



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



DENIZ REIS DOS SANTOS MENEZES

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO
SUICÍDIO EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE EM
SALVADOR/BAHIA**

Salvador
2019

DENIZ REIS DOS SANTOS MENEZES

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO
SUICÍDIO EM UM DISTRITOSANITÁRIO DE SAÚDE EM
SALVADOR/BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Castellanos

Salvador
2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Reis dos Santos Menezes, Deniz

A rede de atenção psicossocial no cuidado ao
suicídio em um distrito sanitário de saúde em Salvador
/Bahia / Deniz Reis dos Santos Menezes. -- Salvador,
2019.

129 f.

Orientador: Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva com concentração em gestão de sistemas
de saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto
de Saúde Coletiva, 2019.

1. Suicídio,. 2. Rede de Atenção Psicossocial. 3.
Saúde Mental. 4. Pesquisa Qualitativa. I. Pfeiffer
Castellanos, Marcelo Eduardo. II. Título.



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Deniz Reis dos Santos Menezes

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO SUICÍDIO EM
UM DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE EM SALVADOR/BAHIA.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 11 de dezembro de 2019

Banca Examinadora:

Prof. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos – ISC/UFBA

Profa. Mônica Lima de Jesus – ISP/UFBA

Profa. Mônica de Oliveira Nunes Torrenté – ISC/UFBA

Salvador
2019

A todas as pessoas que convivem com o sofrimento psíquico nesta sociedade tão injusta e desigual. Dedico além deste estudo, o meu compromisso de lutar por um sapato mais confortável!!

“Eu calço é 37
Meu pai me dá 36
Dói, mas no dia seguinte
Aperto meu pé outra vez
Eu aperto meu pé outra vez

Pai eu já tô crescidinho
Pague prá ver, que eu aposto
Vou escolher meu sapato
E andar do jeito que eu gosto
E andar do jeito que eu gosto”

Raul Seixas

AGRADECIMENTOS

“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.” Rubem Alves.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que, através de seus coordenadores e mestres do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, permitiu-me criar asas para voar!

Agradeço ao meu orientador, Prof. Marcelo Castellanos, por todos os ensinamentos realizados, marcados pela delicadeza, tranquilidade e sabedoria, que me conduziram por um caminho menos tortuoso neste processo de aprendizado e me revelaram um mundo de possibilidades. “A estrada da vida pode ser longa e áspera. Faça-a mais longa e suave. Caminhando e cantando com as mãos cheias de sementes.” Cora Coralina.

Às professoras Mônica Nunes e Cristiane Oliveira que gentilmente compuseram minha banca de qualificação e me possibilitaram mergulhar em águas mais profundas. Numa outra fase, às professoras Mônica Lima e, novamente, Mônica Nunes que aceitaram generosamente integrar a banca de defesa.

À Superintendência do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos pela liberação para as aulas, que me permitiu frequentar este curso.

À Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) e Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador pela anuência para a realização deste estudo.

A Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria Municipal de Salvador pelo apoio durante o processo de construção deste estudo e disponibilidade no processo de coleta de dados.

À Coordenação do Distrito Sanitário de Brotas pelo apoio e participação neste processo.

A todos os gestores e profissionais que integram a RAPS de Brotas, especialmente o apoiador do Distrito Sanitário de Brotas, João Paulo Dórea, na participação na coleta de dados e aprendizagem quanto a possibilidade de uma prática de Saúde Mental transversalizada, territorializada e humanizada.

Aos companheiros e companheiras do Centro de Saúde Mental Aristides Novis e do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos que

carinhosamente acreditaram em mim e cotidianamente me incentivaram a galgar este degrau.

A Isabella Queiroz que, com competência e delicadeza, me ajuda a tornar mais confortável minha relação com este mundo.

Aos meus companheiros da turma do Mestrado Profissional que generosamente caminharam comigo neste período e dividiram as expectativas, somaram saberes, diminuíram o stress, multiplicaram a esperança!

Aos usuários dos serviços de Saúde Mental que despertam verdadeiramente o meu desejo de aprender e me impulsionam na luta por uma sociedade mais justa e menos desigual

À minha família, meus amigos, minha base de sustentação, especialmente a minha mãe, meu pai (*in memoriam*), e irmão, pela dedicação e exemplos. Aos meus filhos que me renovam e permitem aprender todos os dias. Finalmente, ao meu esposo pelo apoio incondicional que, ao meu lado, abre as janelas, sonha o meu sonho, incentiva-me e acredita em meu potencial! Te amo!

A Deus que me fortalece e sustenta!

Fica assim não, menina...

*(...)Fica assim não menina,
que não vale a pena.
Pois não é a alma que é pequena.
Mal criada e rebelde, isso, as vezes, ela é.
As vezes. Pró nosso bem, ela é.
Más, pequeno, pequeno mesmo,
é assim, quase sempre, este mundo
em que se faz nossa sina viver.
Labutar todo dia,
fazê lição e aprendê...
Mundo estreito, mundo raso
Mundo duído, mundo doídio.
De pouca consideração.
Por isso não há que se estranhar
de que, as vezes, a alma não queira ficar.*

*A alma? A alma, só quer voar,
viver no que é bem bom,
que é bom demais.
Espaírecer e espraíar.
Que é disso que alma sabe,
que é de disso, que a alma entende.
Que é disso que a alma gosta,
a alma, menina, a alma só quer
sonhar!*

Marcus Matraga

RESUMO

MENEZES, D. R.S. **A Rede de Atenção Psicossocial no cuidado ao suicídio em um Distrito Sanitário de Saúde em Salvador/Bahia**. 2019. 115f. (Dissertação de Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2019.

INTRODUÇÃO: O suicídio é um fenômeno complexo, considerado um sério problema de saúde pública, pois estima-se que cerca de 800 mil pessoas se suicidam no mundo anualmente. Nas Américas, segundo dados da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2014), 65.000 pessoas se suicidam por ano e esta é a terceira causa de morte no grupo entre 20 e 24 anos, a quarta nos grupos com idades de 10 a 19 e 25 a 44 anos. A população com idade acima de 70 anos apresenta a mais alta taxa de suicídios. Ações propostas na Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde do Ministério da Saúde para o período de 2017 a 2020 apontam para a corresponsabilidade do cuidado e a articulação em Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **OBJETIVO:** Analisar a atuação sobre o suicídio na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas/Salvador (RAPS-Brotas), de acordo com os coordenadores e/ou representantes dos serviços de saúde que a compõe. **METODOLOGIA:** Este estudo assumiu uma abordagem qualitativa (Minayo, 2002). A população foi composta dos gestores e profissionais representantes dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de um Distrito Sanitário de Salvador. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram as entrevistas semiestruturadas aplicadas aos gestores e a técnica de grupo focal aplicada aos integrantes do Grupo de Trabalho da RAPS. Procedeu-se a Análise Temática de Conteúdo com auxílio do software NVIVO 12. **RESULTADOS:** Foram encontradas duas concepções principais sobre o suicídio: Uma primeira, marcadamente biomédica que se desdobrou em dois sentidos: 1) delimitação do suicídio em uma perspectiva psicopatológica, citada por dois gestores com formação na área de ciências da saúde e apenas um profissional; 2) delimitação multicausal, que considerou múltiplas e complexas determinações, foi a subcategoria mais citada por gestores e profissionais dentro da concepção biomédica do suicídio. Uma segunda concepção, que aborda o suicídio como fenômeno social, também se desdobrou em dois sentidos: 1) uma que considerou a importância das dinâmicas e relações sociais, mais defendida por gestores em comparação aos profissionais; 2) uma outra citada apenas por gestores, que considerou o papel das desigualdades sociais nesta análise. Quanto as contribuições mais relevantes da RAPS, ao comparar gestores e profissionais, a segunda categoria mencionou, prioritariamente, que a contribuição mais relevante deste sistema de saúde é ofertar atenção contínua e integral a partir dos diversos dispositivos. A segunda contribuição da RAPS: melhorar a qualidade da atenção na perspectiva multiprofissional foi referida apenas por gestores. Entre os participantes deste estudo, encontramos uma visão de rede hierarquizada e organizada por níveis de atenção, citada apenas pela categoria de gestores, uma visão de rede poliárquica com relações não hierárquicas e compartilhamento de objetivos comuns, citada pelas duas categorias e uma visão de organização de rede que reitera a importância do papel desempenhado pela atenção básica no acompanhamento às pessoas em sofrimento psíquico, citada também pelas duas

categorias. Quanto às estratégias de articulação em rede, mencionadas apenas pela categoria de gestores, pudemos observar: 1) estratégia de articulação dos dispositivos de saúde; 2) articulação a partir do apoio institucional e distrital. Segundo gestores e profissionais, não há fluxos estabelecidos para o cuidado específico de pessoas em risco de suicídio, que se apoiam principalmente nos serviços especializados e de urgência e emergência. A organização de um fluxo específico foi defendida por dois profissionais e três gestores. As principais dificuldades da atuação em rede relacionadas ao estado de saúde da população, citadas pelas duas categorias, foram o aumento de casos de sofrimento psíquico, com destaque para as situações de automutilações e tentativas de suicídios. Os elementos dificultadores e facilitadores do trabalho na RAPS, relacionados ao sistema de saúde foram assim categorizados: 1) relacionados à infraestrutura, mais citados por ambas as categorias; 2) à gestão; 3) ao modelo de assistência; 4) a organização dos recursos; além das estratégias de fortalecimento desta rede também assim identificadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante da complexidade conceitual do suicídio, faz-se necessário reafirmar que atuar sobre este fenômeno, seus fatores de risco e de proteção não é uma ação simples, mas muito complexa e que exige a interface de vários atores e o entrelaçamento de distintos saberes no desenvolvimento de um compartilhamento de cuidado interdisciplinar e ações intersetoriais em rede de atenção que possibilite a integralidade da atenção.

PALAVRAS CHAVES: Suicídio, Rede de Atenção Psicossocial, Saúde Mental, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

MENEZES, D. R.S. **The Psychosocial Care Network in suicide care in a Sanitary Health District in Salvador / Bahia**. 2019. 115f. (Master Thesis) - Institute of Collective Health. Federal university of Bahia. Salvador, 2019.

INTRODUCTION: Suicide is a complex phenomenon, considered a serious public health problem, as it is estimated that around 800,000 people commit suicide worldwide each year. In the Americas, according to data from the Pan American Health Organization (PAHO, 2014), 65,000 people commit suicide each year and this is the third leading cause of death in the 20 to 24 year old group, the fourth in the 10 to 19 year old group. 25 to 44 years. The population over 70 years old has the highest suicide rate. Actions proposed in the Strategic Actions Agenda for Suicide Surveillance and Prevention and Health Promotion of the Ministry of Health for the period from 2017 to 2020 point to the co-responsibility of care and articulation in the Psychosocial Care Network (RAPS). **OBJECTIVE:** To analyze the performance on suicide in the Psychosocial Care Network of the Brotas Sanitary District / Salvador (RAPS-Brotas), according to the coordinators and / or representatives of the health services that compose it. **METHODOLOGY:** This study took a qualitative approach (Minayo, 2002). The population consisted of managers and professionals representing the devices that make up the Psychosocial Care Network of a Sanitary District of Salvador. The instruments used for data collection were the semi-structured interviews applied to the managers and the focus group technique applied to the members of the RAPS Working Group. Thematic Content Analysis was carried out with the aid of NVIVO 12 software. **RESULTS:** Two main conceptions about suicide were found: One, markedly biomedical, that unfolded in two directions: 1) delimitation of suicide from a psychopathological perspective, cited by two managers trained in health sciences and only one professional; 2) Multicausal delimitation, which considered multiple and complex determinations, was the most cited subcategory by managers and professionals within the biomedical conception of suicide. A second conception, which addresses suicide as a social phenomenon, also unfolded in two directions: 1) one that considered the importance of social dynamics and relationships, more defended by managers compared to professionals; 2) another cited only by managers, who considered the role of social inequalities in this analysis. Regarding the most relevant contributions of RAPS, when comparing managers and professionals, the second category mentioned, as a priority, that the most relevant contribution of this health system is to offer continuous and integral attention from the various devices. The second contribution of RAPS: improving the quality of care from a multiprofessional perspective was mentioned only by managers. Among the participants in this study, we found a hierarchical network view organized by levels of attention, cited only by the category of managers, a polyarchic network view with non-hierarchical relationships and sharing common goals, cited by the two categories and an organizational view. Network that reiterates the importance of the role played by primary care in accompanying people in psychological distress, also cited by the two categories. Regarding network articulation strategies, mentioned only by the category of managers, we could observe: 1) strategy of

articulation of health devices; 2) articulation from institutional and district support. According to managers and professionals, there are no established flows for the specific care of people at risk of suicide, which rely mainly on specialized and urgent and emergency services. The organization of a specific flow was defended by two professionals and three managers. The main difficulties of networking related to the health status of the population, cited by the two categories, were the increase in cases of psychological distress, especially self-mutilation and suicide attempts. The factors that hinder and facilitate the work in RAPS related to the health system were categorized as follows: 1) related to infrastructure, most cited by both categories; 2) management; 3) the assistance model; 4) the organization of resources; in addition to the strategies for strengthening this network also identified as such. FINAL CONSIDERATIONS: Given the conceptual complexity of suicide, it is necessary to reaffirm that acting on this phenomenon, its risk and protective factors is not a simple action, but very complex and requires the interface of various actors and the intertwining of different. knowledge in the development of an interdisciplinary care sharing and intersectoral actions in a care network that enables the integrality of care.

KEY WORDS: Suicide, Psychosocial Care Network, Mental Health, Qualitative Research

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS IA: Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CREAS: Centro Especializado de Assistência Social

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

GF: Grupo Focal

GT- RAPS Brotas: Grupo de Trabalho da Rede de Atenção Psicossocial em Brotas

LGBTT: Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPS: Organização Pan-Americana de Saúde

PMS: Prefeitura Municipal de Salvador

PTS: Plano Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Rede de Atenção à Saúde

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SJDHDS: Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUAS: Sistema Único de Assistência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUS: Sistema Único de Saúde

TIC: Tecnologias de Informação e Comunicação

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

PA: Pronto Atendimento

PAP: Pronto Atendimento Psiquiátrico

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Elementos dificultadores da atuação na RAPS segundo os Profissionais da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia	90
Gráfico2	Elementos dificultadores da atuação na RAPS segundo os Gestores da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Óbitos por Ano do Óbito e Causas Externas em Salvador de 2006 a 2016	25
Tabela 2	Idade e Sexo dos Gestores e Profissionais da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia	50
Tabela 3	Caracterização quanto ao Vínculo Empregatício e Tempo na Função de Gestores da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia.	51
Tabela 4	Caracterização quanto ao Vínculo Empregatício e Tempo na Função de Profissionais da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia.	51
Tabela 5	Caracterização quanto à profissão dos Gestores e Profissionais de Saúde da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia	52

LISTA DE DIAGRAMAS

- | | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Nuvem de palavras da concepção biomédica psicopatológica do suicídio em profissionais e gestores da RAPS em Salvador – Ba. | 54 |
| Figura 2 | Nuvem de palavras da concepção biomédica multicausal do suicídio em profissionais e gestores da RAPS em Salvador – Ba. | 57 |
| Figura 3 | Nuvem de palavras da concepção do suicídio enquanto fenômeno social em profissionais e gestores da RAPS em Salvador – Ba | 59 |

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias de análise dos dados

47

SUMÁRIO

1 SITUANDO A PESQUISA E A PESQUISADORA	21
2 INTRODUÇÃO	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	35
4 METODOLOGIA	41
4.1. LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	41
4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO	43
4.3. PRODUÇÃO DE DADOS	44
4.4. ANÁLISE DE CONTEÚDO	45
4.5. ASPECTOS ÉTICOS	48
4.6. ANÁLISE DE VIABILIDADE	49
5 RESULTADOS	51
5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO- DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	51
5.2. CONCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE O SUICÍDIO	53
5.2.1 Conceção Biomédica sobre o Suicídio	53
5.2.1.1 <i>Concepção Psicopatológica</i>	54
5.2.1.2 <i>Concepção Multicausal</i>	56
5.2.2 Conceção de suicídio como fenômeno social	59
5.2.2.1 <i>Concepção do suicídio considerando-se as dinâmicas sociais contemporâneas</i>	60
5.2.2.2 <i>Concepção do Suicídio considerando-se as Desigualdades e Iniquidades Sociais</i>	64
5.3. CONCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	66
5.3.1. Principais contribuições da RAPS	67
5.3.1.1 <i>RAPS: ofertar a atenção contínua e integral a partir dos diversos pontos de atenção</i>	67
5.3.1.2 <i>RAPS: melhorar a qualidade do cuidado a partir da perspectiva multidimensional dos saberes</i>	74
5.3.2 Estratégias de articulação da RAPS	75
5.3.2.1 <i>Estratégia de articulação dos dispositivos de saúde</i>	75
5.3.2.2 <i>Estratégia de articulação a partir do apoio institucional e distrital</i>	78

5.4. VISÃO SOBRE O CUIDADO OFERTADO EM REDE	81
5.4.1 O cuidado ofertado na RAPS	81
5.4.2 Planejamento, promoção, prevenção ao suicídio e ações de educação permanente	85
5.5. ELEMENTOS FACILITADORES, DIFICULTADORES E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA REDE	89
5.5.1 Elementos dificultadores	89
5.5.2 Dificuldades relacionadas ao estado de saúde da população	89
5.5.3 Elementos dificultadores do sistema de saúde	91
5.5.3.1 <i>Elementos dificultadores relacionados à Infraestrutura</i>	93
5.5.3.2 <i>Elementos dificultadores relacionados à organização dos recursos</i>	95
5.5.3.3 <i>Elementos dificultadores relacionados à gestão</i>	97
5.5.3.4 <i>Elementos dificultadores relacionados ao modelo de atenção</i>	98
5.5.4 Elementos Facilitadores	99
5.5.5 Estratégias de Fortalecimento da RAPS	100
5.5.5.1 <i>Estratégias de fortalecimento relacionadas à infraestrutura</i>	101
5.5.5.2 <i>Estratégias de fortalecimento relacionadas à organização dos recursos</i>	102
5.5.5.3 <i>Estratégias de fortalecimento relacionadas à gestão</i>	103
5.5.5.4 <i>Estratégias de fortalecimento relacionadas ao modelo de atenção</i>	104
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	111
APENDICE 1 –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
APÊNDICE 02-ROTEIRO DE ENTREVISTAS AOS REPRESENTANTES DOS SERVIÇOS	121
APÊNDICE 03- ROTEIRO DE ENTREVISTAS AOS GESTORES	124
APÊNDICE 04-CASO PARA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL	127
ANEXO - MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAPS	129

SITUANDO A PESQUISA E A PESQUISADORA

Este estudo foi fruto de minha conclusão de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Porém, longe de se pretender conclusivo, ele aponta para novos caminhos a serem percorridos.

Inicialmente pretendo pontuar de onde parti, o meu lugar neste mundo e o caminho percorrido que me possibilitou, enquanto sujeito político e partícipe de um processo histórico, pensar nesta problemática de estudo, as definições metodológicas adotadas e até mesmo o local desta pesquisa.

Iniciei minha trajetória profissional muito cedo, aos 18 anos já lecionava em escolas de nível fundamental da rede pública e particular de Salvador. Mas, ao prestar vestibular, apesar do meu respeito ao magistério, fiz a opção pelo Serviço Social, por me identificar com a proposta política desta profissão de atuar na defesa dos direitos humanos e o seu posicionamento em favor da equidade e justiça social.

Ao terminar o curso, em 1992, fiz alguns concursos e fui chamada em 1995 para ingressar na UFBA, especificamente no Hospital Universitário Professor Edgar Santos, onde ainda exerço minhas atividades profissionais. Foi neste lugar que fui apresentada ao universo das políticas públicas de saúde e onde aprendi o maior dos meus desafios: trabalhar para a efetivação do direito social à saúde dos usuários.

Neste contexto, aproximei-me da Saúde Mental. Três anos após trabalhar em diferentes especialidades clínicas, fui apresentada à enfermaria de Psiquiatria do HUPES, onde se cuida de pessoas em crise psíquica, a partir de uma proposta de intervenção que inclui diagnóstico, tratamento psicofarmacoterápico e reinserção social. Inicialmente fui impactada pelo sofrimento humano, impactada ao compreender o enorme desafio de trabalhar para a efetivação de direitos e o exercício de cidadania de usuários tão estigmatizados pela sociedade!

Foi assim que resolvi fazer uma real inserção neste campo e participar de atividades que me aproximassem desta temática. Naquele momento eu tinha, sede e fome de compreender as especificidades e as lutas da Saúde Mental. Assim, inicialmente de maneira muito solitária e autodidata, ampliando o meu olhar, busquei participar de eventos que falavam da posição, do lugar, do universo daqueles que muitas vezes não tinham voz ou vez nesta sociedade tão desigual, “o lugar do louco nesta sociedade”!

Iniciavam-se os anos 2000 e havia uma efervescência com a promulgação da Lei 10.216/2001 de autoria de Paulo Delgado, resultado de um processo coletivo de luta de trabalhadores, ativistas de direitos humanos, familiares e usuários internados em hospitais psiquiátricos brasileiros, iniciado no final dos anos 1970 frente às condições de descaso e de violência que se encontravam estas pessoas. A Reforma Psiquiátrica apontava para a defesa dos direitos e reinserção na sociedade, através da reorganização da assistência e de uma nova maneira de se pensar e cuidar dos usuários da saúde mental diferente de tudo o que foi feito até então.

Foi nesse contexto que resolvi investir em uma especialização lato senso em Saúde Mental, oferecida pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia em 2005, cujo respaldo teórico se fundamentava na nova Política de Saúde Mental do Brasil, seus princípios básicos, papel dos serviços substitutivos, diretrizes para a atenção psicossocial. Neste período, eu fiz a escolha de compreender a participação das famílias de usuários no processo de internação destes na enfermaria do Complexo HUPES como objeto de estudo.

Paralelo a este investimento, ainda em 2005, fui chamada pela Prefeitura Municipal de Salvador, após prestar concurso público, para trabalhar no ambulatório de Saúde Mental Aristides Novis, ao lado do CAPS Aristides Novis, primeiro serviço substitutivo do município. Neste período, as equipes dos dois serviços trabalhavam muito próximas e as atividades eram planejadas e discutidas em reunião técnica conjunta. Isso me possibilitou melhor compreender a prática profissional em serviços abertos e me identificar com as profundas modificações ocorridas no modo de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico.

Outro fato marcante nesta trajetória profissional ocorreu com a instituição da RAPS (Portaria GM/ MS nº 3.088 de 23/12 de 2011), que nos possibilitou uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS. Neste período, a equipe iniciou algumas ações de reconhecimento do território e dos equipamentos de Brotas, além de um tímido, mas significativo processo de matriciamento às equipes da atenção básica, no meu caso realizado com no PSF do Candeal com uma colega psicóloga.

Esta experiência me possibilitou refletir e identificar a RAPS como uma proposta de ampliação do acesso à atenção psicossocial da população e qualificação do cuidado através de um contínuo integrado de assistência promovida pelos diversos pontos de atenção que constituem esta rede. Foi assim que me

inserir no Grupo de Trabalho da RAPS de Brotas, desde a sua criação – criado por iniciativa do apoiador das ações de saúde mental do Distrito de Brotas, em 2015.

Esta perspectiva se revelou instigante, naquele momento, pois houve uma convocação dos trabalhadores e gestores da área da saúde para uma reflexão acerca de suas práticas e a apresentação de proposição de novas possibilidades de lidar com sofrimento psíquico a partir do compartilhamento do cuidado, articulação e integração entre os pontos de atenção. Havia sido detectada uma fragmentação das ações entre estes atores institucionais, bem como a evidência destes pontos de atenção não se reconhecerem enquanto componentes da RAPS.

Então, iniciamos, sob a batuta do apoiador de saúde mental de Brotas, no primeiro semestre de 2016, um movimento de organização do Grupo de Trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (GT-RAPS Brotas) deste território. Esse GT foi operacionalizado em 2017, quando ocorreu um trabalho de aproximação entre as unidades e o reconhecimento dos serviços oferecidos por cada ponto da rede. Esses movimentos culminaram na realização do primeiro Fórum de Saúde Mental do Distrito Sanitário de Brotas, em 08 de outubro deste ano de 2018.

Ressalto ainda que, neste período, foi aberto um espaço no GT-RAPS Brotas para as discussões de casos, a participação democrática e deliberações advindas das discussões, o que me possibilitou perceber a frequência com que o tema das tentativas de suicídio e automutilações apareciam nas discussões coletivas e nos acolhimentos e atendimentos realizados.

No GT-RAPS Brotas, havia a percepção de um aumento deste fenômeno em nossa sociedade e especificamente em nossa realidade local. Em meu cotidiano, mais pessoas eram acolhidas no centro de saúde que falavam sobre um sofrimento tão intenso que o suicídio se revelava como uma única saída naquele momento. Eu percebia ainda que estas pessoas precisavam de um cuidado contínuo, integral, que apenas ofertado em rede de atenção por atores diversos e articulados poderia causar um impacto neste sofrimento.

Neste período de intensos questionamentos, o mestrado profissional se revelou como uma oportunidade para repensar e qualificar a minha prática profissional. Assim, em 2017, comecei a me preparar para a seleção e fui aprovada neste mesmo ano para cursar o mestrado profissional em saúde coletiva com área de concentração em gestão de sistemas de saúde da UFBA. No Instituto de Saúde Coletiva, nos foi proporcionado não apenas a oportunidade de repensar e qualificar

a prática profissional, mas principalmente fortalecer a opção ética política de defesa da reforma sanitária e psiquiátrica e de um sistema universal de saúde sob as premissas dos direitos humanos.

Inicialmente pretendia analisar a representação social do suicídio e das tentativas de suicídio em profissionais de diferentes níveis de atenção à saúde, também pensei em estudar o itinerário terapêutico das pessoas em risco de suicídio, mas fui repensando o meu objeto e construindo um novo projeto, junto com meu orientador, para propor um estudo que contribuísse mais diretamente para o fortalecimento da RAPS no distrito sanitário em que trabalho. Essa contribuição mais direta se justificava em um mestrado profissional e no cenário político que o país se encontra.

Estes são anos de luta e de resistência da sociedade brasileira, que vivencia uma das mais sérias crises de democracia desde o golpe de 1964 com a ruptura do pacto democrático e social, construído e celebrado com a Constituição de 1988. Cabe aqui ressaltar que com o avanço do neoliberalismo este projeto reformista foi bastante atacado, desde 2016, através de medidas tomadas pelo governo Temer e continuadas no governo atual que apontam para um desmonte das políticas públicas no país, perdas de direitos conquistados e retrocessos importantes.

No Brasil, estamos assistindo a uma arrancada de privatizações do Estado, um desmonte de um projeto de bem-estar social, o aumento da pauperização e uma das maiores concentrações de renda em nosso país, além de perdas de direitos já conquistados. Assim, nesse cenário, este estudo pretendeu contribuir para o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial, focado no sujeito, territorializado e organizado em rede ao analisar a atuação sobre o suicídio realizada a partir da RAPS Brotas. Acredito ser este o modelo que se aproxima do ideal de atenção à saúde preconizado pelo SUS e sonhado por todos os sujeitos que sonham com uma sociedade mais justa.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde afirma que o suicídio é um fenômeno complexo, considerado um sério problema de saúde pública, pois estima-se que cerca de 800 mil pessoas se suicidam no mundo anualmente, o que equivale a uma pessoa a cada 40 segundos, com uma taxa de 10,7 mortes por 100 mil. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014)

Há ainda uma estimativa de que, a cada morte consumada por suicídio em adultos no mundo, ocorram 20 tentativas de suicídio. As lesões autoprovocadas representam 1,8% do montante das doenças notificadas em 1998, havendo um cálculo que esse número chegará a 2,4% em 2020. Nas Américas, segundo dados da Organização Pan Americana de Saúde 65.000 pessoas se suicidam por ano e esta é a terceira causa de morte no grupo entre 20 e 24 anos e a quarta nos grupos com idades de 10 a 19 e 25 a 44 anos. A população com idade acima de 70 anos apresenta a mais alta taxa de suicídios. (FERRREIRA JUNIOR, 2015; OPAS, 2014)

Neste documento, consta ainda que asfixia, armas de fogo e envenenamento com o uso de pesticidas, são os métodos mais comumente utilizados. As taxas de mortalidade por suicídio entre os homens continuam sendo superiores às das mulheres, entretanto, as tentativas de suicídio são maiores entre as mulheres.

Dados do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2017) revelam uma situação preocupante no Brasil, pois, no período de 2011 a 2015, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade 55.649 óbitos por suicídio. Os dados revelam ainda que o risco de suicídio no sexo masculino é aproximadamente quatro vezes maior que no sexo feminino. Não foram encontrados dados estatísticos acerca de suicídio na população LGBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis).

Neste documento, concluiu-se que em ambos os sexos, o risco de suicídio aumentou ao longo do período, passando de 8,4 mortes para 9,1/100 mil hab. no sexo masculino e de 2,3 mortes para 2,5/100 mil hab. no sexo feminino. Assim, o crescimento desta taxa foi de 0,7/100 mil hab. no sexo masculino e de 0,2/100 mil hab. no feminino. As maiores taxas de suicídio encontram-se na população com faixa etária entre 70 anos e mais, e na população indígena.

Quanto ao perfil das pessoas que cometeram suicídio no período citado, para ambos os sexos, as maiores proporções foram entre os solteiros, viúvos ou divorciados. Nos estados Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul foram registradas as maiores taxas de óbitos por suicídio no Brasil.

Em consulta ao Tabnet, aplicativo desenvolvido pelo DATASUS que permite o acesso às informações de saúde, no período de 2006 a 2016 podemos observar, segundo tabela abaixo, que os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente tem aumentado ao longo dos anos em Salvador, seguindo assim uma tendência mundial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Tabela 1- Óbitos por Ano do Óbito e Causas Externas em Salvador de 2006 a 2016.

Ano do óbito	Acidentes de Transporte	Outras causas externas de lesões acidentadas	Lesões Autoprovocadas intencionalmente	Agressões	Eventos cuja intensão é indeterminada	Complicações de Assist. Médica. e Cirúrgica
2006	486	378	65	1188	116	54
2007	396	362	57	1357	461	31
2008	166	303	13	1770	793	36
2009	166	300	12	1883	866	37
2010	471	556	73	1850	228	27
2011	407	549	65	1674	242	27
2012	455	518	66	1646	395	65
2013	388	485	70	1504	245	58
2014	396	511	76	1440	261	34
2015	320	504	78	1488	208	28
2016	251	515	106	1516	125	10
Total	3902	4981	681	17316	3940	407

Fonte: SIM/TABNET Salvador. Acesso em 10/07/2018

Também o Plano Municipal de Saúde de Salvador para o período de 2018 a 2021 refere que nos últimos dez anos as causas externas, especificamente os homicídios, acidentes de trânsito e suicídio, têm respondido por um significativo quantitativo na taxa de mortalidade. Há uma constatação do aumento de mortes violentas, como os homicídios em jovens e suicídios em jovens e adultos. Este fato não pode ser negligenciado, pois estes agravos geram crescentes atendimentos e internações que irão sobrecarregar os serviços de saúde com elevados custos diretos e indiretos além de provocar sofrimento para as vítimas e seus familiares. (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO SALVADOR, 2018)

Neste plano há uma sessão dedicada à percepção dos problemas do estado de saúde e dos serviços de saúde relacionados ao Distrito Sanitário de Brotas, a partir de uma oficina de identificação e priorização de problemas realizada em 07 de

julho de 2017 com a participação de 67 pessoas, sendo 14 do segmento de usuário, 43 do segmento de profissionais, 10 gestores e/ou prestadores de serviços de saúde, em que é apontado o aumento do número de casos de homicídio e suicídios na população jovem deste Distrito de Sanitário de Saúde. (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO SALVADOR, 2018)

As expressivas denúncias numéricas apontam que o suicídio é um grave problema de saúde pública que afeta a sociedade e seus impactos extrapolam os limites da esfera individual ou local onde se concretiza, pois reverbera nos indivíduos envolvidos, famílias, locais de trabalho, escolas e outras instituições. Além disso, estudos referem que este é um fenômeno complexo, ultrapassa os limites de um único campo de conhecimento em que fatores sociais, disposições orgânico-psíquicas, características do ambiente físico estão implicados. (BTESHE, 2013)

Portanto, o suicídio pode ser caracterizado como um fenômeno multidimensional, pois várias dimensões podem contribuir para a ocorrência deste desfecho. Alguns estudos aprofundam o caráter complexo do suicídio e apresentam alguns aspectos bastante atuais, como a nota técnica do IPEA em que Vieira (2016) discute o impacto das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações.

A autora sugere que momentos de crise e recessão econômica e ajustes fiscais podem ocasionar consequências sociais amplas, como a perda do emprego, o aumento do desemprego, elevação das perdas financeiras, endividamento das famílias, e, conseqüentemente, o empobrecimento da população, o aumento dos divórcios e da violência na sociedade. As consequências da crise financeira na situação de saúde da população podem ser evidenciadas ainda na piora da saúde mental com a elevação da incidência e prevalência de ansiedade, depressão, estresse e abuso de álcool e outras drogas e aumento dos casos de suicídio (VIEIRA, 2016).

Ainda em seus estudos acerca dos impactos da crise econômica e as medidas de austeridade fiscal, Vieira (2018) reitera que a crise financeira de 2008 que atingiu os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, considerados países desenvolvidos, também ocasionou aumento do desemprego e piora da saúde mental, com elevação de depressão, de ansiedade, especialmente entre desempregados e aqueles que acabaram de perder o emprego, além de elevação das taxas de suicídio.

Clarice (PORTUGAL, 2014) evidencia também em seus estudos a complexidade e multifatorialidade do fenômeno com inúmeras variáveis de cunho social, psicológico, orgânico e, ainda, filosófico, afetivo, cognitivo e existencial, não o reduzindo tão somente a uma patologia.

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o suicídio como um problema de saúde pública e vem atuando desde 1996 no sentido de estabelecer estratégias para o enfrentamento e prevenção do suicídio. Diante da constatação de aumento do número de casos de suicídio, tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas no mundo, algumas iniciativas e programas foram lançados por esta instituição com a finalidade de reduzir as taxas de mortalidade por suicídio.

Em maio de 2013, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o Plano de Ação Integral para a Saúde Mental, o *Mental Health Action Plan 2013-2020*, que se constitui em um plano de ações para a Saúde Mental durante o período, na qual o Brasil é signatário. Este plano estabelece objetivos e metas aos países membros para o cuidado em Saúde Mental, sendo a redução em 10% da taxa de suicídio global uma das metas deste Plano. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

Este documento traz em seu corpo quatro objetivos que estabelecem a necessidade de reforçar a liderança e governança no âmbito da Saúde Mental, proporcionar, em âmbito comunitário, serviços de assistência social e de saúde mental completos, integrados e com capacidade de resposta, pôr em prática estratégias de promoção e prevenção no campo da Saúde Mental e fortalecer os sistemas de informação, os dados científicos e investigações. (MENDES, 2016)

Este Plano aponta ainda a necessidade de uma política pública que favoreça respostas adequadas e qualificadas em Saúde Mental, especialmente em países de baixa e média renda com direcionamento para ações de prevenção, proteção dos usuários de Saúde Mental quanto à garantia de seus direitos e diminuição do preconceito.

A fim de buscar cumprir com as metas acordadas neste Planejamento Mundial em Saúde Mental, especificamente a relacionada à redução do número de suicídios, o Ministério da Saúde do Brasil lança em 2017 uma Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde para o período de 2017 a 2020, ratificando o compromisso assumido na Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. (BRASIL, 2006; 2017)

Esta agenda é um documento construído conjuntamente com áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), além de secretarias estaduais e municipais de saúde, associações e conselhos de classes e universidades.

Neste documento, ressalta-se o objetivo de fortalecer as ações de promoção de saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio visando a redução destas ocorrências, bem como das tentativas de suicídio. Para tanto, o Ministério da Saúde brasileiro sinaliza uma pauta de planejamento de suas ações estratégicas considerando determinantes sociais da saúde e também as especificidades de determinados grupos sociais mais vulneráveis.

Apointa-se ainda a necessidade de construção e implementação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil composto por 3 eixos. O primeiro eixo de Vigilância e Qualificação da Informação propõe ações relacionadas à qualificação da notificação de tentativa de suicídio, do diagnóstico e registro da causa de óbito, das informações e pesquisas e disseminação de informações. O segundo eixo de Prevenção do Suicídio e Promoção da saúde propõe ações relacionadas a articulação inter e intrasetorial e reguladoras da comunicação. Já o terceiro eixo, Gestão e Cuidado, propõe ações de pactuação de estratégias e fluxos de atenção à saúde local e de educação permanente.

Neste documento o suicídio é conceituado “como um grave problema de saúde pública que envolve questões socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais” (BRASIL, 2017, p.9). Portanto, pensar neste fenômeno, seus fatores de risco e de proteção não é uma ação simples, mas muito complexa, e, exige uma ação de vários atores, com distintos saberes, que se comuniquem e realizem uma interface dinâmica de processos.

As ações propostas neste documento apontam para um trabalho Intersetorial, territorial, com estratégias de pactuações em Rede de Atenção à Saúde local, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a interlocução com pontos da rede, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde, o Programa Saúde da Família, além de outros dispositivos existentes e necessários, caso a caso, reafirmando assim, a orientação por uma atenção descentralizada, comunitária e intersetorial.

Em outro documento lançado pelo Ministério da Saúde, em 2017, intitulado Perfil Epidemiológico das Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil e a Rede de Atenção à Saúde, reafirma-se a complexidade do fenômeno e a responsabilidade dos pontos de atenção da RAPS no que diz respeito a organização do cuidado em Saúde Mental, inclusive com a realização do diagnóstico de necessidades do território e efetivação da atenção psicossocial às pessoas com ideação suicida e seus familiares, a construção de projetos terapêuticos singulares e o monitoramento dos casos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

A atenção aos casos de tentativa de suicídio pressupõe, então, a construção de linha de cuidado com definição clara de fluxos e responsabilidades, além da desestigmatização do fenômeno e sensibilização dos profissionais. Esta proposta direciona para uma corresponsabilidade do cuidado articulado em rede, envolvendo tanto a saúde, quanto recursos e estratégias intersetoriais. Portanto, organizar o cuidado em Saúde Mental exige um esforço de articulação entre os diversos dispositivos existentes numa perspectiva de pensar em rede e proporcionar a integralidade no cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

A Portaria nº 4279 do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito SUS, implantadas em 2010, a fim de superar a fragmentação das ações de saúde existente desde o nascedouro do Sistema e que dificulta a concretização da integralidade do cuidado. Outrossim, em 2011, a partir de discussões e negociações com a representação dos estados e municípios, foram estabelecidos alguns temas a serem trabalhados nesta perspectiva, e, entre elas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2010)

A Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde instituída através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 objetiva organizar o cuidado às 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). Este modelo de atenção à saúde das pessoas em sofrimento psíquico é centrado na oferta de serviços comunitários, no ideal da autonomia do sujeito e fortalecimento do exercício da cidadania.

Este ato normativo prevê e define os componentes que devem integrar a assistência prestada às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. A Rede de Assistência Psicossocial foca na atenção psicossocial prestada

desde a atenção primária à saúde ofertada na Atenção Básica, passando pelo CAPS enquanto serviço substitutivo e especializado, à hospitalização, dentre outros componentes, e prevê como último recurso assistencial a oferta de leitos em hospitais gerais.

Esta portaria estabelece importantes elementos na forma de pensar a gestão da Rede Psicossocial, pois os serviços são organizados em rede regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, além de uma referência aos serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. (BRASIL, 2011)

São estabelecidos sete componentes estratégicos de ação, sendo que cada um destes componentes compreende um conjunto de ações e serviços denominados pontos de atenção. São estes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial

No Distrito Sanitário de Brotas a RAPS é composta na Atenção Básica por 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 03 Unidades de Saúde da Família (USF), 01 equipe do Consultório na Rua, 01 equipe do Programa Corra pro Abraço, 02 serviços na Atenção Psicossocial Especializada em Saúde Mental, que são o CAPS II Aristides Novis e o Centro de Saúde Mental Professor Aristides Novis, na Atenção de Urgência e Emergência há 01 unidade de pronto-atendimento (UPA), 01 unidades de acolhimento na Atenção de Caráter Transitório. O CAPS AD e o CAPS IA que atendem à população de Brotas não se localizam neste Distrito Sanitário.¹

Objetivando promover uma articulação entre os integrantes da RAPS no Distrito Sanitário de Brotas, o Apoiador em Saúde Mental de Brotas tem organizado e fortalecido um Grupo de Trabalho em Saúde Mental, composto por representantes dos componentes desta rede e instituições do território, tanto da política de Saúde quanto da Política de Assistência Social. Havia sido detectada uma fragmentação das ações entre estes atores institucionais, bem como a evidência destes pontos de atenção não se reconhecerem enquanto componentes da RAPS e, por isso, esta estratégia foi utilizada para implementar o estabelecido na própria Portaria nº 3.088. (DÓREA, 2016)

¹ Ver o ANEXO 1

Desde o primeiro semestre de 2016 iniciou-se no Distrito Sanitário de Brotas um movimento de organização do Grupo de Trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deste território, operacionalizado em 2017, quando ocorreu um trabalho de aproximação entre as unidades e o reconhecimento dos serviços oferecidos por cada ponto da rede.

Neste período os serviços apresentaram suas potencialidades, foi aberto um espaço para discussões de casos, para a participação democrática e as deliberações do grupo. O apoiador de saúde mental do distrito defendia o fortalecimento da integração entre os participantes do GT- RAPS Brotas, a cogestão, a corresponsabilidade do cuidado em saúde mental. Estas ações culminaram na realização do primeiro Fórum de Saúde Mental do Distrito Sanitário de Brotas em 08 de outubro deste ano de 2018.

Apesar destas iniciativas, muitos desafios se estabeleceram neste contexto atual da Saúde Mental. A Política Nacional de Saúde Mental instituída pela Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001) tem como premissas a proteção e a defesa dos direitos humanos, consolidam um modelo humanizado de atenção à saúde de base comunitária, objetivando a reinserção social e reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico. A estratégia de desenvolvimento das ações em Saúde Mental tem como base a RAPS. Porém, a Portaria nº 3.588, publicada em 21 de dezembro de 2017 apresenta o aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral, passando de 15% para 20%, e exige ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral como condicionante para recebimento de recursos de custeio, o que pode significar um estímulo às internações e desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Observamos também que a Rede de Atenção Psicossocial ainda é frágil e não consegue articular todos os pontos de maneira a ofertar o cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico, nem tampouco trabalhar com a atenção, prevenção e posvenção ao suicídio. Estudos referem que frente a uma pessoa em risco de suicídio, o CAPS não se vê preparado para acolhê-la, e geralmente procede com o encaminhamento para um ambulatório, ou para uma internação psiquiátrica (ESTELLITA-LINS *et al.*, 2010), porém, de acordo com o Ministério da Saúde (2018) a existência de CAPS diminui em até 14% a incidência de suicídios nos municípios.

O suicídio enquanto fenômeno multifatorial deve ser compreendido e assistido nesta perspectiva de assistência integral, preferencialmente em rede de atenção

intersetorial que trabalhe na perspectiva de ampliação do olhar acerca deste sujeito para que também ele possa ressignificar sua própria história.

Dessa forma, foi formulada a seguinte pergunta de investigação: Como se dá a atuação sobre o suicídio na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas/Salvador, de acordo com os atores dessa Rede? Quais são os elementos facilitadores e dificultadores da articulação dos pontos de atenção da RAPS-Brotas para atuação sobre o suicídio na experiência de construção dessa Rede?

Em face dessas considerações, a justificativa para esse estudo se dá na medida em que constatamos que as lesões autoprovocadas, além de representarem uma tragédia pessoal, também são consideradas um sério problema de saúde pública. Estes agravos geram crescentes atendimentos e internações que sobrecarregam os serviços de saúde, além de provocarem sofrimentos para as vítimas e seus familiares, elevados custos diretos e indiretos e sequelas que comprometem a qualidade de vida dos que sofreram esses agravos.

Além dos dados estatísticos revelarem importante aumento dos casos de óbito por suicídio em todo o mundo, não se pode desconsiderar os efeitos traumáticos importantes sobre famílias, amigos, instituições e comunidades próximas às vítimas do suicídio. Seus impactos extrapolam os limites do local onde se concretiza e reverberam na sociedade.

Botega (2016) refere que este ato pode ser relacionado à dimensão do sofrimento, pois é este sentimento que leva o indivíduo ao ato suicida, sugerindo ainda um sofrimento resultante do enfrentamento familiar frente ao suicídio de um de seus membros, assim como nas consequências sociais que tal ato provoca.

Importante ressaltar que a redução em 10% nos índices de suicídio encontra-se entre os objetivos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde em seu Plano de Ação estabelecido para a Saúde Mental no período de 2013-2020 para os países membros. Portanto, programas de prevenção devem ser prioridade na Política Pública. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013)

Este estudo demonstra sua relevância ao se propor analisar como ocorre a articulação da atenção à saúde ofertada aos usuários em risco de suicídio pela Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Sanitário de Brotas e possibilitar, depois deste desvelamento da realidade, uma contribuição para a organização e fortalecimento desta rede de atenção psicossocial.

A escolha pela realização deste estudo no Distrito Sanitário de Brotas fala de um lugar afetivo que ocupo nesta engrenagem da Política de Saúde Mental em que trabalho há 25 anos e, especificamente neste distrito de saúde citado estou desde 2005 em um determinado ponto de atenção psicossocial especializado em saúde mental.

Em minha trajetória profissional enquanto assistente social busquei compreender os determinantes sociais e suas implicações no processo de saúde dos usuários, refletindo sobre as estratégias político–institucionais para o enfrentamento destas questões e mobilizando-os ao exercício da cidadania.

Assim, ao realizar os acolhimentos, atendimentos e acompanhamentos aos usuários em risco de suicídio e seus familiares que chegavam ao serviço que atuo, espontaneamente ou encaminhados por outros pontos de atenção da rede, comecei a me inquietar e desejar entender este fenômeno e sua repercussão na rede. Isso me impulsionou a participar da seleção do Mestrado Profissional a fim de analisar a atuação da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas/Salvador sobre o suicídio e contribuir para o fortalecimento desta rede.

- **OBJETIVO GERAL**

Analisar a atuação sobre o suicídio na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas/Salvador (RAPS-Brotas), de acordo com os coordenadores e/ou representantes dos serviços de saúde que a compõe.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar a visão dos coordenadores e representantes dos serviços da RAPS Brotas sobre o fenômeno do suicídio e as estratégias de articulação da RAPS para a atuação sobre esse fenômeno.
2. Identificar as ações locais existentes no Distrito Sanitário de Brotas, voltadas à promoção da saúde, proteção e prevenção ao suicídio, e, especialmente à atenção às pessoas que realizaram tentativas de suicídio.
3. Avaliar comparativamente a visão dos coordenadores e representantes da RAPS de Brotas sobre os elementos facilitadores e dificultadores da construção de uma atuação em rede sobre o suicídio.

2 REFERENCIAL TEORICO

Este estudo teve como pretensão contribuir para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial ao analisar sua atuação sobre o suicídio. Os conceitos de atenção à saúde (MATTA & MOROSINI, 2008) redes de atenção à saúde e redes de atenção psicossocial (MENDES, 2011; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014; SILVA, 2013; BRASIL, 2010) e o suicídio (OMS,2000; BTESHE, 2013, PORTUGAL, 2014) subsidiaram este estudo.

Inicialmente, a atenção à saúde engloba todo conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo o campo da assistência, das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo e das políticas externas no setor saúde. Segundo Matta & Morosini, (2008, p.39), a “atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população”. Assim, as necessidades expressas por esta população devem ser materializadas em políticas públicas que respondam a estas demandas. No caso do Brasil, as ações devem ser planejadas de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este sistema nasce de uma grande mobilização de diversos segmentos sociais e se institucionaliza na Constituição de 1988 enquanto um direito de todos os cidadãos brasileiros onde os princípios da universalidade, integralidade e igualdade se configuram enquanto nortes desta proposta. Porém, em seu nascedouro, o SUS não seguiu nenhuma lógica de planejamento que pensasse a organização e oferta dos serviços, não compôs uma rede integrada de serviços de saúde que refletisse a demanda real da população brasileira nos diversos territórios.

Enriquece esta discussão Magalhães Júnior (2014), ao referir que a proposta de organização dos serviços de saúde em redes de atenção é o caminho mais eficiente para a concretização da integralidade no cuidado, além de fazer cumprir o que está posto no artigo 198 da Constituição Federal que recomenda a integração das ações e serviços públicos de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas.

As redes de atenção se constituem, portanto, em uma proposta de superação da fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde através de um sistema integrado e planejado em que a oferta dos serviços tem como base a população do território, e, para tanto, a atenção primária e/ou os centros de atenção psicossocial (CAPS), dispositivo da saúde mental, constituem-se em portas de entrada e centros de acompanhamento de todo o processo. As Redes de Atenção à Saúde apresentam-se como uma solução para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. (MENDES, 2011)

Há uma extensa literatura acerca deste tema, mas neste trabalho, a rede de atenção será pensada a partir da imagem conceitual de Silvio Fernandes da Silva, que traz a ideia de uma malha:

Uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde. (SILVA, 2013, p.81)

Este autor destaca ainda três aspectos conceituais da integralidade importantes ao se pensar em redes de atenção: o primeiro aspecto é a integralidade no sentido vertical a partir da busca da necessidade dos usuários, observando-se os diferentes pontos do sistema; o segundo seria a integralidade horizontal, pois as respostas às necessidades dos usuários são muitas vezes obtidas a partir de contatos sequenciais com diferentes serviços de saúde; e, por fim, o que ele chama de integralidade entre as diferentes políticas públicas, ou, intersetorialidade. (SILVA, 2011)

Portanto, a rede de atenção se constitui em uma malha que integra e interconecta os diferentes atores (serviços de saúde, grupos comunitários, profissionais, instituições) na busca de estabelecer objetivos e atender a determinadas necessidades apresentadas pela população usuária, fazendo-se cumprir com o estabelecido na Constituição brasileira e princípios norteadores do SUS. Nesta perspectiva, as redes devem ser flexíveis e maleáveis de acordo com as expectativas, necessidades e projetos dos usuários.

As Redes de Atenção à Saúde são implantadas no Brasil a partir de 2010, através da Portaria nº 4279 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito SUS enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades (BRASIL, 2010). Outrossim, em 2011, a

partir de discussões e negociações com a representação dos estados e municípios, foram estabelecidos alguns temas a serem trabalhados nesta perspectiva de rede, e, entre elas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A Rede de Atenção Psicossocial personifica uma aposta brasileira por uma nova forma de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica ocorrida no final da década de 70. Estes arranjos organizativos de serviços se propõem substitutivos ao modelo asilar de tradição biomédica, centrado nos sintomas e marcado pelo seu caráter profundamente segregador e violador de direitos humanos e apontam para uma transformação de paradigma do cuidado aos usuários em intenso sofrimento psíquico.

Delgado (2019) refere que durante o período militar houve um enorme crescimento de leitos psiquiátricos, sem nenhum controle técnico. As pessoas que necessitavam de assistência psiquiátrica tinham apenas acesso aos asilos públicos federais e estaduais semiabandonados, terapeuticamente inadequados, ou muito raramente os serviços ambulatoriais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ou de algumas universidades públicas. Assim, o atendimento psiquiátrico se reduzia unicamente aos internamentos e pontuais atendimentos ambulatoriais, produzindo uma população excluída, segregada da sociedade.

A RAPS foi instituída para organizar o cuidado às 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). Esta portaria estabelece, materializa a rede de cuidados aos usuários dos serviços de saúde mental e aponta ainda sete componentes estratégicos de ação, sendo que cada um destes componentes compreende um conjunto de ações e serviços denominados pontos de atenção. São estes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Os componentes dessa rede devem se comunicar entre si sem burocracias e hierarquias e deve estar preparados ou se prepararem para cuidar das pessoas em sofrimento psíquico centrando o cuidado no sujeito e suas necessidades, objetivando-se o acesso, a integralidade, a promoção de direitos e o convívio destes em sociedade. A rede deve ser organizada a partir de relações dinâmicas e

horizontais em base territorial para superar o modelo centrado na queixa-conduta e sintomas apresentados.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são apontados como dispositivos estratégicos organizadores da rede de saúde mental, associados a outros já citados, para promoverem um cuidado humanizado dentro do território. A centralidade do cuidado também converge para a atenção básica com ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, sobre isso, Nunes et al colocam que:

O PSF, por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental. (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007, p. 2377)

A RAPS propõe um novo modelo de atenção em saúde mental a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas em sofrimento psíquico e realiza a defesa pela convivência em sociedade, sem produzir isolamento ou exclusão. Esta deve articular ações e serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade para a garantir a integralidade no cuidado, mas sobretudo, aponta a possibilidade de um modelo de atenção não centrado na doença e sintomas, mas no sujeito e suas necessidades.

Assim, as Redes de Atenção Psicossocial devem organizar o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo-se as ações de promoção, prevenção e posvenção ao suicídio, que são complexas, mas extremamente necessárias, considerando-se a possibilidade de intervenção nesta perspectiva de integralidade e intersetorialidade.

Nesta perspectiva de atenção aos casos de tentativa de suicídio o Ministério da Saúde indica em Boletim Epidemiológico que a rede de atenção deve articular recursos e estratégias intersetoriais que possibilitem a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a construção de linhas de cuidado, a sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, a definição de fluxos e responsabilidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Um outro conceito importante a ser discutido neste estudo é o conceito de suicídio, pois pretende-se analisar a atuação da Rede de Atenção Psicossocial nos casos de suicídio ou risco de suicídio.

O suicídio é o ato de matar a si mesmo, e, ao longo da história, muito se tem discutido acerca deste fenômeno, não apenas pela comoção social provocada, mas também pelo componente revelador das complexas relações sociais e pessoais que são evidenciadas no ato.

Minayo (1998) refere que o suicídio é um fato social e faz parte da natureza humana, não há sociedade conhecida sem a existência deste fenômeno e cada sociedade tem uma visão própria acerca dele. No imaginário de muitas sociedades, este é interpretado como vontade de Deus, dos deuses, ou como ciclo natural da vida. Porém, a autora nos revela que apesar deste fenômeno fazer parte da própria existência humana, ele é carregado de significados devido ao seu caráter revelador das complexas relações pessoais e sociais que nos envolvem.

Se entre os povos antigos não havia um conteúdo pejorativo relacionado a esta escolha voluntária pela morte, a partir de Santo Agostinho, no século V, o suicídio passa a ter um conteúdo pecaminoso, e, posteriormente, ainda na Idade Média, assumiu o caráter de um crime, pois a pessoa que cometia suicídio lesava os interesses da Coroa, e, as consequências de tal ato eram sentidas por sua família. Posteriormente, o suicídio se desloca da categoria de pecado e passa a ser reconhecido como uma patologia pelo poder médico que o define como loucura. (BERENCHTEIN NETTO, 2013)

A OMS adota o conceito que este fenômeno é multifatorial, sendo o resultado da interação de fatores de ordem biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (OMS, 2000). Assim, a história de vida dos sujeitos, o meio ambiente, os eventos circunstanciais, bem como os componentes genéticos são fatores importantes a serem considerados na contextualização do suicídio.

Cassorla (1998) defende que não há uma única causa para o suicídio, mas é o resultado de múltiplos fatores que se acumulam na constituição de um indivíduo. Para este autor, tanto os fatores constitucionais quanto ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, entre outros devem ser considerados, ampliando-se este conceito. Portanto, o suicídio é uma opção pela morte física, quando outras mortes já foram se acumulando em sua história (CORREIA, 2011; NEVES, 2007). Esta opção revela um desfecho decorrente dos significativos sofrimento e agravos à saúde mental destas pessoas que não enxergam outra solução para sua dor.

Uma análise interessante adotada por Mariana Bteshe (2013) reforça este aspecto multifatorial do suicídio e coloca que:

Este fenômeno não é uma doença, mas um desfecho decorrente de distintos agravos à saúde mental que pode ocorrer pela combinação de múltiplos fatores. Este envolve questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, sem que um único fator possa ser apontado como exclusivamente responsável pela tentativa ou pelo gesto propriamente dito. (BTESHE, 2013, p.24)

Corroborando com este pensamento a Clarice (PORTUGAL, 2014) ao referir em seus estudos também o aspecto de desfecho assumido pelo suicídio, não o reduzindo tão somente a uma patologia. Ela evidencia também a complexidade e multifatorialidade do fenômeno com inúmeras variáveis de cunho social, psicológico, orgânico e, ainda, filosófico, afetivo, cognitivo e existencial.

Assim, há de se ressaltar a complexidade do o suicídio e as diversas variáveis que permeiam este fenômeno. Em estudo recente Vieira (2016) discute ainda as consequências do impacto de crises econômicas e medidas de austeridade fiscal sobre a saúde das populações atingidas e aponta para a elevação da incidência e prevalência de ansiedade, depressão, estresse e abuso de álcool e outras drogas, além do aumento dos casos de suicídio e de doenças crônicas e infecciosas.

Então, o suicídio como um fenômeno complexo necessita ser compreendido a partir de uma visão ampliada, holística, não reduzida apenas a aspectos psicopatológicos e sintomas para que possamos pensar a integralidade da atenção à saúde destas pessoas em profundo sofrimento psíquico.

4. METODOLOGIA

Este estudo assumiu uma abordagem qualitativa, seguindo os pressupostos de Minayo (2002), para analisar a atuação sobre o suicídio na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas/Salvador.

4.1. LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Distrito Sanitário de Brotas, entre os dispositivos de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de Brotas e integram o GT-RAPS Brotas no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019. O Distrito Sanitário de Brotas tem uma extensão territorial de 11, 25 km² com densidade demográfica de 19.297,77 hab./km² e população estimada em 2018 de 217.100 habitantes, sendo 54,4% dessa população feminina e 45,6% masculina, com índice de analfabetismo de 2,7% para o ano de 2015. Este é o terceiro distrito mais povoado de Salvador, logo após Itapagipe e Liberdade, respectivamente, e se caracteriza também pela diversidade de sua população, constituída de diferentes classes sociais (DSB, 2019).

O Distrito Sanitário de Brotas faz limites com os distritos sanitários de Barra-Rio Vermelho, Centro Histórico, Liberdade e Cabula- Beiru, e os seus bairros de abrangência são: Acupe, Alto do Formoso, Alto do Saldanha, Baixa Candeal Pequeno, Brotas, Buraco da Gia, Campinas de Brotas, Engenho Velho de Brotas, Galés, Parque Florestal, Parque Bela Vista, Baixa do Cacau 2, Baixa do Tubo 1, Bandeirantes, Boa Vista de Brotas, Bonocô, Candeal, Castro Neves, Cosme de Farias, Cruz da Redenção, Daniel Lisboa, Dois Leões, Invasão Ogunjá, Invasão pela Porco, Invasão Polêmica, Jardim Caiçara, Luís Anselmo, Matatu, Ogunjá, Pepino, Pitangueiras, Santa Rita, Santo Agostinho, Sete Portas, Vila América, Vila Laura.

Este distrito traz consigo um pouco da história da saúde mental da Bahia, pois no bairro do Engenho Velho de Brotas, mais precisamente no Solar Boa Vista, onde hoje está localizado os dois pontos de atenção especializada, o CAPS e o Centro de Saúde Mental Aristides Novis, podemos encontrar o sobrado onde o poeta Castro Alves passou a sua infância e foi a antiga sede da Prefeitura Municipal de Salvador e do antigo Hospital Juliano Moreira, que ali funcionou por muitos anos.

O Hospital Juliano Moreira sucedeu o Asylo São Jorge de Deus, que funcionava na chácara Boa Vista e foi fundado em 24 de junho de 1874. Este asilo, após denúncias de insalubridade e maus tratos, tornou-se uma instituição pública e passou a se chamar Hospício São João de Deus em maio de 1922. Três anos depois a instituição muda novamente o seu nome, dessa vez para Hospital São João de Deus e, só após o falecimento do Professor Juliano Moreira, em 1933 no Rio de Janeiro, este hospital passou a se chamar Hospital Juliano Moreira.

Em 1998 o CAPS tipo II, Professor Aristides Novis, passou a funcionar neste local, em substituição ao Hospital Juliano Moreira, sendo considerado um dos primeiros do estado da Bahia e o primeiro de Salvador. Assim, o serviço foi protagonista e pioneiro de um novo modelo de assistência em saúde mental no estado, e, como era um serviço de referência estadual, disponibilizava a assistência para usuários de diversos municípios baianos, não apenas para os de Salvador.

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)) para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, a organização da RAPS de Brotas teve início em 2016 com a proposta do apoiador distrital de aproximação entre os pontos de atenção do território para a criação de um Grupo de Trabalho (GT) em saúde mental.

Atualmente o GT- RAPS Brotas é composto por representantes dos componentes da atenção básica: 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS Major Cosme de Farias, UBS Manoel Vitorino, UBS Prof. Mário Andréa), 03 Unidades de Saúde da Família (USF do Candeal Pequeno, USF Santa Luzia e USF Olga de Alaketu), 01 equipe do Consultório na Rua; da atenção psicossocial especializada em saúde mental: o CAPS II Aristides Novis e o Centro de Saúde Mental Professor Aristides Novis; da atenção de urgência e emergência: 01 unidade de pronto-atendimento (UPA); da atenção residencial de caráter transitório: 01 unidade de acolhimento (DÓREA, 2016).

Além destes componentes previstos na portaria nº 3.088 de 2011, o GT-RAPS Brotas é composto também por 01 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e 01 Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), estes dois últimos da Política de Assistência Social, além de 01 Projeto do Corra pro Abraço. Este projeto é um empreendimento da Secretaria de Justiça,

Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do Estado da Bahia, coordenada pela Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis com o “objetivo de promover cidadania e garantir direitos de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade social” (SJDHDS, 2019).

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde é de responsabilidade da RAPS não apenas o diagnóstico das necessidades em saúde mental de cada território, como também o planejamento e organização das ações em saúde mental, incluindo-se a atenção psicossocial às pessoas com ideação suicida e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Assim, podemos refletir que a RAPS não possui uma ação específica no cuidado às pessoas em risco de suicídio, porém, a sua estruturação enquanto política pública pode possibilitar a produção de um cuidado compartilhado entre os pontos de atenção a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, acompanhamento e monitoramento de casos.

4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população deste estudo foi composta por gestores e profissionais representantes dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas e integram o GT- RAPS Brotas. A RAPS de Brotas é composta por 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS Major Cosme de Farias, UBS Manoel Vitorino, UBS Prof. Mário Andréa), 03 Unidades de Saúde da Família (USF do Candeal Pequeno, USF Santa Luzia e USF Olga de Alaketu), 01 equipe do Consultório na Rua, 01 unidade de pronto- atendimento (UPA), 02 serviços especializados em saúde mental: o CAPS II Aristides Novis e o Centro de Saúde Mental Professor Aristides Novis, , 01 unidades de acolhimento, 01 unidade do Corra pra o Abraço, 01 Centro de Referência de Assistência Social e 01 Centro de Referência Especializada em Assistência Social, estes dois últimos componentes da Política de Assistência Social que integram o Grupo de Trabalho da RAPS de Brotas.

Fizeram parte deste estudo sete gestores: o Coordenador da Atenção Psicossocial do Nível Central, a Apoiadora à Gestão de Saúde Mental do Nível Central, o Apoiador de Saúde Mental do Distrito Sanitário de Brotas e a Coordenadora do Distrito Sanitário de Brotas, a Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário de Brotas, o Coordenador do Pronto

Atendimento Psiquiátrico e o Coordenador da Unidade de Pronto Atendimento de Brotas; além de nove profissionais que integram o GT- RAPS Brotas e que se reúnem quinzenalmente no auditório do Centro de Saúde Mental Aristides Novis: dois profissionais do CAPS Aristides Novis, um profissional do Programa de Saúde da Família da Unidade de Olga de Alaketu, um profissional do Programa de Saúde da Família da Unidade do Candeal, dois profissionais do Centro de Saúde Mental Aristides Novis, um profissional do Programa Corra para o Abraço, um profissional da Unidade Básica de Saúde Major Cosme de Farias.

4.3 PRODUÇÃO DE DADOS

Os dados foram produzidos a partir da realização de entrevistas individuais e um grupo focal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, agendadas previamente entre os meses de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, a sete gestores da RAPS de Brotas: o Coordenador da Atenção Psicossocial do Nível Central, a Apoiadora à Gestão de Saúde Mental do Nível Central, o Apoiador de Saúde Mental do Distrito Sanitário de Brotas e a Coordenadora do Distrito Sanitário de Brotas, o Coordenador do Pronto Atendimento Psiquiátrico e o Coordenador da Unidade de pronto Atendimento de Brotas. As entrevistas foram agendadas previamente e orientadas por um roteiro de questões sobre: o conceito de suicídio; a organização da RAPS e suas contribuições potenciais para a atuação sobre o suicídio; ações locais existentes no Distrito Sanitário de Brotas, voltadas à promoção da saúde, proteção e prevenção ao suicídio, e, especialmente à atenção às pessoas que realizaram tentativas de suicídio; elementos facilitadores e dificultadores da construção de uma atuação em rede sobre o suicídio. Estas entrevistas foram transcritas e o seu conteúdo trabalhado à luz da técnica de Análise de Conteúdo.

Foi realizado um grupo focal (GF) formado por profissionais dos serviços integrantes do GT- RAPS Brotas que já se encontravam regularmente a cada quinze dias em reuniões pré-agendadas no auditório de um dispositivo da Rede de Atenção. A escolha desta técnica ocorreu pela possibilidade de esta privilegiar a comunicação e interação entre os integrantes do grupo. Segundo Trad (2009), esta técnica possibilita “reunir informações detalhadas sobre um tópico específico”.

Para fomentar a discussão acerca da atuação da RAPS nos casos de suicídio ou risco de suicídio no GF foi inicialmente apresentado o caso fictício de “Flor”, construído a partir de vários relatos que chegaram ao acolhimento no Centro de

Saúde Mental Aristides Novis. Após o relato, foram feitas algumas questões direcionadas a fomentar a discussão sobre o conceito de suicídio, a organização da RAPS e suas contribuições potenciais para a atuação sobre o suicídio, ações locais existentes no Distrito Sanitário de Brotas voltada à promoção da saúde, proteção e prevenção ao suicídio e a atenção às pessoas que realizaram tentativas de suicídio, os elementos facilitadores e dificultadores da construção de uma atuação em rede sobre o suicídio. Este caso discutido, as questões utilizadas para fomentar a discussão e o roteiro das entrevistas semiestruturadas encontram-se em anexo.

A data para a realização do grupo focal foi acordada com o apoiador de saúde mental do Distrito de Brotas e os integrantes do GT- RAPS Brotas. O GF foi realizado na primeira reunião de dezembro de 2018, agendada em calendário do grupo, e envolveu os nove integrantes presentes na reunião. Todos concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O número de pessoas envolvidas no GF foi representativo e o material produzido foi pertinente para nossa análise.

O GF envolveu os seguintes representantes dos serviços da RAPS de Brotas: um de UBS, dois de USF, um profissional do Programa Corra para o Abraço e quatro da atenção especializada - sendo dois do CAPS e dois do Centro de Saúde Mental – e um apoiador de saúde mental do Distrito Sanitário de Brotas. Não se fizeram presentes nesta data os representantes da equipe de consultório na rua, da unidade de acolhimento, do Centro de Referência de Assistência Social e do Centro de Referência Especializada em Assistência Social e da unidade de pronto atendimento, cujo gestor foi entrevistado individualmente. O material produzido no grupo focal também foi transcrito e o seu conteúdo trabalhado à luz da técnica de Análise de Conteúdo.

Foram consultados também documentos públicos, como o Plano Municipal de Salvador, o Tabnet /Salvador, sistema de informação que permitiu o acesso às informações de saúde, o projeto de implantação do apoio institucional em saúde mental.

4.4 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para análise dos materiais foi utilizado a técnica de Análise de Conteúdo, que, de acordo com Bardin (1998), consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens. (Bardin, 2011, p.42)

Entre as técnicas de Análise de Conteúdo, houve uma opção pela Análise Categorical ou Temática para descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significaram algo para o objetivo visado. Ou seja, ela se encaminhou para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Procedeu-se a Análise Temática de Conteúdo com auxílio do software NVIVO 12, utilizado para o armazenamento, organização e categorização dos dados produzidos nas entrevistas e no grupo focal. Através do NVIVO 12, foi possível utilizar o recurso da nuvem de palavras para destacar os índices mais elevados de ocorrência de palavras citadas nas entrevistas dos gestores e nas falas dos profissionais que compuseram o GF a respeito do conceito de suicídio, bem como o recurso da elaboração de gráficos sobre os elementos dificultadores da atuação na RAPS segundo os profissionais e gestores da RAPS

Operacionalmente, a Análise Temática foi composta de três etapas:

- Pré-análise, que consistiu na organização do material com a escolha dos documentos a serem submetidos à análise; (re) formulação dos objetivos; e elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final.
- Codificação, classificação e categorização dos conteúdos e materiais: a definição das categorias partiu dos objetivos da pesquisa para, por um processo dedutivo, definir três níveis (geral, intermediário e específico), conforme descrito no Quadro 1: Categorias de análise dos dados.
- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: os resultados encontrados foram articulados com o referencial teórico da pesquisa e as inferências, submetidas à luz da realidade observada, vivenciada e da literatura abordada.

Quadro 1- Categorias de análise dos dados

CATEGORIAS ESPECÍFICAS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS GERAIS
1. O fenômeno suicídio	I. Sobre o fenômeno suicídio	A) Concepção de gestores e profissionais sobre o suicídio
2. Fatores que podem influenciar o suicídio		
3. A rede de atenção psicossocial	II. Construção e contribuição da RAPS	B) Concepção de gestores e profissionais sobre a RAPS: principais contribuições da RAPS e estratégias de articulação
4. O papel da RAPS no processo do cuidado		
5. Objetivo, justificativas e metas da RAPS		
6. Atuação em rede de atenção	III. Articulação em rede de atenção	
7. Participação dos diversos atores na construção da rede		
8. O cuidado ofertado	IV. O cuidado ofertado em Rede de Atenção Psicossocial	C) Visão sobre o cuidado ofertado em rede de atenção
9. Instrumentos de Integração entre os Pontos de atenção	V. Organização das Ações e funcionamento em Rede de Atenção	
10. Fluxos		
11. Ações de Educação Permanente		
12. Planejamento das Ações		
13. Promoção à Saúde		
14. Prevenção de suicídio		
15. Posvenção ao suicídio		
16. Elementos Dificultadores da Atuação em Rede	VI. Elementos Dificultadores e Facilitadores da Atuação em Rede de Atenção	D) Elementos Dificultadores e Facilitadores e Estratégias de Fortalecimento da RAPS
17. Elementos Facilitadores da Atuação em Rede		
18. Estratégias de Fortalecimento da RAPS	VII. Estratégias de Fortalecimento da RAPS	

Fonte: Dados da Pesquisa

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida com base nas diretrizes estabelecidas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, usando o protocolo de consentimento livre e esclarecido dos participantes (BRASIL, 2012). Estas Resoluções tratam do respeito à dignidade humana e proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos e, assim, atende aos princípios da bioética como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. Visam, portanto, assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Para tanto, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que as (os) participantes possam manifestar anuência à sua participação na pesquisa de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. O TCLE continha esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar.

Foi garantidos aos participantes procedimentos que asseguraram a confidencialidade, privacidade e manutenção do sigilo garantindo-lhes a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros; que os resultados e/ou achados da pesquisa serão publicados sempre que estes puderem contribuir para melhorias no âmbito social, profissional e acadêmico; que os benefícios resultantes do projeto, o material e os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista e conforme o consentimento do participante. A confidencialidade foi garantida na exposição dos resultados da pesquisa, através do uso de identificadores que procuraram distinguir profissionais de gestores (neste último caso, especificando apenas o nível do sistema em que atua – central ou distrital), omitindo demais informações. Quanto aos profissionais, especificamos apenas se a atuação ocorre em rede básica ou especializada de saúde. Tais identificações são usualmente empregadas em pesquisas qualitativas e atendem à lógica de análise assumida no estudo.

Eventualmente, o relato das experiências pode causar desconforto ou afetar emocionalmente o entrevistado, porém, este não foi obrigado a responder a todas as questões e pôde interromper sua participação em qualquer momento que julgasse necessário. Houve a plena liberdade ao participante da pesquisa de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem

penalização alguma. A pesquisadora foi devidamente treinada, foi supervisionada por pesquisador com experiência em pesquisas qualitativas, de forma a orientar as ações.

Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa, ocasião em que a pesquisadora, buscou momento e condições adequadas para esclarecimentos, em linguagem clara e acessível, com tempo para reflexão e possível decisão sobre participar ou não do estudo.

A coleta de dados aconteceu nos espaços dos próprios serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de Brotas, em encontros previamente agendados e utilizando-se exclusivamente o conteúdo emergente destas entrevistas e grupo focal. Foi garantido o anonimato destes entrevistados.

A pesquisadora assumiu a responsabilidade indelegável e indeclinável dos aspectos éticos e legais como: manter e desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Os resultados deste estudo, posteriormente, serão apresentados aos componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Brotas, compromisso assumido pela pesquisadora, com o propósito de contribuir para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e, conseqüentemente, a melhoria da assistência prestada às pessoas em sofrimento psíquico em risco de suicídio.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e a coleta de dados foi efetivada conforme cronograma estabelecido. O estudo ocorreu somente após aprovação da Direção da Instituição e do Comitê de Ética em pesquisa.

4.5. ANÁLISE DE VIABILIDADE

Este estudo pretendeu descrever como ocorre a articulação da atenção à saúde ofertada aos usuários em risco de suicídio pela Rede de Atenção Psicossocial

no Distrito Sanitário de Brotas e ele se apresentou viável após a análise dos elementos necessários para o seu desenvolvimento.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através de entrevistas semiestruturadas aos gestores ou representantes da gestão e seus apoiadores e ainda a aplicação da técnica de **grupo focal** aos integrantes do GT- RAPS Brotas, que já se encontram regularmente a cada quinze dias em reuniões pré-agendadas no auditório de um dispositivo da Rede de Atenção, que também realizou a transcrição destas entrevistas.

Os custos da pesquisa com os materiais utilizados para as entrevistas, como gravador, materiais de consumo, gastos com transporte e impressão foram assumidos própria pesquisadora, encontrando-se o orçamento disponível.

Pretendeu-se contribuir, depois esta aproximação com o objeto de estudo, para a organização e fortalecimento desta Rede de Atenção Psicossocial no Distrito Sanitário de Brotas, principalmente no cuidado a pessoa em risco ou pós-tentativa de suicídio. Portanto, concluiu-se pela viabilidade deste projeto.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO- DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Este estudo buscou analisar a atuação da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas/Salvador (RAPS-Brotas) sobre o fenômeno do suicídio, de acordo com os coordenadores e/ou profissionais dos serviços de saúde que a compõem. Os dados foram produzidos a partir da realização de **entrevistas semiestruturadas** ao Coordenador da Atenção Psicossocial do Nível Central, a Apoiadora à Gestão de Saúde Mental do Nível Central, o Apoiador de Saúde Mental do Distrito Sanitário de Brotas e a Coordenadora do Distrito Sanitário de Brotas, Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do Distrito sanitário de Brotas, o Coordenador do Pronto Atendimento Psiquiátrico e o Coordenador da Unidade de Pronto Atendimento de Brotas. Além das entrevistas direcionadas aos gestores, foi aplicado a técnica de **grupo focal** a 09 profissionais integrantes do GT- RAPS Brotas, que já se encontram regularmente a cada quinze dias em reuniões pré-agendadas no auditório de um dispositivo da Rede de Atenção. Cabe ressaltar que um desses integrantes do grupo exerce a função de apoiador na Saúde Mental e foi entrevistado individualmente, portanto, seus dados compuseram a categoria dos gestores.

Fizeram parte do estudo 15 profissionais que compõem a RAPS de Brotas, sendo 07 gestores e 08 profissionais de saúde. Entre estes participantes, houve maior predominância do sexo feminino, com 12 pessoas e maior representatividade da faixa etária entre 36 e 40 anos, conforme tabela abaixo

Tabela 2 - Idade e Sexo dos Gestores e Profissionais da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia.

VARIÁVEL	
Idade	
Abaixo de 30	01 (6,6%)
30 a 35 anos	04 (26,6%)
36 a 40	0 (0%)
41 a 45	02 (13,3%)
46 a 50	02 (13,3%)
51 a 55	03 (20%)
56 a 60	02 (13,3%)
>60 anos	
Sexo	
Masculino	03 (20%)
Feminino	12 (80%)
Total de participantes	15 (100%)

Fonte: Coleta de dados

Verificou-se ainda que dos sete coordenadores, 04 possuíam vínculo estatutário com a Secretaria Municipal de Saúde e 03 coordenadores com vínculo de cargo comissionado. Apenas um gestor possui mais de 07 anos no desempenho de suas atividades gerenciais, conforme pode ser verificado na tabela abaixo:

Tabela 3- Caracterização quanto ao Vínculo Empregatício e Tempo na Função de Gestores da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia

VARIÁVEIS	
<i>Vínculo empregatício</i>	
Cargo Comissionado	03 (42,8%)
Estatutário	04 (57,1%)
<i>Tempo na função</i>	
0 a 02 anos	02 (28,5%)
03 a 05 anos	03 (42,8%)
06 a 08 anos	01 (14,4%)
Acima de 07 anos	01 (14,4%)
Total de gestores	07 (100%)

Fonte: Coleta de dados

Quanto ao vínculo dos profissionais de saúde que compuseram o estudo, uma participante era estagiário do Programa Corra para o Abraço, os outros sete declararam ser estatutários, com predominância de 16 a 20 anos de tempo de desempenho de suas funções assistenciais, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 4- Caracterização quanto ao Vínculo Empregatício e Tempo na Função de Profissionais da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia.

VARIÁVEIS	
<i>Vínculo empregatício</i>	
Cargo Comissionado	0 (%)
Estatutário	07 (87,5%)
Estágio	01 (12,5%)
<i>Tempo na função</i>	
0 a 05 anos	02 (25%)
06 a 10 anos	0 (%)
11 a 15 anos	03 (37,5%)
16 a 20 anos	01 (12,5%)
Acima de 21 anos	02 (25%)
Total de Profissionais da RAPS	08 (100%)

Fonte: Coleta de dados

Neste estudo, verificou-se que em relação aos gestores, os profissionais de saúde possuíam maior tempo de desempenho de suas funções, como também, maior estabilidade de vínculo empregatício.

Quanto a profissão dos participantes deste estudo, os dados revelam que 06 profissionais pertencem a área de Ciências da Saúde, 04 são da área de Humanas, 03 da área das Ciências Sociais Aplicadas e 02 profissionais não possuem nível superior. Destas áreas, verificou-se um maior número de psicólogos, seguidos de assistentes sociais, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 5- Caracterização quanto à profissão dos Gestores e Profissionais de Saúde da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia.

Profissão	
Educador Físico	01 (6,6%)
Psicólogo	04 (26,6%)
Enfermeiro	02 (13,5%)
Médico	
Nutricionista	02 (13,5%)
Assistente Social	03 (20%)
Agente Comunitário de Saúde	02 (13,5%)
Total de gestores	07 (100%)

Fonte: Coleta de dados

5.2. CONCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE O SUICÍDIO

Ao serem indagados sobre a visão que possuíam sobre o fenômeno suicídio, diferentes percepções foram encontradas entre gestores e profissionais. De acordo com estas concepções, foram identificadas as seguintes subcategorias: concepção biomédica sobre o suicídio e o suicídio enquanto fenômeno social. Ademais, ressaltamos que todos os entrevistados demonstram entender o suicídio como um problema de saúde pública, de acordo com o conceito da Organização Mundial de Saúde.

5.2.1. Concepção Biomédica sobre o Suicídio

Na análise dos dados foram encontradas narrativas que evidenciam a visão biomédica tradicional de se perceber o suicídio enquanto uma doença. Desta forma,

o foco de abordagem está pautado nos sintomas que caracterizam o sofrimento psíquico. Para efeito de melhor compreensão, esta categoria foi subdividida em Concepção Psicopatológica e Concepção Multicausal do suicídio.

5.2.1.1 Concepção Psicopatológica

A concepção psicopatológica sobre o suicídio foi citada por dois, entre os sete gestores entrevistados e um profissional de saúde. Observou-se que o conceito de suicídio foi trazido a partir de uma condição individual e particular relacionada a perspectiva de compreensão da saúde como um estado de equilíbrio e de doença como descompensação (ALMEIDA FILHO, PAIM, 2014). Esta concepção pode ser melhor exemplificado na fala de um entrevistado, abaixo:

É um ato contra si próprio, e a gente vê isso como um desequilíbrio, até psíquico, uma vez que a gente entende que ser humano tende a si proteger, a gente entende que a pessoas que tenta cometer o suicídio, é um potencial suicida, ele está indo de encontro ao seu instinto natural de autoproteção.
(GESTOR 4)

Entre os gestores, esta concepção foi observada principalmente por aqueles com formação nas áreas de ciências da saúde. Percebe-se nesta fala que o suicídio é compreendido como um sintoma, um desequilíbrio do estado de saúde. O conceito de saúde como desempenho, funcionalidade, equilíbrio e o de doença como uma descompensação, havendo uma relevância genética e clínica na avaliação, individualizando-se a questão.

No discurso do gestor acima, algumas palavras encontradas ratificam este conteúdo, tais como ato, autoproteção, cometer, psíquico, potencial suicida. Em face a essas considerações, adotamos o diagrama de nuvem de palavras, para evidenciar esta concepção sobre o suicídio.

Através da nuvem de palavras foi possível observar as palavras mais presentes e frequentes nos discursos de gestores e profissionais que delimitaram a percepção biomédica psicopatológica do suicídio. As que mais frequentemente apareceram nos discursos dos participantes, como pacientes, autoproteção, ato, distúrbio, incidência são muito próprias do universo hospitalar e serviços de saúde.

Figura 1- Nuvem de palavras da concepção biomédica psicopatológica do suicídio em profissionais e gestores da RAPS em Salvador – Ba.



FONTE: Coleta de dados da pesquisa

Esta concepção biomédica foi mais citada no grupo dos gestores em comparação ao grupo dos profissionais de saúde. Os gestores que compreendiam o suicídio a partir desta visão foram identificados como aqueles que estavam na coordenação de serviços de Urgência e Emergência. Este dado confirma a presença da visão biomédica atribuída ao suicídio em alguns serviços. Em um outro momento, está compreensão de suicídio como um desequilíbrio, uma falha, reaparece no discurso de um gestor de serviço emergencial, conforme abaixo:

Então a gente vê que, nesses casos, deve acontecer alguma falha, algum distúrbio, nessa condição psíquica de autoproteção que o leva a cometer o ato. (GESTOR 4)

Na categoria de profissionais, observamos duas falas citadas por um mesmo profissional com formação na área de humanas que destacam a sintomatologia do adoecimento que coadunam com esta visão. Os sintomas de depressão e ansiedade foram ressaltados e deslocados para o fórum individual. Não foi encontrado uma contextualização, na fala deste profissional, do adoecimento psíquico, com outros fatores e determinantes sociais, conforme abaixo:

O resto só deprime, só sente angustiado, faz uma ansiedadezinha ali vai levando, até que faz a tentativa (PROFISSIONAL5)

O fato desta concepção de suicídio ter sido citada por um número menor nesta categoria, dois entre oito profissionais de saúde, talvez possa ser explicado pelo fato deste grupo ter sido composto principalmente por profissionais da área de humanas e ciências sociais aplicadas.

Esta concepção biomédica do suicídio nos parece estar alinhada a um paradigma tradicional, ainda presente em nossa sociedade, de se conceber a saúde enquanto ausência de doenças, riscos e agravos e, a doença, como uma descompensação que deve ser tratada e medicada. Este conceito de saúde tem influência nas ideias positivistas apresentada por Immanuel Kant em que a saúde é reduzida a classificações positivas em relação a própria funcionalidade e desempenho individual da pessoa, ou negativas no que se refere a ausência de processos patológicos. (ALMEIDA FILHO e PAIM, 2014)

O suicídio, visto nesta perspectiva, apresentou um recorte reducionista individual para a situação vivenciada por estas pessoas, não sendo percebido uma compreensão dos determinantes sociais do sofrimento psíquico ou das iniquidades sociais que marcam a trajetória de vida em sociedade. Ainda segundo Nunes e Onocko-Campos (2014), a predominância das premissas biomédicas na compreensão do sofrimento psíquico pode imprimir uma tendência a medicalização e psiquiatrização da vida, como ocorreu historicamente em algumas sociedades no mundo, inclusive no Brasil.

A tradição biomédica na Saúde Mental, centrada na cura de doenças e sintomas, historicamente tem se revelado restritiva e excludente ao priorizar o tratamento hospitalar no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Alicerçada em longos internamentos em hospitais psiquiátricos ou acompanhamentos ambulatoriais pontuais contribuiu ao longo dos anos para estigmatizar e isolar estas pessoas, na medida em que a centralidade do cuidado está no tratamento dos sintomas apresentados. Neste caso, não se amplia o olhar para a complexidade do sofrimento psíquico e as necessidades de saúde destas pessoas. (NUNES e ONOCKO-CAMPOS, 2014)

5.2.1.2 Concepção Multicausal

Uma outra visão tradicional também de raiz biomédica foi encontrada entre os entrevistados, denominada concepção multicausal. A partir dessa concepção pôde-se perceber que os entrevistados compreendiam o suicídio como o resultado da interação de vários fatores de ordens diversas, como biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

Esta subcategoria foi a mais citada dentro da concepção biomédica do suicídio. Tanto gestores quanto profissionais, referiram com mais frequência esta

visão, para conceituar o suicídio. As falas de gestores e profissionais abaixo relacionadas expressam este entendimento:

Acho que enquanto profissional a gente lida eminentemente com o sofrimento, e sofrimentos que são arrastados e que às vezes não perfaz só a questão biológica da doença, é o ambiente familiar disfuncional, é aquele por exemplo, familiar que tem alguém com doença, que não tem emprego para se manter, é aquele, as vezes até aquela família que adocece por ter alguém em casa doente, então é.... esses fatores interferem muito nessa relação saúde, doença. (GESTOR 5)

Quando a gente vê a história de Flor, a gente vê tantas coisas que antecederam até ela chegar essa situação de não ter outra alternativa (PROFISSIONAL 5)

Foram encontradas cinco falas de gestores e duas falas dos profissionais de saúde que se aproximaram desta concepção multicausal de suicídio, sendo esta visão a mais encontrada em ambas as categorias. Os entrevistados ressaltaram a complexidade deste evento e citaram com mais frequência os fatores econômicos e emocionais na contextualização do suicídio

Os fatores econômicos identificados nas narrativas estavam mais constantemente relacionados às dificuldades econômicas encontradas para a manutenção da vida, agravadas em situações de desemprego. Porém, não foi percebido o estabelecimento de uma relação deste evento com as questões relacionadas aos aspectos macroeconômicos e políticos do país e o aumento da vulnerabilidade social.

Ao visualizarmos a nuvem de palavras que mais frequentemente aparecem nestes discursos, as palavras fatores, multifatorial, complexo, sofrimento, doença, emocionais, situação, saúde, problemas, foram mais evidenciadas, entre outras, como pode ser verificado em seguida. Percebeu-se nas falas que há um entendimento da complexidade do suicídio e que múltiplos fatores devem ser considerados para a eclosão e manifestação do fenômeno.

Este gráfico revela um conjunto amplo de fatores específicos que não necessariamente aparecem de modo articulado nas falas. Assim, essa perspectiva abarca diversos fatores, mas não necessariamente uma visão integrada e hierarquizada deles.

Figura 2: Nuvem de palavras da concepção biomédica multicausal do suicídio em profissionais e gestores da RAPS em Salvador – Ba.



FONTE: Coleta de dados da pesquisa

Esta visão multifatorial coaduna com a concepção de suicídio adotada pela OMS, que refere ser este fenômeno o resultado da interação de fatores de ordem biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (OMS, 2000). Portanto, a história de vida dos sujeitos, o meio ambiente, os eventos circunstanciais, os componentes genéticos, bem como condicionantes socioeconômicos e culturais são fatores importantes a serem considerados na contextualização do suicídio.

Sobre isso, Cassorla (1998) também defende que não há uma única causa para o suicídio, mas é o resultado de múltiplos fatores que se acumulam na constituição de um indivíduo. Para este autor, tanto fatores constitucionais, quanto ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, entre outros devem ser considerados para a análise deste fenômeno.

Este entendimento dos entrevistados pode ser alinhado com uma concepção ecológica de saúde e doença, um processo onde a eclosão do sofrimento/doença depende da articulação de vários fatores contribuintes. Segundo Almeida Filho e Paim (2014), estes podem ser biológicos (genéticos ou ambientais) ou socioculturais (econômicos, culturais, psicológicos, sociais).

Nesta perspectiva, há uma ampliação do conceito de saúde ao se enxergar neste processo múltiplas e complexas determinações, não se limitando apenas a observação de sintomas e sinais clínicos do adoecimento discutidos na primeira

concepção. Ressalta-se que, não obstante a doença continuar a ocupar um lugar central nesta perspectiva, ela avança na incorporação do conceito de fatores de risco e outros que ampliam a visão. É importante lembrar que a concepção multicausal traz a possibilidade de se estabelecer uma relação entre diversos fatores de risco e os impactos destes na saúde, mas não avança na perspectiva da determinação social da saúde-doença. O suicídio seria, então, o resultado, de múltiplos fatores que contribuíram para tal desfecho, muitas vezes, apontados de forma fragmentada pelos entrevistados.

5.2.2 **Concepção de suicídio como fenômeno social**

De acordo com os relatos e as concepções de gestores e profissionais de saúde sobre o suicídio, pudemos identificar nos discursos também uma visão deste evento enquanto um fenômeno social. Isso ficou claro quando os indivíduos traziam elementos do sofrimento resultante do modo de vida em sociedade. O suicídio foi apontado pelos entrevistados como um fenômeno revelador das complexas relações sociais e pessoais a que todos estão submetidos pelo fato do ser humano não viver isoladamente.

Nesta vertente conceitual, emergiram duas subclassificações distintas: a primeira analisa o suicídio a partir das dinâmicas e relações sociais do viver em sociedade, e a segunda considera que o mesmo está relacionado às desigualdades e iniquidades sociais.

Ao observar as palavras que mais frequentemente apareceram nos discursos de profissionais e gestores entrevistados, foram evidenciadas: sofrimento, saúde, sociedade, contexto social, formação, desesperança, mercado difícil, preparação, educação, trabalhar, entre outras, conforme a nuvem de palavras abaixo.

Estas palavras em seu contexto original buscaram explicar o suicídio pelo viés das dificuldades de se viver em sociedade em constante transformação. As inúmeras adaptações, dificuldades, preparações a que o ser humano precisa enfrentar historicamente pode originar sérios sofrimentos psíquicos. Em alguns discursos pode-se observar uma associação mais direta do sofrimento às desigualdades e iniquidades sociais.

Então é importante que a gente considere no contexto do suicídio o olhar não somente sobre a pessoa, mas contextos onde aconteceram, então os meios, o contexto, os nexos causais aos sobreviventes às tentativas, o que que leva a uma pessoa a tentar ou dar fim a própria vida. Acho que seríamos surpreendidos, muitas vezes, ter umnexo causal racional que não passa por uma organização psíquica, ali tem uma escolha bem pensada, construída e o que representa um desafio, para resgatar esse sujeito, trazer uma perspectiva de: "Venha viver em sociedade!" (GESTOR 03)

Nos discursos dos gestores, foram relacionadas algumas características da nossa sociedade contemporânea com o sofrimento psíquico e o evento do suicídio. Primeiro foi evidenciado que a vida em sociedade nos apresenta muitas demandas que trazem responsabilidades, que nem sempre se consegue dar conta, podendo gerar um sentimento de eterna insatisfação. Um outro aspecto ressaltado foi a competitividade presente nas relações, principalmente no mundo do trabalho, que gera o sentimento de não estar completo, não estar satisfeito e até mesmo se perceber como um fracassado por não conseguir atingir determinadas metas que se apresentam neste contexto social.

Na segunda fala, inclusive, a gestora revela que poderíamos ser surpreendidos por uma escolha racional de opção pelo suicídio diante dos desafios de se viver na sociedade atual. Ela fala introduz a necessidade de se olhar para o contexto social em que a tentativa de suicídio ocorre, não apenas para o sujeito e sua estrutura psíquica, a fim de se trabalhar os desafios de se viver em sociedade.

Entre os profissionais de saúde apenas uma fala foi encontrada assinalando o suicídio enquanto um fenômeno resultante do viver em sociedade. Esta fala pertence a um profissional da psicologia, que possivelmente expressa suas vivências cotidianas no acompanhamento aos jovens que, em momento de imenso sofrimento psíquico, referem desesperança de viver nesta sociedade, conforme pode ser verificado abaixo:

O jovem está fazendo uma formação, ali é uma preparação para virar adulto, trabalhar, se inserir no mercado e você está vendo a desesperança total, uma impossibilidade, uma sensação de que está fazendo papel de palhaço ali, que ali não vai adiantar nada e não vai levar a lugar nenhum. (PROFISSIONAL 05)

Esta profissional evidenciou o sofrimento psíquico vivido por jovens ainda na faculdade, entre a fase de preparação para a vida profissional e a inserção no mercado de trabalho. Este discurso corrobora com as falas dos gestores anteriormente apresentadas no que se refere ao aumento de demandas e

responsabilidades na vida adulta, porém, para além destas exigências, a situação se agrava com o sentimento de desesperança, de incerteza quanto a conquista do primeiro emprego e inserção no mercado de trabalho.

Minayo (1998) realiza um estudo que objetivou refletir sobre o significado do suicídio enquanto questão sociológica, a partir de um artigo de revisão de Nunes (1998) sobre a obra de Émile Durkheim, "O Suicídio". A autora, que neste artigo evidencia não corroborar com as ideias positivistas do sociólogo, destaca uma importante contribuição deste ao realizar uma tentativa sistemática de interpretação do suicídio mostrando que este está vinculado às forças sociais que transcendem a esfera dos sujeitos.

Segundo a autora, o suicídio de Durkheim, tem um caráter revelador das complexas relações sociais e pessoais que envolvem o próprio "sentido da vida em sociedade e as razões da opção pela interferência humana no evento inexorável da morte" (Minayo, 1998, p.422). Nas falas acima, as dificuldades da vida em sociedade foram evidenciadas, as marcas do sofrimento psíquico resultante do processo de viver em uma sociedade cujas características de competitividade e insatisfação foram ressaltadas.

Teixeira (2002) também realiza uma reflexão sobre a obra do sociólogo e coloca algumas críticas significativas ao método positivista adotado e ao esquema desenvolvido em sua Teoria de Integração Social. Neste plano ele refere que o sociólogo não poderia supor que o progresso da sociedade científica industrial moderna defendido por ele tem se revelado um grande produtor de isolamento, egoísmo e desintegração, podendo contribuir para o aumento do sofrimento psíquico e conseqüente, elevação de suicídios na sociedade moderna.

Outra contribuição para a questão social apresentada foi encontrada nos estudos de Brandão (2002), que a partir de dados empíricos coletados em pesquisa de campo, fez uma discussão sobre os contornos atuais da pobreza urbana no Brasil a partir do conceito sociólogo Robert Castel.

Ao introduzir o conceito de Castel (1998) sobre uma nova pobreza em fins do século XX, ele refere uma crise da sociedade contemporânea marcada pelo desemprego e precarização, contornos da questão social atual, que tendem a gerar pessoas cada vez mais desvinculadas da estrutura social e que não conseguem acessar as formas de proteção social adequadas à ausência de postos de trabalho disponíveis no mercado. Estas pessoas, encontram-se, portanto, fora do circuito de

produção, desvinculados da malha social, na condição de “desfiliaados”, que seriam os desempregados por período longo, moradores dos subúrbios pobres, os beneficiados da renda mínima de inserção, as pessoas em readaptações e os jovens à procura de emprego.

A narrativa do profissional que evidenciamos acima sugere esta perspectiva de sofrimento vivenciado por jovens que estão à procura do primeiro emprego, ainda não inscritos no mercado de trabalho, que lhe possibilite uma coesão social.

Na análise dos dados pudemos verificar ainda duas falas da categoria de gestores, de diferentes profissões, que fazem uma relação ao progresso de nossa sociedade, a partir da evolução tecnológica, e a produção de sofrimento específico, aqui identificado na narrativa através do isolamento social:

A questão por exemplo do avanço da tecnologia, talvez esteja causando também um isolamento social, no caso dos jovens e aí talvez seja uma proposta a ser pensada é esse isolamento porque assim, um acesso à tecnologia é muito bom, mas em contrapartida ela isola o indivíduo e aí na faixa etária da juventude até os 18 anos, talvez esse fenômeno, do acesso as redes sociais amplas e tal, cause um isolamento desses jovens e que favoreça talvez o suicídio. (GESTOR 4)

Porque essa manifestação do sofrimento nesse novo tempo? O que é essa manifestação de sofrimento? Já falam de sofrimento associado a redes sociais, os smartphones, ansiedade por smartphones. O que é essa vida moderna? O que tem promovido de sintoma social? (GESTOR 02)

Estes relatos sugeriram a possibilidade do aumento de sofrimento psíquico a partir da evolução das tecnologias digitais e ampliação do acesso às redes sociais. Encontramos na primeira narrativa, inclusive, uma associação entre utilização das mídias digitais e o isolamento social vivido principalmente por jovens. Identificamos ainda na segunda narrativa da categoria dos gestores, algumas reflexões quanto às manifestações do sofrimento psíquico na contemporaneidade e a identificação da ansiedade como manifestação do sofrimento psíquico associada ao uso intenso dos aparelhos de *smartphones*. Este é um debate bastante atual que têm mobilizado vários setores da nossa sociedade.

O progresso das tecnologias de informação e comunicação (TIC), a virtualização da informação e a transformação global da vida contemporânea, a cibercultura e o ciberespaço tem sido objeto de inúmeras discussões atuais. Sobre isso, Vieira (2013) refere que a intensificação do digital na vida moderna tem revelado outras maneiras de se vivenciar a sociabilidade, e, assim, os tradicionais pontos de encontro como bares, ruas vizinhanças convivem com outras

possibilidades ofertadas nas redes sociais que “atravessaram esferas e, por nossa própria busca e necessidade, teve seus papéis sociais desdobrados e seu alcance ampliado” (VIEIRA, 2013, p. 19).

Esta autora, diante da constatação da ampliação do alcance do digital da vida moderna, levanta algumas questões acerca do potencial influenciador destas tecnologias na vida das pessoas e a forma como estas podem ter posturas de vida modificadas por estes elementos. E ainda, indaga se estaríamos mais ativos socialmente ou nos tornando sujeitos mais solitários diante destas novas configurações sociais.

A manifestação do sofrimento psíquico e a vivência do isolamento social citados pelos profissionais acima, pertinentes principalmente aos jovens, talvez nos aponte para a direção de observarmos este fenômeno ainda sob a ótica da crise de nossa sociedade contemporânea, que origina cada vez mais pessoas desvinculadas de uma malha social, como diz Castel, “desfiliadas” (1998).

5.2.2.2. Concepção do Suicídio considerando-se as Desigualdades e Iniquidades Sociais

Entre os sete gestores entrevistados, quatro, de diferentes formações profissionais, realizam algumas reflexões acerca do suicídio considerando nesta análise a relevância dos determinantes sociais e as desigualdades reveladas pelo sistema econômico, conforme as falas abaixo:

O suicídio é um fenômeno complexo e pra analisar a gente precisa ver diversos fatores: contexto social, a gente precisa pensar em emprego, habitação, escolaridade, gênero, orientação sexual, a cor da pele influencia no sofrimento em que as pessoas passam e que pode levar as pessoas ao suicídio. (GESTOR 02)

O suicídio é a tentativa ou efetivação de pôr fim a própria vida e fatores de riscos podem ser considerados desde o nível micro, ao ponto de vista pessoal, do sujeito envolvido na situação, como também do ponto de vista social, quando há grande situações que podem facilitar os agravos na saúde pública: política de austeridade, aumento de vulnerabilidade diante de situações socioeconômicas, crises, aspectos sócio históricos vivenciados pelo próprio sujeito no seu contexto ambiental, desde da família, escola, trabalho que podem favorecer a ausência de sentido e a tentativa de suicídio ou a efetivação como meio para, é como uma possível saída para aquela situação, esgotadas todas as outras. (GESTOR 03)

Esta concepção de suicídio trazida apenas pela categoria de gestores aponta para a relevância de se considerar os determinantes sociais nesta análise e contextualização do suicídio. As condições socioeconômicas desfavoráveis bem

como vulnerabilidades oriundas de questões de gênero, orientação sexual e raça apareceram na discussão acerca dos fatores que precisam ser considerados no surgimento do sofrimento a que as pessoas vivenciam e que podem ter como desfecho o suicídio.

Numa análise ainda mais macro, foi citado ainda o aumento da vulnerabilidade social diante do impacto da crise econômica e das medidas de austeridade fiscal como possíveis causas da tentativa ou efetivação do suicídio. Sobre isso, a nota técnica de Vieira (2016), intitulada “Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? ”, analisa os impactos da crise em diversos países, identificando estes efeitos para a “situação de saúde, para o sistema de saúde e para questões sociais mais amplas, como o aumento do desemprego e o endividamento das famílias, com repercussões para a saúde mental, aumento dos casos de suicídio e de doenças crônicas e infecciosas”.

A autora refere ainda que as medidas de austeridade, as reduções de gastos com as políticas sociais, implementadas em países como Portugal, Espanha e Grécia no contexto de crise a partir de 2008, causaram vários impactos nestes países. Há um ciclo, segundo o qual, a crise possibilita o empobrecimento da população, o aumento do desemprego, a perda da qualidade de vida e, conseqüentemente, o aumento casos de depressão, ansiedade e o aumento de suicídio.

Entre os profissionais que compuseram o grupo focal não foi encontrado nenhum depoimento que evidenciasse uma associação entre o suicídio e os determinantes sociais. Porém, algumas falas de agentes comunitários de saúde demonstraram sensibilidade às condições de vida e seus impactos na saúde das pessoas que acompanham na comunidade, como no trecho abaixo:

Mas eu percebo que essas pessoas não têm condições, gente, de vir! Você sabe o que é sair no sol de 40° dentro de um ônibus para o Aristides Novis para ela fazer uma consulta psiquiátrica, aonde você não tem nem o que comer em casa?!
(PROFISSIONAL 10)

Marcadamente se revela uma condição de maior vulnerável social destas pessoas da comunidade, acompanhadas por este agente de saúde da família. Aqui, uma fala que aponta para a necessidade de se considerar as iniquidades sociais na análise das condições de saúde, da má adesão ao acompanhamento de saúde realizado em um Centro de Saúde Mental.

Muitos estudos têm buscado relacionar a maneira como uma sociedade se organiza e os impactos desta organização na saúde da população, mais particularmente, as desigualdades de saúde, consideradas injustas, desnecessárias e evitáveis, advindas deste processo, entre grupos populacionais. (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ainda segundo os autores acima acerca dos mecanismos através dos quais os determinantes em saúde provocam iniquidades, há uma abordagem que privilegia na análise os fatores psicossociais “com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde”. (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007, p.22)

Nunes (2002), ao falar da complexidade do conceito de prevenção e adoecimento mental, enfatiza a importância de se considerar os determinantes sociais neste contexto e que muitos estudos, em diferentes locais do mundo, apontam para a relação entre desigualdades e saúde mental, com a constatação de maiores taxas de transtornos mentais em regiões desfavorecidas.

As diferentes concepções acerca de um fenômeno evidenciam diferentes olhares acerca da proposta de cuidado e do modelo de atenção.

5.3. CONCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A categoria concepção de gestores e profissionais sobre a rede de atenção psicossocial retrata a visão dos participantes acerca das principais contribuições que esta rede pode apresentar na atuação sobre o suicídio, bem como as suas estratégias de articulação.

De acordo com gestores e profissionais as principais contribuições da rede de atenção psicossocial foram assim identificadas: ofertar a atenção contínua e integral a partir dos diversos pontos da rede e melhorar a qualidade da atenção a partir da perspectiva multiprofissional.

Quanto as estratégias de articulação da RAPS reconhecidas por estes gestores e profissionais, foram citadas neste estudo a estratégia de articulação a partir das ações intersetoriais e articulação a partir do apoio institucional e distrital

5.3.1. Principais contribuições da RAPS

Na análise dos dados foram encontrados discursos que evidenciam duas diferentes contribuições da RAPS no processo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico reconhecidas por estes gestores e profissionais: ofertar a atenção contínua e integral a partir dos diversos pontos da rede e melhorar a qualidade da atenção a partir da perspectiva multiprofissional.

5.3.1.1. RAPS: ofertar a atenção contínua e integral a partir dos diversos pontos de atenção

As redes de atenção se constituem em uma nova proposta de organização dos serviços de saúde objetivando superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde através de um sistema integrado e planejado. Entre os participantes deste estudo, encontramos desde a visão de rede hierarquizada e organizada por níveis de atenção, a uma visão de rede poliárquica, como também uma visão de rede organizada no território.

Na análise dos dados, foram encontradas três falas de gestores e cinco de profissionais que referiam que a RAPS trabalha numa perspectiva de integração dos diversos pontos de atenção para possibilitar a oferta de assistência contínua e integral, como podemos verificar nos discursos abaixo:

A RAPS trabalha numa perspectiva de integração de diversos pontos de atenção, desde a atenção primária e seus níveis de complexidade diversos, até o nível hospitalare pensando no esgotamento de recursos e limitações de recurso e de cada ator..., por isso a necessidade de trabalho compartilhado. (GESTOR 3)

A rede ela é um aparato, um sistema que é contínuo, então a gente deve pensar como equipe(...), (PROFISSIONAL 4)

Nestes relatos percebemos a perspectiva de se pensar uma rede articulada e integrada entre os seus diversos níveis e pontos de atenção como um sistema de saúde contínuo e não fragmentado. Os dados revelaram ainda que a característica mais evidenciada da rede foi justamente a perspectiva de assistência em qualquer ponto de atenção. Magalhães Júnior (2014) refere que a proposta de organização dos serviços de saúde em redes de atenção é o caminho mais eficiente para a concretização da integralidade no cuidado.

Ao serem indagados quanto a contribuição da RAPS no processo de cuidado às pessoas em risco de suicídio, um outro aspecto também ressaltado, tanto pelos

profissionais quanto pelos gestores, foi a possibilidade de cooperação e o trabalho compartilhado nas experiências que se apresentam no cotidiano devido ao esgotamento e limitações de recursos.

Percebemos que a maioria dos entrevistados demonstrou conhecer a importância de se trabalhar em rede para garantir a integralidade do cuidado, principalmente aqueles envolvidos com o GT- RAPS Brotas. Os profissionais da atenção básica, integrantes do grupo de trabalho, revelaram dispor de entendimento da importância do compartilhamento do cuidado e a articulação da rede, demonstrando não se isentar de continuar acompanhando o processo mesmo quando da necessidade de envolvimento da atenção especializada.

Silva (2013, p.81) conceitua redes de atenção como uma “malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde”. Assim, a rede deve estabelecer relações articuladas verticais, horizontais e intersetoriais entre seus diversos pontos de atenção objetivando a oferta de atenção contínua e integral.

No Brasil, a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a RAPS como modelo de atenção para organizar o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Este modelo, propõe um arranjo organizativo de serviços e ações, de densidades tecnológicas diferentes, para garantir a integralidade do cuidado, na perspectiva de autonomia do sujeito e fortalecimento do exercício da cidadania.

Observamos também que foram encontradas diferentes concepções sobre rede de atenção entre os gestores e profissionais que defendiam a oferta de atenção contínua e integral a partir dos diversos pontos de atenção como a maior contribuição da RAPS: a visão de rede hierarquizada e organizada por níveis de atenção, citada apenas pela categoria de gestores, uma visão de rede poliárquica com relações não hierárquicas e compartilhamento de objetivos comuns, citada pelas categorias de gestores e profissionais e uma visão de organização de rede que reiterou a importância do papel desempenhado pela atenção básica no

acompanhamento às pessoas em sofrimento psíquico, citada também pelas duas categorias.

Comparativamente, a concepção de rede hierarquizada, organizada por níveis de atenção, não foi identificada entre os profissionais e apenas encontrada na fala de um gestor de dispositivo de urgência e emergência, como podemos verificar a seguir:

(...) esses hospitais vão identificar esse paciente e após ser tratado ali, ele vai ser encaminhado a um setor de atenção básica para dali ele ser tratado. É responsabilidade de a gestão oferecer essa rede de atenção primária, secundária e terciária. (GESTOR 04)

Podemos observar neste discurso uma visão piramidal e hierárquica de rede a partir dos níveis de atenção, bem como a centralidade da gestão na Área Técnica de Saúde Mental. Foi sugerido que, após utilizar pontos de atenção secundários e terciários, o usuário deve ser direcionado para a atenção primária, contudo, não foi percebido a proposta de uma comunicação mais fluida entre estes dispositivos.

Mendes (2011) refere que em sistemas fragmentados de saúde há uma estrutura hierarquizada definida a partir de níveis de complexidade crescentes, definidos em atenção básica, de média e de alta complexidade. Ele diz também que esta visão apresenta “sérios problemas teóricos e operacionais”, pois estabelece que a atenção primária é menos complexa do que a atenção secundária e terciária, supervaloriza pela sua densidade tecnológica.

Outro ponto importante é que não há uma comunicação fluida entre a atenção primária, secundária e terciária, segundo o mesmo autor. Apesar da fala acima sugerir uma continuidade de cuidado, o encaminhamento não garante que esta atenção seja tecida e continuada. Portanto, a tessitura da RAPS está marcada pelo encontro, articulação e integração dos diversos pontos de atenção.

Este sistema de saúde hierarquizado, fragmentado e historicamente medicalizadores, não tem conseguido responder às demandas de saúde da população (Mendes, 2011), e por esta razão algumas estratégias têm sido implementadas para superação deste modelo e qualificar o cuidado ofertado pela RAPS.

Nos achados, dois gestores e três profissionais da assistência propõem outro arranjo organizativo para promover a continuidade do cuidado a partir dos diversos componentes de atenção, sugerindo uma maior plasticidade entre as relações dos

diversos atores na montagem desta rede, como podemos verificar abaixo na fala de um profissional:

Encaminhar não é tirar o papel de si(...)se for indicado adequadamente o ambulatório ela vai, se em algum momento, ela piorar ela volta. Circula na rede, se precisar de dentista vai pra lá, se teve outro problema, se tiver uma infecção urinária vai pra outro lugar, todo mundo tá envolvido. (PROFISSIONAL 5)

Esta fala evidencia que a rede pode se organizar em torno de objetivos comuns, indicando o compartilhamento e o envolvimento de diversos atores no cuidado ofertado. Para Borzel (1997) as redes são relações não hierárquicas de compartilhamento de objetivos comuns, inclusive com a possibilidade de troca de recursos e cooperação para o alcance destes objetivos. Portanto, a concepção de hierarquia é substituída pela ideia de poliarquia, conforme sugerido no discurso do profissional acima ao referir que o usuário pode circular na rede por diversos dispositivos a partir de suas necessidades.

Na narrativa do profissional, apresentada acima, foi sugerido que a construção desta rede é de responsabilidade de todos os atores sociais envolvidos, que visam, através dos vínculos de cooperação e solidariedade, assegurar a integralidade do cuidado. Não há uma hierarquia de importância entre os serviços, pois neste entendimento, todos eles são necessários e essenciais na medida em que integram um contínuo de atenção.

Santos e Nunes (2014) referem a importância da plasticidade na montagem da rede de atenção, para o desenvolvimento de uma clínica baseada na teia de relações dos usuários e, assim, se promover um cuidado pautado na processualidade da vida destas pessoas. Nos casos de risco de suicídio, a rede especializada talvez não consiga penetrar no cotidiano das relações, o que pode ser mais possível para outros componentes e profissionais, como os agentes comunitários de saúde

Nos achados, dois profissionais de saúde e um gestor reiteram a importância do papel desempenhado pela atenção básica no acompanhamento às pessoas em sofrimento psíquico, conforme relato abaixo:

A pessoa que está numa situação de ideação suicida, ela precisa de um suporte especializado, ela precisa, tomar uma medicação, então talvez a rede especializada de saúde mental possa prescrever, mas o acompanhamento no cotidiano dessa pessoa, bora imaginar; um centro de saúde mental não pode dar conta, então de repente, os agentes comunitários de saúde que estão diretamente em contato com a unidade podem fazer alguma atividade com essa pessoa, tá? (GESTOR 01)

Paciente psicossocial em meio a outros fatores que provoca a doença nele, ele precisa de atenção do agente comunitário que está lá na ponta, de quem sofre junto com ele, entendeu? (PROFISSIONAL 7)

Em ambas as falas, pudemos observar a defesa da importância da atuação do ACS e da atenção básica, ainda que na primeira haja também a valorização da atenção especializada. Esta última para ganhar força na atuação sobre situações mais específicas e/ou que demandem intervenção medicamentosa, enquanto a atenção básica, especialmente a partir da atuação dos ACS, tem melhor capacidade para o acompanhamento cotidiano. Segundo a Portaria nº 3.088 de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), tanto o CAPS, dispositivo da atenção especializada, quanto a atenção básica possuem um papel de centro de articulação e ordenação do cuidado.

Prevalecem relações mais horizontalizadas entre os diversos pontos de atenção nas redes, contudo, nesta organização, cabe à atenção primária ser a principal porta de entrada do usuário no sistema, além de ser responsável por direcionar e acompanhar este usuário por outros pontos de atenção, quando assim se fizer necessário. A atenção primária tem um importante papel de manter a vinculação com o usuário e, para tanto, o papel dos agentes comunitários de saúde é essencial, conforme pode ser observado nos discursos dos representantes de gestores e dos profissionais.

Mendes (2011) refere em seus estudos que as redes de atenção apresentam a singularidade de situar na atenção primária o seu centro de comunicação e o protagonismo de coordenar os fluxos e contra fluxos do sistema. Esta posição estratégica tem a finalidade de potencializar, entre outras possibilidades, a continuidade do cuidado, a garantia da integralidade. Os agentes comunitários de saúde são os profissionais que se inserem no cotidiano destes usuários e os acompanham, onde muitas vezes outros atores não conseguem chegar.

Nunes (2007) em estudo realizado para investigar a atuação de quatro equipes de saúde da família situadas na cidade de Salvador e compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental, ressalta que os agentes comunitários de saúde se destacaram pelo contato com os casos existentes de transtornos mentais na comunidade, e ainda, demonstraram habilidade na identificação destas pessoas em sofrimento e aproximação com esta problemática em sua realidade. Este estudo ressalta ainda que, apesar de nem sempre serem

capazes de oferecerem uma solução mais adequada para cada caso, estes profissionais, talvez por serem residentes da comunidade, tentam formas mais contínuas de lidar com estes casos.

As narrativas nos sugerem ainda que a penetração de equipes regulares da atenção primária neste universo territorial tende a possibilitar a construção de relações de confiança e apoio com o usuário. Os agentes de saúde da família se identificam e se solidarizam com as dificuldades, e, até mesmo, com o sofrimento, da população atendida na comunidade da qual também fazem parte.

Foi ainda citado por dois gestores de diferentes níveis de atuação em saúde mental uma outra possibilidade de atuação sobre o suicídio a partir da articulação de diversos atores da rede dentro de um território adstrito. Abaixo, a fala do um gestor que fez a introdução da ideia de rede enquanto atenção organizada no território:

Potencializar a articulação entre os serviços que estão dentro de cada território, pois os casos de saúde mental, eles são extremamente complexos e a possibilidade de ser resolvido de forma efetiva é se você tem instituições a disposição para que, onde essa pessoa necessite de acompanhamento, ela possa ter a garantia que ele vai acontecer. (GESTOR 1)

Neste discurso, o representante da categoria dos gestores ressalta a complexidade das situações que se apresentam na Saúde Mental e que as resoluções perpassam muitas vezes pelas conexões intersetoriais dentro de cada território. Pois é neste espaço social que o sujeito se constitui e se identifica.

Corroborando este achado, a RAPS se constitui ainda na possibilidade de superação de um sistema fragmentado de saúde, produtor de isolamento social, na medida em que estabelece o conceito de território como uma de suas diretrizes de funcionamento na organização e planejamento do cuidado. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 estabelece o “desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania”, pois é nesse território que o usuário transita, tece as relações no cotidiano e constrói sua identidade social (BRASIL, 2011).

A RAPS se consolidou progressivamente numa proposta de modelo de atenção substitutivo ao modelo asilar e hospitalocêntrico, hegemônico na sociedade brasileira, para garantir as transformações impulsionadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A Lei 10.216 se constituiu em um marco de transformações e

rupturas ao modelo asilar e apresentou um novo modelo assistencial em saúde mental de base territorial e comunitária. (BRASIL, 2001)

Santos e Nunes (2011, p.96) conceituam território como a “base do trabalho, de residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi”. O território, não como uma delimitação geográfica, mas um espaço vivo onde as relações acontecem, as possibilidades de exclusão e inclusão e de inscrição em uma identidade social.

Menezes Junior (2018) também expressa a complexidade de lidar com o sofrimento psíquico e, por isso, a necessidade de se manejar os diversos recursos territoriais existentes, que muitas vezes extrapolam limites disciplinares, acadêmicos e corporativos. Este autor afirma que “o processo de trabalho em Saúde Mental demanda um intenso diálogo com os territórios onde vivem as pessoas que utilizam os serviços” (MENEZES JUNIOR, 2018, p 34). Assim, este modelo de atenção aponta para uma abordagem mais ampliada, orientada para as relações dinâmicas dos usuários em seu cotidiano, onde as relações são construídas e o sofrimento é produzido

Santos e Nunes (2014) defende ainda este modelo de atenção deve se orientar pela lógica da Clínica Ampliada, do sujeito, no território, da complexidade. Segundo a autora, a qualidade da clínica desenvolvida nos serviços estratégicos que constituem a RAPS não deve ser desprezada, pois esta é fundamental para rompimento da segregação e o alcance da reabilitação psicossocial e reinserção social do sujeito.

Nos achados, foi evidenciado por um representante da categoria dos gestores do nível central, um investimento das ações na articulação e fortalecimento de espaços coletivos da RAPS no território, conforme abaixo:

A gente tem, investido e APOSTADO no fortalecimento de espaços coletivos, de uma RAPS que seja local, de um território de abrangência, que esses atores se conheçam se reconheçam enquanto tais, e pactuem como será, como se dará esse fluxo assistencial naquele território (...)você põe atores envolvidos, primeiro que você dá a vida a esse território; porque de fato o cuidado é vivo e o território é vivo, então, essas pactuações, elas têm que ser vivas também. (GESTOR 3)

A ideia apresentada neste discurso reafirma a compreensão de um cuidado compartilhado em rede, dentro de um território vivo, onde os atores se conheçam e tenham fluxos assistenciais e pactuações construídas em espaços coletivos. O

território, nesta visão, não se limita a uma área geográfica, mas fica evidente a aposta em um conceito ampliado e a opção por um fortalecimento de relações entre os atores envolvidos neste contexto.

Reafirma-se a complexidade do suicídio e a responsabilidade dos pontos de atenção da RAPS na organização do cuidado em Saúde Mental para pessoas em risco de suicídio e seus familiares em documento lançado pelo Ministério da Saúde em 2017, “Perfil Epidemiológico das Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil e a Rede de Atenção à Saúde”. As ações propostas neste documento direcionam para um trabalho intersetorial e de base territorial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Uma outra contribuição da atuação em RAPS citada pelos participantes deste estudo foi o de melhorar a qualidade do cuidado ofertado a partir da perspectiva multidimensional dos saberes.

5.3.1.2. RAPS: melhorar a qualidade do cuidado a partir da perspectiva multidimensional dos saberes

Esta perspectiva de compreender a contribuição da atuação em RAPS a partir da perspectiva multidimensional dos saberes foi citada por dois integrantes da categoria dos gestores, pertencentes à área de Humanas, não sendo citada por nenhum profissional de saúde. Talvez por ocuparem posições estratégicas na organização deste cuidado, apenas dois gestores tenham citado como contribuição da RAPS a melhoria da qualidade do cuidado a partir da perspectiva multidimensional dos saberes.

As narrativas evidenciaram a importância atribuída à rede a partir da possibilidade de se tratar a situação complexa na perspectiva de atuação multidimensional de vários atores, diversos olhares, conforme a fala do gestor abaixo:

A atuação em rede tem a função de trazer perspectiva multidimensional do problema, contando a partir daí a gente pensa na atuação de vários atores, desde do sujeito envolvido, prioritariamente, como também a necessidade de se incluir aí, as questões voltadas para trabalho, renda, família, aspectos de laços sociais e pensar por meio desses atores, por meio de um projeto terapêutico singular a reconstrução da vida e seus novos projetos para esse sujeito. (GESTOR 03)

A perspectiva trazida neste discurso é a de atuação multiprofissional nas situações onde haja risco de suicídio, pois a amplitude do olhar se faz necessário ao se considerar os determinantes sociais nesta análise. Nesta perspectiva, a atuação

em rede pode produzir uma ação interdisciplinar de construção de um projeto terapêutico para pessoas em risco de suicídio a medida que múltiplos e diversos olhares possam atuar juntas neste objetivo, incluindo-se o próprio usuário.

Uma das características importantes da Rede de Atenção à Saúde citada é a composição multiprofissional das diversas equipes, já que os problemas de saúde muitas vezes são multicausais e complexos, e necessitam de diferentes olhares profissionais. A RAPS segue com esta propositura de construção de ações interdisciplinares de equipe, tessituras compostas por diferentes olhares profissionais para tentar garantir a pluralidade, o compartilhamento e a corresponsabilização do cuidado em saúde às pessoas em risco de suicídio diante da complexidade que estas situações apresentam.

5.3.2 Estratégias de articulação da RAPS

Na análise dos dados foram encontrados discursos que evidenciam duas diferentes estratégias de articulação da RAPS reconhecidas por estes gestores e profissionais: a estratégia de articulação dos dispositivos de saúde e articulação a partir do apoio institucional e distrital.

5.3.2.1. Estratégia de articulação dos dispositivos de saúde

Os dados revelaram que, ao serem indagados sobre as estratégias de articulação da Rede de Atenção Psicossocial em casos de risco de suicídio, três gestores de diferentes área e funções profissionais apontaram estratégias de articulação de diferentes dispositivos de saúde para o cuidado em casos de risco de suicídio, conforme podemos verificar abaixo:

Articular maior quantidade possível de atores da rede de atenção psicossocial para poder dar conta de fazer com que seja um cuidado efetivo e essa pessoa vai precisar de uma intensificação de cuidado. A rede precisa ser fortalecida a cada dia, justamente por essa perspectiva, porque além das situações de suicídio, os outros casos, outras situações de transtornos severos que às vezes muito deles tem ido para os CAPS, outros não acabam nem chegando ou estão na comunidade e as vezes ele não vem por uma série de questões e aí a gente precisa ir até ele aí. (GESTOR 01)

Ressaltamos que dois destes três gestores que citaram esta estratégia de articulação, desenvolvem suas atividades a nível central e a nível distrital trabalhando a articulação da RAPS. Estes gestores compreendem que, nestes casos, há de se ampliar o repertório destes sujeitos, ressignificar vivências, trabalhar

as possibilidades na rede e a intensificação de cuidados com o envolvimento de múltiplos atores.

Estas ações de articulação apontadas sugerem um diálogo entre diversos atores e pontos de atenção da RAPS envolvidos no processo de cuidado de determinado sujeito, numa perspectiva de construção de um plano terapêutico com a predominância do setor saúde. Apenas em uma narrativa de um gestor pudemos verificar uma articulação entre setores através de uma Comissão de Saúde Mental criada pelo Ministério Público, que atua constitucionalmente na fiscalização do cumprimento da lei por parte dos órgãos públicos, podendo propor termo de ajustamento conduta quando necessário.

Segundo este gestor a comissão de saúde mental é composta por diversos atores e foi articulada para discussão e construção do cuidado em saúde mental, contando com a participação de bombeiros, SAMU, urgência, emergência, entre outros não citados. Porém, entre os atores envolvidos citados, ainda há de se considerar o predomínio do setor saúde nesta comissão.

Uma das diretrizes da RAPS é a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado e a reinserção social de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2011). Mas, há de se considerar que esta rede é constituída por componentes próprios da saúde - a atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial - o que pode sugerir um predomínio de articulações internas entre estes componentes de saúde.

Ressaltamos ainda que em uma narrativa de uma gestora do nível central sobre a necessidade de articulação intersetorial na saúde mental encontramos uma interessante analogia entre a RAPS e um parque de diversões para explicar a necessidade de se utilizar todos os recursos possíveis para ampliação deste cuidado e inclusão social. A rede funcionaria como um ponto de apoio para possibilitar novas alternativas às pessoas em risco de suicídio:

Se a gente fosse estabelecer um uma analogia, como no campo de álcool e outras drogas, então assim, é sair da gaiola e pensar num parque de diversões bem mais amplos, bem mais amplo assim, de recursos públicos, recursos comunitários, recursos em que o repertório, desse sujeito, ele possa ser ampliado, em perspectivas de vivência, de projetos, de inclusão,

ressignificação mesmo. A rede seria aquele ponto de apoio junto ao sujeito para dizer: " Olha! Existem outras saídas". (GESTOR 3)

Em todas as falas, ficou evidente que, para se realizar o cuidado às pessoas em risco de suicídio, há de se ampliar o olhar e pensar em todas as possibilidades de recursos disponíveis na rede de atenção que deem conta de trabalhar o repertório os sujeitos.

E ainda, ao serem indagados sobre as estratégias de articulação da Rede de Atenção Psicossocial em casos de risco de suicídio, três entre os sete gestores entrevistados e um profissional de saúde citaram que a estratégia de articulação adotada deve considerar sempre o envolvimento da atenção básica neste processo. Observou-se que nesta análise, foi considerado relevante a maior capilaridade e alcance maior da população, conforme abaixo:

Os serviços de atenção primária, são serviços mais capilarizados, que alcançam maior números de pessoas, por estarem mais espalhados pelos territórios e perto das casas, então, não tem como pensar em prevenção, promoção e até cuidado na posvenção ao suicídio e descartar a atenção primária. Assim, tem agente comunitário que visita as pessoas em casa, tem o médico da família, tem enfermeiro próximo no posto de saúde que precisam ser mobilizados já que eles estão tão perto, e oferecem cuidados gerais, à saúde. (GESTOR 2)

O suicídio é algo que não é só de responsabilidade da equipe que trabalha em CAPS em saúde mental, por isso, se deve fortalecer toda uma rede, a unidade básica, PSF. (GESTOR 6)

Desta forma, foi ressaltado a importância do papel que a atenção básica desempenha no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e posvenção ao suicídio, devido ao alcance maior de suas ações dentro do território.

Após a Reforma Psiquiátrica, a assistência à Saúde Mental no Brasil passou por um processo de mudança no qual incorporou, para além da conhecida prática de ambulatorial, novas estratégias neste repertório. Foi percebida a importância de se envolver a atenção básica na assistência em saúde mental e o Programa de Saúde da Família se destaca principalmente pela possibilidade de identificação e acompanhamento de casos de sofrimento psíquico no território. (JUCÁ, NUNES e BARRETO, 2009)

Na categoria dos profissionais, observou-se em uma narrativa a concepção de que a atenção primária é a porta de entrada deste sistema, e neste âmbito, todas as informações acerca de pessoas em risco de suicídio, devem ser discutidas e as ações da RAPS articuladas, como podemos observar abaixo:

Essa informação dessa paciente, tem que ser discutida dentro de todas as equipes (PSF), a articulação da própria rede RAPS, que eu vejo hoje, a porta para as unidades de saúde, é a porta de abertura para chegar até aqui. (PROFISSIONAL 7)

Nesta fala, podemos evidenciar a indicação de compartilhamento das informações entre as equipes do PSF no que se refere ao cuidado às pessoas em risco de suicídio, reafirmando-se o papel de centro de articulação e comunicação da atenção primária neste modelo de atenção, juntamente com o CAPS.

Na análise nos dados, encontramos ainda duas outras narrativas de profissionais que delegam a esta categoria a responsabilidade de articular a rede através de uma teia de relações interpessoais. Nesta concepção, os serviços são compostos por pessoas que se interconectam e se articulam a partir das necessidades apresentadas pelos usuários em seu cotidiano.

5.3.2.2. Estratégia de articulação a partir do apoio institucional e distrital

Uma outra estratégia de articulação da RAPS também foi citada por um gestor do nível central. Apenas este gestor revelou em sua narrativa que o apoio institucional e o apoio distrital em saúde mental funcionam como articuladores da rede para possibilitarem que os serviços dialoguem e construam uma tessitura, conforme podemos observar abaixo:

A estratégia para conseguir costurar pra permitir que esses serviços dialoguem, conversem, discutam casos, é que o apoio institucional/matricial aconteça. O apoio institucional é uma estratégia, proposta pelo Ministério da Saúde. O apoiador distrital da saúde mental deve promover a articulação no território, estimular as práticas de matriciamento e fazer com que essa rede se torne viva, que ela aconteça, ela se mova, que ela se fale, e conheça quem são os casos mais complexos, a potência dessa estratégia para promover o encontro. O apoiador da gestão são os técnicos no nível central que vão ao serviço promover discussões sobre o cuidado a saúde mental e inclui-se aí o cuidado às pessoas que tentam ou tentaram o suicídio. (GESTOR 2)

Nesta narrativa, o gestor referiu que o profissional responsável pelo desenvolvimento das atividades de apoio distrital é o responsável pela articulação dentro do território, promovendo o encontro, a interface de ações intersetoriais para a garantia de um cuidado integral, diferente do apoiador do nível central que desenvolve suas ações realizando uma intersecção entre a gestão e os serviços para promover alinhamento de ações e discussões mais ampliadas sobre o cuidado em saúde mental.

Esta mesma compreensão acerca da função do apoiador distrital também foi demonstrada por um outro gestor que realiza suas atividades neste Distrito e que em sua narrativa revelou que a construção e a organização dos grupos de trabalho distritais por este apoiador objetivaram potencializar a articulação entre os serviços que estão dentro de cada território devido à complexidade da saúde mental. Especialmente nos casos em que há risco de suicídio, ele referiu a possibilidade de um acompanhamento compartilhado entre a atenção básica e a especializada articulado por este profissional, apontando uma articulação no âmbito da saúde.

O Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH) para gestores e trabalhadores do SUS introduz uma estratégia metodológica para lidar com os inúmeros desafios que o campo da Saúde nos apresenta, o apoio institucional. Ainda segundo este documento o apoio se apresenta como:

“Diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde”. (BRASIL, 2010, p.53)

O apoio institucional tem funções específicas citadas na fala do gestor acima, como estimular as práticas de matriciamento, fazer com que essa rede se torne viva, promover a interação entre os sujeitos, costurar e permitir que esses serviços dialoguem. Este matriciamento surge como uma proposta de diálogo entre os diversos saberes numa proposta de fazer valer a articulação para garantir o cuidado integral e ampliado à saúde.

O apoiador tem funções institucionalizadas de ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (BRASIL, 2010).

Portanto, o apoio institucional é uma função gerencial que inova o tradicional modelo que até então se tinha de realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, pois um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar

processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão.

O apoio deve ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, já que o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde e sua diretriz é a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, além disso, os apoiadores devem atuar prioritariamente no território a fim de produzir uma gestão em rede, transversalizada, territorializada e itinerante (OLIVEIRA, 2011).

Esta nova estratégia de trabalho da PNH em Salvador é institucionalizada em 2014 na saúde mental, através de um projeto de implantação de apoio institucional. Este projeto foi elaborado conjuntamente pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (ATSM) e pelos Apoiadores Institucionais dos 12 Distritos Sanitários existentes neste município e teve como objetivo: implantar o Apoio Institucional em Saúde Mental, nos doze Distritos Sanitários, como um dispositivo para potencializar a execução das ações estratégicas de gestão da Área Técnica de Saúde Mental - tanto no campo técnico-político, quanto gerencial, com vistas a contribuir na implementação da Rede de Atenção Psicossocial em Salvador, de modo efetivo e resolutivo (SMS, 2014).

Neste projeto, encontramos as principais características da atribuição do apoiador institucional, que devem ser profissionais concursados, com experiência em saúde mental, principalmente na atenção psicossocial, com habilidades para a gestão de coletivos e articulação de redes. Este documento prevê ainda que a organização e articulação da RAPS distrital (políticas, pontos de atenção e ações), objetiva a garantia da atenção por meio do estabelecimento de fluxos intra e interinstitucionais de atendimento aos usuários dos CAPS considerando-se as diretrizes de acessibilidade, integralidade e intersetorialidade.

No plano de ação para a implantação do apoio institucional, que traz a referência de ter sido construído coletivamente por apoiadores e Área Técnica e ter considerado as necessidades levantadas por estes atores, as análises de necessidades e demandas realizadas junto à RAPS Salvador, reivindicações de trabalhadores, usuários e instituições, constam quatro eixos de atuação do apoiador institucional: a gestão clínico institucional, a articulação de rede, o protagonismo social dos usuários e a educação permanente.

Portanto, percebemos que há um alinhamento entre a fala do gestor 2 e o estabelecido no projeto de implantação do apoio institucional em saúde mental no município de Salvador no que tange ao papel de protagonismo deste ator no processo de articulação da RAPS, haja visto o objetivo estabelecido de mediar a articulação da RAPS e demais redes intra e intersetoriais nos 12 Distritos Sanitários, a fim de ampliar o acesso e integralizar os cuidados em saúde, que consta neste documento.

5.4 VISÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO E O CUIDADO OFERTADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A categoria visão sobre o cuidado ofertado na Rede de Atenção Psicossocial revelou a percepção de gestores e profissionais acerca do cuidado oferecido às pessoas em risco de suicídio por esta rede, quais as possibilidades encontradas, os fluxos, instrumentos, pactuações e dispositivos que podem ser acionados, bem como as ações de planejamento, promoção, prevenção ao suicídio desenvolvidas pela gestão e de educação permanente direcionada à equipe.

De acordo com gestores e profissionais, a coordenação de saúde mental e a atenção psicossocial não tem fluxos estabelecidos para cuidar de pessoas em risco de suicídio, mas o cuidado hoje ofertado por esta rede apoia-se principalmente nos serviços especializados e nos serviços de urgência e emergência. A organização deste fluxo específico foi defendida apenas por um profissional e um gestor

Quanto às ações de planejamento, promoção, prevenção ao Suicídio e ações de Educação Permanente foram citadas neste estudo algumas iniciativas pontuais, específicas de meses de campanha.

5.4.1 O cuidado ofertado na RAPS

Todos os gestores e profissionais entrevistados referiram desconhecer um fluxo assistencial de cuidado às pessoas em risco de suicídio. Porém, dois gestores e dois profissionais citaram que os CAPS se constituem no dispositivo central na organização do cuidado às pessoas em risco de suicídio da RAPS, são estes os reguladores da rede, conforme as falas abaixo:

Especificamente para risco de suicídio, a coordenação de saúde mental e a atenção psicossocial não tem fluxos estabelecidos, o que temos são as

orientações ministeriais(...)os CAPS, que são os principais serviços da nossa rede, são serviços especializados. (GESTOR 2)

Mesmo que o CAPS, esteja não matriculando ele é referência. (PROFISSIONAL 5)

Estes integrantes ressaltaram que os CAPS são os serviços mais indicados para realizarem a assistência às pessoas em risco de suicídio e, mesmo que não estejam realizando a admissão de novos usuários, devem direcionar as ações após uma escuta qualificada. Para tanto, uma gestora amplificou a atuação do CAPS, ao ressaltar que, para se constituir em estratégia central na organização do cuidado a estes usuários, este serviço necessita mapear e se articular com outros atores do território a fim de ampliar o repertório extramuros.

Os dados revelaram que apesar de não existir linha de cuidado construída ou fluxo que garanta esse itinerário de maneira mais assertiva, um gestor do nível central em sua entrevista desenhou as possibilidades existentes, hoje, para cuidar de pessoas em risco de suicídio em Salvador, especificamente no Distrito de Brotas.

Segundo ele, o cuidado deve ser centralizado nos CAPS, identificado o risco eminente em uma situação mais aguda, estes usuários devem ser direcionados para uma assistência multiprofissional nos serviços de urgência e emergência, que neste Distrito Sanitário tem como referência a UPA de Brotas, o PA psiquiátrico, mas que, a atenção não deve se resumir a apenas a estes equipamentos, e que, também as portas hospitalares de hospitais gerais devem estar abertas para acompanhar, cuidar e avaliar estes usuários. Os CAPS funcionam como as principais portas reguladoras deste sistema.

Ele referiu ainda que o hospital geral municipal possui quatro leitos em sua emergência para cuidar de situações agudas de casos de saúde mental, que inclui a tentativa de suicídio e oito leitos de retaguarda para internamentos breves. Ainda segundo este gestor, a equipe multiprofissional deve cuidar e avaliar, seja em uma emergência ou em uma internação, o risco de suicídio, até que este seja extinto ou diminuído e avaliado a possibilidade da pessoa voltar para casa e ser cuidada pela família ou pelos pares.

Nesta narrativa abaixo, este mesmo gestor estabeleceu as possibilidades de cuidado hoje na RAPS centralizando o cuidado no CAPS, mas identificando outros dispositivos em casos de agravamento da condição de saúde, conforme abaixo:

Identificando o risco, o que temos, são e aí o CAPS pode encaminhar pra o pronto atendimento(...)Então assim, sendo identificado o risco, as

possibilidades de ações são: o cuidado nos CAPS, pensando que há um risco, os pronto-atendimentos, que não se resumem aos PA's e as UPAS, também podem oferecer assistência devem oferecer assistência, as portas hospitalares pois é um risco eminente, Então temos esses dispositivos, que podem dar conta de cuidar dessa pessoa e aí cada dispositivo com seu nível de complexidade e o seu campo de atuação, assim, desde de atenção primárias que tem que promover, prevenir até os nossos serviços especializados que já estão cuidando de alguém que já está com agravo em saúde e os outros que são de urgência emergência, as cotas hospitalares que também tem que prestar uma pronto-assistência, no caso de uma tentativa já realizada, o risco de morte, ou no risco eminente de suicídio, esses são os serviços que contamos na rede municipal. (GESTOR 2)

Um gestor com atuação na urgência e emergência confirmou em sua narrativa que não há um fluxo de pactuação, específica para assistência a pessoas em risco de suicídio e que usuários que chegam ao serviço podem vir a partir de demanda espontânea, regulados pelo SAMU ou direcionados pelo CAPS, sendo estas as portas de entrada ao serviço de pronto atendimento citadas por ele.

Uma outra gestora revelou ainda que também desconhece um fluxo instituído para assistência aos casos de suicídio, mas que no Distrito de Brotas foi realizado um acordo com a coordenação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para que as notificações de tentativa de suicídio fossem enviadas previamente por e-mail para o Distrito Sanitário de Brotas, antes mesmo da ficha física, a fim de que a coordenação do Distrito possa “acionar a rede”.

Segundo esta gestora o acordo ainda está em construção, mas que já houve uma experiência de articulação com uma equipe de agentes comunitários de saúde da área de cobertura de um usuário e com o serviço especializado do Distrito após uma tentativa de suicídio notificada e enviada previamente por e-mail. Segundo ela, nesta situação específica ela contou com o apoiador distrital para realizar as devidas articulações.

O acolhimento, diretriz da PNH, também foi citado por três gestores e um profissional como uma prática importante na construção de vínculo e construção do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico praticado pelos CAPS. Segundo narrativa abaixo de um gestor, o acolhimento inicial nos casos de risco de suicídio, deve ser disponibilizado ao usuário:

Os CAPS, que são os principais serviços da nossa rede, são serviços especializados, eles têm o que chama de acolhimento, acolhimento inicial, então assim, a meta é que todos os CAPS possam acolher as pessoas que tentam ou tentaram o suicídio, prontamente. Que o acolhimento tem que está à disposição. (GESTOR 2)

Para uma outra gestora, o acolhimento deve desdobrar na construção de um plano terapêutico singular (PTS) a fim de que se possa construir o cuidado a partir desta prática. Estes gestores acreditam na potência das equipes e no estabelecimento de vínculos solidários construídos no acolhimento.

Eu acredito na potência das equipes(...), acredito na potência da construção do vínculo. Então, uma vez, construído do acolhimento, de solidariedade, de alguém que está em sofrimento agudo ou em sofrimento muito profundo, disso ser desdobrado num plano terapêutico para que se possa ter um cuidado a partir daí. (GESTORA 3)

As narrativas nos revelaram que há uma indicação por parte da Área Técnica de Saúde Mental da prática de acolhimento pelas unidades de atenção especializada, principalmente pelos CAPS, mesmo que não haja a possibilidade ou indicação de matrícula no serviço, a fim de construção e direcionamento de do cuidado materializado no PTS, dispositivo da política nacional da humanização e citado na fala da gestora, utilizado para organizar o cuidado.

De acordo com a PNH, o acolhimento é “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída” (BRASIL, 2010, pg.51). O acolhimento pode possibilitar, através da escuta qualificada, a compreensão do sofrimento e das angústias vivenciadas pelo usuário e pode possibilitar, também, a análise da demanda que se apresenta para colocar os limites da ação e garantir a atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento e articulação de rede interna ou externa.

Na fala do profissional de saúde, o acolhimento se revelou como uma prática que possibilita ao profissional a escuta qualificada da história do usuário, suas implicações e direcionamentos, além de ser importante também ao usuário, que naquele momento, pode ser escutado. Este referiu ainda que o acolhimento pode, inclusive, fundamentar os encaminhamentos, instrumento citado como prática utilizada no cotidiano profissional quando nos casos em que o usuário possa se beneficiar com a assistência em outro dispositivo.

Os dados evidenciaram também que na categoria dos gestores o encaminhamento é referido como um instrumento da prática profissional para articular a rede. Especificamente um gestor de um dispositivo de urgência e emergência ressaltou que, os usuários assistidos após tentativa de suicídio recebem alta com um relatório médico e um encaminhamento do Serviço Social para o CAPS

ou Centro de Saúde Mental do território a fim de direcionar o seu acompanhamento de saúde.

Corroborando com esta fala, um outro gestor ressaltou que neste Distrito Sanitário duas instituições da rede especializada, o CAPS e o Centro de Saúde Mental Aristides Novis têm se constituído, na prática, como pontos centrais e reguladoras do cuidado na assistência às pessoas em risco de suicídio. Este gestor demonstrou ainda uma preocupação ao revelar que imagina que muitos usuários em risco de suicídio não chegam a ser assistidos por estes dispositivos especializados e que até poderiam ser acompanhados por outros pontos, porém, nem sempre este profissional está qualificado para perceber esta situação de risco, e por isso, o cuidado é centralizado na atenção especializada.

5.4.2 Planejamento, promoção, prevenção ao suicídio e ações de educação permanente

Na análise dos dados encontramos narrativas que evidenciaram de que maneira as ações de planejamento, promoção, prevenção ao Suicídio e ações de Educação Permanente sobre o tema são desenvolvidas neste distrito sanitário.

Os dados revelaram que não há uma linha cuidado específica construída para assistir pessoas em risco de suicídio ou fluxo que garanta esse itinerário de maneira mais assertiva, e, portanto, também não há planejamento específico para esta temática. Dois gestores referiram que o planejamento de ações da gestão relacionadas ao tema suicídio foram direcionadas para a capacitação profissional sobre este tema e para a compreensão da necessidade de notificação e o preenchimento correto deste instrumento.

Uma gestora do nível distrital revelou ainda que o planejamento local é pontual e que este planejamento das ações de saúde mental é realizado na coordenadoria da área técnica de saúde mental, não se sentindo inserida neste processo ao ressaltar que “o planejamento vem de lá”.

O Planejamento pode ser entendido como “um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas” (TEIXEIRA, 2010, p. 17). Na saúde, o planejamento surgiu diante da necessidade de lidar com a crescente complexidade dos processos de

trabalho desta área a partir das diversas mudanças que ocorreram nas condições de vida e de saúde da população.

Quanto às ações de promoção e prevenção de saúde relacionadas ao tema suicídio, todos os gestores e dois profissionais revelaram que os dispositivos da rede especializada de saúde mental participam ou realizam ações pontuais e periódicas na comunidade. Foram citadas as discussões realizadas sobre este tema nas feiras de saúde, as salas de espera e nas campanhas do setembro amarelo, alusiva a prevenção do suicídio, e janeiro branco, alusiva à promoção da saúde mental na sociedade.

A gente trabalha muito mais em prevenção secundária né?! Porque como a gente está na atenção especializada e acaba que não tem como abraçar tanto as demandas da atenção primária, no entanto, a gente sabe que nossos serviços, incluídos nos distritos, eles participam de eventos, tanto de setembro amarelo, feira e saúde em geral, então eles têm ações voltadas à prevenção e promoção, então, são muitos pontuais em distritos (GESTOR 3)

Dois gestores do nível central referiram que estas ações de promoção e prevenção estão mais direcionadas para a atenção básica, mas que os dispositivos da atenção especializada participam pontualmente dos eventos realizados na comunidade que estão inseridos para discutir saúde mental, inclusive o tema do suicídio.

Sobre isso, Paim e Solla (2014) referem que ações de caráter individual ou coletivo de promoção da saúde e prevenção de doenças fazem parte do escopo das atividades da atenção básica. Já a atenção especializada é composta por um conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais com certa densidade tecnológica, envolvendo processo de trabalho e tecnologias especializadas.

Outros dois gestores e um profissional referiram ações pontuais de promoção e prevenção desenvolvidas no programa de saúde na escola por profissionais da atenção especializada para alunos em sala de aula acerca da temática do suicídio, mesmo direcionamento citado por um gestor a frente de um dispositivo da rede de urgência e emergência que também citou as palestras que realiza como atividade de promoção.

Portanto, apesar de não fomentar ações de promoção e prevenção planejadamente, o CAPS e o Centro de Saúde Mental participam ou realizam ações pontuais desta natureza no território. Segundo um gestor, isso ocorre por que não há

na política de saúde mental no município uma estratégia ou linha de cuidado construída adequadamente para lidar com o suicídio:

A gente não tem uma política de saúde adequada para suicídio, acaba investindo em coisas pontuais, em campanhas, mas não em uma política de saúde, uma implantação de rede adequada, uma rede de saúde mental adequada. (GESTOR 5)

Na análise dos dados, dois profissionais também revelaram uma ampliação do conceito de promoção e prevenção de suicídio. Para estes profissionais de diferentes níveis de atenção, estas ações deveriam perpassar por uma melhoria da própria qualidade de qualidade de vida das pessoas, conforme abaixo:

A gente pensar em prevenção do suicídio com algo mais amplo, como promoção de qualidade de vida, isso são ações de prevenção(...)E esses cuidados que você oferece, que não estão diretamente relacionados a prevenção de suicídio, mas que são, porque quando você promove saúde, promove qualidade de vida, oferece alguma esperança. (PROFISSIONAL 5).

As ações de promoção e prevenção desenvolvidas no Programa de Saúde da Família direcionadas para a promoção da qualidade de vida foram consideradas importante para a promoção da saúde mental, apesar de não se caracterizarem como específicas na prevenção ao suicídio.

Pellegrini Filho, Buss, Esperidião (2014) ao discutirem promoção de saúde, ampliam este conceito e referem ações intersetoriais e políticas públicas que tenham a intensão de produzir saúde através de políticas equitativas de distribuição de renda e riqueza, saneamento básico, educação, moradia, emprego e trabalho digno. Portanto, para a promoção e a prevenção na saúde há de se considerar a importância de ações intersetoriais e de políticas públicas mais coerentes com os determinantes sociais na saúde da população

Corroborando ainda com este conceito, Nunes (2014) refere que para a promoção da saúde mental e a prevenção e o cuidado dos males que a acometem são necessárias respostas em diversos níveis e ações intersetoriais, apontando para uma teia de relações interconectas.

Quanto as ações de posvenção ao suicídio, apenas um gestor citou que a principal estratégia existente hoje na RAPS é o cuidado nos CAPS. A posvenção ao suicídio são as estratégias de intervenção e assistência às pessoas impactadas após um suicídio completo, é um processo de adaptação à perda da morte por suicídio pelo qual a família, amigos e outras pessoas próximas vivenciam (MÜLLER, SILVEIRA, ZANON, 2017).

Quanto as ações de educação permanente, dois gestores do nível central e um distrital citaram algumas iniciativas de capacitação para qualificar os profissionais da rede de atenção. Eles ressaltaram que nos anos de 2016 e 2017 promoveram uma qualificação para notificação de violência autoprovocada para todos os distritos sanitários e os serviços em parceria com NEPS (Núcleo Estudo e Prevenção ao Suicídio) que integra o CIAVE (Centro de Informações Antiveneno do Estado). Uma outra capacitação citada foi realizada em 2017 para todos os CAPS de Salvador, também em parceria com o NEPS/CIAVE, e que discutiu o tema do suicídio com os profissionais objetivando qualificar a assistência para o melhor acolhimento e avaliação de risco às pessoas que fizeram tentativa de suicídio.

Esta mesma gestora do nível central também ressaltou que tem buscado maior aproximação com a academia, instituições formadoras para favorecer o estágio-residência na rede e em contrapartida tê-los como colaboradores nos processos formativos da rede. Na análise dos dados, um gestor apontou que, apesar destas capacitações, ainda restaram muitas dúvidas por parte dos profissionais acerca deste processo de notificação. Uma profissional que atua no território corrobora com esta percepção e revelou que em sua prática cotidiana, percebeu que tem muitos cadastrados com pensamentos de suicídio ou pós tentativa e que não foram notificados.

Na categoria de profissionais, um representante reconheceu no fórum de saúde mental da RAPS de Brotas uma ferramenta de sensibilização e qualificação da rede. Segundo relato, este fórum aconteceu em 2018 e já está em processo de construção o fórum de 2019.

A implementação de espaços de Educação Permanente como estratégia para a qualificação do cuidado faz parte do escopo de atividades previstas no plano de ação do apoio institucional construído coletivamente pela Coordenadoria da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e os apoiadores institucionais. O fórum de saúde mental realizado no distrito com participação de toda a rede de Brotas pode ser considerado, portanto, uma ferramenta para a qualificação do cuidado.

5.5 ELEMENTOS FACILITADORES, DIFICULTADORES E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO

A análise dos dados nos evidenciou ainda os principais elementos dificultadores e facilitadores do trabalho na RAPS, além das estratégias de fortalecimento desta rede apontadas por gestores e profissionais.

5.5.1 Elementos Dificultadores

Segundo Teixeira (2010), para uma análise da situação de saúde de uma população, seria necessário proceder com a identificação, priorização e explicação dos problemas, para uma intervenção. Porém, neste estudo, optamos apenas por apontar alguns elementos que surgiram como dificultadores da atuação em rede relacionados ao estado de saúde da população e elementos dificultadores relacionados ao sistema de serviços de saúde, não nos debruçando sobre uma análise da situação de saúde da população deste distrito sanitário.

Em relação às dificuldades relacionadas ao estado de saúde da população, identificamos que todos os representantes da categoria de gestores e dois representantes da categoria de profissionais citaram o aumento do número de casos de sofrimento psíquico, com destaque para os casos de automutilação e tentativa de suicídio.

Quanto aos elementos dificultadores do sistema de saúde citados por gestores e profissionais integrantes deste estudo, quatro subcategorias foram eleitas para que pudéssemos classificá-los: elementos relacionados à infraestrutura, à organização dos recursos, à gestão e ao modelo de atenção.

5.5.2. Elementos dificuldades relacionadas ao estado de saúde da população

Em relação às dificuldades relacionadas ao estado de saúde da população, apontadas neste estudo, identificamos que todos os sete representantes da categoria de gestores e dois representantes da categoria de profissionais citaram o aumento do número de casos de sofrimento psíquico, com destaque para os casos de automutilação e tentativa de suicídio, conforme podemos observar na fala abaixo:

Tem aparecido muitas situações tanto no CAPS quanto no Ambulatório de Saúde Mental de Brotas, eu inclusive ontem eu consegui, depois de uma reunião, eu consegui fazer um acolhimento efetivo de uma menina que estava com mutilações, e provavelmente alguma ideação suicida pode

estáacontecendo ali(...). Essas situações têm aparecido de forma frequentes dentro desses serviços. (GESTOR 1)

Nesta narrativa, um gestor com atuação no distrito sanitário referiu que em sua prática tem observado uma maior frequência de pessoas que chegam aos serviços da rede especializada em busca de assistência após tentativa de suicídio ou prática de automutilações. Na análise dos dados, identificamos que também dois gestores do nível central de saúde mental identificaram como dificuldades atuais de saúde o crescimento da violência autoprovocada além da ansiedade associado ao uso de tecnologia moderna.

Dois gestores com atuação em serviços de urgência e emergência referiram que têm observado na prática cotidiana o aumento da prevalência e incidência de tentativas de suicídio e que este fenômeno tem crescido entre crianças, adolescentes e idosos a partir dos setenta anos. Uma gestora do nível distrital identificou uma demanda grande de pessoas que utilizam os serviços de saúde mental.

Quanto a categoria dos profissionais, os dois representantes elegeram o aumento de casos de tentativa de suicídio como o maior dificultador relacionado ao estado de saúde da população. Um deles, com atuação no PSF, referiu que tem entre os seus cadastrados, vários casos de tentativa de suicídio em que o meio escolhido para esta finalidade tem sido a passarela do Bonocô.

Estes dados coadunam com uma tendência apontada pela Organização Pan Americana de Saúde, segundo a qual, nas Américas, 65.000 pessoas se suicidam por ano, sendo esta a terceira causa de morte no grupo entre 20 e 24 anos e a quarta nos grupos com idades de 10 a 19 e 25 a 44 anos. A população com idade acima de 70 anos apresenta a mais alta taxa de suicídios. (OPAS, 2014)

Já o Plano Municipal de Saúde de Salvador para o período de 2018 a 2021(PMS,2018) pudemos constatar que neste município houve referência de aumento de casos de sofrimento psíquico, especificamente os transtornos depressivos. Também foi citado neste documento o aumento de casos de depressão em adolescentes, adultos e idosos entre o período de 2015 e 2016.

5.5.3. Elementos dificultadores do sistema de saúde

Quanto aos elementos dificultadores do sistema de saúde citados neste estudo por gestores e profissionais, optamos por classificá-los em quatro subcategorias: elementos relacionados à infraestrutura, à organização dos recursos, à gestão e ao modelo de atenção.

A análise dos dados nos revelou que os elementos dificultadores da atuação em rede relacionados a subcategoria da infraestrutura foram os mais citados entre gestores e profissionais. Os elementos relacionados à gestão foram os segundos mais citados pela categoria dos gestores, seguidos pelas dificuldades relacionadas à organização de recursos e ao modelo de assistência, nesta ordem. Para a categoria dos profissionais, os elementos dificultadores da atuação em rede relacionados à organização de recursos foram os segundos citados, seguidos do modelo de assistência. Não encontramos nenhuma referência aos elementos dificultadores relacionados à gestão citados pelos profissionais.

Após a categorização dos dados em elementos facilitadores e dificultadores do sistema de saúde, realizada com o auxílio do software NVivo, realizamos a visualização em gráficos das dificuldades mais citadas por profissionais e gestores que participaram deste estudo, conforme podemos verificar abaixo:

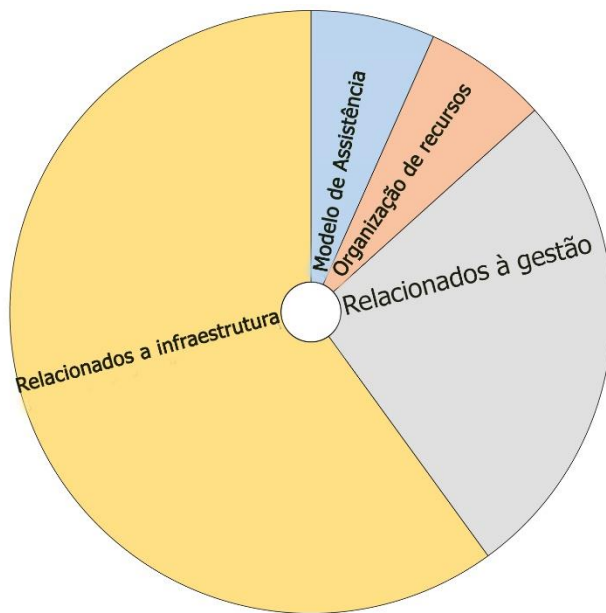
Gráfico 1- Elementos dificultadores da atuação na RAPS segundo os Profissionais da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia.



Fonte: Coleta de dados

Conforme gráfico acima, os profissionais revelaram que os elementos mais dificultadores da atuação na RAPS são aqueles relacionados à infraestrutura, seguidos pelos dificultadores relacionados à organização de recursos e por último os relacionados ao modelo de assistência. Esta categoria não citou elementos dificultadores relacionados à gestão.

Gráfico 2- Elementos dificultadores da atuação na RAPS segundo os Gestores da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador-Bahia.



Fonte: Coleta de dados

No gráfico acima, os gestores entrevistados revelaram que os elementos mais dificultadores da atuação na RAPS também são aqueles relacionados à infraestrutura, seguidos pelos dificultadores relacionados gestão, não citados pela categoria de profissionais, em terceiro foram citados os elementos relacionados a organização de recursos e por último os relacionados ao modelo de assistência. Os gráficos nos revelam que os elementos dificultadores relacionados à infraestrutura foram mais citados por ambas as categorias que fizeram parte deste estudo.

5.5.3.1. Elementos dificultadores relacionados à Infraestrutura

A infraestrutura refere-se aos elementos relacionados aos recursos humanos, materiais e financeiros, equipamentos, insumos, transportes e estrutura física. A

subcategoria infraestrutura como elemento dificultador do processo de trabalho em rede foi a mais citados por gestores e profissionais e percebemos que os principais pontos foram relacionados à qualificação ou ausência de recursos humanos ou inexistência de recursos materiais e financeiros, equipamentos, insumos, transportes e estrutura física.

Dentro da subcategoria de infraestrutura, os elementos relacionados aos recursos humanos foram os mais citados pelos integrantes do estudo. A análise dos dados nos demonstrou que cinco gestores e quatro profissionais apontaram a falta de qualificação profissional necessária para lidar com as questões da saúde mental como um importante dificultador do trabalho em rede. Os gestores referiram que a qualificação é insuficiente e que os profissionais, muitas vezes não sabem quais os papéis sociais deles no serviço ou desconhecem o funcionamento de um grupo de trabalho em saúde mental no distrito, ou ainda que, segundo um gestor de serviço de urgência e emergência, em relação ao suicídio, os profissionais tem dificuldades de lidar com esta opção pela morte, pois são treinados para fomentar a vida.

Porém, nos chamou atenção a fala de três gestores que referiram a existência de estigmas, tabus, preconceitos sofridos por usuários como consequência da falta de capacitação ou falha do processo formativo para se compreender o universo da saúde mental. Segundo estes gestores, muitos usuários têm dificuldades de acessar outros dispositivos da rede e manter a assistência devido ao fato de conviver com um transtorno mental, inclusive com a tentativa de suicídio.

Tem um estigma com a saúde mental, que ainda é muito grande e que muitos dos nossos usuários, tem dificuldades de acessar outros pontos de atenção, algumas vezes é negada a assistência por ter transtorno mental, a pessoa não é vista, não é avaliada enquanto pessoa, tem um CID que o inclui dentro da categoria de louco ou de usuário da rede, algumas profissionais dos outros pontos de atenção não se debruçam na escuta qualificada, e prontamente encaminham pro CAPS resumindo essa pessoa ao cuidado, ao transtorno de base ou uma questão de saúde mental(...) ainda o estigma pra população que precisa do nosso cuidado de em saúde mental é um grande nó. (GESTOR 01)

Acho que estigmas, tabus, preconceitos, se pudesse dizer assim em geral, mas talvez falhas no processo formativo mesmo, de se perceber a integralidade dessas pessoas na hora de cuidar, de sentir formada por divisões é, da formação, então acaba olhando a parte não o todo. E a Saúde mental ela é sempre vista repartida, acho que o nosso desafio é voltar pra ver o todo, e pra ver o todo é gente pra cuidar como um todo, com todas as pessoas envolvidas, acho que isso é o principal fator dificultador. (GESTOR 3)

Nas falas dos gestores do nível central pudemos perceber que eles identificaram em sua prática profissional um estigma social direcionado aos usuários que utilizam os serviços de saúde mental. A segunda gestora refere ainda que este pode ser consequência de um processo formativo pautado na lógica das diversas especialidades. Assim, ainda segundo estes gestores, muitas vezes é negada a assistência integral aos usuários de saúde mental, reduzidos que são, aos rótulos de “loucos”.

Por outro lado, dois profissionais também coadunam com a existência da repartição do cuidado por área e com o prejuízo que esta situação traz ao usuário, que muitas vezes deixa de ser visto na sua integralidade. Percebemos nas falas destes dois profissionais da atenção especializada, que também nestes pontos de atenção há uma dificuldade de perceber o usuário de maneira integral e os profissionais tendem a observar apenas o sofrimento psíquico de uma maneira isolada:

O pessoal só vê a saúde mental, não vê o todo! O usuário como um todo, essa articulação, a questão social, a questão familiar que a gente tem que correr atrás disso (PROFISSIONAL 02)

Então eu acho que esse profissional ele também precisa sair do pedestal dele inerte e absoluto, que vive ali engessado e ser chamado para também esse dia-a-dia para essa participação e cobrar dele essa visão integral de que o paciente aqui não é só cabeça, quando eu faço as palestras, " me mostre que vocês são cabeça, tronco e membro. (PROFISSIONAL 03)

Além das questões de capacitação e qualificação profissional, uma profissional citou ainda como dificultador do trabalho em rede a ausência de profissional médico, psiquiatra, no serviço especializado, que no momento dispunha de dois médicos clínicos generalistas para atender aos usuários.

Quanto aos recursos materiais, um gestor do nível central citou como dificultador a ausência de materiais para abastecer as oficinas que são realizadas pelos serviços da rede especializada. Segundo ele, esta falta de material de trabalho, desestimula o profissional e dificulta o processo de cuidado, pois ele acredita que as oficinas são um meio de promover a ressocialização e interação destes usuários.

Um profissional evidenciou ainda as dificuldades enfrentadas para a realização de ações no território devido a constante indisponibilidade de encontrar transporte equipado com motorista e gasolina, impactando desfavoravelmente na programação e efetivação das atividades assistenciais extramuros.

Um outro elemento dificultador revelado por um gestor foi o financiamento insuficiente para a saúde mental, que em sua fala ressalta não ser revisto pelo Ministério da Saúde há muitos anos. Inclusive fez um comparativo com os recursos dispensados para a atenção básica e para a rede de urgência e emergência e concluiu que a saúde mental sofre esta diferenciação devido ao estigma que perpassa esta área.

O subfinanciamento do SUS é um grave problema que ameaça os princípios de universalidade, integralidade e acessibilidade. Paim (2016) refere que em 30 anos de implantação do SUS, o que se observou em todos os governos foi a convivência entre os avanços alavancados pela implantação de um sistema de saúde único, gratuito e universal, porém, sem mudanças estruturais e financiamento adequado que atenda às expectativas de fortalecimento de um SUS de qualidade e para todos.

Um novo relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (2018) ressalta que apesar das questões relativas ao sofrimento psíquico serem responsáveis por mais de um terço do número total de incapacidades nas Américas, os investimentos realizados atualmente estão abaixo do necessário e recomenda que os países aumentem o orçamento destinado à saúde mental prioritariamente para o financiamento de serviços de saúde mental comunitários e de atenção primária.

5.5.3.2. Elementos dificultadores relacionados à organização dos recursos

A organização dos recursos refere-se ao arranjo dos recursos humanos e tecnológicos para a realização das ações de saúde. Esta subcategoria como elemento dificultador do processo de trabalho em rede foi citada por dois gestores e quatro profissionais.

Na análise nos dados observamos que uma gestora do nível central elencou algumas dificuldades de organização desta rede de atenção relacionadas principalmente à insuficiência de componentes nos distintos pontos de atenção da RAPS, poucas estratégias de articulação de reabilitação, como também a ausência de CAPS nas diversas modalidades. Uma outra gestora com atuação no nível distrital referiu que o maior dificultador é a reduzida oferta que os componentes da atenção especializada produzem. Abaixo, a fala de uma gestora que enumerou estas dificuldades organizacionais;

1. Em Salvador a gente não tem todos os componentes, a gente não tem o componente de reabilitação psicossocial suficiente, poucas estratégias de articulação sobretudo no trabalho-renda, a Casa Gerar, por exemplo, que tem feitos esforços para trazer aí a perspectiva deste ponto 2. (...) um número insuficiente de equipamentos de atenção primária, para fazer essa busca ativa e fazer esse acompanhamento longitudinal primário, preventivo, é o mesmo na capacidade dos CAPS, enquanto reguladores, de também em realizar essa busca ativa, já do fato que eles estão às vezes sobrecarregados com o aumento da demanda da saúde mental em geral. 3. Na rede intersetorial, tem sido mais complexo (...) a gente tem territórios e os territórios são diferentes. A divisão da saúde é uma, a divisão da educação é outra, a divisão da assistência social é outra, 4. A gente não tem CAPS III (...) sem ser o AD (...) para poder dar conta de um acolhimento em hospitalidade noturna, como maior intensificação de cuidados, é que às vezes as demandas de suicídio requerem de você ter uma observação mais próxima. (GESTOR 3)

Em sua narrativa, percebemos que a gestora apontou uma insuficiência de componentes em seus distintos pontos de atenção, o que pode ocasionar a dificuldade de acesso dos usuários a estes serviços, além da inexistência de um CAPS III com acolhimento em todos os turnos, o que dificulta o cuidado integral em situação de risco de suicídio, quando o plano terapêutico requer a intensificação deste cuidado. Outro dificultador citado foi também o número insuficiente de equipamentos da atenção primária, que teria para esta gestora o importante papel de atuar no território do usuário em situação de risco de suicídio para realizar atividades de busca ativa e acompanhamento longitudinal primário, preventivo.

A RAPS tem em sua composição sete componentes de atenção e a Atenção Básica em Saúde tem papel fundamental neste arranjo organizativo devido a convergência na centralidade do cuidado e as ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Sobre isso, Nunes *et al* (2007) referem que o PSF se constitui em um importante articulador da rede de saúde mental por centrar o cuidado na família e não na doença, além de desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde mental no território. Assim, o número insuficiente de equipamentos de atenção primária pode comprometer, sobretudo, a integralidade no cuidado aos usuários em risco de suicídio.

Quanto a categoria dos profissionais, os principais elementos dificultadores citados estão relacionados com o aumento de demanda para os pontos de atenção da rede especializada, o CAPS e o centro de saúde mental, principalmente o último, que segundo a fala de um integrante deste estudo, atualmente atende a quatro territórios de Salvador: Brotas, Liberdade, Cabula/Beiru e Centro Histórico. A análise nos revelou que os profissionais ressaltaram que este aumento de demanda impacta

na capacidade de resolutividade e acompanhamento de saúde de cada usuário e suas singularidades.

Eles ressaltam que o acolhimento dos usuários é uma demanda aberta nas unidades, porém, diante do aumento desta demanda, nós percebemos uma dificuldade de resolver ou direcionar esta situação que se apresentou nesta primeira abordagem, como também, manter um acompanhamento mais próximo ao usuário dos serviços de saúde mental.

Esta questão do aumento de demanda e superlotação dos pontos de atenção trazida por uma representante desta categoria como dificultador da assistência impacta no plano de cuidado dos usuários em risco de suicídio a medida em que, o prazo longo de retorno deste usuário à unidade, por dificuldades de agendamento não intensivo, tem implicado na dispensação maior de medicamentos sob sua guarda em domicílio, o que pode ofertar risco a aqueles que estão convivendo com este sofrimento psíquico.

5.5.3.3. Elementos dificultadores relacionados à gestão

A gestão, enquanto componente de uma rede de serviços de saúde, refere-se a um conjunto de ações, desde a elaboração de políticas até a sua execução, além da definição de programas (ALMEIDA FILHO e PAIM, 2014). Esta subcategoria como elemento dificultador do processo de trabalho em rede foi citada por três gestores e nenhum profissional.

Um gestor que desenvolve suas ações no nível distrital, apontou como elemento dificultador da atuação em rede a falta de participação maior da gestão distrital no planejamento e definições das ações de saúde mental desenvolvidas no nível central. Esta gestora ressalta que as ações são planejadas sem uma participação maior do nível distrital para possibilitar atender as especificidades de cada distrito sanitário, como podemos observar abaixo:

O que dificulta mesmo é que nem todo o processo depende só do distrito, ele depende da área técnica e que tudo é construído, todo o processo, tudo é construído por lá, a gente recebe aqui e coloca em prática o que é construído lá, (...) em reunião discute o que é melhor, como é nosso fluxo para poder colocar um padrão, mas no final das contas, o que realmente, o que é planejado o que acaba trazendo pra ser executado, é a área técnica. Acho que a participação é a área técnica mesmo de saúde mental deve tá mais presente! Pronto! Não tá mais presente em planejar, presente em participar, em tá presente no local, entendeu? Antes de planejar tentar conhecer a estrutura do local, (...)o perfil daquele, porque um distrito é completamente diferente do outro, nem todo o padrão pode ser empregado, você não pode chegar de lá, um distrito é diferente do outro e as vezes o

que se tem como planejamento precisa de adequações de cada local e se fortalecer de acordo com o que tem dentro da rede. (GESTOR 6)

Como podemos notar, a falta de participação da gestão distrital no planejamento das ações desenvolvidas no nível central foi citada como elemento dificultador, inclusive porque, como ressaltado, cada distrito sanitário tem suas características e perfil distintos, portanto, o planejamento e execução dessas ações deve considerar estas especificidades que só um planejamento mais compartilhado possibilita.

Um outro gestor que desenvolve suas ações a nível distrital revelou que percebe que alguns gestores das unidades de saúde do distrito não se identificam com as atividades desenvolvidas pelo GT- RAPS Brotas, não entendem a proposta e por isso não comparecem às reuniões ou dificultam o comparecimento de uma representação do serviço. Este mesmo gestor compreende que há necessidade de maior apoio da gestão distrital no suporte necessário para o desenvolvimento das atividades.

Esta fala nos levou a perceber que, como a gestão distrital não participa tão efetivamente da elaboração do planejamento das ações de saúde mental a nível central, conforme narrativa do gestor acima, talvez não haja a compreensão e dimensão acerca destas mesmas ações executadas a nível local que se traduzam em um investimento maior de participação nas atividades da RAPS.

Teixeira (2010) ao defender a pertinência do enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus como eixo do processo de planejamento no SUS, refere que esta posição admite a pluralidade de planejamentos, reconhece que todos os atores sociais planejam, tomam decisões e estabelecem estratégias de ação voltadas para a consecução de seus objetivos. Portanto, segundo a autora, a partir deste ponto de vista, há o reconhecimento do outro e uma possibilidade de relacionamento que permita o processo de planejamento conjunto.

5.5.3.4. Elementos dificultadores relacionados ao modelo de atenção

Os elementos dificultadores de um sistema de saúde relacionados ao modelo de atenção dizem respeito ao conjunto dos processos de trabalho que os profissionais de saúde utilizam para atender às demandas e necessidades dos usuários deste sistema (ALMEIDA FILHO e PAIM, 2014). Esta subcategoria como elemento dificultador do processo de trabalho em rede foi citada por um gestor e dois profissionais.

Quanto a categoria dos profissionais dois elementos dificultadores foram elencados, um que se referia ao processo de trabalho desenvolvido por uma equipe da atenção básica no qual não há espaços reservados dentro da rotina de trabalho para planejamento de ações, discussões técnicas e avaliações. Neste modelo citado, os profissionais desenvolvem suas atividades de maneira isolada dentro de suas perspectivas e formações profissionais.

Na análise de dados, percebemos que um outro elemento dificultador revelado por um profissional integrante do PSF, diz respeito a ausência da estratégia de visitas domiciliares pelo Centro de Saúde Mental no acompanhamento a um usuário, pois não faz parte do escopo de suas atividades, mas sim do CAPS. Na oportunidade que ela acompanhou um usuário da modalidade não intensiva do ponto de atenção especializado ambulatorial e referiu que sentiu dificuldade por esta limitação do serviço.

Um gestor, com formação na área de ciências da saúde, em sua fala identificou que os elementos dificultadores de atuação em rede dizem respeito a uma gestão de cuidado inadequada para lidar com o evento do suicídio, referindo-se à necessidade de especialização de equipe em nível terciário. Ele ressaltou ainda que identifica um distanciamento entre os elementos ideológico-políticos e o técnico, e, que, só quando os elementos técnicos, políticos e ideológicos estiverem alinhados que, talvez, façamos uma política de saúde mental adequada.

No Brasil, a Lei 10.216 estabelece a Política Nacional de Saúde Mental que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Esta lei redireciona o modelo assistencial em saúde mental para um modelo humanizado de atenção à saúde com base comunitária. A RAPS se afirma como a estratégia de desenvolvimento das ações em Saúde Mental. (BRASIL, 2001)

5.5.4. Elementos Facilitadores

Ao serem indagados acerca dos principais elementos facilitadores da atuação em rede, quatro gestores e um profissional apontaram para a possibilidade do compartilhamento do cuidado nos diversos pontos de atenção.

Os gestores referiram principalmente a construção de vínculo, o reconhecimento do território e dos parceiros que nele transitam. Nesta fala abaixo, o gestor especifica a possibilidade de compartilhamento do cuidado como elemento facilitador da atuação em rede:

Os elementos facilitadores, eu acredito muito, por exemplo, em um momento em que você possa compartilhar o cuidado, então eu acho, por exemplo, que o diálogo em rede, é muito importante para esse processo, eu preciso saber quem são as pessoas que estão pra acolher e a gente também identificar. (GESTOR 5)

O que facilita é a gente conhecer o território, ver quem são os parceiros que estão aí. Os agentes comunitários também, para eles saberem que a gente pode tá colaborando. (GESTOR 6)

Para o gestor que atua no nível distrital, a atuação em rede favorece a identificação do território, os parceiros e as potencialidades. Ressalta ainda que a atuação em rede pode fortalecer a prática profissional dos agentes comunitários de saúde, pois há, neste modelo, a possibilidade de colaboração entre os atores envolvidos no processo de cuidado.

O compartilhamento do cuidado apontado como um elemento facilitador da atuação em rede mantém coerência com a Política Nacional de Humanização que traz algumas mudanças para o processo de cuidado ressaltando os valores da autonomia, do protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Assim, para superar o modelo tradicional de atenção à saúde, a PNH avança em uma proposta alicerçada na integralidade do cuidado que se operacionaliza, entre outras, através da “construção e troca de saberes, o trabalho em rede com equipes multidisciplinares, o mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 20)

O compartilhamento de cuidado citado pelo integrante da categoria de gestores, faz parte das estratégias propostas pela Política Nacional de Humanização do SUS para visa garantir os princípios de integralidade, universalidade, a busca da equidade e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

5.5.5. Estratégias de Fortalecimento da RAPS

Ao serem indagados acerca dos principais elementos facilitadores e dificultadores da atuação em rede, os gestores e profissionais elencaram também algumas estratégias que poderiam ser adotadas para o fortalecimento desta RAPS.

5.5.5.1. Estratégias de fortalecimento relacionadas à infraestrutura

A análise nos dados nos revelou que três gestores de diferentes níveis de atuação e um representante da categoria de profissionais ressaltaram que, para fortalecer a RAPS, se faz necessário investir na qualificação de recursos humanos a fim de que esta ação reverbere em melhor assistência ao usuário em risco de suicídio.

Um gestor com atuação distrital ressaltou que já tem investido na realização de reuniões itinerantes do GT- RAPS Brotas desde a realização do fórum da RAPS de Brotas para possibilitar que um número maior de profissionais possa se beneficiar destas discussões. Abaixo, a fala desse gestor:

A gente vai começar a fazer as reuniões de forma, em rodízio pra poder a gente ir nas unidades(...) ter o contato não somente com os representantes, mas com boa parte dos profissionais daquela unidade onde eles vão fazer as falas, demonstrando qual a demanda que está chegando até eles, eu acho que essa aproximação, essa qualificação que a gente vai tentar a partir de rodas de conversas pode potencializar as ações que o GT pretende, acho que o investimento de 2019 precisa pensar nesse viés, na qualificação da rede(...)A gente vai ter que seguir fazendo esse movimento de aproximação e qualificação da rede, acho que é a forma que a gente tem, pelo menos é que tá posto no GT desse ano, foi em cima da avaliação que fizemos que a gente acha que a RAPS pode ser, se fortalecer aqui no distrito. (GESTOR 1)

Qualificar as práticas profissionais e a organização do Processo de Trabalho é uma ação prevista no plano de ação do apoio institucional da área técnica de saúde mental, álcool e outras drogas do município de Salvador, que também especifica como objetivo “promover a reorganização clínico-institucional dos CAPS e a requalificação da atenção, considerando as necessidades específicas acerca do processo de trabalho, da atenção psicossocial”, e para tanto indica as ações de educação permanente, planejamento em saúde e cogestão para qualificação deste cuidado (SMS, 2014).

Esta prática foi reforçada por um outro gestor do nível distrital que reconheceu como estratégia de fortalecimento da rede um trabalho desenvolvido pela atenção especializada através de palestras, orientações acerca desta temática do suicídio e ressaltou que este não é um problema apenas da saúde mental e que os gerentes são incentivados a participarem destes espaços. Um integrante da categoria de profissionais, que atua na atenção básica, reconheceu no fórum da RAPS uma oportunidade de qualificação profissional.

Sobre isso, Nunes *et al* (2007) realizou um estudo que pretendeu investigar a atuação de quatro equipes de saúde da família para compreender como os

profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e puderam observar uma inexistência de estratégia do PSF para lidar com a saúde mental, o que pode indicar para nós que o investimento na qualificação profissional nos diversos espaços da RAPS, pode colaborar para o seu processo de fortalecimento

Quanto ao nível central, um gestor, apresentou uma fala que traduz a opção do município de Salvador por um modelo de atenção pautado na clínica de atenção psicossocial e que o principal elemento para o fortalecimento da rede é a qualificação do trabalhador sobre as principais estratégias de cuidado nesta perspectiva. Além disso, especificamente em relação ao suicídio, ele referiu que o profissional precisa se qualificar para avaliar risco e cuidar das pessoas sem emitir julgamentos, práticas comuns, segundo este mesmo integrante do estudo.

Este gestor ressalta ainda que, quem trabalha na área de saúde mental, não deve desqualificar um usuário por conta de sua experiência de sofrimento, mas que este técnico deve desenvolver habilidades para perceber que o cuidado profissional deve ser independente das suas avaliações pessoais. Esta fala se alinha com uma outra de um gestor de componente de urgência e emergência, segundo o qual uma das maiores dificuldades enfrentadas na RAPS é o fato dos profissionais de saúde não saberem lidar com esta opção do usuário pela morte, pois são treinados para fomentar a vida. Ambos os gestores apontam para estratégias de fortalecimento da RAPS na perspectiva de qualificação profissional.

5.5.5.2. Estratégias de fortalecimento relacionadas à organização dos recursos

No que se refere à estratégia de fortalecimento relacionada à organização dos recursos, identificamos que um gestor de componente de urgência e emergência revelou em sua fala que a estratégia de encaminhamentos dos usuários deve ser melhor organizada e melhor ofertada. Ela contextualizou o aumento do número de usuários em risco de suicídio, sinalizando ainda, a necessidade de ampliação da oferta na rede para esta assistência específica, principalmente nas situações em que há houve a tentativa e o usuário irá precisar de assistência do componente hospitalar, identificado em sua fala como rede terciária.

A categoria de profissionais, representados por dois técnicos da atenção básica, identificou que a garantia de oferta das atividades em grupos para que se possa trabalhar a qualidade de vida e a prevenção, além da cobertura deste

programa com visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde para identificação de risco são as principais estratégias de fortalecimento da RAPS no cuidado às pessoas em risco de suicídio.

5.5.5.3. Estratégias de fortalecimento relacionadas à gestão

A subcategoria das estratégias de fortalecimento da RAPS relacionadas à gestão foi mais citada comparativamente pelos gestores que por profissionais. Todos os gestores entrevistados referiram uma estratégia de fortalecimento da rede direcionada à gestão.

Entre estes, três gestores citaram que a construção de fluxos para o fortalecimento da RAPS, quer seja a nível distrital, municipal e estadual. Um fluxo citado por um gestor de serviço de urgência e emergência, diz respeito a comunicação direta ao distrito sanitário de origem deste usuário do ocorrido, não apenas através da notificação, mas algo mais direto, citando inclusive fluxos já estabelecidos para outros agravos e doenças.

A nível distrital, percebemos que uma gestora ressaltou a necessidade da construção de um fluxo com os componentes da rede de urgência e emergência no qual possa envolver os PSF, na personificação dos agentes comunitários de saúde, que em sua fala acredita nesta potência por estarem na comunidade, portanto, mais próximo dos usuários. Notamos que um outro gestor que desenvolve suas atividades a nível do distrito também se aproximou desta estratégia de fortalecimento ao propor que a gestão do distrito deva se aproximar mais da saúde mental.

Outro gestor do componente de urgência emergência na análise nos dados nos revelou um outro fluxo, envolvendo as esferas estadual e municipal através de vários atores citados por ele, como a atenção básica, os componentes de urgência e emergência, atenção hospitalar, os serviços de UTI móvel e fixa para a construção de uma linha de cuidado específica para atender às pessoas em risco de suicídio.

Os dois gestores que desenvolvem suas ações no nível central da área de saúde mental verbalizaram estratégias de fortalecimento relacionadas à gestão mais operacionais. Um deles citou em sua fala que prevê que o instrumento denominado "sala de situação", segundo ele, estruturado pelo Ministério da saúde, deverá condensar todas as informações oriundas dos diversos dispositivos da rede a fim de se construir uma análise situacional da saúde mental e assim pensar na atenção às pessoas em risco de suicídio.

Outra gestora do nível central sugeriu em sua narrativa que não há hoje uma gestão intersetorial compartilhada devido ao fato de que cada rede convive com seu território de abrangência, diferindo geograficamente entre elas, assim, segundo ela, a divisão da saúde é uma, a divisão da educação é outra, a divisão da assistência social é outra e a prefeitura bairro passa por todas elas. Portanto, ela propôs como estratégia para o fortalecimento da RAPS, uma mesma divisão territorial para todas as políticas de governo.

Quanto a categoria dos profissionais, observamos duas narrativas que referiram estratégias de fortalecimento da RAPS relacionadas à gestão. Um profissional ressaltou que os gestores dos serviços da rede necessitam estar mais próximo, participar das reuniões. Uma outra fala estabeleceu ainda a construção de um protocolo e um fluxo que dê conta de atender às pessoas em risco de suicídio.

5.5.5.4. Estratégias de fortalecimento relacionadas ao modelo de atenção

A subcategoria estratégias de fortalecimento da RAPS relacionadas ao modelo de atenção foi citada por dois gestores que atuam no nível central e dois profissionais. Os dados nos revelaram que os gestores e profissionais que referiram esta estratégia, reafirmaram a perspectiva de fortalecimento do modelo de atenção pautado na clínica de atenção psicossocial.

Um gestor defendeu que a estratégia de fortalecimento da RAPS seria aproximar os serviços de saúde entre eles e os outros serviços do sistema único da assistência social (SUAS) e da Justiça a fim de proteger o usuário e garantir direitos. Portanto, em sua fala, ele sinaliza a importância de desenvolver a articulação para dentro e fora desta rede. A outra gestora sugeriu que a estratégia já adotada pelo nível central é o fortalecimento de espaços coletivos da RAPS no território de abrangência, para que esses atores se reconheçam e possam pactuar fluxos assistenciais.

Quanto a categoria dos profissionais, identificamos na análise dos dados uma estratégia de fortalecimento deste modelo de atenção que diz respeito a uma mudança no processo de encaminhamento para que o profissional continue se responsabilizando pelo usuário mesmo após o processo de referência e admissão em outro serviço, a ideia de uma responsabilização e compartilhamento de cuidado entre os serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar a atuação sobre o suicídio na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas/Salvador (RAPS-Brotas), de acordo com os coordenadores e/ou representantes dos serviços e, para tanto, assumiu uma abordagem qualitativa. A população foi composta dos gestores e profissionais representantes dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial de um Distrito Sanitário de Salvador e os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram as entrevistas semiestruturadas aplicadas aos gestores e a técnica de grupo focal aplicada aos integrantes do Grupo de Trabalho da RAPS, trabalhados à luz da técnica de Análise de Conteúdo com auxílio do software NVIVO 12.

As entrevistas semiestruturadas direcionadas a categoria dos gestores foram norteadas por questões sobre o conceito de suicídio, a organização da RAPS e suas contribuições para a atuação sobre este fenômeno, ações locais existentes no Distrito Sanitário estudado, voltadas à promoção da saúde, proteção e prevenção ao suicídio, e, à atenção às pessoas que realizaram tentativas de suicídio, além dos elementos facilitadores, dificultadores e as estratégias de fortalecimento para uma atuação em rede de atenção.

A técnica de grupo focal foi aplicada aos profissionais representantes dos serviços que frequentam o Grupo de Trabalho da RAPS de Brotas. Esta escolha metodológica possibilitou a ampliação da discussão acerca da atuação da RAPS em situação de suicídio ou risco de suicídio a partir de um caso apresentado ao grupo, tecido nos vários relatos que chegaram ao acolhimento no Centro de Saúde Mental.

Porém, uma das limitações deste estudo decorreu do fato de que no Grupo de trabalho da RAPS, que compôs nossa população de estudo ao lado dos gestores, deveria haver uma representação de cada serviço que compões esta rede, hoje composta por: 03 Unidades Básicas de Saúde 03 Unidades de Saúde da Família, 01 unidade de pronto atendimento, 02 serviços especializados em saúde mental, 01 equipe do Consultório na Rua, 01 unidade de acolhimento, 01 unidade do Corra pra o Abraço, 01 Centro de Referência de Assistência Social e 01 Centro de Referência Especializada em Assistência Social. Porém, nem todas as unidades acima citadas se fizeram representadas na reunião mensal de dezembro, programada pelo apoiador para nossa coleta de dados.

Assim, nosso estudo, realizou o grupo focal com os seguintes profissionais representantes dos serviços quem compõem a RAPS de Brotas: um de UBS, dois de USF, um profissional do Programa Corra para o Abraço e quatro da atenção especializada - sendo dois do CAPS e dois do Centro de Saúde Mental. Não se fizeram presentes os representantes da equipe de consultório na rua, da unidade de acolhimento, do Centro de Referência de Assistência Social e do Centro de Referência Especializada em Assistência Social e da unidade de pronto atendimento, cujo gestor foi entrevistado. Quanto a categoria dos gestores, conseguimos realizar todas as entrevistas havíamos delimitado.

O emprego de estratégias metodológicas para a produção de dados diferentes, segundo os sujeitos incluídos no estudo, merece também reflexões. Assim, o fato de empregar entrevistas semiestruturadas individuais junto aos gestores e de realizar um grupo focal com profissionais do GT-RAPS Brotas, talvez, tenha gerado mais espaço à canalização da “voz” dos gestores do que dos profissionais.

A partir da análise dos dados, identificamos entre os gestores e profissionais duas concepções principais sobre o suicídio: uma marcadamente biomédica e uma segunda concepção, que aborda o suicídio como fenômeno social. Ressaltamos que todos os entrevistados demonstram entender o suicídio como um problema de saúde pública, de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

A concepção biomédica do suicídio se desdobrou em duas subcategorias: uma perspectiva psicopatológica desse evento, e uma delimitação multicausal, que considerou múltiplos e complexos fatores, subcategoria mais citada por gestores e profissionais dentro da concepção biomédica do suicídio.

A concepção que aborda o suicídio como fenômeno social também se desdobrou em duas subcategorias: uma que considerou a importância das dinâmicas e relações sociais, mais defendida por gestores em comparação aos profissionais e outra citada apenas por gestores, que considerou o papel das desigualdades sociais nesta análise.

Percebemos, neste caso, um movimento de ampliação do olhar sob o conceito de suicídio, com destaque para a consideração das desigualdades sociais e o impacto das dinâmicas sociais contemporâneas sobre este fenômeno, ainda que muito localizada entre alguns gestores.

Quanto às contribuições da RAPS no processo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, especificamente vivenciando o risco de suicídio, reconhecidas

por estes gestores e profissionais, encontramos duas principais: ofertar a atenção contínua e integral a partir dos diversos pontos da rede, mencionada prioritariamente pelos profissionais e melhorar a qualidade da atenção a partir da perspectiva multiprofissional, referida apenas por gestores.

Apesar da RAPS se constituir enquanto um modelo de atenção substitutivo ao modelo manicomial, identificamos que algumas práticas ou compreensões mais tradicionais convivem com uma outra visão de rede de base territorial e comunitária. Entre os participantes deste estudo, encontramos desde uma visão de rede hierarquizada e organizada por níveis de atenção, citada apenas pela categoria de gestores, a uma visão de rede poliárquica, com relações não hierárquicas e compartilhamento de cuidado, citada pelas duas categorias.

Ainda sobre a visão de rede referida pelos participantes deste estudo, encontramos uma citada, apenas pela categoria de gestores, que ressaltou a possibilidade de atuação sobre o suicídio a partir da articulação dos diversos atores da RAPS dentro do território e uma outra, que ressaltou a importância do papel desempenhado pela atenção básica no acompanhamento às pessoas em sofrimento psíquico, citada por dois profissionais e um gestor.

Estas perspectivas antagônicas e contraditórias encontradas tanto sobre o conceito de suicídio quanto sobre a concepção de rede de atenção apontam para uma ampliação da visão e abertura de possibilidades de trabalho, mas podem também fragilizar a articulação em rede e o compartilhamento do cuidado.

Quanto às estratégias de articulação em rede, pudemos identificar duas, citadas apenas pela categoria de gestores: estratégia de articulação dos dispositivos de saúde e a articulação a partir do apoio institucional e distrital, citada apenas por um gestor do nível central de saúde mental no município de Salvador. Segundo gestores e profissionais, não há fluxos estabelecidos para o cuidado específico de pessoas em risco de suicídio na RAPS, esta assistência é direcionada, principalmente, para os serviços da rede especializada e de urgência e emergência.

Neste estudo identificamos ainda alguns elementos facilitadores e dificultadores, da atuação em rede, além de algumas estratégias de fortalecimento deste sistema de atenção à saúde. Acerca dos principais elementos facilitadores da atuação em rede, a análise dos dados nos apontou que, a possibilidade de compartilhamento do cuidado nos diversos pontos de atenção, foi a mais citada, principalmente pela categoria dos gestores.

Quanto aos elementos dificultadores da atuação em rede, optamos por apontar alguns elementos que surgiram relacionados ao estado de saúde da população e elementos dificultadores relacionados ao sistema de serviços de saúde, não nos debruçando sobre uma análise da situação de saúde da população deste distrito sanitário.

Em relação às dificuldades relacionadas ao estado de saúde da população, identificamos que todos os representantes da categoria de gestores e dois representantes da categoria de profissionais citaram o aumento do número de casos de sofrimento psíquico, com destaque para os casos de automutilação e tentativa de suicídio. Talvez pelo fato de estarem participando de uma pesquisa cujo tema tenha sido a atuação da RAPS sobre o suicídio, estes integrantes tenham referido este problema.

A partir da análise dos dados, os elementos dificultadores relacionados ao sistema de serviços de saúde foram classificados em quatro subcategorias: elementos relacionados à infraestrutura, à organização dos recursos, à gestão e ao modelo de atenção.

Os elementos dificultadores da atuação em rede relacionados a subcategoria da infraestrutura foram os mais citados entre gestores e profissionais. Os elementos relacionados à gestão foram os segundos mais citados pela categoria dos gestores, seguidos pelas dificuldades relacionadas à organização de recursos e ao modelo de assistência, nesta ordem. Para a categoria dos profissionais, os elementos dificultadores da atuação em rede relacionados à organização de recursos foram os segundos citados, seguidos do modelo de assistência. Não encontramos nenhuma referência aos elementos dificultadores relacionados à gestão citados pelos profissionais.

Dentro da subcategoria de infraestrutura, pudemos observar que os elementos relacionados aos recursos humanos foram os mais citados pelas duas categorias integrantes do estudo. Estes apontaram a falta de qualificação profissional necessária para lidar com as questões da saúde mental como um importante dificultador do trabalho em rede. Chamou-nos atenção ainda a fala de três gestores que referiram a existência de estigmas, tabus, preconceitos sofridos por usuários em sofrimento psíquico nos serviços de saúde, como consequência da falta de capacitação ou falha do processo formativo profissional.

As estratégias de fortalecimento desta rede de atenção também foram categorizadas em estratégias relacionadas à infraestrutura, à organização dos recursos, à gestão e ao modelo de atenção a partir da nossa análise dos dados.

A estratégias de fortalecimento da rede relacionadas à infraestrutura, citadas por três gestores e um profissional apostaram na qualificação de recursos humanos a fim de que esta ação reverberasse em melhor assistência ao usuário em risco de suicídio. Portanto, para dar conta desta ação, um gestor com atuação distrital ressaltou que já tem investido na realização de reuniões itinerantes do GT- RAPS Brotas desde a realização do fórum da RAPS de Brotas para possibilitar que um número maior de profissionais possa se beneficiar destas discussões.

As estratégias de fortalecimento da rede relacionadas à gestão foram citadas por todos os gestores entrevistados e dois profissionais. Entre os gestores, três citaram a necessidade de construção de fluxos assistenciais para pessoas em risco de suicídio, quer seja a nível distrital, municipal e estadual. Estes fluxos contemplariam, desde a comunicação direta ao distrito sanitário sobre a ocorrência de algum usuário em risco de suicídio para o conhecimento das equipes do PSF, a ações mais amplas envolvendo outros pontos de atenção da RAPS.

As estratégias de fortalecimento relacionadas à organização dos recursos foram referidas por um gestor e dois profissionais. Um gestor da rede de urgência e emergência citou a necessidade de ampliação de oferta de leitos em rede hospitalar e de urgência e emergência para esta assistência específica, enquanto que os profissionais sugeriram como estratégia de fortalecimento a oferta das atividades em grupos para se trabalhar a qualidade de vida e a prevenção ao suicídio.

Assim, após a compreensão da complexidade conceitual do suicídio, faz-se necessário reafirmar que atuar sobre este fenômeno, seus fatores de risco e de proteção não é uma ação simples, mas muito complexa e que exige a interface de vários atores e o entrelaçamento de distintos saberes no desenvolvimento de um compartilhamento de cuidado interdisciplinar em rede de atenção que possibilite a integralidade da atenção.

As reflexões aqui colocadas, longe de pretenderem realizar um fechamento pragmático, muito mais apontam para outros horizontes e possibilidades que possam favorecer a compreensão deste sujeito e a sua garantia de direitos. Compreendemos, a existência de algumas lacunas a serem estudadas como por exemplo, o itinerário terapêutico percorrido por estes usuários em sofrimento

psíquico nos serviços de saúde, o que poderia favorecer o fortalecimento da articulação em rede de atenção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. Conceitos de Saúde: Atualização do debate teórico-metodológico; In: PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, 720p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de RETO, LA.; PINHEIRO, A. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p. Disponível:
<https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitat%20e%20qualitat%20-%20IFES/Livros%20de%20Metodologia/10%20-%20Bardin,%20Laurence%20-%20An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2019

BÖRZEL, T. **Qué tienen de especial los policy networks?** Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea, 1997. Disponível em:
<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.doc>. Acesso em 09 set. 2018

BERENCHTEIN NETTO, N. Suicídio: uma Questão de Saúde Pública e um Desafio para a Psicologia Clínica. In: **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013. 152p.

BOTEGA, NJ. Comportamento Suicida: Epidemiologia. **Jornal de Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236. 2014. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>>. Acesso em 18 ago. 2017.

BRANDÃO, A. A. Conceitos e coisas: Robert Castel, a “desfiliação” e a pobreza urbana no Brasil. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 141-157, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, (DF), 2001. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____, Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2017. 34 p. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso em 02 dez. 2017.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, (DF), 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____, 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 24 abr. 2018.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF). 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 24 abr. 2018.

_____, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa em seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 2012. Disponível em: <http://goo.gl/joVV2Q>. Acesso em: 08 jun 2019.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, (DF), 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 02 de dezembro de 2017.

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

_____, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 20 p. 2004. Disponível

em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizadasus_2004.pdf. Acesso em 09 set. 2018.

BTESHE, M. **Experiências Narrativas e Práticas Infocomunicacionais sobre o Cuidado no Comportamento Suicida**. 2013. 189f. Tese (Doutorado em Informação, Comunicação e Saúde) -Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12355>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.77-93. 2007.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis, Vozes, 1998.

CORREIA, C. M. **Vivência de violência doméstica em mulheres que tentaram suicídio**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador. 2011. Disponível em: [http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2011/MULHER%202011/DISSER_PGE_NF_280_CINTIA%20\(3\).pdf](http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2011/MULHER%202011/DISSER_PGE_NF_280_CINTIA%20(3).pdf). Acesso em 09 set. 2018.

DELGADO, P.G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 01-04, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>. Acesso em: 14 out. 2019.

DISTRITO SANITÁRIO DE BROTAS. **Análise de Situação de Saúde do Distrito Sanitário de Brotas 2016- 2018**, Salvador, DSB, 2019.

DÓREA, J.P.L. **A Reorganização da Rede de Atenção Psicossocial em um Distrito Sanitário de Salvador**, 2016, Salvador. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Atenção Básica) - Escola de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto Magalhães Netto. Salvador, 2016.

ESTELLITA-LINS, C.E.; *et al.* Experiencing Suicide Ideation: Qualitative Research Concerning an Emergency Facility. In: 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. **Abstract Book**[...] Roma, 2010.

FERREIRA JUNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**. Salvador, v.02, n.01, 2015. Disponível

em:https://www.researchgate.net/profile/Avimar_Junior/publication/277130341_O_comportamento_suicida_no_Brasil_e_no_mundo_The_suicidal_behavior_in_Brazil_and_in_the_world/links/5561caa408ae8c0cab332c6f/O-comportamento-suicida-no-Brasil-e-no-mundo-The-suicidal-behavior-in-Brazil-and-in-the-world.pdf?origin=publication_detail. Acesso em 09 set. 2018.

IBAHIA. Viver Cabula: Hospital Juliano Moreira é Referência em Saúde Mental na Bahia. Salvador, **IBAHIA**. Disponível em:<https://www.ibahia.com/viver-cabula/detalhe/noticia/hospital-juliano-moreira-e-referencia-em-saude-mental-na-bahia/>. Acesso em 14 out. 2019.

JUCÁ, V.J.S.; NUNES, M.O.; BARRETO, S.G.; Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.173-182, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100023>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014. Disponível em: <http://cebas.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em 10 jul. 2018.

MATTA, G.C. MOROSINI, M.V.G. Atenção à Saúde in: PEREIRA, IB. LIMA, JCF. **Dicionário da educação profissional**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478p.

MENDES, EV. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.

MENDES, M. F. M. Avaliação em Saúde Mental: uma Análise de Políticas Nacionais e Internacionais. **Saúde em Redes**. Porto alegre, v.2, n.4, 2016. Disponível: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163234/001021590.pdf>. Acesso em 10 dez 2017.

MENEZES JUNIOR, G. E.C. **Cuidado compartilhado intersetorialmente a adolescentes que fazem uso de drogas: é preciso deixar abertas as portas do coração**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

MINAYO, M.C.S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p.421-428, abr-jun. 1998. _____, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, 21ª edição, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio: Saber, Agir e Prevenir: Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em 09 set. 2018.

_____, Portal da Saúde. **DATASUS / SIM**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=26&pad=31655>. Acesso em 09 set. 2018.

_____, Portal do Governo Brasileiro. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em 03 nov. 2019.

MÜLLER, S.A.; SILVEIRA, G.P; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**. Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, dez. 2017. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1686>. Acesso em: 16 jul. 2019.

NEVES, S.R.S. **Suicídio e Alienação: A vivência cotidiana da desigualdade e da exclusão social**. 2007. 182f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de pós-graduação em Serviço Social. Belém. 2007. Disponível em: http://ppgss.ufpa.br/arquivos/dissertacoes/2005/sandra_regina_smith_neves.pdf. Acesso em 09 set. 2018.

NUNES, Everardo Duarte. O Suicídio – Reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p.17-34, jan-mar, 1998.

NUNES, M; JUCÁ, VJ; VALENTIM, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: Confluências e Dissonâncias das Práticas com os Princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2375-2384, out, 2007.

NUNES, M.O.; ONOCKO- CAMPOS, R. Prevenção e Controle em Saúde Mental. In: PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, 720p.

NUNES, M. O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B. A.; et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde**

Pública. Rio de Janeiro, v.18. n.6, p. 1639-1646, nov-dez, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 set. 2018.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.** 2011. 168f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 2011.

OMS, Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em atenção Primária.** Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 09 set. 2018.

(OPAS) Organización Panamericana de la Salud. **La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018.** Washington, PAHO, 2018. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y. Acesso em: 16 jul. 2019.

(OPAS) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020.** 53º CONSEJO DIRECTIVO de la OPS. 66ª. Sesión Del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS, 2014. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es. Acesso em 09 set. de 2018.

PAIM, Jairnilson da Silva. **O que é o SUS.** Editora FIOCRUZ, 6ª ed. Rio de Janeiro, 2016.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Medbook. 2014. p. 305-326.

PORTUGAL, C.M. **Da linguagem dos infortúnios às narrativas de doença: o sofrimento psíquico e a construção de itinerários terapêuticos entre adeptos do Candomblé.** 2014. 233f. Dissertação (Mestrado em Informação, Comunicação e Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, 2014.

SANTOS, A.A.; NUNES, M.; O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis Revista de Saúde**

Coletiva. Rio de Janeiro, V.24 n.1, p.105-125. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100007>. Acesso em: 09 set. de 2018.

SANTOS, M.R.P; NUNES, M. O Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop3511.pdf>. Acesso em 09 set. 2018

SJDHDS (Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social). **Corra pro Abraço**. Governo do Estado da Bahia, Bahia, 2019. Disponível em <http://www.justicasocial.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=60>. Acesso em 16 de out. 2019

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). Salvador, 2018. 231p. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/2018/01/24/consulta-publica-plano-municipal-de-saude-2018-2021/>. Acesso em 10 jul. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Projeto de implantação apoio institucional em saúde mental**. Salvador, SMS, 2014.

SILVA, S.F. Organização de Redes Regionalizadas e Integradas de Atenção à Saúde: Desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SILVA, S.F. (Org.). Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS. In: MAGALHÃES JUNIOR, H M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em 10 jul. 2018.

SOLLA, J.J.S.P.; PAIM, J.S. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, 720p.

TEIXEIRA, CF (org.). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.11, p.143-52, ago. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing Suicide: A Global Imperative**. Genebra, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em 09 set. 2018.

_____, (WHO). **Mental health action plan 2013-2020**. Genebra, 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1. Acesso em 09 set. 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? **Nota Técnica nº 26, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Brasília, ago. 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf. Acesso em 09 set. 2018

VIEIRA, Fabiola Sulpino, *et al.* Políticas sociais e austeridade fiscal: Como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**. Rio de Janeiro: CEBES, 2018. p.40, 2018. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/11/Austeridade.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

VIEIRA, M. do C. Os jovens flâneurs.com: **A construção e a liquidez da identidade no espaço das redes sociais da internet**. 2013. 220f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém, 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/30879662/Os_jovens_fl%C3%A2neurs.com_A_constru%C3%A7%C3%A3o_e_a_liquidez_da_identidade_no_esp%C3%A7o_das_redes_sociais_da_internet. Acesso em 09 set. 2018

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
 CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
 CEP: 40.110-040- Salvador, Bahia. Email: ppgscmp@ufba.br Fones: (71)3283-7409/7410/7416



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Baseado na resolução nº466/2012 CNS)

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO SUICÍDIO EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE EM SALVADOR/BAHIA, desenvolvida por Deniz Reis dos Santos Menezes, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, sob a orientação do Prof. Dr. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos.

A justificativa para a realização desta pesquisa emerge da preocupação da pesquisadora com o aumento de casos de suicídio ou tentativas que se apresentam neste cenário atual e objetiva analisar a atuação da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário de Brotas/Salvador (RAPS-Brotas) sobre o suicídio. Esta pesquisa pretende contribuir para a organização e fortalecimento da RAPS-Brotas, principalmente no que se refere ao cuidado às pessoas em risco ou pós-tentativa de suicídio.

A sua eventual participação nesta pesquisa se dará através em uma entrevista individual ou em um grupo focal sobre assuntos diretamente relacionados ou objeto de estudo. Essas entrevistas e grupo focal serão gravados em áudio, sem registro de imagens, para o que solicitamos sua autorização. Ressaltamos que as questões norteadoras do grupo e da entrevista poderão ser lidas, antes da assinatura de consentimento deste termo, caso haja interesse. A sua participação na pesquisa é voluntária, não envolve nenhuma forma de remuneração e não está previsto qualquer tipo de despesa; mas, se porventura houver, você será ressarcido.

Os dados que vierem a ser obtidos nesta pesquisa serão usados exclusivamente para fins científicos e para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, melhoria dos serviços de saúde e para fins de pesquisa. Garantimos que seu nome não aparecerá em nenhuma publicação e em nenhum documento público, nem tampouco informações que possam identifica-lo(a), pois será garantido o anonimato aos participantes.

Pesquisador

Participante

As informações que você prestar serão guardadas e estarão protegidas sob a responsabilidade da pesquisadora, o material dessa pesquisa ficará armazenado em arquivos digitais por cinco anos após o término do estudo, quando serão destruídos.

Eventualmente, o relato de suas experiências pode afetá-lo/a emocionalmente. Alertamos que esta pesquisadora foi devidamente treinada e está sendo supervisionada por pesquisador com experiência em pesquisas qualitativas, de forma a orientar as ações necessárias a sua participação. Você não será obrigado a responder todas as questões e poderá interromper sua participação em qualquer momento que julgue necessário.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante, pois como **benefícios**, ela pretende possibilitar uma discussão acerca da atuação da Rede de Atenção Psicossocial sobre o suicídio e contribuir para subsidiar ações voltadas para a organização e fortalecimento desta rede de atenção, principalmente no cuidado às pessoas em risco ou pós-tentativa de suicídio.

Em data previamente estabelecida por esta pesquisadora, os/ as participantes da pesquisa serão convidados/as a participarem de um evento com a finalidade de apresentar **o retorno dos resultados** e contribuições obtidas com o estudo. Se você concorda em participar dessa pesquisa, se todas as dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora, aceita os procedimentos que serão realizados, por favor, assine esse termo em duas vias. Uma via ficará com você e a outra, com a pesquisadora. Abaixo, encontram-se os contatos do Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (órgão responsável por avaliar e aprovar este projeto), você poderá acessá-lo (a) em caso de dúvidas em relação a essa pesquisa como também poderá fazer alguma denúncia relacionada à mesma. Alertamos que em qualquer etapa do estudo, o/a senhor/a poderá deixar de participar do estudo, caso assim desejem, sem qualquer prejuízo.

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA)** que funciona de segunda a sexta das 08 às 15h, na Rua Basílio da Gama, s/n, 2º andar, Canela, 40110-040, Salvador, Bahia, e-mail cepisc@ufba.br e telefone (71) 3283-7419. No caso de eventuais dúvidas, o/a senhor/a poderá esclarecê-las diretamente com a profissional responsável pela pesquisa através do telefone 71 99914360 ou e-mail deniz.menezes@gmail.com.

Salvador, ____ de _____ de 201...

Nome completo do participante: _____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Pesquisador Participante

APENDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
 CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
 CEP: 40.110-040- Salvador, Bahia. Email: ppgscmp@ufba.br Fones: (71)3283-7409/7410/7416



**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO
 SUICÍDIO EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE EM
 SALVADOR/BAHIA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA AO COORDENADOR/REPRESENTANTE DO
 SERVIÇO DE SAÚDE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

1.1. Unidade
1.2. Data da Coleta:
1.3. Horário da Coleta:

2. Dados de identificação

2.1. Coordenador () Representante da Coordenação ()

2.2. Escolaridade:

2.3. Vínculo Empregatício: Estatutário () Outros () Qual?

2.4. Tempo na Gestão:

2.5. Profissão:

2.6. Sexo: Feminino () Masculino ()

3. Sobre o fenômeno Suicídio:

3.1. Gostaria que você falasse sobre o suicídio.

Em sua opinião, o suicídio é um problema de saúde pública? Por que?

3.2. Quais fatores que podem influenciar o suicídio? O que se deve levar em consideração para compreender o suicídio na população?

3.3. Em sua atuação profissional, como o suicídio é definido? Que tipo de abordagem é realizada em torno desse fenômeno?

4. Visão geral sobre a contribuição da RAPS

4.1 Qual a importância da atuação em rede? E da criação da RAPS?

4.2 Quais são as suas principais metas e contribuições?

5. Processo de construção da RAPS

5.1 Quais as estratégias de construção da Rede de Atenção Psicossocial? Seus elementos facilitadores e dificultadores?

5.2 Como tem sido a participação dos diversos atores da RAPS no seu processo de construção?

5.3 Em sua opinião, quais seriam as estratégias mais adequadas para o fortalecimento do processo de construção da RAPS?

4. Gestão e Cuidado: Organização da RAPS

4.1. Existe alguma pactuação de fluxo na Rede de Atenção à Saúde local para os casos de risco de suicídio? Em caso afirmativo, por favor, descreva os fluxos pactuados. Esses fluxos têm sido cumpridos/realizados? Eles têm possibilitado uma melhor atuação sobre o suicídio?

4.2. Quais ações são desenvolvidas pela equipe após a identificação de usuário em risco de suicídio?

4.4. Quais são os elementos facilitadores e dificultadores da atuação em Rede?

4.6. Existem ações de educação permanente voltadas para os profissionais para detecção de risco, acolhimento e acompanhamento de tentativas de suicídio e de apoio a familiares/comunidade nos casos de óbito? Por favor, descreva essas ações.

4.7. A equipe participou de treinamento para notificação em casos de tentativa de suicídio? Já realizaram alguma notificação?

4.8. Vocês realizam alguma ação intersetorial voltada para esta temática? Que tipo? Qual a importância dessa ação? Qual seu alcance? Quais desafios?

5. Prevenção ao Suicídio e Promoção da Saúde

5.1. Existem ações de Promoção da Saúde e Cultura da paz desenvolvidas na Unidade/ Quais?

5.2. Existem ações de Prevenção à violência e ao suicídio desenvolvidas na Unidade/ Quais?

5.3. Existem ações de Proteção ao suicídio desenvolvidas na Unidade/ Quais?

Há ações dirigidas à identificação e apoio aos indivíduos com risco mais elevado de suicídio?

5.4. Existe alguma parceria com instituições de ensino e pesquisa, profissionais ou sociedade civil para desenvolvimento de capacitações técnicas para a equipe

relacionados à prevenção do suicídio?

5.5. Como sua equipe se prepara para lidar com este fenômeno?

6. Atenção à Saúde => atuação em rede

6.1. Acompanham ou já acompanharam usuário em risco de suicídio ou após tentativa de suicídio?

6.2. Quais foram as principais ações desenvolvidas pela equipe?

6.3 A equipe acionou algum dispositivo da Rede nesta experiência? Como se deu esta experiência? Como o cuidado foi pensado neste caso? Houve algum tipo de acompanhamento? Qual o desfecho?

6.4 Como você imagina nestes casos o cuidado a ser ofertado ?

APÊNDICE 03: ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
 CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE
 Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
 CEP: 40.110-040- Salvador, Bahia. Email: ppgscmp@ufba.br Fones: (71)3283-7409/7410/7416



**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO
 SUICÍDIO EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE EM
 SALVADOR/BAHIA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA AO COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL DO
 MUNICÍPIO DE SALVADOR,
 APOIADORES DA SAÚDE MENTAL
 COORDENADOR DO DISTRITO DE SAÚDE**

1.1. Cargo:
1.2. Data da Coleta:
1.3. Horário da Coleta:

2. Dados de identificação
2.1. Coordenador () Apoiador()
2.2. Escolaridade:
2.3. Vínculo Empregatício: Estatutário () Outros() Qual?
2.4. Tempo na Gestão:
2.5. Profissão:
2.6. Sexo: Feminino () Masculino ()

3. Sobre o fenômeno Suicídio:
3.1. Gostaria que você falasse sobre o suicídio. Em sua opinião, o suicídio é um problema de saúde pública? Por que?
3.2. Quais fatores que podem influenciar o suicídio? O que se deve levar em consideração para compreender o suicídio na população?
3.3. Em sua atuação profissional, como o suicídio é definido? Que tipo de abordagem é realizada em torno desse fenômeno?

4. Visão geral sobre a contribuição da RAPS
--

4.1 Qual a importância da atuação em rede? E da criação da RAPS?
--

4.2 Como a Gestão compreende o papel da RAPS no processo do cuidado?
--

4.3 Quais são as suas principais metas e contribuições?

5. Processo de construção da RAPS
--

5.1 Quais as estratégias de construção da Rede de Atenção Psicossocial? Seus elementos facilitadores e dificultadores?
--

5.2 Como tem sido a participação dos diversos atores da RAPS no seu processo de construção?

5.3 Em sua opinião, quais seriam as estratégias mais adequadas para o fortalecimento do processo de construção da RAPS?

4. Gestão e Cuidado: Organização da RAPS

4.1. Existe alguma pactuação de fluxo na Rede de Atenção à Saúde local para os casos de risco de suicídio? Em caso afirmativo, por favor, descreva os fluxos pactuados. Esses fluxos têm sido cumpridos/realizados? Eles têm possibilitado uma melhor atuação sobre o suicídio?

4.2. Após a identificação de usuário em risco de suicídio, quais as possibilidades de ações em rede a serem desenvolvidas no Distrito Sanitário de Brotas?
--

4.4. Quais são os elementos facilitadores e dificultadores da atuação em Rede?
--

4.6. Existem ações de educação permanente voltadas para os profissionais para detecção de risco, acolhimento e acompanhamento de tentativas de suicídio e de apoio a familiares/comunidade nos casos de óbito? Por favor, descreva essas ações.

4.7. Existem ações de treinamento para notificação em casos de tentativa de suicídio? Como a gestão realiza o planejamento destas ações?
--

4.8. A gestão realiza alguma ação intersetorial voltada para esta temática? Que tipo? Qual a importância dessa ação? Qual seu alcance? Quais desafios?
--

5. Prevenção ao Suicídio e Promoção da Saúde

5.1. Existem ações de Promoção da Saúde e Cultura da paz planejadas e/ou desenvolvidas pela Gestão/ Quais?
--

5.2. Existem ações de Prevenção à violência e ao suicídio planejadas e/ou desenvolvidas pela Gestão? Quais?

5.3. Existem ações de Proteção ao suicídio planejadas e/ou desenvolvidas pela gestão? Quais? Há ações dirigidas à identificação e apoio aos indivíduos com risco mais elevado

de suicídio?
5.4.Existe alguma parceria com instituições de ensino e pesquisa, profissionais ou sociedade civil para desenvolvimento de capacitações técnicas para as equipes relacionados à prevenção do suicídio?
5.5.Em seu planejamento, como a gestão se prepara para lidar com este fenômeno?

6.Atenção à Saúde => atuação em rede
6.1.Como deve acontecer o acompanhamento de usuários em risco de suicídio ou após tentativa de suicídio? Quais as diretrizes indicadas pela gestão?
6.2.Quais as principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes?
6.3 Quais os dispositivos da Rede nesta experiência a serem acionados? Como o cuidado deve ser pensado nestes casos? E o acompanhamento, como pode ser pensado e pactuado?
6.4 Como você imagina nestes casos o cuidado a ser ofertado?

APÊNDICE 04: CASO PARA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
 CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE
 Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
 CEP: 40.110-040- Salvador, Bahia. Email: ppgscmp@ufba.br Fones: (71)3283-7409/7410/7416



**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO
 SUICÍDIO EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE EM
 SALVADOR/BAHIA**

**CASO PARA FORMENTO DA DISCUSSÃO DA ATUAÇÃO DA REDE DE
 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Informamos que este caso não é real, mas construído a partir dos acolhimentos que foram realizados ao longo deste ano.

Flor de Laranjeira chega a um Centro de Saúde Mental acompanhada pela filha para um acolhimento encaminhada por um CAPS. Sua filha relata que ela foi encontrada desacordada em casa após ingerir muitos medicamentos num momento em que se encontrava sozinha. No momento que a encontrou, pediu ajuda aos vizinhos e a levou de carro a um Hospital de Emergência Geral, onde ficou internada por três dias na UTI e dois na enfermaria. Este fato ocorreu há dois meses.

Flor saiu do hospital com um encaminhamento para o CAPS mais próximo da sua residência, porém, ao ser atendida por uma técnica, foi informada que a Unidade não estava realizando admissão por falta de psiquiatra, o que a fez retornar a um pronto socorro para um novo atendimento e renovação de receita. No Pronto Socorro renovaram a receita e fizeram o encaminhamento ao Centro de Saúde Mental, unidade ambulatorial da atenção especializada. Não ouve escuta da sua vivência em nenhum dispositivo da rede, mas os dispositivos por onde passou procederam encaminhamentos para unidade especializada da RAPS.

Flor tem 58 anos, viúva, 02 filhos adultos, 2º grau completo, trabalhou como auxiliar administrativa em um grande hospital de Salvador por 10 anos, até que a empresa passou por um período de cortes e ela ficou desempregada, condição na qual permanece há 11 anos, pois nunca mais conseguiu se inserir no mercado formal. Flor sobrevive de um salário mínimo oriundo de uma pensão por morte do seu marido, pai de seus filhos. Ela, hoje, reside com sua filha, acompanhante de Flor no acolhimento.

Flor refere que perdeu o pai e o marido em 1995, rapidamente, sem que tivesse tempo para se preparar para estas mortes, além do irmão caçula dois anos depois, segundo ela, “vítima da AIDS”. A mãe de Flor faleceu em 2000 e mais recentemente, em 2016, Flor perdeu um companheiro vítima de um AVC. Relata que conheceu este companheiro na Igreja e que conviviam juntos desde 2005. Além destas mortes,

Flor refere que seu neto de 25 anos, filho da sua filha que ora lhe acolhe, está envolvido com drogas ilícitas, o que tem lhe preocupado bastante.

Dessa forma, Flor de Laranjeira refere que iniciou o pensamento de morte e o planejamento para pôr fim a sua vida. Resolveu comprar chumbinho numa feira perto de casa e o tomou. Ela foi encontrada desacordada por sua filha algum tempo ao ato. Diz ainda que “não tem vida e que vegeta” (sic) e que se sente angustiada e triste grande parte do seu dia.

1. A partir deste relato, gostaria de saber se consideram adequado o atendimento realizado?
2. Quais as perspectivas adotadas sobre o sofrimento psíquico, evidenciadas neste caso? Quais seriam as formas e sentidos de ampliação dessas perspectivas?
3. Como aRAPS-Brotas poderia atuar neste caso, de modo a fortalecer o cuidado em rede? Quais as articulações possíveis?
4. Quais as ações de prevenção, cuidado e pós-venção ao suicídio que esta rede dispõe?

ANEXO 01 – MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAPS BROTAS

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Distrito Sanitário de Brotas / Salvador - BA	
	Data da elaboração 22/08/2017	Nº. página
Título MAPEAMENTO DAS REFERENCIAS DE CUIDADO DA RAPS - DISTRITO SANITARIO DE BROTAS / SALVADOR - BA		

