



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA**

CAROLINA ALVES CRUZ

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES INTERNADOS POR TENTATIVA
DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL GERAL.**

**VITÓRIA DA CONQUISTA-BA
2019**

CAROLINA ALVES CRUZ

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES INTERNADOS POR TENTATIVA
DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL GERAL.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de especialista em urgência.

Orientadora: Daniela Rodrigues Goulart Gomes

Co-orientadora: Andrea Batista de Andrade Castelo Branco.

**Vitória da Conquista- BA
2019**

FOLHA DE APROVAÇÃO**Carolina Alves Cruz****ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES INTERNADOS POR TENTATIVA
DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL GERAL.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de especialista em urgência.

Orientadora: Daniela Rodrigues Goulart Gomes

Co-orientadora: Andrea Batista de Andrade Castelo Branco.

Aprovada em: ___/___/_____

Banca Examinadora:

**Dr.^a Daniela Rodrigues Goulart Gomes
(Orientadora)**

Dr.^a Daniela Arruda Soares

Ma. Isabela Arruda Soares

DEDICATÓRIA

Aos participantes que tornaram esta pesquisa possível e a todos os pacientes que acompanhei e com quem aprendi mais sobre o viver.

AGRADECIMENTOS

À Deus por iluminar meu caminho e por me dar forças para seguir em frente.

Aos meus pais e meu irmão que sempre estiveram ao meu lado me apoiando em todos os momentos e acreditaram em mim, mais do que eu.

Ao meu namorado que sempre tinha uma palavra de conforto e de incentivo nas horas de desânimo.

Às minhas preceptoras, por toda disponibilidade e carinho que me acolheram e incentivaram a buscar sempre mais.

Às minhas tutoras pelos ensinamentos e experiência transmitidos com tanto profissionalismo.

Aos amigos da Residência pelo companheirismo cotidiano que nos fez apoiar uns aos outros, mantendo juntos a determinação em dar o nosso melhor.

Aos pacientes que acompanhei durante esses dois anos. O contato com cada um de vocês foi um aprendizado gratificante e único que marcou minha trajetória profissional e me modificou como ser humano.

EPÍGRAFE

Eu sei que a gente se acostuma. Mas não devia....

“A gente se acostuma a morar em apartamentos de fundos e a não ter outra vista que não as janelas ao redor. E, porque não tem vista, logo se acostuma a não olhar para fora. E, porque não olha para fora, logo se acostuma a não abrir de todo as cortinas. E, porque não abre as cortinas, logo se acostuma a acender mais cedo a luz. E, à medida que se acostuma, esquece o sol, esquece o ar, esquece a amplitude.

A gente se acostuma a acordar de manhã sobressaltado porque está na hora. A tomar o café correndo porque está atrasado. A ler o jornal no ônibus porque não pode perder o tempo da viagem. A comer sanduíche porque não dá para almoçar. A sair do trabalho porque já é noite. A cochilar no ônibus porque está cansado. A deitar cedo e dormir pesado sem ter vivido o dia[...].

A gente se acostuma a coisas demais, para não sofrer. Em doses pequenas, tentando não perceber, vai afastando uma dor aqui, um ressentimento ali, uma revolta acolá [...]. Se o trabalho está duro, a gente se consola pensando no fim de semana. E se no fim de semana não há muito o que fazer a gente vai dormir cedo e ainda fica satisfeito porque tem sempre sono atrasado.

A gente se acostuma para não se ralar na aspereza, para preservar a pele. Se acostuma para evitar feridas, sangramentos, para esquivar-se de faca e baioneta, para poupar o peito. A gente se acostuma para poupar a vida. Que aos poucos se gasta, e que, gasta de tanto acostumar, se perde de si mesma.”

(Marina Colasanti)

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo estudo de caso, que propõe conhecer e intervir no itinerário terapêutico de pacientes internados por tentativa de suicídio, no Hospital Geral de Vitória da Conquista. A pesquisa trabalhou por saturação teórica com seis participantes, na faixa etária entre 19 e 58 anos, dos quais, cinco foram do sexo feminino e um do sexo masculino. A coleta de dados ocorreu mediante três instrumentos: observação participante, escuta clínica e análise documental (via prontuários). Os dados revelaram a proeminência de quatro categorias, que foram apuradas segundo o método de análise de conteúdo. Após análise, observou-se que o itinerário terapêutico é transversalizado pelo acesso a dispositivos tanto formais quanto informais, pelo sofrimento psíquico decorrente da e na busca pelo cuidado e pelo itinerário terapêutico que o sujeito faz dentro da própria instituição acolhedora. Tais fatores, resultam, por sua vez, em desfechos singulares de novas intenções de busca por cuidado pós internação. Assim, tornam-se relevantes tanto a intervenção precoce após uma tentativa de suicídio como os cuidados dispensados durante a internação, pois disto resultarão o desfecho e o encaminhamento pós alta, reafirmando a articulação intersetorial e a garantia de continuidade como elementos-chave do projeto terapêutico. A compreensão deste percurso realizado pelo paciente permite evidenciar as potencialidades e os desafios que atravessam o processo de cuidado. Em linhas gerais, a pesquisa aponta uma fragmentação do processo de construção do itinerário terapêutico, seja na ausência de acesso a dispositivos formais de cuidado, seja na descontinuação de projetos terapêuticos já iniciados ou mesmo em falhas do sistema relacionadas a encaminhamentos inadequados. Vale ressaltar, portanto, a necessidade de implementar estratégias de reconhecimento da problemática e a preconização da educação em saúde, bem como o fortalecimento de ações articuladas nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico. Tentativa de suicídio. Psicologia hospitalar.

ABSTRACT

The present study is an exploratory qualitative research of the case study type, which proposes to know and intervene in the therapeutic itinerary of patients hospitalized for attempted suicide at the Hospital Geral de Vitória da Conquista. The research worked on theoretical saturation with six participants, in the age group between 19 and 58 years, of which, five were female and one male. Data collection took place through three instruments: participant observation, clinical listening and documentary analysis (via medical records). The data revealed the prominence of four categories, which were determined according to the content analysis method. After analysis, it was observed that the therapeutic itinerary is mainstreamed by access to both formal and informal devices, by the psychic suffering resulting from and in the search for care and the therapeutic itinerary that the subject does within the welcoming institution itself. These factors, in turn, result in unique outcomes of new search intentions for post-hospitalization care. Thus, both early intervention after an attempted suicide and the care provided during hospitalization become relevant, as this will result in post-discharge and referral, reaffirming intersectoral articulation and ensuring continuity as key elements of the therapeutic project. The understanding of this pathway performed by the patient allows to highlight the potentialities and challenges that cross the care process. In general, the research indicates a fragmentation of the process of construction of the therapeutic itinerary, either in the absence of access to formal care devices, or in the discontinuation of therapeutic projects already initiated or even in system failures related to inappropriate referrals. It is worth emphasizing, therefore, the need to implement strategies for recognition of the problem and the recommendation of health education, as well as the strengthening of articulated actions in the different levels of health care.

Keywords: Therapeutic Itinerary. Suicide attempt. Hospital psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH- Autorização de Internamento Hospitalar

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

HGVC- Hospital Geral de Vitória da Conquista

NEP- Núcleo de Educação Permanente

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SAH- Sistema de Acompanhamento Hospitalar

SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes do HGVC, 2018.....	21
Tabela 2- Dispositivos formais e informais acessados na trajetória do cuidado.....	29
Tabela 3- Sofrimento psíquico, fatores predisponentes e precipitantes da tentativa de suicídio.....	30
Tabela 4- Atendimentos recebidos durante o internamento.....	32
Tabela 5- Encaminhamentos dos pacientes durante e após o internamento no HGVC, 2018.....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Itinerário terapêutico de C1.....	22
Figura 2- Itinerário terapêutico de C2.....	23
Figura 3- Itinerário terapêutico de C3.....	24
Figura 4- Itinerário terapêutico de C4.....	25
Figura 5- Itinerário terapêutico de C5.....	26
Figura 6- Itinerário terapêutico de C6.....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	14
2.1 O suicídio.....	14
2.2 Itinerário terapêutico.....	16
3 MÉTODO.....	18
3.1 Coleta dos dados.....	19
3.2 Procedimentos.....	19
3.3 Análise dos dados.....	20
4 RESULTADOS.....	20
4.1 Apresentação dos dados.....	21
4.2 Os participantes e o trajeto do cuidado.....	21
5 DISCUSSÃO.....	27
5.1 Entrecruzamento das individualidades: compreendendo aspectos comuns ao itinerário terapêutico.....	27
5.1.1 Dispositivos formais e informais buscados anteriormente.....	29
5.1.2 Sofrimento psíquico no decorrer do itinerário terapêutico.....	30
5.1.3 Itinerário terapêutico no contexto hospitalar.....	32
5.1.4 Encaminhamentos/ Desfecho e Intenção de busca por dispositivos formais e informais.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXOS.....	40
Anexo I- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	40
Anexo II- Termo de aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa.....	43
Anexo III- Termo de compromisso do Núcleo de Educação Permanente.....	47

1 INTRODUÇÃO

A literatura acerca do suicídio é copiosa em termos de avaliação do risco, manejo e prevenção, porém o conhecimento sobre tratamento, encaminhamento e trajeto do usuário pela busca do cuidado na rede de atenção psicossocial ainda é discreta em relação à esse público específico. De acordo com dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2017), os casos de tentativas de suicídio têm sido acentuado nos últimos anos, apesar das prováveis subnotificações. A violência autoprovocada compreende as automutilações, autoagressões e tentativas de suicídio, considerando que apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio são atendidas em serviços de urgência. No período de 2011 a 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 176.226 casos de violência autoprovocada, dos quais 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) em homens. Os dados relativos à violência autoprovocada e tentativa de suicídio demonstraram predominância de ocorrência em mulheres, raça/cor branca, nas faixas etárias da adolescência (10-19 anos) e adultos jovens (20-39 anos), residentes em zona urbana e com escolaridade menor que 8 anos de estudo, sendo os principais meios letais utilizados em casos com desfecho de óbito: o enforcamento, a intoxicação exógena e armas de fogo.

A intervenção precoce após uma tentativa de suicídio é essencial, tendo em vista que os primeiros meses são o período de maior risco para recidiva. De acordo com Vidal (2013), as taxas de adesão ao tratamento são baixas em indivíduos que tentam suicídio e acabaram de passar por um serviço de urgência e emergência. Estima-se que até 60% das pessoas que tentaram suicídio não frequentam mais de uma semana de tratamento após a alta do serviço de emergência. Destarte, a articulação intersetorial visando a garantia da continuidade do cuidado torna-se o elemento chave do processo terapêutico.

Nessa direção, tendo em vista o conhecimento destes dados, a pesquisa torna-se relevante para a elaboração de estratégias de intervenção, bem como para o planejamento e organização das ações de saúde visando a articulação das políticas públicas na coordenação do cuidado. Além disso, há contribuição para o serviço do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC)¹, campo de atuação da pesquisa, no sentido de integrar as práticas do

¹ O Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC) foi criado em 1994 e tem sido referência em urgência e emergência para o município e regiões circunvizinhas do interior da Bahia e do Norte de Minas Gerais na prestação de atendimento de média e alta complexidade. Em sua estrutura conta 252 leitos, dispostos em três Unidades de Terapia Intensiva adulto, uma unidade pediátrica e uma neonatal, Clínicas Médica, Cirúrgica e Pediátrica, Emergência e Sala de estabilização. Conta atualmente com uma unidade externa de internamento que

cuidado em saúde mental e restabelecer o vínculo do usuário com os serviços de saúde de referência nos casos pesquisados.

Sendo assim, optou-se por apresentar este estudo em formato de monografia, visto que que foi obtida uma grande quantidade de dados, que por sua vez possuem uma complexidade e multiplicidade de pontos para discussão relevantes à temática. Inicialmente será explanado o marco teórico conceitual a respeito do suicídio seguido do itinerário terapêutico e da metodologia utilizada para coleta e análise dos dados. Na apresentação dos resultados obtidos, apresentaremos os itinerários terapêuticos dos participantes de forma individualizada, apontando às particularidades de cada caso. Posteriormente, após a realização da análise de conteúdo e triangulação dos dados da escuta clínica, observação participante e análise documental, apresentaremos as seguintes categorizações obtidas: 1) Dispositivos formais e informais buscados anteriormente; 2) Sofrimento psíquico no decorrer do itinerário terapêutico; 3) Itinerário terapêutico no contexto hospitalar; 4) Encaminhamentos/ Desfecho e Intenção de busca por dispositivos formais e informais.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 O suicídio

Historicamente, há registros de diversas motivações para o suicídio em momentos sociais e culturais diferentes, tais como: a evitação da desonra, a fuga da escravidão, reação a perdas afetivas, idade avançada ou ainda a vingança. Na sociedade moderna, o suicídio tem se tornado cada vez mais um problema de saúde pública, considerando os números crescentes de ocorrências a nível mundial (BOTEGA, 2015).

A magnitude das mortes por suicídio tem aumentado progressivamente ao passar dos anos. As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam, baseando no ano de 2012, que a taxa de suicídio foi de 800 mil mortes, o que significa falar de uma morte autoprovocada a cada 45 segundos em algum lugar do mundo ou de mais de duas mil pessoas a cada dia. Ao fim de cada ano, tem-se 50% das mortes violentas entre os homens e 71% entre

faz parte do mesmo complexo hospitalar, contando com setores de clínica médica e clínica psiquiátrica. O HGVC é porta de entrada para o sistema de saúde no âmbito urgência e emergência, atendendo à demandas espontâneas, bem como demandas referenciadas através da central de regulação de leitos. Além disso, é campo de prática formativo acolhendo por meio do Núcleo de Educação Permanente (NEP) estágios voluntários, estágios de graduação e de ensino técnico e residentes, tornando-se espaço não só de cuidado, mas de formação em saúde. (Fonte:cnes.datasus.gov.br; Atualização: março de 2016).

as mulheres. Os coeficientes de mortalidade por suicídio, nas últimas décadas, migraram da Europa Ocidental para a Europa Oriental, para a Ásia, para alguns países da África e América Latina, Índia e China, sendo estes os países com maior número de mortes. Dados dos anos entre 2000 e 2012 mostram que o coeficiente padronizado global de mortalidade por suicídio diminuiu em 28% em aproximadamente 172 dos países listados, entretanto em 29 países foi possível observar o contrário, com aumento em 17% nos índices. No Brasil, estudos epidemiológicos mostram que as taxas mais elevadas ocorrem na região sul, centro-oeste, em cidades de pequeno e de médio porte populacional, e entre jovens de 15 a 34 anos de idade, em idosos em pessoas do sexo masculino e indígenas (BOTEGA, 2015).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), o suicídio pode ser definido como uma agressão deliberada e executada pelo próprio indivíduo, cuja finalidade seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, através do uso de meios letais. Nessa perspectiva, considera-se como comportamento suicida a ideação, o plano e a tentativa.

A ideação suicida envolve desde pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena até preocupações intensas sobre os motivos vinculados à escolha de viver ou morrer, imaginação e contemplação da ideia. Está associada a um intenso sofrimento mental, sendo passível de diagnóstico de transtorno psiquiátrico ou podendo ser consequência de quadros delirantes. A formulação do plano é um dos aspectos a serem investigados na avaliação de risco de suicídio, acontecendo por meio de ensaios realísticos ou imaginativos. A informação sobre os métodos de suicídio é uma importante ferramenta para a elaboração de estratégias de prevenção, bem como a intervenção de políticas públicas. Já a tentativa é a execução do ato autolesivo, não fatal, com evidências explícitas ou implícitas da intenção de morrer. A escolha do método de execução depende de variáveis como o acesso a meios letais, as preferências individuais e culturais e a intenção subjacente ao ato agressivo.

A Organização Mundial de Saúde (2000) aponta três fatores em particular que permeiam as características comuns a pessoas em crise suicida. O primeiro refere-se à ambivalência, quando a urgência de sair do sofrimento e da dor é grande, porém há o desejo de sobreviver, assim o desejo de morrer e de viver se confundem. Em seguida temos como fator a impulsividade, já que o suicídio por mais que seja planejado, parte de um ato desesperado motivado por eventos negativos intensos, com impulso transitório. Por fim, o último fator comum é o de rigidez, quando os pensamentos, sentimentos e ações da pessoa

tornam-se muito restritos e ela pensa constantemente em suicídio, não conseguindo viabilizar outras maneiras de enfrentar ou de sair do problema. O sofrimento emocional gera uma distorção de percepção da realidade com avaliações negativas de si, tornando o comportamento inflexível.

A avaliação do risco de suicídio é uma importante ferramenta no manejo da crise e no encaminhamento da pessoa que se encontra em sofrimento mental intenso e concebe a morte como única solução. O psicólogo nesse contexto encontra desafios que dizem respeito não só ao paciente, mas também aos familiares e à própria equipe de saúde que presta assistência. De acordo com Rigo (2013), a clínica do suicídio é uma clínica da urgência, da dor psíquica extrema e especialmente pelo fato de envolver tantos atores: o paciente, a família, a equipe de saúde e a comunidade que o sujeito se insere, exige do psicólogo um manejo acurado. Pensando no contexto da assistência no serviço de urgência, quando o paciente que tentou suicídio chega mais fragilizado, o papel do psicólogo, além de ser o ponto de partida para a assistência integral que o paciente terá no hospital, deverá ser também o de identificar a necessidade de avaliação psiquiátrica, assim como se tornar o profissional de referência para o paciente durante sua internação, bem como o de garantir a continuidade do cuidado em saúde mental deste paciente (GONDIM, 2015).

Nessa perspectiva, conhecer o processo de escolha e tomada de decisão do paciente em crise suicida em relação ao itinerário terapêutico trilhado se torna, para além de uma investigação, também uma intervenção.

2.2 Itinerário terapêutico

A forma como as pessoas procuram ajuda para seus problemas de saúde tem sido uma preocupação constante para os serviços de assistência. O conhecimento acerca do caminho percorrido pelos pacientes na rede de saúde é importante não só para o planejamento e organização das ações, mas especialmente para subsidiar a escolha de estratégias que sejam coerentes na forma de atender à determinadas demandas, visando a garantia de acesso aos usuários, bem como a adesão ao tratamento.

O termo itinerário terapêutico é usado para definir esse trajeto do paciente e pode ser compreendido pelos movimentos de indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, podendo envolver desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos de saúde denominados biomédicos, como serviços de urgência, atenção básica, entre outros. Refere-se a uma trajetória construída a partir de tomadas de decisões, tendo como finalidade o tratamento de uma aflição (CABRAL, 2011).

De acordo com Alves e Souza (1999), a literatura referente ao itinerário terapêutico tem por objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam, aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Todavia, a análise dos itinerários não se limita a somente identificar a disponibilidade de serviços e a utilização que as pessoas fazem dele, já que tais elementos são insuficientes para compreender esse complexo processo de escolha. Os autores acrescentam que a escolha do tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural, de modo que a partir da década de 1970 a noção de itinerário terapêutico também dirigiu-se para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos na tomada de decisão e tratamento da saúde, considerando que tais escolhas envolvem tanto as ações quanto o discurso sobre essas ações.

Fundamentadas em uma perspectiva mais ampla, as pesquisas passam a lidar com duas principais formas de explicações para o processo de escolha na configuração do itinerário terapêutico. A vertente cognitiva pode ser caracterizada como construções de significados, escolhas e decisões de cuidados à saúde, caracterização de valores, emoções, ideologias relacionadas com a doença ou o sofrimento, que de certa forma estão imbricadas com os contextos socioculturais. A segunda forma de explicação seria socioeconômica, que estabelece desigualdades sociais, estruturas familiares, gênero e questões étnicas que interferem na busca e oferta de serviços em saúde. Destarte, através desses aspectos, são objetos de estudo: as percepções e representações de doença, busca de determinados tratamentos, adesão e avaliação de tratamento, conduta de doentes e familiares em relação ao tratamento, relação paciente-terapeuta, disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais, sejam profissionais ou não (ALVES, 2015).

Segundo Nogueira (2009), a partir do reconhecimento do itinerário terapêutico, há o conhecimento das redes existentes na comunidade, e a forma como essas são utilizadas. Para compreender a busca pelos cuidados é importante observar então o contexto cultural dentro do qual o indivíduo se insere, pois cada meio possui características próprias e especificidades, os

processos cognitivos que levaram a tal escolha, o contexto socioeconômico, bem como a disponibilidade dos serviços de assistência. Essa junção de fatores deve ser considerada, uma vez que, são idiosincrasias do processo de escolha que o tornam tão complexas.

No caso dos pacientes em risco de suicídio, especialmente quando estes são recebidos pelo serviço de emergência após uma tentativa recente, a assistência deve ser realizada de forma a garantir prioritariamente a segurança e a continuidade do cuidado. No ano de 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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), através da Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Dentre as deliberações posteriores, a Portaria nº 953 de 12 de Setembro de 2012, acrescenta serviços hospitalares como dispositivos disponíveis para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, determinando ainda a obrigatoriedade de leitos para o atendimento a este público. Considerando a pessoa com comportamento suicida como iminente sofrimento emocional, então tal portaria também se aplica a estas condições.

Além disso, o Ministério da Saúde determinou que os casos de tentativa de suicídio passassem a ser de notificação compulsória a partir da Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014. A legislação dispõe que é imprescindível articular a notificação do caso com a vigilância epidemiológica municipal, imediatamente após o seu conhecimento, com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Inclui-se o acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso e atenção multiprofissional.

3 MÉTODO

A pesquisa foi realizada mediante investigação metodológica qualitativa exploratória do tipo estudo de caso.

Participaram da pesquisa seis pacientes internados no Hospital Geral de Vitória da Conquista, por motivo decorrente de tentativa de suicídio, com idade acima de 18 anos, na faixa etária entre 19 e 58 anos, dos quais cinco foram do sexo feminino e um do sexo masculino. A participação foi voluntária e anônima, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo excluídos pacientes entubados, com

rebaixamento de consciência ou com restrição orgânica de comunicação. A amostragem se deu por conveniência e saturação teórica.

3.1 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC)¹, no período de Junho a Outubro de 2018, mediante 3 instrumentos que priorizam “capturar os sentidos e as significações dos fenômenos que são o cerne para os pesquisadores qualitativistas” (TURATO, p.246). Foram utilizadas 3 técnicas de coleta:

- 1) Observação participante;
- 2) Escuta clínica e
- 3) Análise documental.

Utilizou-se como eixos norteadores da coleta o motivo da internação atual e o itinerário terapêutico anterior à internação. Os dados obtidos através da observação participante e da escuta clínica foram registrados em diário de campo, onde os dados foram compilados e anotados.

A coleta dos dados em prontuários dos pacientes foi realizada mediante celebração de termo de consentimento assinado pela instituição e priorizou 3 documentos base para as investigações pretendidas:

- 1) SAH-Sistema de Acompanhamento Hospitalar (Ficha de Pronto atendimento);
- 2) Ficha de registro de classificação de risco;
- 3) Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A escolha dos mesmos foi decorrente da relevância do atendimento desde a inserção do paciente na instituição e a compreensão do seu processo diagnóstico, incorrendo nos possíveis encaminhamentos dentro da rede de suporte.

3.2 Procedimentos

A pesquisa foi submetida às instâncias reguladoras (Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos e Núcleo de Ensino e Pesquisa do NEP), respaldada na Resolução nº

466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamentadora das pesquisas com seres humanos. Posteriormente houve a delimitação da unidade-caso, com inserção do pesquisador em campo e aproximação do caso mediante busca ativa (nos locais de possíveis participantes da pesquisa) e acolhimento dos encaminhamentos das equipes de saúde para o Serviço de Psicologia do HGVC (mecanismos próprios da prática psicológica hospitalar).

Identificados os pacientes, foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, as etapas de observação participante e escuta clínica para a pesquisa iniciaram e as informações foram registradas no diário de campo (obtenção das narrativas sobre o itinerário terapêutico dos participantes) após as escutas/atendimentos realizados. Os prontuários foram consultados e analisados concomitantemente ao período ou após os atendimentos realizados, sendo os dados também registrados em diário de campo e compilados na etapa de análise dos dados.

3.3 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica da análise de conteúdo desenvolvida por Bardin (1977), que diz respeito a um tipo de técnica em pesquisa qualitativa que permite tornar replicável as inferências referentes a dados de um determinado contexto.

A modalidade de análise de conteúdo utilizada neste estudo foi a análise temática, que tratou de descobrir, nas categorizações de enunciados, os núcleos de sentido presentes na comunicação, identificando mediante a presença ou frequência, estruturas relevantes à temática investigada. A análise percorreu todas as etapas necessárias à maior fidedignidade no tratamento dos dados – etapa pré analítica, exploratória (ou de codificação) e tratamento dos dados ou interpretação (MINAYO, 2014).

Houve a categorização dos achados clínicos e documentais, em seguida, os dados foram triangulados para análise dos resultados emergentes deste processo metodológico.

4 RESULTADOS

A exposição dos resultados reitera os sentidos mais evocativos obtidos nos atendimentos psicológicos e nos prontuários, sendo analisados através dos registros de diários

de campo. Para facilitar a exibição dos resultados, os pacientes aparecem com abreviações em termos de códigos: C1, C2, C3, C4, C5 e C6.

Inicialmente apresentaremos uma tabela com dados gerais dos participantes da pesquisa. Demonstraremos em seguida cada caso, denominado aqui como: Os participantes e o trajeto de cuidado, cuja estratégia de exibição dos resultados será apresentada em figuras elaboradas após a análise de conteúdo das triangulações, que correspondem ao itinerário terapêutico de cada usuário.

4.1 Apresentação dos dados

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes do Hospital Geral de Vitória da Conquista, 2018.

	Gênero e idade	Data de admissão	Regulação/ SAMU/ Demanda espontânea	Dispositivos prévios de cuidado	Encaminhamentos/ Desfecho
C1	Feminino 44	13/06	Demanda espontânea (família) Zona rural de Vitória da Conquista	Sim	Solicitação de avaliação psiquiátrica pelo médico e encaminhada à unidade hospitalar externa
C2	Feminino 24	18/06	Regulação Zona rural de Vitória da Conquista	Não	Solicitação de interconsulta psiquiátrica pelo médico e encaminhada à unidade hospitalar externa
C3	Feminino 47	25/08	Regulação Zona rural de Tanque novo	Não	Encaminhada ao CAPS regional pela psicóloga/ Óbito
C4	Masculino 31	27/09	Regulação Zona rural de Dom Basílio	Não	Solicitação de parecer para a psiquiatria pela psicóloga e encaminhado à unidade hospitalar externa
C5	Feminino 19	15/10	Regulação Zona urbana de Anagé	Não	Encaminhada ao CAPS regional pela psicóloga
C6	Feminino 58	20/10	Regulação Zona rural de Cândido Sales	Sim	Encaminhada para reavaliação psiquiátrica pelo médico e contato com o CAPS regional pela psicóloga

Fonte: Elaboração própria.

4.2 Os participantes e o trajeto do cuidado

C1- Itinerário terapêutico

A paciente passou por uma separação conjugal há 6 meses e buscou ajuda familiar quando do início do sofrimento mental. Além dos sintomas psíquicos, apresentou sintomas físicos como adoecimento frequente por infecção urinária e emagrecimento, foi levada pela família até a UPA para consulta médica e investigação do quadro. Foi medicada e retornou para casa.

O gatilho para a atual tentativa de suicídio (primeira tentativa) foram delírios persecutórios. Tentou se jogar na cisterna, embora tenha sido contida por familiares e levada ao HGVC para conter a agitação e agressividade apresentada após o ocorrido. Foi acolhida pela classificação de risco, passou por consulta e medicada com Haloperidol. Estava em observação e previsão de alta quando o setor de psicologia foi informado do caso. Foi realizado contato com o médico para reavaliação da alta por necessidade de avaliação psicológica já iniciada e para articular avaliação psiquiátrica. Por não poder ocupar leito em emergência durante o fim de semana, foi transferida para unidade hospitalar externa, a fim de realizar consulta psiquiátrica, permanecendo internada cerca de 15 dias para estabilização do quadro. Caso notificado para a vigilância e segue em acompanhamento ambulatorial.

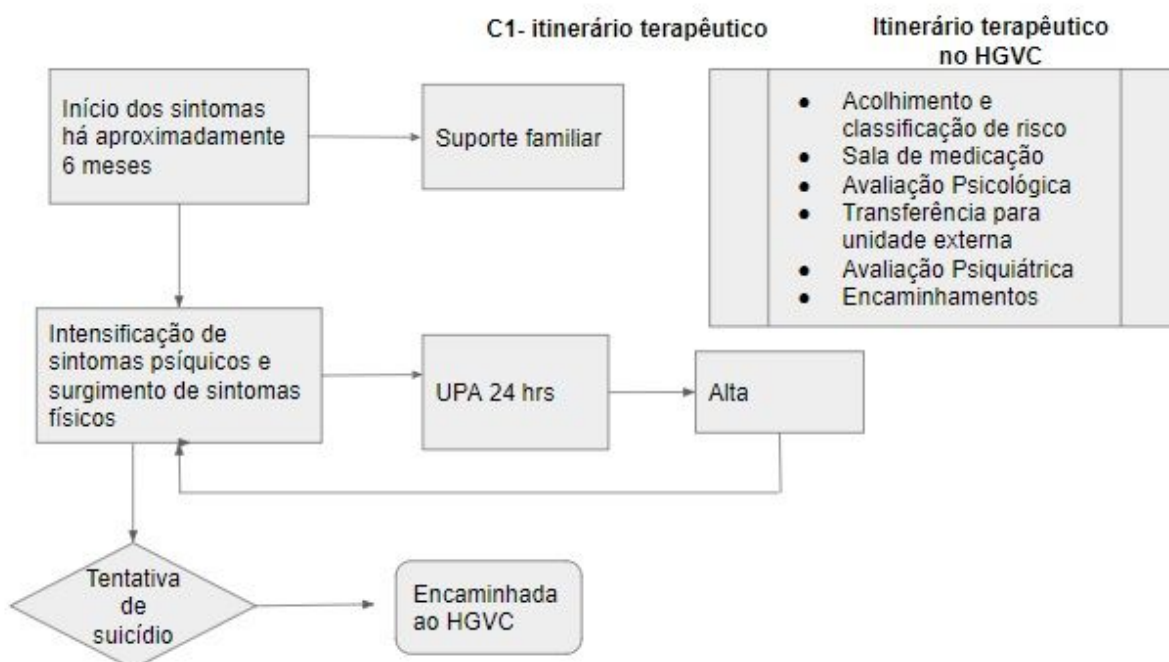


Figura 1- Itinerário terapêutico de C1

C2- Itinerário Terapêutico

A paciente não procurou dispositivos formais e informais de cuidado, permanecendo cerca de alguns anos apresentando os sintomas geradores do sofrimento psíquico, sem saber precisar o período de início dos sintomas. O gatilho para a atual tentativa (primeira tentativa), foi o uso abusivo de álcool e os sintomas de alucinações auditivas, explicando que não se recorda dos acontecimentos na ocasião. Foi resgatada pelo SAMU e levada para o HGVC e posteriormente transferida para a clínica médica da unidade hospitalar externa. Foi avaliada pela psicologia ainda no HGVC e avaliada pela psiquiatria após a transferência. Recebeu alta a pedido e continuou realizando os curativos na unidade de saúde próxima a residência de sua mãe, onde foi morar durante a recuperação, contando com apoio familiar. Retorna para o HGVC após 2 meses, a fim de ser submetida a desbridamento cirúrgico². Foi regulada do município de origem, tendo passado pelo acolhimento e classificação de risco e encaminhada para a sala de medicação. Foi acolhida pelo serviço social e posteriormente atendida pelo serviço de psicologia. Paciente continuará sendo acompanhada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

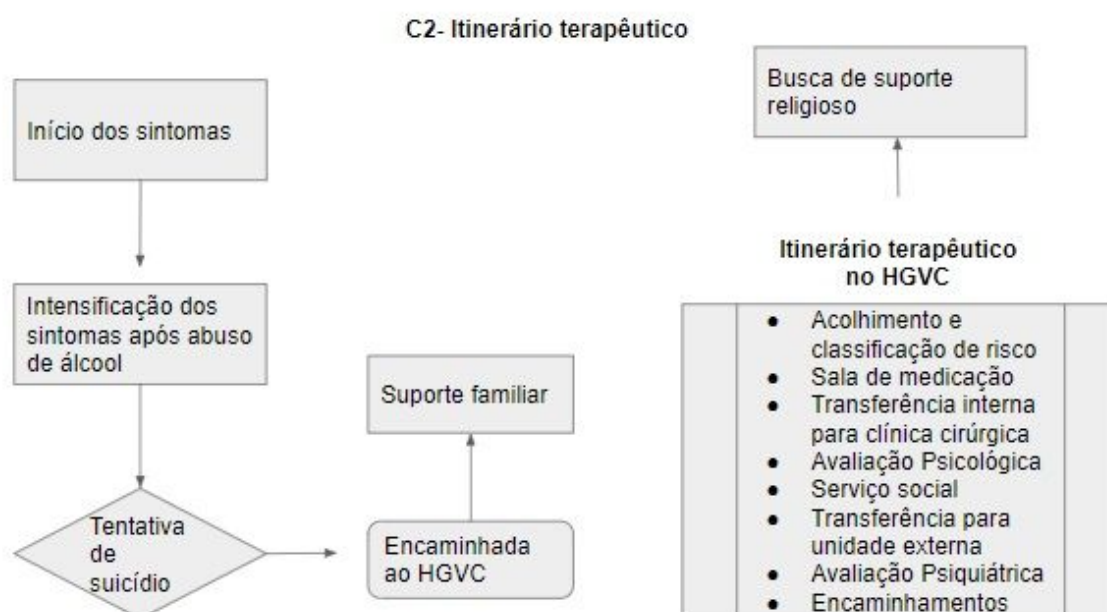


Figura 2- Itinerário terapêutico de C2

² O desbridamento cirúrgico é a técnica mais rápida para remoção da necrose, principalmente quando o paciente necessita de intervenção urgente, como nos casos de processos infecciosos graves, também é utilizado em situações que exijam a remoção maciça de tecidos. É uma atribuição exclusiva de cirurgiões, deve ser realizada no centro cirúrgico, com técnica asséptica e sob anestesia. (Fonte:Coren/ Ro- Parecer técnico nº 06/2013)

C3- Itinerário terapêutico

A paciente não procurou dispositivos formais de cuidado, apesar de fazer parte de um grupo religioso e ter uma rede ampla, não buscou ajuda informal. Hospitalizada após a primeira tentativa de suicídio, por ingestão de soda cáustica e perfuração na região do pescoço com arma branca. O gatilho para a atual tentativa foram graves situações familiares ocorridas em sequência.

Foi resgatada pelo SAMU, encaminhada para o hospital do município de origem e posteriormente encaminhada para o HGVC. Já tinha o conhecimento sobre dispositivos de saúde mental do município (CAPS), uma vez que acompanhava sua filha no tratamento psiquiátrico. Após a situação, o marido da paciente procurou acompanhamento no CAPS, segundo informações da família.

Paciente foi encaminhada para o CAPS do município de origem, para dar continuidade ao acompanhamento psicológico após o internamento.

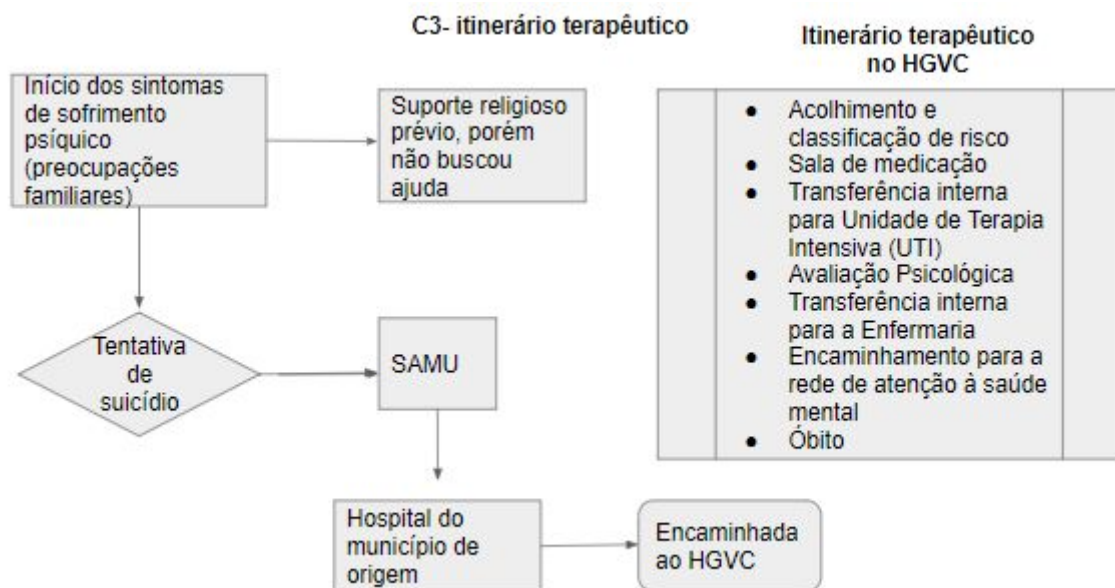


Figura 3- Itinerário terapêutico de C3

C4- Itinerário terapêutico

O paciente não procurou dispositivos formais ou informais de cuidado, permanecendo cerca de 3 anos desde o início do sintomas de adoecimento/sofrimento psíquico. Foi a primeira tentativa de suicídio, sendo socorrido pela mãe e encaminhado para o hospital do município de origem através do SAMU. Após 12 dias de internamento, houve suspeita de coágulo no local do ferimento. Foi encaminhado para o HGVC via regulação de leitos para realização de procedimento cirúrgico. Paciente acolhido pela classificação de risco, encaminhado para a sala de medicação e solicitado atendimento da psicologia pela enfermeira responsável pelo plantão. Foi solicitada avaliação psiquiátrica e posterior transferência para a unidade hospitalar externa por solicitação médica.

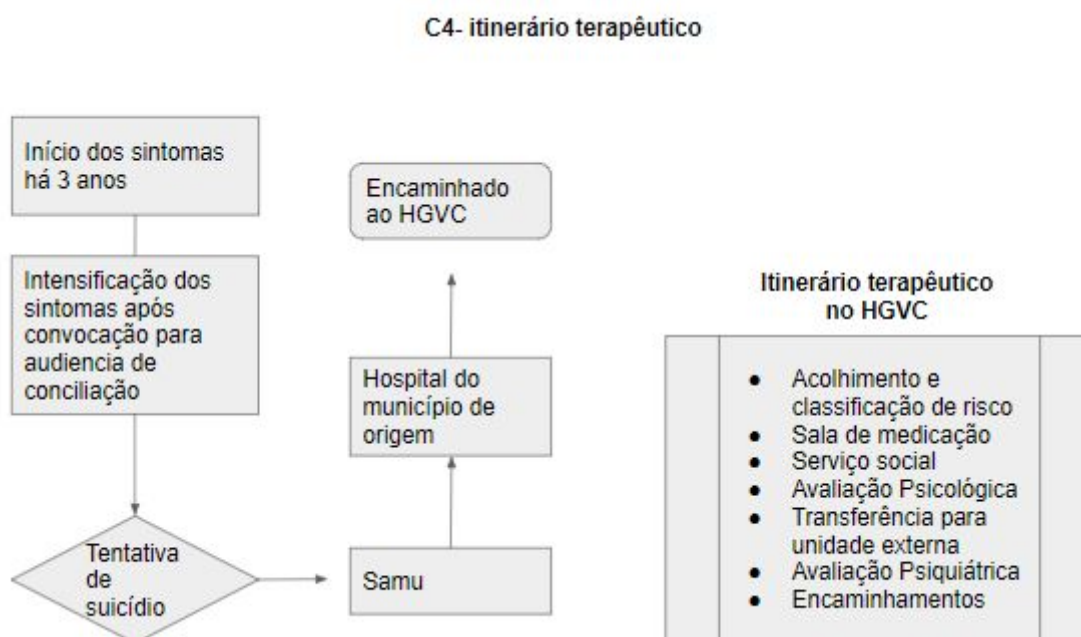


Figura 4- Itinerário terapêutico de C4

C5- Itinerário terapêutico

A paciente não procurou dispositivos formais ou informais de cuidado, tendo sido sua primeira tentativa de suicídio de maneira impulsiva. Tomou vários medicamentos e começou a sentir reações orgânicas inespecíficas. Foi socorrida pelo esposo e levada para o hospital do seu município, sendo encaminhada para o HGVC via regulação de leitos. A paciente relata

que fez um acompanhamento psicológico anterior, quando tinha por volta de 12 anos, quando fugiu de casa, após a separação dos pais. Informa que foi encaminhada ao psicólogo pelo conselho tutelar. Por não poder ocupar leito em emergência enquanto aguarda consulta psiquiátrica, recebeu alta hospitalar, com encaminhamentos para avaliação psiquiátrica no CAPS do município de origem.

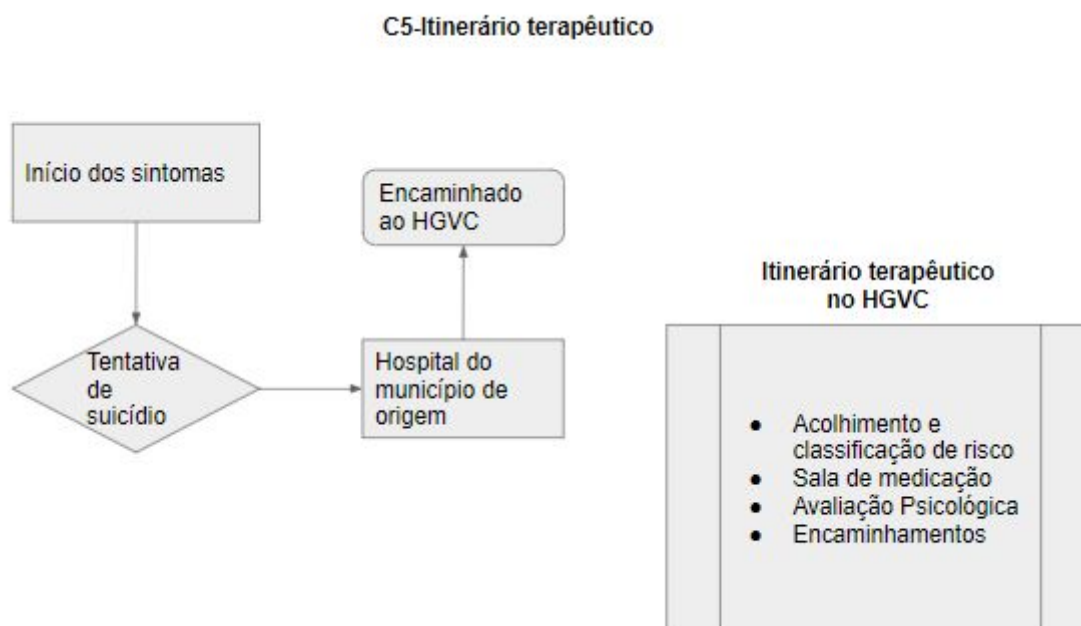


Figura 5- Itinerário terapêutico de C5

C6- Itinerário terapêutico

Paciente usuária do CAPS do município de origem, porém com acompanhamento descontinuado. Em tentativas de suicídio anteriores, buscou o hospital para tratamento da aflição orgânica e recebia alta. Não buscou dispositivos de cuidado informal, apesar de possuir rede de apoio familiar adequada. O projeto terapêutico singular incluía atividades terapêuticas, porém a paciente não aderiu, limitando-se a consultas médicas e recebimento de medicamentos. Reside com o esposo e a filha, sendo esta última, principal cuidadora da paciente, por sua vez apresentando sinais de sofrimento mental intenso. Paciente encaminhada pela psiquiatria para unidade externa, porém não chegou a ser transferida. Realizado

encaminhamento da filha para grupo de família no CAPS regional; realizado contato com o profissional responsável para viabilizar uma visita domiciliar e acompanhamento de busca ativa para a paciente. Caso notificado pela vigilância epidemiológica.

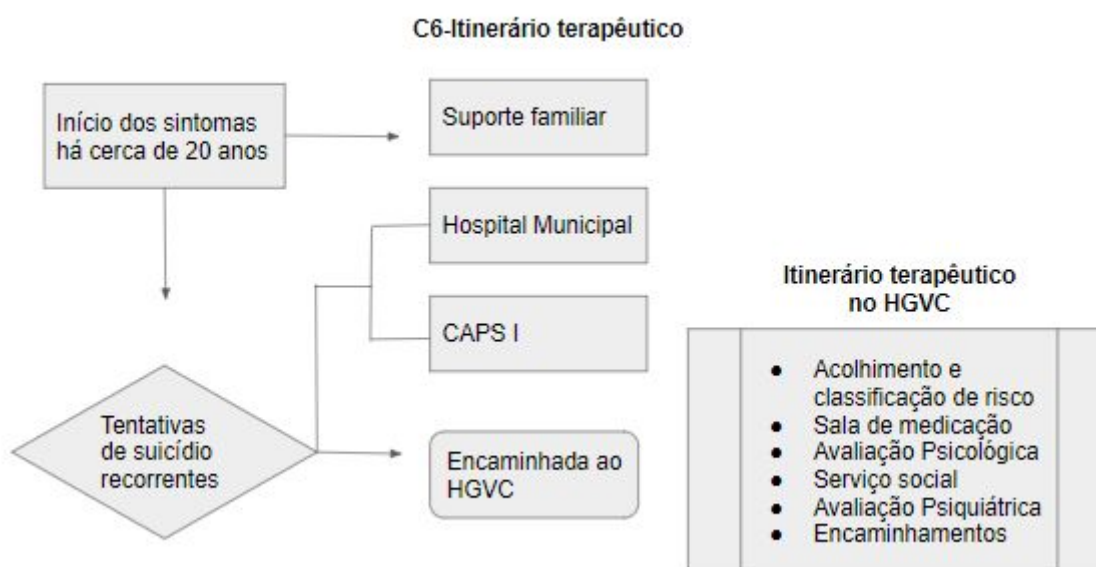


Figura 6- Itinerário terapêutico de C6

5 DISCUSSÃO

5.1 Entrecruzamento das individualidades: compreendendo aspectos comuns ao itinerário terapêutico

Foi realizada análise de conteúdo e categorização, tendo sido encontradas 4 grandes categorias que predominaram na narrativa dos participantes quanto ao itinerário terapêutico: 1) Dispositivos formais e informais buscados anteriormente; 2) Sofrimento psíquico no decorrer do itinerário terapêutico; 3) Itinerário terapêutico no contexto hospitalar; 4) Encaminhamentos/ Desfecho e Intenção de busca por dispositivos formais e informais.

Os pacientes que chegavam via regulação ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) para a emergência em primeira tentativa de suicídio, 90% não realizavam tratamento ativo e/ou continuado em saúde mental anteriormente à internação hospitalar.

Os pacientes que chegavam com recidiva de tentativa de suicídio com episódio atual orgânico mais agressivo (queimadura, arma de fogo, intoxicação exógena) foram encaminhados internamente para Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e foram a óbito. Os casos citados não foram incluídos no estudo devido à impossibilidade de comunicação com os pacientes pela gravidade do quadro geral de saúde, porém houve solicitação de atendimento psicológico para tais casos. Situações em que o paciente já fazia tratamento e entrasse em crise, realizando tentativa de suicídio com episódio atual pouco agressivo, eram encaminhados para a unidade hospitalar externa especializada em saúde mental, através do SAMU para reavaliação.

Vale ressaltar que nem todos os casos de tentativa de suicídio são recebidos no Hospital Geral, uma vez que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) também acolhe tais demandas. Além disso, o Serviço de Psicologia no HGVC não funciona aos sábados e domingos, nem após às 19h – o que provavelmente reduz substancialmente os encaminhamentos internos para o cuidado psicológico.

Houve um aumento exponencial de tentativas de suicídio no mês de Outubro, com maioria de desfechos de óbito. Porém, percebeu-se com a pesquisa uma mobilização da equipe e consequente aumento de solicitações e encaminhamentos para o serviço de Psicologia. Fato que raramente acontecia, principalmente para tentativas menos agressivas como intoxicação exógena e automutilação. No início da coleta os profissionais não solicitavam, esqueciam ou deixavam passar casos sem avaliação psicológica. Percebendo tal dificuldade, foram criadas estratégias como: providenciar um telefone para o serviço de Psicologia, afixar avisos em todos os setores do hospital com o número de telefone e solicitação de notificação imediata e passagem diária principalmente na emergência para rastreamento de casos. Houve ainda uma mobilização do hospital pela campanha do setembro amarelo durante o período de coleta, que pode ter contribuído para o atendimento dos profissionais direcionado a esse tipo de público.

O conjunto de fatores supracitados pode ter influenciado no aumento de solicitações por parte da equipe. Cumpre-se desta forma, um dos objetivos do estudo no que se refere a intervir no itinerário terapêutico dos pacientes. A seguir, apresentaremos as categorias encontradas após triangulação dos dados.

5.1.1 Dispositivos formais e informais buscados anteriormente

Tabela 2- Dispositivos formais e informais acessados na trajetória do cuidado

Dispositivos de cuidado	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Formais	UPA	---	---	---	---	CAPS
Informais	Suporte familiar	---	Suporte religioso/ espiritual	---	---	Suporte familiar

De acordo com Kleiman (1978, apud CARNEIRO, 2014, p. 49; REINALDO, 2003) e o seu conceito de sistemas de cuidado com a saúde, existem três subsistemas pelos quais a enfermidade é vivenciada: Profissional, *folk* e popular. O subsistema profissional é baseado na medicina tradicional de cunho científico e pelas profissões cuja prática de atuação é baseada em evidências. O subsistema *Folk* trata a respeito de especialistas não oficiais da cura como rezadores, curandeiros etc. Já o subsistema Popular é composto pelo campo não especializado da sociedade como ajuda mútua, conselhos entre amigos, vizinhos etc.

Nessa perspectiva, chamaremos de dispositivos formais os aspectos que dizem respeito à dimensão profissional e de dispositivos informais os aspectos que dizem respeito às dimensões *folk* e popular.

Evidenciou-se que somente 2 dos 6 colaboradores do estudo acessaram dispositivos formais de cuidado. Vale ressaltar que um dos casos (C1), foi levada por familiares até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), por motivos de origem orgânica, entretanto os sintomas de intensos sofrimento psíquico já apresentavam-se, passando despercebidos pela equipe. O outro caso (C6) teve acesso ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), porém de maneira descontinuada, tendo como data de início do tratamento o ano de 2012 e registros de controle médico e farmacêutico irregularmente.

O CAPS mostra-se como um importante dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atuando em equipe multiprofissional no acompanhamento a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Sua atuação acontece territorialmente e é considerado um serviço especializado estratégico na ampliação das ações de saúde mental. Dessa forma, é

possível compreender que a articulação intersetorial é imprescindível para a integralidade da assistência.

A respeito dos dispositivos informais, C1 e C6 obtiveram suporte familiar anterior à tentativa de suicídio e C3 obteve suporte religioso/espiritual, sendo que neste último caso, a colaboradora participava de um grupo religioso, embora não tenha buscado direta e explicitamente auxílio em relação ao sofrimento mental que vinha apresentando.

A existência de uma rede de apoio social é essencial para ampliar o cuidado em intervenções de situações de crise suicida, respeitando a singularidade do sujeito e estendendo o cuidado também para as pessoas que fazem parte do seu convívio. Este aspecto faz parte de uma reorganização dos laços afetivos para restabelecimento de fatores de proteção com a finalidade de prevenir novas tentativas de suicídio e promover saúde mental (SILVA; COSTA, 2010, p. 21).

5.1.2 Sofrimento psíquico no decorrer do itinerário terapêutico

Tabela 3-Sofrimento psíquico, fatores predisponentes e precipitantes da tentativa de suicídio.

	Fatores predisponentes	Fatores Precipitantes	Tempo até a busca por cuidado
C1	Adulto jovem, divorciada, história familiar de transtorno mental (depressão), falta de tratamento ativo e acesso a meios letais, presença dos sintomas delírio persecutório frequente, alucinações cinestésicas, isolamento social, agressividade e agitação.	Separação conjugal (gatilho)	Aproximadamente 6 meses
C2	Adulto jovem, abuso/dependência de álcool, falta de tratamento ativo em saúde mental, sintomas sugestivos de comorbidade psiquiátrica desencadeada ou não pelo uso de álcool.	Uso abusivo de álcool e sintomas de alucinação auditiva	Não soube precisar
C3	Adulto jovem, história familiar de suicídio e de transtorno mental, acesso a meios letais, falta de tratamento ativo em saúde mental	Graves perturbações familiares, fácil acesso a meio letal	Ato impulsivo sem ideiação prévia
C4	Adulto jovem, sexo masculino, divorciado, desempregado, história familiar de tentativa de suicídio, ideiação/plano suicida, acesso a meios letais, uso de álcool e outras drogas,	Separação conjugal, fácil acesso a meio letal (Arma de fogo)	Aproximadamente 3 anos

	ausência de apoio social, traços de personalidade (impulsividade, agressividade, labilidade do humor), ausência de tratamento ativo.		
C5	Adulto jovem, falta de tratamento ativo em saúde mental, separação dos pais na infância, ausência de apoio social	Graves perturbações familiares, modificação da situação econômica	Ato impulsivo sem ideação prévia
C6	Transtorno mental grave e persistente, história familiar de transtorno mental, tentativas de suicídio pregressas, falta de tratamento continuado em saúde mental, história familiar de suicídio, desesperança.	Fácil acesso a meio letal	Aproximadamente 20 anos

O comportamento suicida é indicativo de um intenso sofrimento mental, cujo risco pode ser dado através de indicadores de ordem sociodemográfica, genética e de natureza clínica.

Segundo Botega (2015), existem fatores predisponentes que são acontecimentos remotos ou distais que criam condições para a eclosão do comportamento suicida, por outro lado, os fatores precipitantes são acontecimentos mais recentes ou proximais que estão associados a mudança no *status quo*, perdas reais ou simbólicas, entre outros eventos estressores.

Dentro da amostra pesquisada, observou-se como principais fatores precipitantes encontrados: desilusão amorosa, separação conjugal, conflitos relacionais, embriaguez, fácil acesso a um meio letal, desonra/vergonha. Dentre os fatores predisponentes mais observados estão: transtorno psiquiátrico, suicídio na família, impulsividade/agressividade e isolamento social. Tais aspectos puderam ser observados durante o internamento, bem como no relato dos familiares em escuta clínica

Tomar como ponto de partida a pessoa em sofrimento psíquico ao invés da doença é uma compreensão oportuna, uma vez que permite assimilar as motivações da procura por ajuda de modo que apreenda melhor, porém não inteiramente, a complexidade do fenômeno estudado (MOREIRA et al., 2016).

5.1.3 Itinerário terapêutico intra-hospitalar

Tabela 4- Atendimentos recebidos durante o internamento.

Itinerário Intra Hospitalar	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Acolhimento e Classificação de risco	X	X	X	X	X	X
Avaliação clínica geral	X	X	X	X	X	X
Sala de medicação	X	X	X	X	X	X
Transferência interna		X	X	X		X
Transferência externa	X	X		X		X
Avaliação Psicológica	X	X	X	X	X	X
Avaliação Psiquiátrica	X	X		X		X
Serviço Social		X		X		X
Encaminhamento	X	X	X	X	X	X

Durante a coleta dos dados, observou-se que de acordo com os atendimentos que o paciente recebe, determina-se também qual o tipo de encaminhamento para o pós alta hospitalar. Esta categoria faz-se necessária para demonstrar o fluxo de atendimentos prestados ao paciente internado por tentativa de suicídio, sendo este, considerado um caso de urgência.

Na instituição hospitalar, as unidades de emergência são o lugar designado a pessoas que necessitam de cuidados especiais e urgentes, não se restringindo a manutenção de parâmetros vitais, mas também de qualidade de vida e de suporte emocional. O Hospital Geral de Vitória da Conquista conta com um pronto socorro adulto com leitos distribuídos em ala feminina, ala masculina, sala de medicação e sala de estabilização. A quantidade de leitos é flutuante, porém por ser porta de entrada para o atendimento hospitalar, os casos pesquisados foram oriundos deste setor.

A busca pelo serviço de emergência geralmente ocorre após a manifestação abrupta dos sintomas físicos e/ou emocionais que promovem a necessidade de um diagnóstico imediato e a esclarecer. Desconhecer esta condição clínica e prognóstico gera um aumento significativo nos níveis de ansiedade e estresse, assim como o prolongamento dos dias de internamento podem eliciar ou intensificar sintomas psíquicos (BARBOSA, 2007)

Perez apud Barbosa (2007) enfatiza que a vivência da hospitalização em uma unidade de emergência é descrita como uma situação-limite, onde é exigido uma capacidade

É possível observar que todos os casos atendidos foram encaminhados também para avaliação psiquiátrica, visto que apesar de não apresentarem ideação suicida no momento do acompanhamento psicológico, há um sofrimento mental permanente que levou à tentativa de suicídio, com exceção de C3, que não foi encaminhado à Psiquiátrica devido à gravidade do quadro clínico no momento da abordagem. Os casos encaminhados para unidade hospitalar externa, receberam continuidade dos cuidados e demais encaminhamentos de forma posterior ao acompanhamento psicológico iniciado no HGVC, tendo sido reavaliados na ocasião da transferência.

Identificou-se que os casos que necessitam de avaliação psiquiátrica, são encaminhados para esta unidade hospitalar externa, por ser especializada em saúde mental. No caso de C5, a paciente não chegou a realizar avaliação psiquiátrica, pois casos de tentativas de suicídio menos agressivas (intoxicação exógena neste caso), é comum que a equipe de saúde não aguarde a realização da consulta e o paciente seja liberado para procurar o profissional após alta.

Todos os pacientes abordados foram favoráveis a realização dos encaminhamentos e intencionam buscar dispositivos de cuidado formais em saúde mental de maneira ativa após o internamento, entretanto, não ocorreu da mesma maneira a respeito dos dispositivos informais de cuidado. Podemos considerar que uma das questões intensificadoras do sofrimento mental observado na maioria dos colaboradores foram graves perturbações familiares. É possível que os pacientes não tenham manifestado desejo de busca por tais formas de cuidado em dispositivos informais por este motivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As taxas de mortalidade por suicídio tem aumentado nas últimas décadas, ao passo que ganham destaque nas áreas de investigação teórica, bem como tentativas concretas de elaboração de estratégias para lidar com este fenômeno da atualidade. Os dados obtidos não puderam identificar o trajeto realizado dentro da rede de atenção psicossocial pela pessoa em crise suicida, uma vez que a maioria dos casos pesquisados não acessou a rede formal do sistema de saúde. Não obstante, foi possível identificar que o itinerário terapêutico é construído de forma fragmentada, entre outras questões a serem discutidas que possam influenciar o processo de busca pelo cuidado.

A predominante ausência de acesso a dispositivos formais de cuidado e o longo tempo de latência entre o início dos sinais e sintomas de sofrimento mental e o acesso a dispositivos de cuidado é tão preocupante quanto a descontinuidade da vinculação do paciente a serviços e projetos terapêuticos por falhas do sistema relacionadas a encaminhamentos inadequados. Este último fator, deve-se geralmente a uma visão fragmentada do cuidado, sendo possível observar na análise da dimensão profissional dos dispositivos formais, a sustentação de uma visão centrada na doença e em aspectos orgânicos, demonstrando que o modelo biomédico ainda é imperativo.

De acordo com Mângia e Muramoto (2008), o modelo biomédico trabalha com princípios simplistas na maneira de compreender o sofrimento e formular respostas, propondo na maioria dos casos intervenções centradas no indivíduo e na doença, desconsiderando o processo de interação desse indivíduo com seu contexto e sua história. Nessa perspectiva, o desafio a ser superado diz respeito à centralização de práticas assistenciais em procedimentos profissionais que fragmenta o sujeito.

Considerando o sujeito em sua integralidade, o acompanhamento multiprofissional é elemento chave para a superação dos desafios descritos, bem como para a concretização de práticas e ações de saúde integradas. Nesse cenário, a atuação do psicólogo no trabalho em equipe mostrou-se relevante a fim de desenvolver uma visão sistêmica do ser humano e do processo saúde/doença em uma compreensão ampliada, facilitando a articulação interdisciplinar. Observou-se que em casos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção da rede para encaminhamento ainda fica a desejar, como pudemos analisar em um dos casos em que o paciente foi encaminhado para a UPA após o início dos sintomas de adoecimento psíquico, porém o serviço não identificou a necessidade de redirecionamento do caso.

Outro ponto que chama atenção, podemos destacar que em alguns momentos o suporte familiar foi o direcionador do paciente para o sistema de saúde, embora a maioria tenha acessado diretamente os dispositivos formais (emergência do Hospital Geral) na situação de crise suicida, o que pode ser explicado pelas perturbações familiares e relacionais vividas na ocasião. Fortalecer a rede de apoio do paciente e acessar o suporte social que estiver ao alcance é uma das estratégias no manejo de crise da pessoa em situação de crise suicida.

Esse conjunto de dados sugere fragilidades na construção do itinerário terapêutico dos paciente internados por tentativa de suicídio, entretanto, vale ressaltar a necessidade de

aprofundamento das investigações e de implementar estratégias de reconhecimento da problemática.

REFERÊNCIAS

- ALVES P.C.B; SOUZA I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>. Acesso em: 11 de Outubro de 2017.
- ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, nº 42, Janeiro/Junho de 2015, p. 29-43. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>. Acesso em: 10 de Outubro de 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes et al . Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 73-81, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 de novembro de 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, supl. 2, p. S87-S95, Oct. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Outubro de 2017.
- BOTEAGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto alegre: Artmed, 2015.
- 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 953, DE 12 DE SETEMBRO DE 2012**, Brasília, DF. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde- Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico**. Volume 48. nº 30, Brasília, DF. 2017.

BTESHE, Mariana. **Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida**. Rio de Janeiro. Dissertação (Doutorado) - Instituto de informação científica e tecnológica em saúde. ICICT/FIOCRUZ. 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12355/1/mariana_bteshe_icict_dout_2013.pdf. Acesso em: 17 de Outubro de 2017.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Outubro de 2017.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf> . Acesso em: 21 de Outubro de 2017.

CARNEIRO, Ueslei Solaterrar da Silva; AQUINO, Gessica Carmo; JUCÁ, Vlândia Jamile Santos. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. **Rev Psicol**. 2014;5:46–57. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1003/973>. Acesso em: Outubro de 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. A intervenção da psicologia: tentativas de suicídio e urgência hospitalar. **Revista Científica da FMC - Vol. 10, nº2, Dez. 2015**. Disponível em: <http://www.fmc.br/wp-content/uploads/2016/04/Rev-Cient-FMC-2-2015-12-16-1.pdf> ; Acesso em: 30 de Novembro de 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ**. São Paulo , v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045>. Acesso em: Novembro de 2018.

MÂNGIA, E.; YASUTAKI, P. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental . **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 61-71, 1 abr. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14029>. Acesso em: Novembro de 2018.

MESQUITA, Ana Cláudia; CARVALHO, Emilia Campos de. A Escuta Terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 1127-1136, Dez. 2014 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601127&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Nov. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lucia Magalhaes; SOARES, Camila Alves. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. GERHARDT, Tatiana Engel. et. al. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC editora-IMS/UERJ. 2016

NOGUEIRA, Cíntia Aparecida de Oliveira. **Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98419/nogueira_cao_me_botfm.pdf?sequence=1 ; Acesso em; 17 de Outubro de 2017.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. **Conhecendo o itinerário terapêutico pela história oral de vida do paciente psiquiátrico**. 2003. Dissertação (Mestrado) -Escola de enfermagem de Ribeirão Preto-USP

RIGO, Soraia Carvalho. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** - Brasília: CFP, 2013.

SILVA, Maria de Nazareth R. M. O., COSTA. Ileno Izidio. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**. 2010;4(1):19-29. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/11358>. Acesso em Dezembro de 2018.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 de Outubro de 2017.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos** - 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa trata sobre o itinerário terapêutico de pacientes internados por tentativa de suicídio no Hospital Geral e está sendo desenvolvida pela psicóloga residente Carolina Alves Cruz sob orientação da Profa Dra Daniela Rodrigues Goulart Gomes e co- orientação da Profa Dra Andrea Batista de Andrade Castelo Branco, vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia. Pretende-se, com este estudo conhecer o trajeto da busca por cuidado de pacientes sobreviventes da tentativa de suicídio, intervir no plano de cuidado em saúde mental de pacientes que tentaram suicídio, oriundos do Hospital Geral de Vitória da Conquista e estabelecer/ restabelecer a rede de cuidados entre família-serviço-paciente. A finalidade deste trabalho é contribuir para a melhora na assistência dos serviços de saúde para pessoas que estão vivenciando uma situação de sofrimento mental intenso e pensam na morte como única saída. Sua participação na pesquisa consiste, caso aceite o convite, em conversar com o pesquisador sobre seu processo de busca de ajuda (chamado aqui de itinerário terapêutico) antes, durante e após a tentativa de suicídio.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a), nem receberá qualquer tipo de remuneração. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa e os dados obtidos através da análise do material coletado, quando divulgados em congressos científicos e publicações, não poderão ser associados a você. O nome de todas as pessoas que participarem da pesquisa não será divulgado, de forma nenhuma, nem conhecido por outras pessoas além dos pesquisadores. Não há risco iminente até o momento, mas caso haja desconforto e o(a) Sr (a) decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo pelo pesquisador.

O presente Termo de Consentimento está impresso em duas vias originais assinadas (uma ficará com o pesquisador, arquivada na Universidade Federal da Bahia) e outro será

entregue ao Sr(a). Todas as informações coletadas e compiladas e suas análises serão arquivadas pelo pesquisador pelo prazo de 05 (cinco) anos e posteriormente serão deletados-destruídos. Todos os dados e a identidade dos participantes serão tratados segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde em conformidade com fins estritamente científicos e acadêmicos.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

CONSENTIMENTO

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, da possibilidade de retirar minha participação sem dano ou sanção em qualquer tempo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa e da divulgação científica e acadêmica dos dados da mesma em eventos e publicações. Estou ciente que recebi uma via desse documento e que me foi dada a oportunidade de esclarecer dúvidas antes da assinatura do mesmo.

Vitória da Conquista, ____ de _____ de 2018

Nome completo do participante: _____



Assinatura do Participante (por extenso)

ou identificação pela digital

Pesquisador: Carolina Alves Cruz

Assinatura do pesquisador: _____

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisadora Carolina Alves Cruz, telefone: (77) 98807-2641 ou para a orientadora da

pesquisa Daniela Rodrigues Goulart Gomes, telefone (77) 98833-1977. Endereço: Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58, gabinete 07 , Bairro Candeias, CEP: 45.029-094, Vitória da Conquista – BA

ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL GERAL.

Pesquisador: Daniela Rodrigues Goulart Gomes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83391418.3.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.692.928

Apresentação do Projeto:

Em análise a segunda submissão do protocolo da pesquisa intitulada: "ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL GERAL", sob responsabilidade da pesquisadora Daniela Rodrigues Goulart Gomes. O presente protocolo apresenta proposta de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, que propõe conhecer e intervir no itinerário terapêutico de pacientes que vivenciaram uma tentativa de suicídio, no contexto do serviço de urgência e emergência do Hospital Geral de Vitória da Conquista. Essa temática será investigada especialmente no sentido de conhecer o trajeto de busca pelo cuidado e o processo de escolha de dispositivos na rede de atenção à saúde realizado pelo paciente. O estudo também visa fortalecer o vínculo do serviço com o paciente, quer seja pactuando ou repactuando-o à projeto terapêutico singular pertinente e inserindo a família e equipe neste processo de cuidado. A pesquisa será realizada mediante investigação metodológica qualitativa exploratória do tipo estudo de caso. A coleta de dados ocorrerá mediante 3 instrumentos: observação participante, escuta clínica e análise documental, de modo que serão analisados por meio da técnica da análise de conteúdo desenvolvida por Bardin, e tratados à luz da Gestalt Terapia conforme abordagem teórica de Fritz Perls.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e intervir no itinerário terapêutico de pacientes internados por tentativa de suicídio, no

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.692.928

Hospital Geral de Vitória da Conquista.

Objetivos Secundários:

1. Conhecer o trajeto da busca por cuidado de pacientes sobreviventes da tentativa de suicídio;
2. Intervir no plano de cuidado em saúde mental de pacientes que tentaram suicídio, oriundos do Hospital Geral de Vitória da Conquista;
3. Estabelecer/ restabelecer a rede de cuidados entre família-serviço-paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há risco iminente até o momento, mas caso haja desconforto e o colaborador decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo pelo pesquisador. O risco de quebra de sigilo e vazamento de informações é mínimo e, para eliminá-los, os participantes não serão identificados pelos nomes e apenas os pesquisadores terão acesso aos dados obtidos.

Benefícios:

Contribuir para a melhora na assistência dos serviços de saúde para pessoas que estão vivenciando uma situação de sofrimento mental intenso e pensam na morte como única saída. Elaboração de estratégias de intervenção, bem como para o planejamento e organização das ações de saúde visando a articulação das políticas públicas na coordenação do cuidado. Contribuir para o serviço do Hospital Geral de Vitória da Conquista, campo de atuação da pesquisa, no sentido de integrar as práticas do cuidado em saúde mental e restabelecer o vínculo do usuário com os serviços de saúde de referência nos casos pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apoia-se em relevante e robusta sustentação teórica e metodológica. Propõe desenvolver investigação sobre tema atual e que se apresenta como importante questão a ser investigada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa foi instruído com a documentação exigida por esse Comitê de Ética.

Recomendações:

Recomenda-se:

1. Que seja considerado o risco de quebra de sigilo e vazamento das informações e apresentado

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.692.928

estratégias

para minimizá-los;

2. Que seja explicitada, a inclusão ou exclusão dos participantes por faixa etária e caso sejam incluídos indivíduos menores de 18 anos, acrescentar a documentação necessária.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações propostas no parecer anterior foram acatadas e esclarecidas com a devida consideração do risco de quebra de sigilo e estratégia para minimizá-lo e informado que não participarão indivíduos com idade inferior à 18 anos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente parecer foi apreciado na 65ª reunião ordinária do CEP-IMS/UFBA em 05/06/2018, sendo aprovado por maioria de votos. Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/?pagina=relatorios>. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1072122.pdf	11/05/2018 23:54:46		Aceito
Outros	Emenda_ao_CEP.docx	11/05/2018 23:50:37	Carolina Alves Cruz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizaçãonep_carimbada.pdf	20/02/2018 19:53:46	Daniela Rodrigues Goulart Gomes	Aceito
Outros	Folhalocal_assinada.pdf	13/02/2018 15:23:29	Daniela Rodrigues Goulart Gomes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisador.pdf	13/02/2018 15:22:58	Daniela Rodrigues Goulart Gomes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	13/02/2018 15:21:39	Daniela Rodrigues Goulart Gomes	Aceito

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58

Bairro: CANDEIAS

CEP: 45.029-094

UF: BA

Município: VITORIA DA CONQUISTA

Telefone: (77)3429-2720

E-mail: cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.692.928

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_com_digital.docx	13/02/2018 15:20:32	Daniela Rodrigues Goulart Gomes	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Andrea_Batista_de_Andrade_Castelo_Branco.pdf	04/02/2018 23:20:00	Carolina Alves Cruz	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Daniela_Rodrigues_Goulart_Gomes.pdf	04/02/2018 23:19:11	Carolina Alves Cruz	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Carolina_Alves_Cruz.pdf	04/02/2018 23:18:03	Carolina Alves Cruz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Finalizado.pdf	04/02/2018 23:15:32	Carolina Alves Cruz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

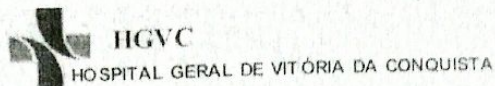
Não

VITORIA DA CONQUISTA, 05 de Junho de 2018

Assinado por:
Raquel Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

ANEXO III




Núcleo de Educação Permanente (NEP-HGVC)
Email: nep_hgvc@hotmail.com
Tel: (77)3427 - 4581

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Juliana Oliveira Santos, membro do Núcleo de Educação Permanente do HGVC, responsável pela Comissão de Ensino e Pesquisa, autorizo Carolina Alves Cruz, aluna do Programa de Residência Multiprofissional em Urgências da UFBA – Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Prof^a Daniela Goulart Gomes, a realizar coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado: “INTINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TENTATIVA DE SUICÍDIO E UM HOSPITAL GERAL”, após aprovado pelo Comitê de Ética (Plataforma Brasil).

Vitória da Conquista, 20 de dezembro de 2017.


Juliana Oliveira Santos
Enfermeira
Cad: 19.536-5
NEP/HGVC
Enfermeira Juliana Oliveira Santos, 19.536.853-1
Núcleo de Educação Permanente HGVC

HGVC – HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
Avenida Filipinas – S/N – Bairro Jardim Guanabara
Vitória da Conquista – BA - CEP: 45.023-300
Telefones (77)-3424-6060 / (77)3424-3933/ (77)3423-5017