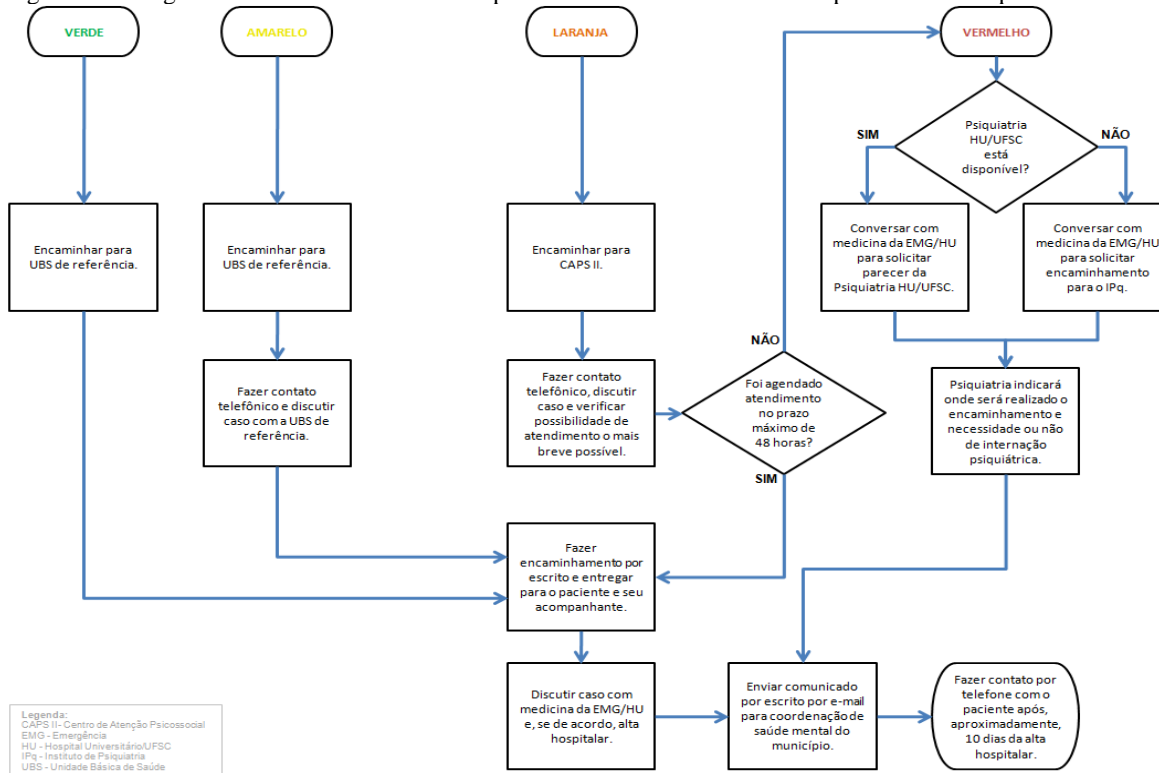


Figura 5: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na EMG/HU por TS – município de SÃO JOSÉ.



Assim, após explanação de como encaminhar o usuário levando em consideração suas idiossincrasias e tendo feito um levantamento dos serviços disponíveis em cada um dos quatro municípios selecionados neste estudo, acredita-se que a construção do fluxograma, objetivo principal deste trabalho, possa contribuir para que o paciente receba o “cuidado certo” no “lugar certo”, como é recomendado pela OMS (WHO, 2008).



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento à pessoa que tenta por fim a própria vida não é uma tarefa simples. No contexto de uma emergência hospitalar, o atendimento em saúde mental a estes pacientes é de fundamental importância, visto que a principal necessidade de cuidados profissionais nestes casos está associada, justamente, ao sofrimento psíquico e dificuldades em lidar com seus problemas. Considerando que o sujeito deve ser atendido em sua integralidade por uma equipe multiprofissional, e diante da identificação de perturbações emocionais existentes, o psicólogo se apresenta como o profissional que deve estar capacitado para atender essa demanda e dar os devidos encaminhamentos para a continuidade do tratamento psicológico.

Ao longo desta dissertação foi enfatizada a relevância da rede de apoio para o paciente que tenta suicídio. A rede de apoio do sujeito é formada a partir de suas relações pessoais e, também, pela rede institucional, ou seja, os serviços disponíveis que possam acolher suas demandas. É principalmente na formação de uma rede que este trabalho procurou contribuir, visto que só é possível a constituição de uma rede propriamente dita quando há articulação entre os diversos pontos que a compõe. Muitas vezes os serviços de saúde são os únicos pontos de apoio para estes pacientes, dessa forma o encaminhamento ao serviço mais apropriado possível e sem perda de tempo constitui a alternativa plausível no momento da alta.

Wallauer e Maliska (2012), em pesquisa realizada com profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais, observaram que a maior parte deles avaliou não estar preparada para lidar com pacientes com risco de suicídio. Dessa forma, acredita-se que este estudo e os instrumentos elaborados a partir dele – tabela de encaminhamentos, fluxogramas e documentos informativos – possam contribuir para que os psicólogos da Unidade de Emergência do estudo, e também profissionais de outros contextos, realizem atendimentos com maior resolutividade e sintam-se melhor preparados. Espera-se uma maior articulação da rede de saúde e que os pacientes não necessitem percorrer diversos serviços até ter suas demandas atendidas, sendo acolhido em um espaço de tempo reduzido, no local adequado, favorecendo a integralidade da assistência. Por se tratar de um hospital escola, em que há a constante presença de alunos, tanto de graduação quanto de pós-graduação, imagina-se que essa pesquisa também possa contribuir para o processo de ensino-aprendizagem dos alunos, colaborando para uma formação qualificada.

A partir da metodologia empregada nesta pesquisa buscou-se a construção de um instrumento que se adequasse a realidade apresentada nas redes de saúde. Sabe-se, porém, que os fluxogramas aqui apresentados são, por enquanto, uma proposta no contexto de uma pesquisa e que alguns passos ainda são necessários para a sua implantação. Dessa maneira, sugere-se que este estudo seja primeiramente apresentado ao Serviço de Psicologia do HU/UFSC e, caso este avalie como oportuno, busque realizar uma pactuação entre o HU/UFSC, os coordenadores de saúde dos municípios desta pesquisa e os demais serviços envolvidos, visando a implantação da proposta apresentada.

Com a realização desta pesquisa pode-se observar as frequentes mudanças que os serviços de saúde sofrem. Em um curto período de tempo foram verificadas mudanças na composição das equipes que atuam nos serviços, em alguns casos com a saída de profissionais, serviços novos se constituindo ou ainda mudanças na forma de acesso dos serviços. Somam-se ainda as constantes mudanças que acontecem na própria legislação. Frequentemente há a criação de novas portarias que redefinem como os municípios devem organizar seus serviços, implicando em uma reestruturação da rede de saúde. Assim os dados apresentados neste estudo é um recorte da situação atual dos municípios, e que, portanto, é preciso o desenvolvimento de estratégias para a atualização periódica deste material. Sugere-se ainda, que no momento da pactuação com os serviços sejam acordadas formas de atualização das principais informações quanto à constituição da rede, especialmente da rede de saúde mental, e as possíveis formas de acesso.

Certamente é necessário avanços nos serviços de saúde mental disponibilizados pelo SUS, colocando em prática com maior rigor o que já está previsto nas leis, e também com a criação de novas políticas que levem em conta o perfil epidemiológico da população e que possam atuar na prevenção do comportamento suicida. Além disso, também é importante a criação de sistemas de comunicação entre todos os pontos da rede de atenção a saúde, sendo estabelecidos critérios claros quanto à priorização dos atendimentos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sandra Aparecida et al. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11 n.2, pp. 383-389, 2009.

APA. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles; - 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

APA. American Psychiatric Association. **Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior**. Washington D.C: APA, 2003.

BARONI, Daiana Paula Milani; FONTANA, Livia Maria. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 12, jun. pp. 36-41, 2009.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.32, pp. 87-95, 2010.

BÖING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 3, Sept. pp. 634-649, 2010.

BORGES, Edson Sá. Atendimento em sala de emergência. In: BORGES, Edson Sá. **Psicologia clínica hospitalar: trauma e emergência**. São Paulo: Vetor, 2009. pp.139-166.

BOTEGA, Neury José; WERLANG, Blanca Guevara. Avaliação e manejo do paciente. In: WERLANG, Blanca Guevara; BOTEGA, Neury José e organizadores. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. pp. 123-140.

BOTEGA, Neury José et al . Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, Dec, pp.2632-2638, 2009.

BOTEGA, Neury José; SILVEIRA, Isabel Ugarte; MAURO, Marisa Lúcia Fabrício. **Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio**. Rio de Janeiro: ABP Editora, 2010.

BOTEGA, Neury José; RAPELI Claudemor Benedito; CAIS, Carlos Filinto da Silva. Comportamento Suicida. In: BOTEGA, José Neury - organizador. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. pp. 335-355.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 de out. 1996.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Unicamp, 2006a.



BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006b.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.559, de 1 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Unicamp, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Versão preliminar publicação em fase de normalização na editora do MS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde**

**Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010.** Ministério da Saúde: Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24h e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10.** Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012b. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). Acesso em 03 ago 2012.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: [http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php?tree\\_id=SP2.001.012&lang=pt](http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php?tree_id=SP2.001.012&lang=pt). Acesso em: 11 out. 2012.

CAIS, Carlos Filinto da Silva. **Prevenção do suicídio:** estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP. Orientado por

Neury José Botega. Campinas: UNICAMP, 2011. 244 p. Tese (Doutorado) - Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke (coordenador). **Do suicídio: estudos brasileiros**. São Paulo: Papyrus, 1991.

CIT/SC. Centro de Informações Toxicológicas / Santa Catarina. Disponível em: < <http://www.cit.sc.gov.br/>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº001/09**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília, DF, 30 mar. 2009.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº005/2010**. Altera a Resolução CFP nº 1/2009, publicada no dia 1º de abril de 2009, pág. 90, Seção 1 do DOU. Brasília, DF, 05 mar. 2010.

CNESNet. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=4216602706369](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4216602706369)>. Acesso em: 26 out. 2012.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psic.: Teor. e Pesq.**; v.16, n3, pp. 221-231, 2000.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.** [online]. v.18, n.1, pp. 63-74. 2009.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. pp. 23-41, 2005.

DURKHEIM, Emile. **O suicídio: estudo de sociologia**. 2. ed. Lisboa: Presença. São Paulo: M. Fontes, 1977.

FICHER, Ana Maria Fortaleza Teixeira; VANSAN, Gerson Antonio. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral

universitário entre 1988 e 2004. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 3, Sept., pp. 361-374, 2008.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. pp. 129-138, 2009.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e contra-referência em saúde: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude** [online]. v. 7, n.1, pp. 65-72. 2008.

GASPARI, Vanessa Paola Povolo. **Rede de apoio social e tentativa de suicídio**. Orientado por Neury José Botega. Campinas: UNICAMP, 2002. 129 p. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010.

GROTBERG, Edith Handerson. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez, colaboradores. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed; 2005. pp. 15-22.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 19 jun. 2012.

KUTCHER, Stan; CHEHIL, Sonia. **Manejo do Risco de Suicídio. Um manual para profissionais de saúde**. São Paulo: Lundbeck Brasil Ltda, 2007.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean . **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, Porto Alegre: ARTMED, 1999.

LOVISI, Giovanni Marcos et al . Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, vol.31 supl.2, Oct., pp. 86-93, 2009.

LUCCHESI, Roselma et al . Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Sept. pp. 2033-2042, 2009.

MACCHIAVERNI, Juliana. **Elaboração de um instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio.** Orientado por Lucienne Martins Borges. Florianópolis: UFSC, 2012. 70p. TCC (Especialização) – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 18, n. 2, pp. 54-62, 2007.

MAYER, Lísia Ramos. **Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica.** Orientado por: Sílvia Helena Koller. Porto Alegre, 2002. 116 f. Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do Grau de Doutor. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

MELEIRO Alexandrina Maria Augusto da Silva. Os sobreviventes. Após a tentativa, o que fazer? **Revista Psiquiatria Hoje – Debates.** Associação Brasileira de Psiquiatria, ano 2, n. 5, set/out. pp.30-35, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza . **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORE, Carmen L. Ojeda Ocampo. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 31, ago., pp. 287-297, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais.** Tradução para o português: Juliano dos Santos Souza e Neury José Botega. Genebra: OMS; 2000a.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Tradução para o português: Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Stefanello e Neury José Botega. Genebra: OMS; 2000b.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: Um recurso para conselheiros.** Departamento de saúde mental e abuso de substâncias. Genebra, 2006.

OWEN, David; HORROCKS, Judith; HOUSE, Allan. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. **British Journal of Psychiatry.** V. 181, pp. 193-197, 2002.

PINI, Jéssica dos Santos; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 46, n. 2, Apr. pp. 372- 379, 2012.

PMF. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução Normativa Nº 001/2010.** Florianópolis - SC, 2010a.

PMF. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental Município de Florianópolis.** Tubarão: Ed. Copiart, 2010b.

SÁ, Naíza Nayla Bandeira et al. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Rev Med Minas Gerais.** v. 20, n. 2, pp. 145-152, 2010.

SANTÉ CANADA. Direction générale des programmes et des services de santé Santé Canada. Le suicide au Canada. Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada. Santé Mentale: Montréal. 1994. 211p.

SCHNITMANA, Gabriel et al. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.34, n.1, pp.44-59, 2010.

SDR. Secretaria de Estado de Desenvolvimento. Disponível em: <[http://www.soo.sdr.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=59&Itemid=142](http://www.soo.sdr.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=59&Itemid=142)> Acesso em: 20 jun. 2012.

SES/SC. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Gerência de coordenação da atenção básica. Divisão de políticas de saúde mental. **Relatório de gestão – 2010**. Florianópolis - SC, 2011. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=323%3Apolitica-estadual-de-saude-mental&catid=282&Itemid=163](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=323%3Apolitica-estadual-de-saude-mental&catid=282&Itemid=163)>. Acesso em: 27 out. 2012.

SES/SC. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. 2012. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=315&Itemid=163](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=163)>. Acesso em: 27 out. 2012.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de O.; COSTA, Ileno Izidio. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, vol. 4, n.1, pp. 19-29, 2010.

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1977.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2011. Os jovens do Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, Ministério de justiça, Governo Federal, 2011.

WALLAUER, Alina; MALISKA, Maurício Eugênio. Suicídio: um desafio para profissionais da saúde. Florianópolis: Pandion, 2012.

WENZEL, Amy; BROWN, Gregory K.; BECK, Aaron T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Tradução: Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 2003: Shaping the future.** Geneva: World Health Organization; 2003.

WHO. World Health Organization. **Integrated health services: what and why?** Geneva: World Health Organization, Technical Brief nº1, 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. pp. 334-345, 2009.



## ANEXO A – Certificado Comitê de Ética em Pesquisa



Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

---

**PROJETO DE PESQUISA**

---

**Título:** FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS AOS PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Lecila Duarte Barbosa Oliveira

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

**CAAE:** 03111512.4.0000.0121

---

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

---

**Número do Parecer:** 37908

**Data da Relatoria:** 11/06/2012

---

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- São apresentados os seguintes documentos: Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto da CONEP, Declaração de anuência para realização da pesquisa assinada pelo Diretor do HU, TCLE.

- O TCLE está adequado às exigências da Resolução CNS n. 196/96.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

-

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto "FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS AOS PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO" foi aprovado pelo Comitê de Ética.

FLORIANOPOLIS, 17 de Junho de 2012

---

Assinado por:

Washington Portela de Souza



## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido





## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a), você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir poderá aceitar ou não fazer parte do estudo ou ainda desistir de sua participação, sem ter que apresentar nenhuma justificativa ou motivo, podendo fazê-lo inclusive por telefone. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Se concordar em participar desta pesquisa assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A identidade dos informantes será mantida em absoluto sigilo. Os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas o nome do sujeito da pesquisa não aparecerá em qualquer registro.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Titulo do estudo: Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na emergência por tentativa de suicídio.

Pesquisadores responsáveis: Psi Juliana Macchiaverni e Profa. Dra. Lecila Duarte Barbosa Oliveira.

Telefone para contato: (48) 3721 9189 (48) 9152 4816

E-mail: [juliana\\_macc@hotmail.com](mailto:juliana_macc@hotmail.com); [lecila@cfh.ufsc.br](mailto:lecila@cfh.ufsc.br)

A finalidade dessa pesquisa é formular um fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos por tentativa de suicídio pelo Serviço de Psicologia na Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. A partir da vivência da pesquisadora como residente de Psicologia na Unidade de Emergência, foi possível observar a necessidade desse instrumento para, assim, contribuir com que os profissionais psicólogos deste setor façam encaminhamentos com maior eficiência, facilitando o acesso do paciente ao tratamento disponível mais adequado naquele momento. O alto índice dos comportamentos suicidas aponta para a relevância de se estudar essa temática que está mais presente na vida das pessoas do que, de uma maneira geral, se pensa.

Com o objetivo de verificar se o fluxograma elaborado condiz com a realidade e possibilidades encontradas nos municípios será

realizada uma entrevista com um representante da coordenação de saúde mental de cada município estudado.

Após as entrevistas serão realizadas as adaptações pertinentes no fluxograma de encaminhamentos, que ficará disponível para uso dos psicólogos que fazem atendimento no HU/UFSC e também será enviado para as coordenações de saúde mental dos municípios analisados.

A entrevista será realizada num lugar onde este possa sentir-se à vontade para responder as perguntas.

Nome do pesquisador: JULIANA MACCHIAVERNI – Psicóloga  
Mestranda do Programa de Mestrado Profissional associado à  
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Área de concentração  
de Urgência e Emergência.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO:

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ abaixo  
assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui  
devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os  
procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios e  
riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso  
retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a  
qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

Telefone para contato/email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## APÊNDICE B – Documento Informativo: Biguaçu





SERVIÇO DE PSICOLOGIA

**INFORMAÇÕES REFERENTES AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE DE  
BIGUAÇU**



**SAÚDE**  
MAIS PERTO DE VOCÊ



**SAÚDE**  
CONTE COM A GENTE

**UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE****BOM VIVER**

🏠 Rua Edilar Ângelo Vale, s/n.

📞 3039-8465

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**CACHOEIRAS**

🏠 Estrada Geral, s/n.

📞 3039-8456

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**CENTRAL**

🏠 Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, 114 – Rio Caveiras.

📞 3039-8452 / 3039-8468

🕒 7h-19h

**CIABS**

🏠 Rua Cônego Rodolfo Machado, 1989 - Rio Caveiras.

📞 3039-8453

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**FAZENDA**

🏠 Estrada Geral, s/n.

📞 3039-8470

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**ESTIVA**

🏠 Estrada Geral, s/n.

📞 3039-8471

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**JARDIM JANAÍNA**

🏠 Rua Portugal, s/n.

📞 3039-8454

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**MARCOS ANTÔNIO**

🏠 Rua Dr. Homero de Miranda Gomes, s/n.

📞 3039-8455

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**PRADO (EQ. PRADO, EQ. ANÁPOLIS)**

🏠 Rua 13 de maio, 30.

📞 3039-8467

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**SANTA CATARINA**

🏠 Rodovia SC 408, km 7, s/n.

📞 3039-8464

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**SAVEIRO (EQ. RC, EQ. SAVEIRO)**

🏠 Rua João Martimiliano Rodrigues, 235 – Rio Caveiras.

📞 3039-8466

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**SOROCABA DE DENTRO**

🏠 Estrada Geral, s/n.

📞 3039-8459

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**SOROCABA DE FORA**

🏠 Estrada Geral, s/n.

📞 3039-8459

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**TRÊS RIACHOS**

🏠 Estrada Geral, s/n.

📞 3039-8451

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**TIJUQUINHAS**

🏠 Rua Emídio Silvy, s/n.

☎ 3039-8457

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**VENDAVAL**

🏠 Rua Libório Francisco Goedert, s/n.

☎ 3039-8450

🕒 7h30-12h, 13h-16h30

**SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL****CAPS I**

🏠 Rua Justino Adalberto Leal, 100 – Centro.

☎ 3039-8468 🕒 7h30 -17h

👤 Um psicólogo, um psiquiatra, um assistente social, um técnico de enfermagem e um técnico administrativo.

IPq – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

🏠 Estrada Geral Colônia Santana, s/n. São José.

☎ 3954-2000 / 3954-2089 🕒 24 hs

**OUTROS****POLICLÍNICA**

🏠 Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, 114 – Rio Caveiras.

☎ 3039-8452 /3039-8468

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

🏠 Rua Coronel Teixeira de Oliveira, 243 – Centro.

☎ 3039-8500 🕒 7h-19h

@ [saude@bigua.sc.gov.br](mailto:saude@bigua.sc.gov.br)

**COORD. SAÚDE MENTAL**

🏠 Rua Vereador Emídio Amorim Veríssimo, 114 – Rio Caveiras.

☎ 3039-8452 /3039-8468



APÊNDICE C – Documento Informativo: Florianópolis







SERVIÇO DE PSICOLOGIA

**INFORMAÇÕES REFERENTES AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE DE  
FLORIANÓPOLIS**



**SAÚDE**  
MAIS PERTO DE VOCÊ



**SAÚDE**  
CONTE COM A GENTE

**UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE****Distrito Centro****AGRÔNOMICA**

🏠 Rua Rui Barbosa, s/n.  
 📞 3228-1310 / 3228-1809 / 3228-1862  
 🕒 7h-17h

**CENTRO**

🏠 Av. Rio Branco, 90.  
 📞 39520123 / 39520124  
 🕒 7h-17h

**MONTE SERRAT**

🏠 Rua General Nestor Passos, 226.  
 📞 3223-7816 / 3223-3910  
 🕒 7h-17h

**PRAINHA**

🏠 Rua Silva Jardim, 171.  
 📞 3225-7647 / 3225-8134  
 🕒 7h-12h, 13h-17h

**TRINDADE**

🏠 Conf. De rua Odilon Fern. c/  
 Henrique S. Fontes, 6000.  
 📞 3234-9577 / 3234-0177 🕒 7h-17h

**Distrito Leste****BARRA DA LAGOA**

🏠 Rua Altamiro Barcelos Dutra, 1205.  
 📞 3232-3302 / 3226-7281  
 🕒 8h-12h, 13h-17h

**CANTO DA LAGOA**

🏠 Rua Laurindo J. da Silveira, 2507.  
 📞 3232-6121 / 3226-8149  
 🕒 8h-12h, 13h-17h

**CÓRREGO GRANDE**

🏠 Rua João Pio Duarte da Silva, 1415.  
 📞 3234-0291 / 3234-1328  
 🕒 8h-12h, 13h-17h

**COSTA DA LAGOA**

🏠 Estrada Geral Costa da Lagoa,  
 Ponto 16.  
 📞 3335-3119 / 3335-3048  
 🕒 8h-12h, 13h-17h

**ITACORUBI**

🏠 Rod. Amaro Antônio Vieira, 2260.  
 📞 3334-5555 / 3334-0096  
 🕒 8h-12h, 13h-17h

**JOÃO PAULO**

🏠 Rod. João Paulo, s/ n.  
 📞 3238-0606 / 32381393  
 🕒 8h-12h, 13h-17h

**LAGOA DA CONCEIÇÃO**

🏠 Rua João Pacheco da Costa, 255.  
 📞 3232-0639 / 3233-6990  
 🕒 8h-12h, 13h-22h

**PANTANAL**

🏠 Rua Dep. Antônio Edu Vieira, 968.  
 📞 3234-7880 / 3238-2232  
 🕒 8h-12h, 13h-17h

**SACO GRANDE**

- 🏠 Rod. Virgílio Várzea, s/n.
- 📞 3238-0110/3238-0608/3234-6995
- 🕒 8h-12h, 13h-22h

**Distrito Norte****CACHOEIRA DO BOM JESUS**

- 🏠 Rua Leonel Pereira, 273.
- 📞 3284-6045 / 3284-8077
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**CANASVIEIRAS**

- 🏠 Rod. Francisco Faustino Martins, s/n.
- 📞 3269-6902/3266-7063/3284-3051
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**INGLESES**

- 🏠 Travessa dos Imigrantes, 135.
- 📞 3269-2100 / 3369-5937
- 🕒 8h-12h, 13h-22h

**JURERÊ**

- 🏠 Rua Jurerê Tradicional, 242.
- 📞 3282-1670 / 3282-9761
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**PONTA DAS CANAS**

- 🏠 Rua Alcides Bonatelli, s/n.
- 📞 3284-1337 / 3284-2257
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**RATONES**

- 🏠 Rua João Januário da Silva, s/n.
- 📞 3266-8090 / 3369-6436
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**RIO VERMELHO**

- 🏠 Rod. João Gualberto Soares, 1099.
- 📞 3269-7100 / 3269-9857
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**SANTO ANTÔNIO DE LISBOA**

- 🏠 Rod. Nilta Franzoni Viegas, s/n.
- 📞 3235-1176 / 3235-3294
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**VARGEM GRANDE**

- 🏠 Serv. União da Vitória, 110.
- 📞 3269-5034 / 3369-3425
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**VARGEM PEQUENA**

- 🏠 Rod. Manoel L. de Souza Brito, s/n.
- 📞 3269-5898
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**Distrito Sul****ALTO RIBEIRÃO**

- 🏠 Rua Severiano Firmino Martins, 69 Lote 3.
- 📞 3269-9917 / 3233-3989
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**ARMAÇÃO**

- 🏠 Rod. SC-406, 6074.
- 📞 3389-5014 / 3389-5120
- 🕒 8h-12h, 13h-17h

**CAEIRA DA BARRA DO SUL**

🏠 Rod. Baldicero Filomeno, 19795.

☎ 3237-6239 / 3237-6483

🕒 8h-12h, 13h-17h

**CAMPECHE**

🏠 Av. Pequeno Príncipe, 1714.

☎ 3237-4524 / 3237-4074

🕒 8h-12h, 13h-17h

**CARIANOS**

🏠 Rua Ver. Osvaldo Bittercourt, s/n.

☎ 3338-1125 / 3236-1333

🕒 8h-12h, 13h-17h

**COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ**

🏠 Rua João Cândio Jacques, 1461.

☎ 3226-3333/3226-7267/3226-0933

🕒 8h-12h, 13h-17h

**FAZENDA DO RIO TAVARES**

🏠 Rua do Conselho Comunitário, s/n.

☎ 3338-3049 / 3233-4347

🕒 8h-12h, 13h-17h

**MORRO DAS PEDRAS**

🏠 Rod. SC-406, 1685.

☎ 3237-9013 / 3338-7627

🕒 8h-12h, 13h-17h

**PÂNTANO DO SUL**

🏠 Rua Abelardo Otacílio Gomes, s/n.

☎ 3237-7032/ 3389-2840

🕒 8h-12h, 13h-17h

**RIBEIRÃO DA ILHA**

🏠 Rua João José d'Avila, s/n.

☎ 3337-5997 / 3337-5579

🕒 8h-12h, 13h-17h

**RIO TAVARES**

🏠 Rod. Antônio Luiz Moura Gonzaga, s/n.

☎ 3232-6118 / 3226-8030

🕒 8h-12h, 13h-17h

**SACO DOS LIMÕES**

🏠 Rua Aldo Alves, s/n.

☎ 3333-6797 / 3223-4563

🕒 8h-12h, 13h-17h

**TAPERA**

🏠 Rua das Areias, s/n.

☎ 3337-0289/3338-4531/3337-6671

🕒 8h-12h, 13h-17h

**Distrito Continente****ABRAÃO**

🏠 Rua João Meirelles, s/n.

☎ 3249-5844 / 3249-5962

🕒 8h-12h, 13h-17h

**BALNEÁRIO**

🏠 Av. Santa Catarina, 1570.

☎ 3248-1620 / 3244-4904

🕒 8h-12h, 13h-17h

**CAPOEIRAS**


🏠 Rua Irmã Bonavita, 286.


☎ 3248-1621 / 3248-1740

🕒 8h-12h, 13h-17h

**COLONINHA**


 Rua Aracy Vaz Callado, 1830.


 3244-2891 / 3244-4902

 8h-12h, 13h-17h

**ESTREITO**


 Rua Aracy Vaz Callado, 742.


 3244-1200/3348-5682/3249-9701

 7h-22h

**JARDIM ATLÂNTICO**


 Rua Manoel Pizzolatti, 273.


 3240-2168 / 3348-9595

 8h-12h, 13h-17h

**MONTE CRISTO**

 Rua Joaquim Nabuco, s/n.


 3240-8809/3348-7467/3348-9065

 8h-12h, 13h-17h


**MORRO DA CAIXA**


 Travessa das Crianças, 145.


 3244-8488 / 3249-7111

 8h-12h, 13h-17h

**SAPÉ**


 Trav. Valdemar Osmar Hermann, 82.


 3240-6602 / 3240-9382

 8h-12h, 13h-17h


**VILA APARECIDA**


 Rua Fermino Costa, 284.


 3248-1611 / 3244-6724


 8h-12h, 13h-17h

**SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL****CAPS II**

 Rua Rui Barbosa, 713 (fundos), Agrônômica.


 3228-5074 / 3228-9090


 8h-18h


 Dois psiquiatras, um enfermeiro, quatro psicólogos, dois assistentes sociais, um técnico de enfermagem e dois assistentes administrativos.

**CAPS AD – ILHA**

 Rua Frederico Veras, 60. Pantanal.

 3238-9926 / 3269-8799


 8h-18h


 Três psiquiatras, um médico clínico geral, dois enfermeiros, três psicólogos, um assistente social, um farmacêutico, dois técnicos de enfermagem, três redutores de danos e dois assistente administrativos.


**CAPS AD – CONTINENTE**

 Rua José Cândido Silva, 125.

Estreito.

 3240-5472/3240-5679

 8h-18h

 Dois psiquiatras, um médico clínico geral, um enfermeiro, dois psicólogos, um assistente social, um farmacêutico, dois técnicos de enfermagem, quatro redutores de danos e três assistentes administrativos.

**CAPSi**

🏠 Rua Allan Kardec, 120. Agronômica.

☎ 3324-1399/3228-6095

🕒 8h-18h

👨‍⚕️ Um psiquiatra, um neuropediatra, dois enfermeiros, três psicólogos, um assistente social, um técnico de enfermagem, dois assistentes administrativo.

IPq – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

🏠 Estrada Geral Colônia Santana, s/n.

São José.

☎ 3954-2000 / 3954-2089

🕒 24 hs

**OUTROS****POLICLÍNICA CENTRO**

🏠 Av. Rio Branco, 90.

☎ 3952-0100/ 3952-0102 / 3952-0131

🕒 7h – 19h

**POLICLÍNICA NORTE**

🏠 Rua Francisco Faustino Martins, Confluências SC 401 e SC 403.

☎ 3261-0600

🕒 7h – 19h

**POLICLÍNICA CONTINENTE**

🏠 Rua Heitor Blum, 521.

☎ 3271-1712 / 3271-1713/ 3271-1714

🕒 7h – 19h

**POLICLÍNICA SUL**

🏠 Rod. SC 405, 682.

☎ 3239-1700 / 3239-1726/ 3239-1724

🕒 7h – 19h

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

🏠 Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100. Trindade.

☎ 3239-1500

🕒 7h-19h

**COORD. SAÚDE MENTAL**

🏠 Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100. Trindade.

☎ 3239-1557/ 3239-1545

APÊNDICE D – Documento Informativo: Palhoça







SERVIÇO DE PSICOLOGIA

**INFORMAÇÕES REFERENTES AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE DE  
PALHOÇA**




**SAÚDE**  
MAIS PERTO DE VOCÊ



**SAÚDE**  
CONTE COM A GENTE

**UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE****Regional Norte****BREJARU**

 Rua Monsenhor Roberto Landel de Moura, s/n.

 3242-6059  8h-12h, 13h-17h

**FREI DAMIÃO**

 Rua das Palmeiras, s/n.

 3283-5414  8h-12h, 13h-17h

**JARDIM ELDORADO**

 Rua Vitor Meirelles, s/n.

 3286-6787  8h-12h, 13h-17h

**MADRI**

 Av. das Tipuanas, s/n.


 3242-8531  8h-12h, 13h-17h

**PASSA VINTE**

 Rua Teodora Hening, 48.

 3286-0426  8h-12h, 13h-17h

**PONTE DE IMARUIM**

 Rua Trinta e um de março, s/n


 3342-6736  8h-12h, 13h-17h

**Regional Sul****ARIRIÚ DA FORMIGA**

 Rua Raul Antônio da Silva, s/n.

 3344-0638  8h-12h, 13h-17h

**CAMBIRELA**

 Rua Domingos de Souza Filho, 1836.


 3242-8415  8h-12h, 13h-17h

**ENSEADA DE BRITO**

 Rua Nossa Senhora do Rozário, s/n.

 3242-8146  8h-12h, 13h-17h

**GUARDA DO CUBATÃO**

 Rua Santo Anjo da Guarda, fundos do nº 1832.

 3342-0132  8h-12h, 13h-17h

**PACHECOS**

 Rua Januário Pereira de Lima, 45

 3342-4356  8h-12h, 13h-17h

**PASSAGEM DO MACIAMBU**

 Rod. Samuel Rondon da Rosa, s/n.

 3286-1500  8h-12h, 13h-17h

**PINHEIRA**

 Rua Aderbal Ramos da Silva, s/n.

 3283-1193  8h-12h, 13h-17h

**Regional Centro****ALTO ARIRIU**

 Av. São Cristóvão, s/n.

 3342-1862  8h-12h, 13h-17h

**BARRA DO ARIRIU**

 Rua Egidio Moreira s/n.




 3341-1664  8h-12h, 13h-17h

**BELA VISTA**




 Rua José Cosme Pamplona, 1447.

 3242-2931  8h-12h, 13h-17h




**MÉDIO ARIRIU**

 Av. Bom Jesus de Nazaré, s/n.  
 3342-4491  8h-12h, 13h-17h





**RIO GRANDE**

 Rua Geral do Rio Grande, em frente ao nº 1753.  
 3286-4171  8h-12h, 13h-17h





**VILA NOVA**

 Servidão Ribeira, s/n.  
 3341-4913  8h-12h, 13h-17h





**SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL****CAPS II**

 Rua Amaro Ferreira De Macedo, s/n – Centro.  
 3279-3503  8h-17h  
 Dois psiquiatras, dois enfermeiros, dois psicólogos, um pedagogo, um técnico de enfermagem e um técnico administrativo.




**EAD – Equipe de Álcool e Drogas**

 Rua Amaro Ferreira De Macedo, s/n – Centro.  
 3279-3516  8h-18h  
 Um psiquiatra, um assistente social, dois enfermeiros e um técnico de enfermagem.




**UNIDADE DE REFERÊNCIA EM PSQUIATRIA E PSICOLOGIA**

 Rua Amaro F. de Macedo, s/n – Centro.  
 3279-3500/ 3279-3501 / 3279-3525  
 7h-19h  
 Dois psicólogos e dois psiquiatras.




**IPq – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina**

 Estrada Geral Colônia Santana, s/n. São José.  
 3954-2000 / 3954-2089  24 hs



**OUTROS****POLICLINICA CENTRAL**

 Rua Amaro F. de Macedo, 180 – Centro.  
 3279-3500  7h-19h

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

 Av. Hilza Terezinha Pagani, 289 – Parque Residencial Pagani.  
 3279-1700  13h-19h

**COORD. SAÚDE MENTAL**

 Av. Hilza Terezinha Pagani, 289 – Parque Residencial Pagani.  
 3279-1722/ 3279-1719 / 3279-1730



APÊNDICE E – Documento Informativo: São José





SERVIÇO DE PSICOLOGIA

**INFORMAÇÕES REFERENTES AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE DE  
SÃO JOSÉ**



**SAÚDE**  
MAIS PERTO DE VOCÊ



**SAÚDE**  
CONTE COM A GENTE

**UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE****Distrito Norte****BELA VISTA**

🏠 Rua Das Orquídeas, 236.

☎ 3246-1711/3246-5485 🕒 7h-22h

**LUAR**

🏠 Rua Adulcci Arbueis Nascimento, s/n – Serraria.

☎ 3258-0300 🕒 7h-18h

**MORAR BEM**

🏠 Loteamento Morar Bem, s/n, Q. 25 – Jd. Zanelatto.

☎ 3258-5694 🕒 7h- 17h

**SERRARIA**

🏠 Rua Caxambu, s/n.

☎ 3258-0613 🕒 7h-18h

**ZANELATTO**

🏠 Rua Nª Sª dos Navegantes, s/n.

☎ 3258-1921 🕒 8h-17h

**Distrito Sul****FAZENDA**

🏠 Rua João Luiz Farias, s/n.

☎ 3343-0157 🕒 7h-18h

**ROÇADO**

🏠 Rua João Grumiché, s/n.

☎ 3357-5190 🕒 7h-19h

**SEDE**

🏠 Praça Arnaldo de Souza, s/n.

☎ 3259-1679 🕒 7h-19h

**Distrito Leste****AREIAS**

🏠 Rua Independência, s/n.

☎ 3246-6799 🕒 7h-19h

**BARREIROS**

🏠 Rua Virgílio Ferreira de Souza, 169.

☎ 3246-0088 🕒 7h-12h, 13h-18h

**IPIRANGA**

🏠 Rua Otto Júlio Malina, s/n.

☎ 3246-1442 🕒 7h-17h

**PROCASA**

🏠 Rua Guatemala, s/n.

☎ 3240-5751 🕒 7h-17h

**Distrito Oeste****COLÔNIA SANTANA**

🏠 Rua Engelberto Koerich, 308.

☎ 3278-0176 / 3278-2074 🕒 7h-18h

**FORQUILHAS**

🏠 Rua Antonio Jovita Duarte, s/n.

☎ 3259-4114 🕒 7h-19h

**FORQUILHINHAS**

🏠 Rua Vereador Arthur Mariano, s/n.

☎ 3357-0357 / 3357-5417 🕒 7h-19h




**PICADAS**

🏠 Rua Tenente Laerton Costa, 172.




☎ 3257-2248 🕒 7h-19h







**SANTO SARAIVA**

 Rua Docilio V. da Luz, s/n.  
 3247-1621  8h-12h, 13-17h





**SERTÃO**

 Rua Francisco Antônio da Silva, s/n.  
 3257-4100  7h-18h

**SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL****CAPS II**




 Av. Jaime Estefano Becker, s/n –  
 Loteam. Ana Clara, Areias.  
 3346-8525/3258-8907  
 8h-18h  
 Equipe em formação.

**CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**




 Rua Caxambú, 258.  
 3257-7181  7h-18h  
 Sete psiquiatras, dois enfermeiros,  
 dois psicólogos, um assistente social,  
 um terapeuta ocupacional, dois

técnicos de enfermagem e um agente administrativo.




**IPq – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina**

 Estrada Geral Colônia Santana, s/n.  
 São José.  
 3954-2000 / 3954-2089  24 hs



**OUTROS****POLICLÍNICA**

 Av. Governador Jorge Lacerda, 193  
 – Campinas.  
 3241-0048/ 3241-3536 / 3241-0812  
 7h-19h

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

 Rua Domingos Pedro Hermes, 14 –  
 Barreiros.  
 3281-6800 / 3281-6818  8h-19h

**COORD. SAÚDE MENTAL**

 Rua Domingos Pedro Hermes, 14–  
 Barreiros.  
 3281-6817



## APÊNDICE F – Comunicado de Tentativa de Suicídio





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SERVIÇO DE PSICOLOGIA  
DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA ADULTO**



COMUNICADO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

**DE:** Serviço de Psicologia da Emergência Adulto do HU/UFSC

**PARA:** Coordenação de Saúde Mental de *(nome do município)*.

Aos cuidados de: *(nome do coordenador de saúde mental)*

**E-mail:** *(endereço do e-mail para o qual o comunicado será enviado)*

**Identificação do paciente:**

Nome:			
Sexo:	Data de nascimento: / /	Idade:	
Endereço:		n.	Compl.
Bairro:		Município:	
Telefones para contato:			

*Nome do paciente* foi atendido na Emergência do Hospital Universitário por tentativa de suicídio por *(descrever método)*.

Histórico de saúde mental: *(relatar: se possui diagnóstico de transtorno mental; história de tentativas prévias; história de internações psiquiátricas; uso de álcool ou outras droga ou outros aspectos relevantes)*.

No momento *(mantém ideação suicida? planejamento? pensamentos de mortes?)*

Rede de apoio *(presente; frágil; ausente; com conflitos)*

Realizado orientações (vigilância permanente ao paciente e restrição do acesso a medicamentos ou meios letais) para *(nome da pessoa e grau de parentesco)*.

Atualmente *(faz ou não acompanhamento psicológico e psiquiátrico? Nome do profissional e local)*.

Encaminhamentos realizados: *(para qual(is) serviço(s) o paciente foi encaminhado?)*

Atendido por: Psi. *(nome)* - CRP *xx/xxxx*

**Data da alta hospitalar:** / /

A disposição para maiores esclarecimentos,

*Nome e CRP do Psicólogo responsável pela unidade. Tel. para contato.*