

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ

BARBRA ELIZA DOMINGUES DA SILVA

**INTEGRAÇÃO ENTRE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS PARA A
PREVENÇÃO DE SUICÍDIOS: UMA PROPOSTA DE DESIGN DE SERVIÇOS**

CURITIBA

2022

BARBRA ELIZA DOMINGUES DA SILVA

**INTEGRAÇÃO ENTRE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS PARA A
PREVENÇÃO DE SUICÍDIOS: UMA PROPOSTA DE DESIGN DE SERVIÇOS**

**Integration between public and private healthcare services for suicide
prevention: A service design proposal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
Tecnólogo do Curso de Tecnologia em Design
Gráfico da Universidade Tecnológica Federal
do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Frederick Marinus Constant
van Amstel

CURITIBA

2022



Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.

BARBRA ELIZA DOMINGUES DA SILVA

**INTEGRAÇÃO ENTRE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS PARA A
PREVENÇÃO DE SUICÍDIOS: UMA PROPOSTA DE DESIGN DE SERVIÇOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de apresentado
como requisito para obtenção do título de Tecnólogo
do Curso de Tecnologia em Design Gráfico da
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
(UTFPR).

Data de aprovação: 8 de dezembro de 2022

Frederick Marinus Constant Van Amstel
Doutorado
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Rodrigo Freese Gonzatto
Doutorado
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Marina Ramos Pezzini
Doutorado
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

**CURITIBA
2022**

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Fred, por não ter desistido de me orientar, por ter potencializado esse trabalho desde o início e incentivado eu ir além da mediocridade - até o último minuto.

A Universidade Federal do Paraná por ter me dado a oportunidade de vir para Curitiba iniciar uma graduação e posteriormente a Universidade Tecnológica Federal do Paraná que acabou se tornando a *Alma Mater* da minha educação acadêmica. E as moradias universitárias – que é o espaço caótico de ascensão social para muitos e muitas.

A professora Marina Ramos Pezzini por ter feito parte do fim desse início de jornada do TCC. E a professora Isadora Mantovani Fontana por estar alerta sobre tudo que se move nesse texto.

A todas as pessoas que participam e participaram dessa pesquisa – obrigada por cederem o tempo de vocês e por me deixarem participar dessa construção de um direito a saúde.

Um grande agradecimento ao Instituto Desinstitute – que foi a gota que precisava para dar continuidade a esse trabalho.

A todos os envolvidos no projeto da Apple Developer Academy de Curitiba durante o ano de 2021-2022, que indiretamente me conectaram ao meu trabalho de conclusão de curso e principalmente o Prof. Dr. Rodrigo Freese Gonzatto por ter paciência com meu modo caótico de pensar e agir.

A minha família de sangue, que por muito não sabe metade do que aconteceu até aqui – afinal até hoje eu não sei explicar minha profissão para eles. Não posso esquecer dos amigos e amigas que me apoiaram por anos – seja o Manaus mandando 7 segundos do Zeca Baleiro ou a Robertha dando boa noite para lembrar que eu não sou um robô. Ainda falando de amigos, a UTFPR me proporcionou ao fim dos estudos conexões muito importantes que precisam ser citados nominalmente aqui: Amanda, Broona, Déborah, Larissa, Levy, Jessie, Maíra, Mateus, Neidivaldo - obrigada por aturarem minhas eras de Jamiroquai.

Ao Bruno, o melhor amigo de bolso que existe nestes últimos 20 anos.

E por último, ao Luiz, por dizer que daria tudo certo no final.

RESUMO

Este projeto visa facilitar a integração e ou intercâmbio de informações entre os profissionais da área da saúde mental que atuam na iniciativa privada em Curitiba com as políticas de atendimento em processos hospitalares da saúde pública no atendimento do paciente com ideação suicida através da abordagem do Design de Serviços. O objetivo do projeto propõe fomentar procedimentos de contato junto aos profissionais que estão na iniciativa privada para que estes se adequem aos protocolos utilizados pela Secretaria de Saúde de Curitiba. Os resultados deste projeto foi a criação de um Mapa de Ecossistema para a visualização do atendimento do paciente com ideação suicida dentro do sistema público de saúde como forma não tangível que revela tanto as formas atuais de acolhimento para pacientes que tentam suicídio quanto novas formas de serviços para melhorar ao acolhimento dos pacientes.

Palavras-chave: Design de Serviços; Suicídio; Sistema Único de Saúde; Saúde Mental; Curitiba.

ABSTRACT

This project aims to facilitate the integration and/or exchange of information between mental health professionals working in the private sector in Curitiba and the policies of care in hospital processes of public health in the care of patients with suicidal ideation through the Service Design approach. The goal of the project was to design procedures of contact with professionals who are in the private sector to adapt them to the protocols used by the Health Secretariat of Curitiba. The results of this project were the creation of an Ecosystem Map for the visualization of the care of patients with suicidal ideation within the public health system as a non-tangible form that reveals both the current forms of care for patients who attempt suicide and new forms of services to improve the care of patients.

Keywords: Service Design; Suicide; Public Health System; Mental health; Curitiba.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Poster de Acessibilidade para disléxicos	17
Figura 2 - Processo Básico de Pesquisa em Design de Serviço	22
Figura 3 - Adição de Insights-chave no Mapa de Ecossistema	24
Figura 4 - Mapa de Ecossistema do atendimento de saúde mental em Curitiba	29
Figura 5 - Predisponente ao Suicídio com seus Precipitantes	33
Figura 6 - Fluxograma de atendimento em Hospital.....	34
Figura 7 - Fluxograma de atendimento em UPA	35
Figura 8 - Fluxograma de atendimento em US	36
Figura 9 - Mapa de Ecossistema do atendimento de saúde mental em Curitiba	37
Figura 10 - Processo Emergencial de Paciente 01	40
Figura 11 - Processo de atendimento na Jornada de Paciente 01	41
Figura 12- Atendimento pós Hospitalar de Paciente 01	42
Figura 13 - Ciclo de Acompanhamento de Paciente 01	43
Figura 14 - Segunda Jornada de Atendimento de Paciente 01 - Processo Emergencial	44
Figura 15 - Segunda Jornada de Atendimento de Paciente 01 - Atendimento Hospitalar	45
Figura 16 - Segunda Jornada de Atendimento de Paciente 01 - Pós Hospitalar	46
Figura 17 - Segunda Jornada de Atendimento de Paciente 01 - Ciclos de Acompanhamento	47
Figura 18 - Primeiro e segundo momento do atendimento de Paciente 02	48
Figura 19- Jornada de Paciente 02 - Em atendimento.....	49
Figura 20 - Jornada de Paciente 02 - Atendimento pós Hospitalar e Acompanhamento	49
Figura 21 - Mapa de Ecossistema com adição de pontos do paciente com ideação suicida	50
Figura 22 - Mapa de Ecossistema com adição de pontos após entrevistas	55
Figura 23 - Mapa de Ecossistema com adição de pontos após entrevistas - legendas	55
Figura 24 - Mapa de Ecossistema após Oficina	60
Figura 25 - Mapa de Ecossistema atualizado	62
Figura 26 - Mapa de Ecossistema – Resultado	65
Fotografia 1 - Design de Serviços na saúde pública	26
Fotografia 2 - Fluxograma atuação mandato Maria Leticia	27
Fotografia 3 - Massa de modelar para apresentação	57
Fotografia 4 - Contradições de atuação na área da saúde por profissionais particulares	58
Fotografia 5 - Impulsionadores de mudança no tratamento de pacientes suicidas.....	59
Gráfico 1 - Distribuição percentual de notificações de tentativas de suicídio de residentes no município, segundo o equipamento notificador.	14
Quadro 1 - Fatores de Risco para o Suicídio.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DADIN	Departamento Acadêmico de Desenho Industrial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SERP	Serviço de Retaguarda Psiquiátrica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
US	Unidade de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Porquê Design de Serviços	16
1.2	Saúde mental e Curitiba	18
1.3	Objetivo Geral	19
1.4	Objetivos Específicos	19
2	METODOLOGIA	21
3	DESENVOLVIMENTO	25
3.1	Definições de escopo de projeto e reenquadramentos	25
3.2	Realização da pesquisa	28
3.2.1	Saúde Mental e Suicídio.....	30
3.2.2	Linhas de Cuidado para Prevenção do Suicídio.....	34
3.3	Entrevistas com abordagens participativas	38
3.3.1	Jornadas de paciente suicida no serviço público.....	38
<u>3.3.1.1</u>	<u>Paciente 01</u>	<u>39</u>
<u>3.3.1.2</u>	<u>Paciente 02</u>	<u>47</u>
3.3.2	Entrevistas com profissionais da saúde.....	50
3.3.3	Entrevista com Organização Não Governamental.....	54
3.4	Ideação e execução da oficina para visualizar o futuro	56
3.5	Voltando o contato com os entrevistados	61
4	RESULTADOS	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista - profissionais de saúde	71
	APÊNDICE B - Roteiros de Entrevista - pacientes	73
	ANEXO A - Ficha De Notificação Viva Sinan	75

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde em seu relatório *Monitoring health* de 2018, estima-se que 5.0 a 9.9 mortes por 100 mil habitantes em 2018 tenha como causa o suicídio. Já em seu relatório *Suicide worldwide in 2019*, estima-se que o suicídio é a quarta maior causa de morte em todo mundo para pessoas de 15 a 29 anos de idade – ficando atrás de acidentes de trânsito, tuberculose e violência conjugal. No Brasil, segundo os dados do boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde de número 33 do ano de 2017, é relatado que de 2011 a 2016 foram notificados 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas – desse total, 48.204 identificaram-se como tentativa de suicídio. Já no boletim epidemiológico na sua edição de número 33 do ano de 2021, identifica-se que de 2011 a 2019 foram registrados 112.230 óbitos por suicídio.

Para o controle epidemiológico de violências interpessoal/autoprovocadas, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) para definir políticas públicas de enfrentamento. Ele funciona em conjunto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo alimentado de dados principalmente pelo Sistema Único de Saúde. Em 2016, o número de notificações da violência autoprovocada dos residentes em Curitiba foram de 1.063 e dentro desses, 57% foram notificados por meio de unidades de pronto atendimento (UPAs).

Os profissionais da área da saúde notificam e utilizam os dados do SINAN para investigar casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2017), a definição de violência autoprovocada compreende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio em pessoas dos sexos feminino e masculino, cujo desfecho não resulta em óbito. O objetivo final da notificação do VIVA é uma forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.

O controle epidemiológico exige de que seja feita a notificação pelos profissionais da área da saúde – e esse processo é razoavelmente satisfatório dentro das esferas públicas, já que de acordo com o próprio Ministério da Saúde, uma em cada três pessoas que tentam suicídio é atendida por um serviço médico de urgência.

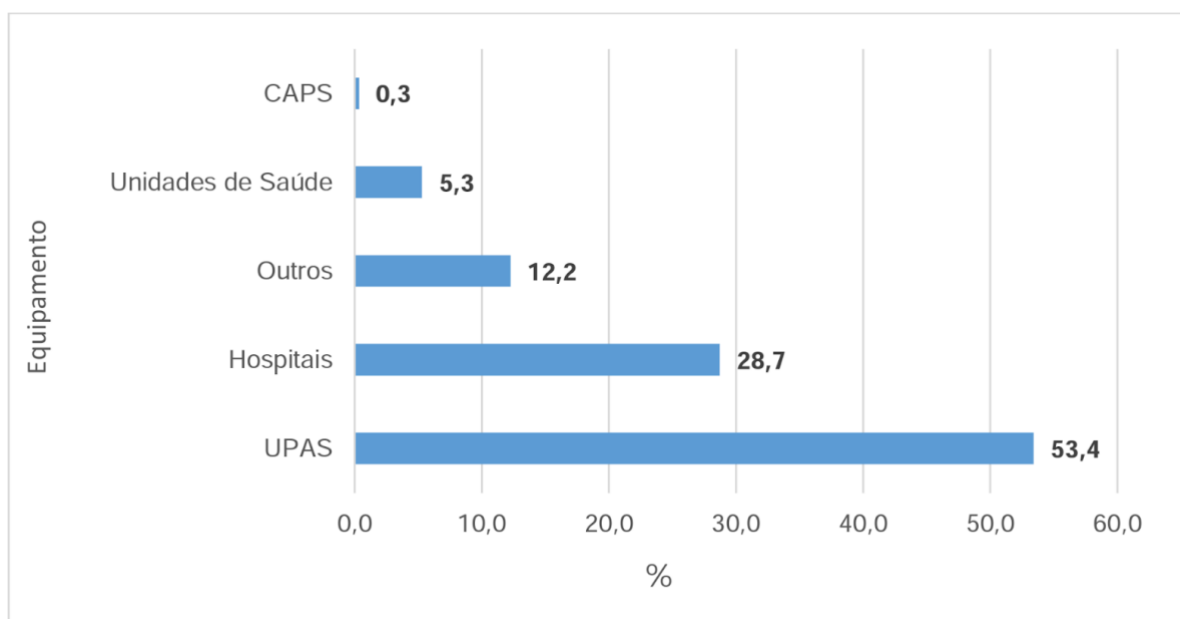
Já no tratamento com profissionais que lidam com casos de ideação suicida dentro de consultórios particulares, há uma dificuldade na continuidade do tratamento adequado de prevenção após o paciente ser encaminhado para a rede pública de saúde - principalmente pela necessidade de um atendimento emergencial para estabilizar este paciente e posterior a estabilização, esse paciente será encaminhado a um novo tipo de atendimento - com novos protocolos de tratamento medicamentoso, como determina o Ministério da Saúde:

A atenção aos casos de tentativa de suicídio pressupõe a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais. (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p.11)

A partir deste momento, o tratamento anterior é descontinuado, sendo o Sistema Único de Saúde responsável por esse atendimento - e os profissionais de clínica ou consultório que acompanhavam o paciente até o momento ficam dependentes da informação dada pelo paciente ou familiares. O prontuário eletrônico, proposta feita pelo Projeto de Lei nº 3814, de 2020 pelo Senador Confúcio Moura, pode ser um fator decisivo para ter uma continuidade de vínculo entre o paciente encaminhado para estabilização e seu psiquiatra e ou psicólogo. Mas essa proposta de lei autoriza a criação desse sistema a nível federal - não deixando evidente quando e por que meio será desenvolvido e de acordo com a reportagem de Guilherme Hummel (2021), “[...] atualmente no Brasil, 99% do histórico clínico está fora de nosso alcance, engavetado ou armazenado em servidores de terceiros.”

Ainda que existam diretrizes federais sobre como realizar esses atendimentos e como o uso de recursos tecnológicos para digitalizar os procedimentos pode se relacionar para auxiliar, durante 2019, a Prefeitura de Curitiba realizou uma análise de dados relativos aos registros de tentativa de suicídio e mortalidade para auxiliar a entender qual era o perfil de ocorrência na cidade - com isso foi possível identificar uma queda em relação aos dados de 2016 e que 53,4% das notificações de suicídio de residentes em Curitiba foram realizadas pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs):

Gráfico 1 - Distribuição percentual de notificações de tentativas de suicídio de residentes no município, segundo o equipamento notificador.



Fonte: Curitiba (2018)

Dentro da conclusão apresentada nesse estudo, se coloca o crescimento expressivo de tentativa de suicídio nos últimos 5 anos, o papel dos medicamentos como agente utilizados nas tentativas de suicídio e com destaque, a fragilidade no registro das informações para tentativas recidivas - que são tentativas feitas pela mesma pessoa, mas sem a documentação eficaz para acompanhamento dessa pessoa.

Ainda se tratando de dados, é importante saber que desde o ano de 2015 ocorre o que pesquisadores da área da saúde chamam de "apagão de dados da saúde". O apagão de dados na saúde é o nome dado para a não consolidação de pesquisas e dados da saúde, fazendo as decisões do uso do recurso público da saúde serem realizadas sem considerações técnicas. Em Curitiba, esse processo iniciou no ano de 2017 com uma unificação dos Centros de Atenção Psicossocial (G1, 2017) - no qual o Conselho de Psicologia Paranaense emitiu nota contrária a esse posicionamento da Prefeitura descrevendo "A proposta de redimensionamento parece desconsiderar as exigências técnicas e a especificidade do cuidado de cada dimensão as saúdes mentais." (CRP, 2017).

Já em 2018 o município de Curitiba decidiu seguir os procedimentos adotados pelo governo federal para o tratamento de dependência química.

As regras fazem parte da nova política de saúde mental do Governo Federal, aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite – que inclui os ministérios da Saúde, Justiça e Desenvolvimento Social – no final do ano passado, com o objetivo de aumentar o número de vagas no serviço. (Curitiba seguirá novas normas para tratamento da dependência, 2017)

Sobre dependência química, é importante observar que de acordo com a cartilha *Comportamento suicida: conhecer para prevenir*, uso de álcool e drogas é um dos fatores de risco para a tentativa de suicídio.

1.1 Porquê Design de Serviços

Ao iniciar minha vida acadêmica, perdi um familiar muito próximo para o suicídio. Com esse acontecimento, acabei procurando aconselhamento profissional de psicóloga para trabalhar esse conceito de ideação da morte e consumação feita pela própria pessoa. Em uma das minhas discussões sobre como eu não conseguia ver valor na profissão de designer que eu estava e que talvez fosse interessante eu apenas abandonar a graduação em Design Gráfico, a psicóloga me encaminhou por mensagens uma série de reportagens sobre o *National Health Service* e seu núcleo digital, na qual profissionais de diversas áreas criam projetos, produtos e materiais para o serviço público de saúde. Um dos textos encaminhados falava sobre como designers do governo do Reino Unido criaram padrões de comunicação para usuários neuro-divergentes com uma série de pôsteres do que fazer ou não fazer para quando projetar para este público, como mostra na Figura 1.

Figura 1 - Poster de Acessibilidade para disléxicos



Fonte: Blog de Acessibilidade do Governo do Reino Unido

Em decorrência da minha rede de apoio construída em Curitiba, tive contato com profissionais da área de saúde da esfera privada que me relataram não compreender o instrutivo de preenchimento da ficha do VIVA relativa ao SINAN (Anexo A). Em paralelo a isso, durante as aulas de Trabalho de Conclusão de Curso, uma das alunas apresentou sobre o *The Legal Design Lab*, que é um laboratório interdisciplinar entre as escolas de Direito e de Design da universidade norte-americana Stanford para criar intervenções significativas no sistema de justiça utilizando o Design Centrado no Usuário¹.

Ainda na definição de uma metodologia, encontrei o trabalho de design para serviços realizado em uma Unidade Básica de Saúde por Freire (2016) – e com isso, identifiquei que o uso de metodologias que trabalhassem com serviços poderia ser essencial para realizar este trabalho. Buscando materiais que descrevessem essas

¹ O Design Centrado no Usuário – “DCU surgiu da interação humano-computador (IHC) e consiste numa metodologia de design de software para desenvolvedores e designers” (LOWDERMILK, 2013, p. 26) com a proposta de não ter ambiguidades entre esses atuantes.

metodologias, acabei encontrando o material do Laboratório de Inovação do Governo e, com isso, encontrei a publicação de Metello (2018) sobre o uso do Design Etnográfico com políticas públicas. Neste material, são relatados casos de uso para geração de *insights* a partir de uma visita de campo para entender como os aplicativos de marcação de consulta do SUS funcionavam em alguns municípios. A partir da leitura desses materiais, identifiquei que essa publicação tinha muitos recursos já utilizados no Design de Serviços que, segundo Stickdorn & Schneider (2014), seria uma abordagem interdisciplinar que combinaria diferentes métodos e ferramentas oriundos de diversas disciplinas. Nessa abordagem, é possível utilizar métodos e ferramentas de design para incluir diversos atores, sejam eles usuários ou não, no processo de design participativo do serviço, visando um entendimento em comum sobre o que fazer. Considerei essa abordagem adequada para meu projeto.

Por último, minha motivação de fazer o recorte de atuação desse projeto ser em Curitiba seria uma forma de retribuir esses anos de acolhimento que estive morando nesta cidade e pela proximidade a pessoas que já atuam em clínicas particulares, pensando num ecossistema em que eu faço parte.

1.2 Saúde mental e Curitiba

O Sistema Único de Saúde é o nome do sistema público de saúde brasileiro – e ele é gratuito para toda a população do país. Sua gestão é feita pela União Federativa, pelo Estado e município. No município de Curitiba, a rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. (CURITIBA, 2016). Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Já a área da saúde mental faz parte da atuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), uma esfera pública que abre espaço para a gestão de recursos e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais. Isso faz o processo de trabalho na área da saúde mental ser diferente para cada município. O escopo deste projeto se limita, portanto, a Curitiba e suas conexões existentes para tratamento na região metropolitana.

Em Curitiba, é possível obter atendimento psicológico gratuito na Universidade Federal do Paraná - UFPR, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR, no Centro Universitário Autônomo do Brasil - UniBrasil, pelo próprio Centro de Apoio Psicossocial - CAPS e por psicólogas em consultórios ou clínicas particulares por meio do atendimento social. De acordo com o Conselho Regional de Psicologia, trata-se de um atendimento que oferece serviços a um público em processo de exclusão social por fatores socioeconômicos ou em situação de vulnerabilidade e risco, primando pela saúde e bem-estar psicológico destas pessoas (CRP, 001-2018). O atendimento psiquiátrico, por outro lado, pode ser acessado em consultórios ou clínicas particulares por serviço realizado por meio do plano de saúde e ou atendimento social caso o médico disponibilize. Já a intervenção de saúde da pessoa que tenta suicídio deve passar primeiro por uma unidade de pronto atendimento e, se necessário, encaminhada para internamento psiquiátrico.

Dada essa situação, me surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: seria possível facilitar a integração e ou intercâmbio de informações entre os profissionais da área da saúde mental que atuam na iniciativa privada em Curitiba com as políticas de atendimento em processos hospitalares da saúde pública no atendimento do paciente com ideação suicida através da abordagem do design de serviços?

1.3 Objetivo Geral

Considerando todo o cenário apresentado, o objetivo deste trabalho é fomentar procedimentos de contato junto aos profissionais da área da saúde mental que estão na iniciativa privada para que estes se adequem aos protocolos utilizados pela Secretaria de Saúde de Curitiba, em prol do melhor acolhimento do paciente com ideação suicida.

1.4 Objetivos Específicos

Com o intuito de atingir o objetivo geral, serão aplicados os seguintes objetivos específicos:

- Realizar pesquisas bibliográficas que abordam o design de serviços na área da saúde;

- Identificar os protocolos existentes criados pela Secretaria municipal de Saúde de Curitiba no atendimento de pacientes que se enquadram no protocolo de violência autoprovocada e tentativa de suicídio;
- Identificar por meio de entrevista com profissionais de saúde mental que atuam em consultório e clínica médica as dificuldades de compreensão e integração de seus pacientes ao sistema público de saúde de Curitiba;
- Mapear a jornada de pacientes que se enquadram no protocolo de violência autoprovocada e tentativa de suicídio a partir de entrevistas;
- Estruturar a visualização do serviço de saúde mental ofertado em Curitiba a partir dos dados coletados;
- Propor, junto a profissionais da saúde mental que atuam em consultório e clínica médica particulares, formas de melhorar o acolhimento de seus pacientes nesse espaço visualizado por meio de oficina;

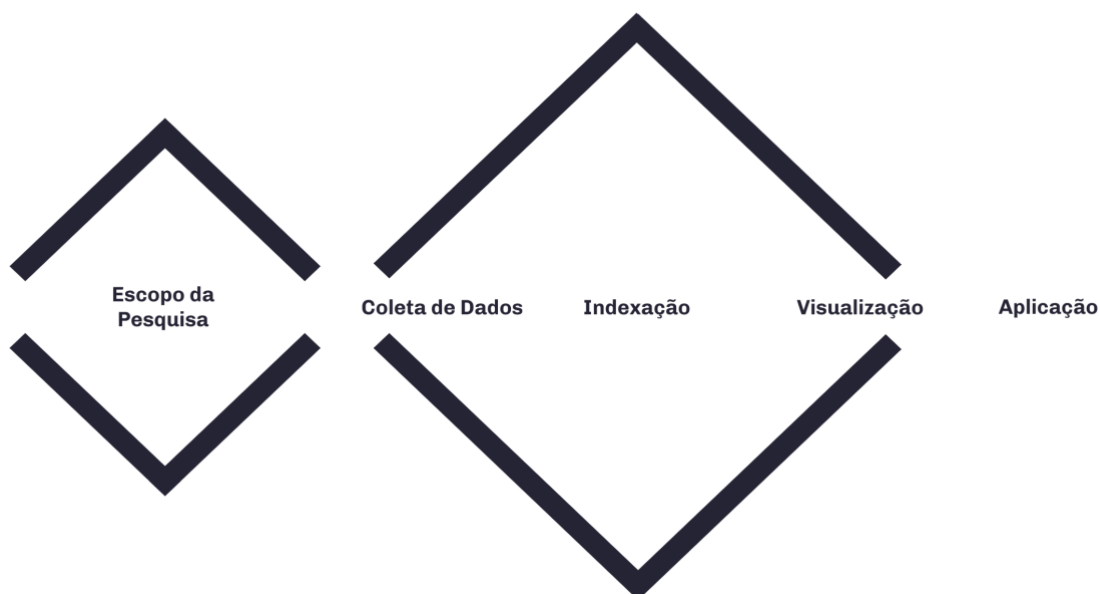
2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi utilizada a metodologia de Design Thinking de Serviços (STICKDORN & SCHNEIDER, 2014) por sua linguagem interdisciplinar que se adequa às demandas da proposta dessa temática. Isso porque o Design Thinking de Serviços pode ser utilizado para projetar conectando pessoas e processos. No caso deste projeto, uma melhoria no acolhimento dos pacientes oriundos de tratamentos particulares para tratamentos públicos a partir da inclusão das várias partes interessadas. Por definição:

O design de serviço é dogmaticamente cocriativo, e muitos praticantes se orgulham de sua habilidade de conectar pessoas de diferentes silos em torno de ferramentas aparentemente simples, que todos consideram úteis e significativas. Essas ferramentas e visualizações – por vezes chamadas de *objetos de fronteira (boundary objects)* – podem ser interpretadas de diferentes maneiras por diferentes especialistas que trabalham com elas, permitindo que eles colaborem entre si sem que necessitem entender profundamente do universo uns dos outros. (STICKDORN et al, 2019, p. 22)

Ainda se tratando de Design de Serviços, seus princípios de ser centrado no ser humano, colaborativo, interativo, sequencial, real e holístico faria com que este projeto se concretize ao objetivo de integrar processos – e o designer teria o papel de ser um facilitador em todo o processo, construindo, melhorando e testando protótipos no mundo real.

A pesquisa dentro de Design de Serviços é formada por um conjunto de ferramenta e métodos. Stickdorn e Schneider (2019) determinam que a fase de pesquisa é para levar o projeto para além de suposições.

Figura 2 - Processo Básico de Pesquisa em Design de Serviço

Fonte: Processo básico de Pesquisa em Design de Serviços - Adaptado pela Autora de Stickdorn e Schneider (2019)

O ponto de partida descrito na Figura 2 é o objetivo da pesquisa deste projeto. No Escopo da Pesquisa, foi identificado os protocolos de saúde mental da Prefeitura de Curitiba por meio de coleta de dados e a partir desse protocolo foram realizadas as entrevistas com os possíveis atores envolvidos no processo protocolar apresentado pela Prefeitura de Curitiba para compreender com um olhar qualitativo a confiabilidade do processo de atendimento.

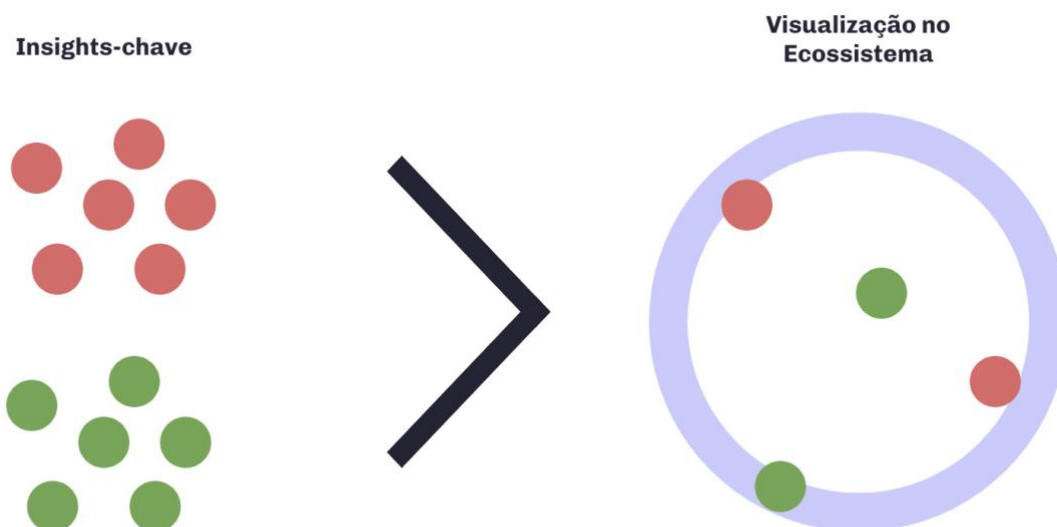
Para compreender mais sobre como funciona o atendimento de pessoas na área da saúde, optou-se por realizar entrevistas contextuais e de profundidade com diversos atores envolvidos com o objetivo da pesquisa. Para Stickdorn e Schneider (2019), é necessário identificar as perguntas que devem ser feitas na pesquisa de campo, mas por estarmos dentro de uma pandemia, a pesquisa de campo foi adaptada para uma abordagem participativa de entrevista em profundidade.

No segundo momento dessa parte de entrevistas, foram realizadas entrevistas participativas contextuais e de profundidade com os pacientes que se envolveram no atendimento do protocolo de suicídio em Curitiba. A seleção de participantes se deu pela técnica da bola de neve descrita por Stickdorn e Schneider (2019): cada entrevistado indica o próximo entrevistado relevante para a pesquisa.

No caso de pacientes que foram atendidos pelo serviço, ao final da entrevista de profundidade, questionei qual ou quais os momentos eles sentiram o maior acolhimento para, posteriormente, visualizar e identificar ambientes de oportunidade. Como sugerido por Stickdorn e Schneider (2019), a entrevista foi uma abordagem participativa de cunho contextual para entender o contexto situacional. Para apoiar a análise da entrevista, o áudio da conversa foi gravado com o consentimento dos entrevistados. Após as entrevistas, foram feitas pequenas transcrições e notas de campo. A partir das notas de campo, foram criados *insights*-chave, seguindo a orientação de Stickdorn e Schneider (2019). Ao final das entrevistas com os pacientes, foi feita uma reconstrução histórica de uma jornada a partir da triangulação dos métodos de entrevista, para a visualização proposta na Figura 2.

A proposta do método participativo para entrevistas de profundidade foi utilizada também com os profissionais que fazem parte do sistema público de saúde. O objetivo era entender o contexto situacional do profissional no dia a dia junto aos diversos distúrbios mentais que poderiam encontrar. Além disso, buscou-se se aprofundar nas diferentes perspectivas no atendimento de uma ideação suicida ou no contato com pessoas que tentaram suicídio.

Ainda dentro da proposta da Figura 2, Stickdorn e Schneider (2019) sugerem a utilização de um mapa de sistema, que faz a inclusão de todos os envolvidos dentro do processo de serviços que precisa se compreender. Dentro dos modelos de mapas de sistemas sugeridos, optou-se pelo uso do mapa de ecossistema, apresentados por Stickdorn e Schneider (2019) que é um dos três tipos de mapa de sistema para representar visualmente os constituintes do sistema no qual uma organização, serviço ou produto físico/digital está inserido. No projeto, o mapa de ecossistema foi desenvolvido para visualização dos dados indexados conforme Figura 3. Com isso, foi possível visualizar os pontos de conflito e iniciar ideações das entrevistas que foram realizadas, assim como dialogar com os profissionais que atuam fora do sistema público de saúde. O mapa de ecossistema teve como ponto de partida o paciente com ideação suicida que precisa recorrer ao atendimento da Prefeitura de Curitiba. Na escolha de cores para visualização os *insight*-chaves que estão em vermelho são pontos que precisam de melhoria. Já os pontos que estão na cor verde refletem locais que há satisfação no atendimento.

Figura 3 - Adição de Insights-chave no Mapa de Ecossistema

Fonte: Processo básico de Pesquisa em Design de Serviços - Adaptado pela Autora de Stickdorn e Schneider (2019)

Para a etapa de aplicação do processo básico de pesquisa em Design de Serviços, foi realizada uma oficina com dois profissionais da saúde no atendimento particular e uma profissional da saúde pública, resgatando o mapa de ecossistema e a jornada dos pacientes suicidas. Stickdorn e Schneider (2019) propõem que um dos principais formatos de design de serviço são as oficinas (*workshops*) junto a especialistas. De acordo com Van Amstel (2019), o designer faz o papel de articular relações e facilitador de transições em serviços, por isso coloca em prática a abordagem do design participativo, quando a pesquisa se transforma em ação junto a pessoas para mudar conjunturas. Ainda segundo Van Amstel (2022), esses processos têm potencial de melhorar a qualidade dos serviços públicos. A proposta de oficina foi elaborada, portanto, a partir da abordagem de design impulsionado por contradições descrito por Van Amstel (2016). Esta abordagem permite identificar e representar o princípio de mudança expresso em uma contradição. Para visualizar a contradição, foi utilizado na oficina a ferramenta de visualização impulsionadores de mudança descrita por Kimbell (2014), que evidencia as iniciativas-chave para mudança.

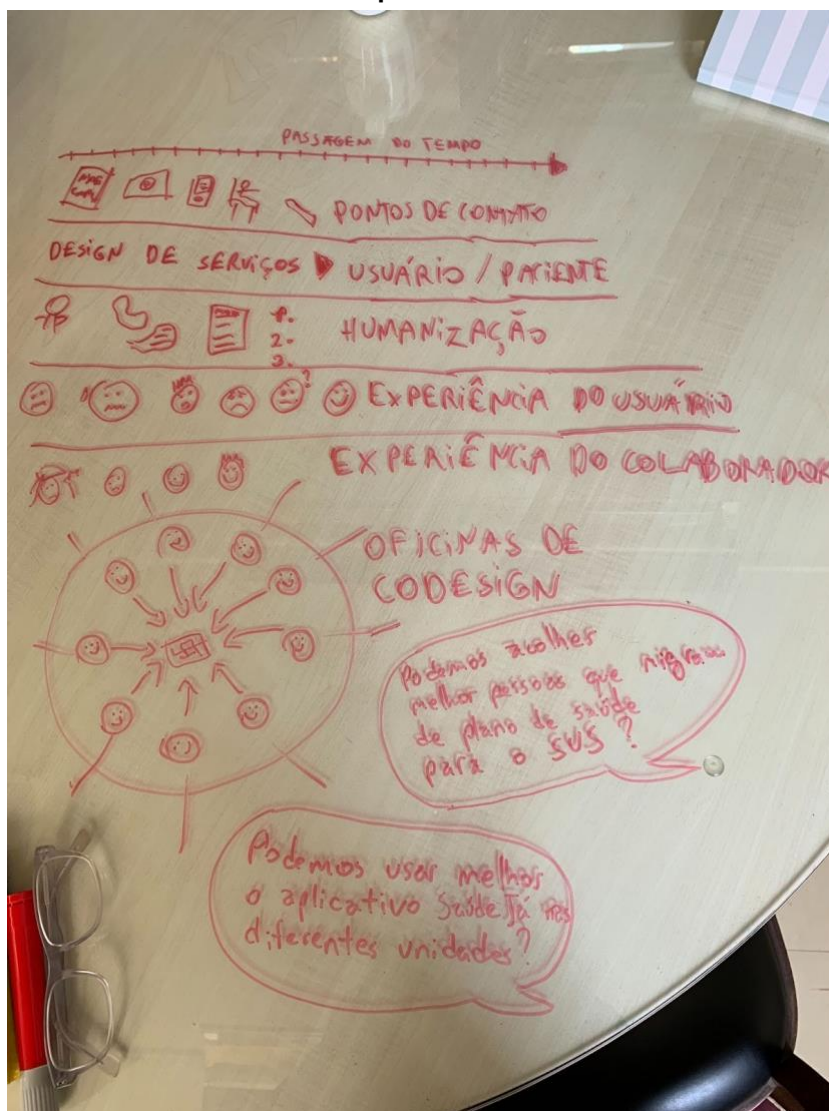
3 DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo será descrito o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso. Em 3.1 será descrito as definições de escopo do projeto e seus enquadramentos. Em 3.2 será detalhado a atividade de pesquisa do projeto – com o início do mapa de ecossistema após cada indexação de dados coletados. Em 3.3 será apresentada as entrevistas e com isso a indexação dos dados coletados na visualização do mapa de ecossistema após e o mapa de jornada realizado a partir de entrevistas com pacientes, profissionais da saúde pública e organização não governamental. Já em 3.4 será apresentado o desenvolvimento e execução da oficina realizada com profissionais da área da saúde.

3.1 Definições de escopo de projeto e reenquadramentos

A primeira proposta de realização do projeto veio após a pesquisa de dados públicos da Prefeitura de Curitiba. Após início de pesquisa, o professor orientador deste trabalho, Frederick van Amstel, conseguiu contato para trabalhar em conjunto com a Prefeitura - numa proposta de parceria entre o Departamento de Desenho Industrial - DADIN e a Secretaria de Municipal de Saúde de Curitiba e com isso agendou uma reunião para o dia 25 de setembro de 2019. Nesse dia, para facilitar a compreensão dos processos de Design de Serviços, o professor facilitou visualmente a reunião detalhando as etapas de Design de Serviços para a servidora da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Fotografia 1 – Facilitação visual para exemplificar o uso de Design de Serviços na saúde pública

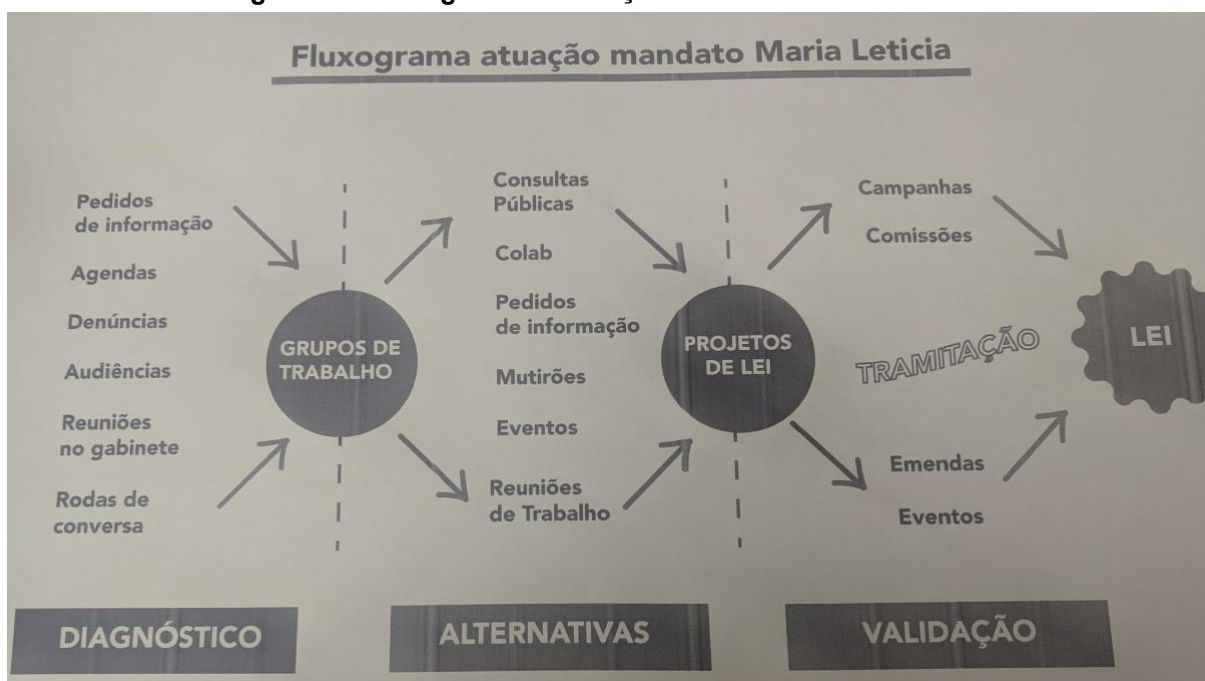


Fonte: Instagram @Usabilidoido (2019)

Durante a conversa com a servidora da SMS, ela se comprometeu em continuar o diálogo junto a coordenadora de saúde mental da Prefeitura Flávia Adachi e já no dia posterior a reunião com a secretária, ela fez o contato interno dentro da Prefeitura. Após isso, fui até a secretaria municipal de saúde no dia 23 de outubro de 2019 e dentro disso obtive os dados iniciais para iniciar a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 01.

Ainda em 2019, no mês de dezembro o professor orientador Frederick Van Amstel me convidou para participar de uma reunião no gabinete da vereadora Maria Leticia, para que eu pudesse expor minha proposta de projeto e, caso houvesse meu interesse, executar o projeto de pesquisa com apoio da vereadora. Lá, fui apresentada ao fluxograma de atuação de mandato da vereadora (Fotografia 2).

Fotografia 2 - Fluxograma de atuação do mandato de Maria Leticia



Fonte: Autoria Própria (2019)

Na visita, foi apresentado que a temática do projeto envolveria conversações com outros vereadores da prefeitura – e ficou evidente que uma intervenção consistente na discussão sobre suicídio seria uma mudança de política pública. Por esse motivo e insegurança do projeto se estender mais que o prazo acadêmico, decidi continuar o trabalho apenas com a Secretaria Municipal de Saúde.

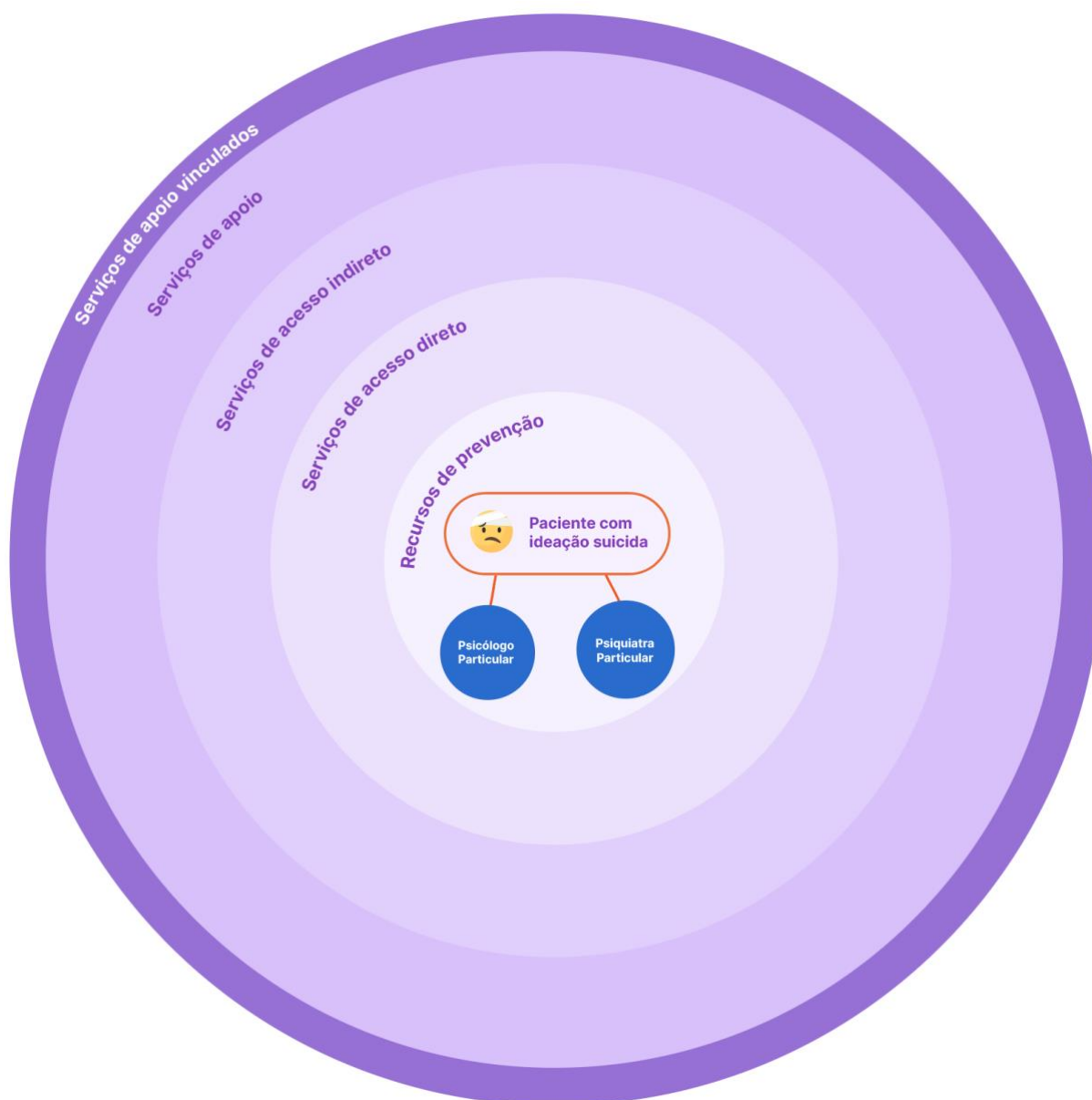
Com a entrada de 2020 tivemos também a pandemia de coronavírus - e a prioridade da saúde pública mundial ficou totalmente conectada com esse advento - até a compreensão do que era a pandemia, a maioria dos profissionais de saúde não estavam tão disponíveis para responder dúvidas sobre saúde mental e em junho de 2020 informei ao professor orientador que não tinha interesse em continuar a pesquisa de conclusão naquele momento - o que não seria um problema já que nem o ministro da educação existia naquele momento. Após compreensão do que era a Pandemia, ao final de 2020 voltei a realizar entrevistas com profissionais e, no início de 2022, entrei novamente em contato com a Prefeitura para dar continuidade à conversação, para apresentar a visualização de dados coletados. Nesse período de dois anos houve mudança na estrutura hierárquica da secretaria municipal de saúde, e com isso, a parceria possibilitada no final de 2019 foi descontinuada - fazendo a necessidade de adequar o olhar para saúde pública também ao desmonte das políticas de saúde mental, conforme Cruz et al. (2020)

"Essa 'nova política' se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada "política nacional sobre drogas", tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas" (Retrocessos da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019 – CRUZ et al, 2020)

Durante o desânimo que a pandemia apresentou às pessoas envolvidas nesse trabalho acadêmico (no caso, a pessoa que escreve esse trabalho), também veio a sugestão pelo professor orientador de realizar um trabalho com um design ativista, engajando com entidades que provavelmente tentariam reverter essa situação. A partir de uma pesquisa sobre entidades que atuam na área da saúde mental, encontrei e entrei em contato com o Instituto Desinstitute, que luta pela garantia de direitos humanos e pelo cuidado em liberdade no campo da saúde mental, no Brasil e na América Latina. Por esse motivo, foi realizada a entrevista exploratória com a entidade e seus resultados foram indexados no mapa de ecossistema.

3.2 Realização da pesquisa

Para a realização das entrevistas e entendimento da temática, foi necessário pesquisar por definições para entender o que é saúde mental, o que é o suicídio e como ele é visto dentro dos serviços de saúde mental e quais são as linhas de cuidado para prevenção de suicídio atualmente realizadas pela SMS de Curitiba. Já para a visualização desses dados, foi feito um mapa de ecossistema.

Figura 4 - Mapa de Ecosistema do atendimento de saúde mental em Curitiba

Fonte: Autoria Própria (2022)

No primeiro círculo concêntrico chamado Recursos de prevenção, fica o paciente em ideação suicida junto aos seus profissionais de saúde que atuam no consultório particular – que é o início do olhar que guiará esse trabalho até o fim. O segundo círculo concêntrico se identifica os serviços de acesso direto para o paciente. O terceiro círculo abrange os serviços de acesso indireto – que são serviços existentes que precisam de um intermediário – seja um hospital ou encaminhamento de seus profissionais que atuam em clínicas e consultórios particular. O quarto círculo inclui os serviços de apoio para o tratamento e estabilização do paciente com ideação suicida.

Já no quinto círculo, ficam os serviços de apoio vinculados a área da saúde que não compõem o que é descrito nas linhas de protocolos da Prefeitura de Curitiba.

Posterior ao desenvolvimento do ponto de partida do Mapa de Ecosistema (Figura 4), foi adicionado, a partir da coleta de dados, outros possíveis pontos de contato que o paciente com ideação suicida poderia encontrar.

3.2.1 Saúde Mental e Suicídio

Para a Organização Mundial da Saúde, “a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social” (OMS, 2022). De acordo com a linha guia de saúde mental da Prefeitura de Curitiba, a saúde mental é o estado de bem-estar que cada indivíduo desenvolve seu potencial, sendo capaz de lidar com estresse da vida, podendo trabalhar produtivamente e ser capaz de contribuir com a sociedade – sendo um conceito mais amplo do que ausência de problemas mentais.

A definição dada pela OMS sobre o que é distúrbio mental é que:

Distúrbios mentais compreendem uma vasta gama de problemas, com diferentes sintomas. No entanto, normalmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outros. Exemplos são esquizofrenia, depressão, deficiência intelectual e distúrbios por abuso de drogas. A maior parte desses distúrbios pode ser tratada com sucesso. (OMS, 2017).

O distúrbio mental não tratado pode apresentar piora, dificultando o diagnóstico e pessoas com algum transtorno mental podem apresentar ideação suicida. O suicídio, apontado por Almeida (2018) sobre ponto de vista sociológico de Durkheim é todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, seja ele positivo ou negativo, executado pela própria vítima e que ela sabia que deveria produzir esse resultado. De acordo com o livro Crise Suicida – Avaliação e manejo, o autor define que:

Na crise suicida, há a exacerbação de uma doença mental existente, ou uma turbulência emocional que, sucedendo um acontecimento doloroso, é vivenciada como um colapso existencial. Ambas as situações provocam dor psíquica intolerável e, como consequência, pode surgir o desejo de interrompê-la por meio da cessação do viver. (BOTEGA, 2015, p.13)

No artigo de discussão sobre suicídio na contemporaneidade, Almeida (2018) diz que os fatores de risco para o suicídio são: o baixo nível socioeconômico e cultural; o padrão de vida familiar e lembranças de fatos negativos ocorridos durante a infância; o estilo de personalidade e os transtornos psiquiátricos. Tais fatores de riscos são vistos com muita frequência em períodos de recessão econômica, o que apenas reforça dados apresentados dos aumentos de números de suicídios.

Ainda pensando nos desdobramentos sociais do suicídio, temos o reconhecimento do direito em que a pessoa tem de determinar como deseja morrer – que é o suicídio racional ou suicídio assistido. Este é realizado com assistência dos profissionais da saúde. Como destaque, temos o caso do cineasta Jean-Luc Godard que de acordo com o portal de notícias G1 (G1, 2022) solicitou o suicídio assistido – que é feito sob a supervisão de uma equipe médica e acompanhado de uma avaliação. Esse tipo de solicitação ocorreu na Suíça, país na qual a legislação atual permite a prática do suicídio assistido.

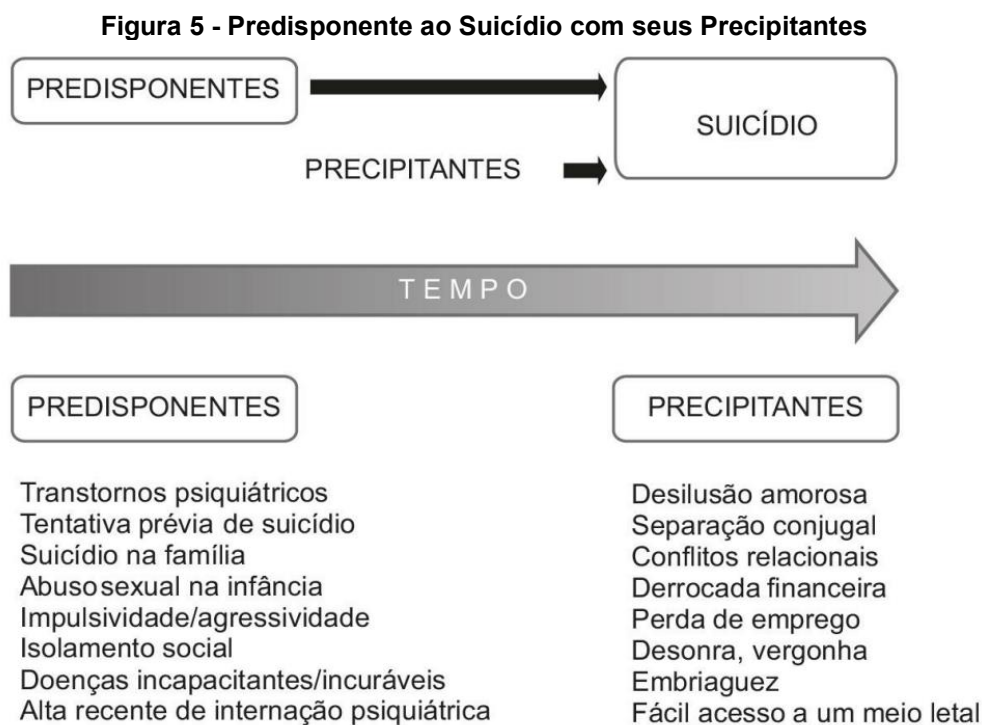
Sobre o tratamento de crise suicida, Botega (2015) fala que a capacidade do paciente em manter o controle da própria vida é reduzida e por isso é papel do psiquiatra assumir temporariamente o controle da crise com os recursos que possam existir, seja aconselhamento da família, acolhendo o paciente, indicando a internação hospitalar ou domiciliar, prescrevendo remédios ou outras possíveis fontes de apoio. Ainda falando sobre grupo de risco ou fatores de risco, Botega (2015) relata no quadro 1 quem são as pessoas que tem maior probabilidade de desenvolver uma condição clínica.

Quadro 1 - Fatores de Risco para o Suicídio

Fatores sociodemográficos
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo Masculino • Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos • Estados civis viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens) • Orientação homossexual ou bissexual • Ateus, protestantes tradicionais > católicos, judeus • Grupos étnicos minoritários
Transtornos Mentais
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão, transtorno bipolar, abuso/dependência de álcool e de outras drogas, esquizofrenia, transtorno da personalidade (especialmente borderline) • Comorbidade psiquiátrica (coocorrência de transtornos mentais) • História familiar de doença mental • Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental • Ideação ou plano suicida • Tentativa de suicídio pregressa • História familiar de suicídio
Fatores Psicossociais
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico ou sexual • Perda ou separação dos pais na infância • Instabilidade familiar • Ausência de apoio social • Isolamento social • Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante • Datas importantes (reações de aniversário) • Desemprego • Aposentadoria • Violência Doméstica • Desesperança, humilhação (bullying) • Baixa autoestima • Desesperança • Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo • Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico • Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades
Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a meios letais (arma de fogo, veneno) • Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais • Estados confusionais orgânicos • Falta de adesão ao tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes • Relação terapêutica frágil ou instável.

Fonte: Botega (2015 – p. 105)

Ainda sobre fatores de risco, Botega (2015) relata que existem os fatores predispostos, ou seja, acontecimentos do passado e fatores precipitantes, que podem potencializar a tentativa ao suicídio, como descrito na Figura 5.



Fonte: Crise Suicida: Avaliação e manejo (2015 - p. 106)

No Brasil, de forma estratégica temos o Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA). Ele foi criado em 2015 com objetivo de criar uma vigilância epidemiológica de violências e acidentes no país – já que até aquele momento, as descrições de características dos casos de violências e acidentes no Brasil eram limitadas ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). De acordo com o Instrutivo, o sistema de vigilância de dados é constituído pela Vigilância contínua, que capta dados de violência interpessoal ou autoprovocada – e pela Vigilância Sentinela, que faz pesquisa por meio de amostragem em acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência. Nesse trabalho, falaremos em específico das tentativas de suicídios e suicídios, que dentro do VIVA se qualifica como violência autoprovocada/auto infligida.

Em Curitiba, os dados coletados pelo VIVA são compilados pela vigilância epidemiológica. Os dados são compilados em conjunto do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O uso sistemático desses dados compilados pela

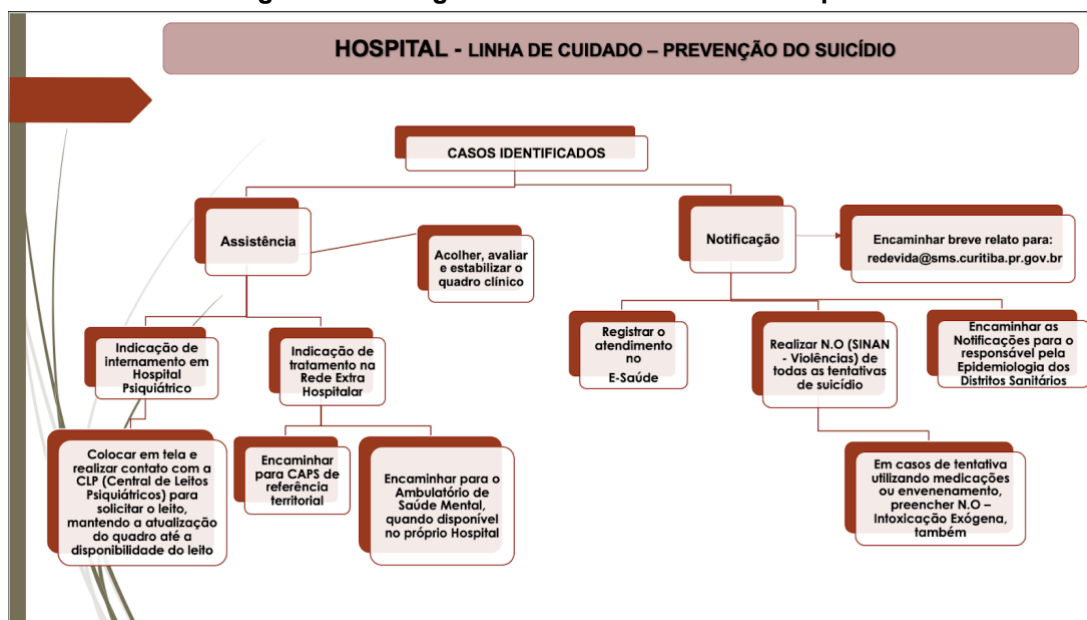
vigilância epidemiológica contribui para a democratização da informação, sendo um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde e definir prioridades de intervenção (PORTAL SINAN, 2022).

3.2.2 Linhas de Cuidado para Prevenção do Suicídio

O processo de atendimento ao suicídio dentro da Prefeitura de Curitiba tem quatro tipos de aplicações - em Hospital, em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dentro do próprio CAPS e por último, em Unidades de Saúde.

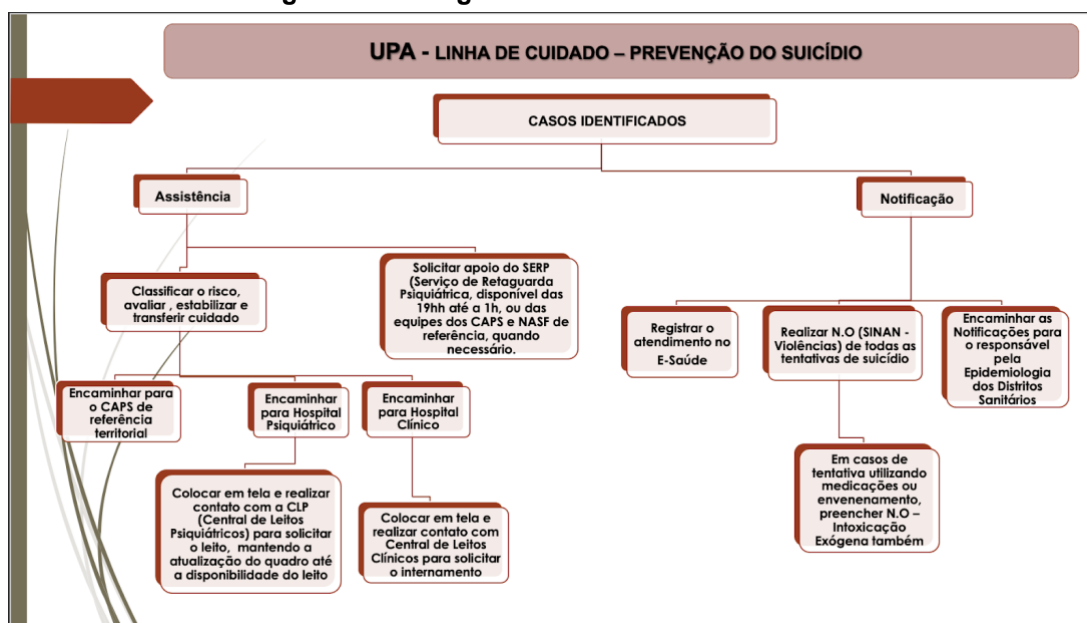
Dentro do atendimento em Hospital e UPA, a primeira assistência é que seja feita a estabilização do quadro clínico e logo após, o início do protocolo de acolhimento da prevenção de Suicídio, como detalhado na Figura 4. As diferenças entre os dois fluxogramas de atendimento refletem mais na Unidade de Pronto Atendimento não ter especialista da área Psiquiátrica e em alguns casos graves, ter a necessidade de realizar o encaminhamento para um Hospital Clínico. Por esse motivo, para a UPA necessário a assistência o apoio do Serviço de Retaguarda Psiquiátrica – SERP, no atendimento de casos identificados.

Figura 6 - Fluxograma de atendimento em Hospital



Fonte: Linha de Cuidado Prevenção do Suicídio (2018, slide 15)

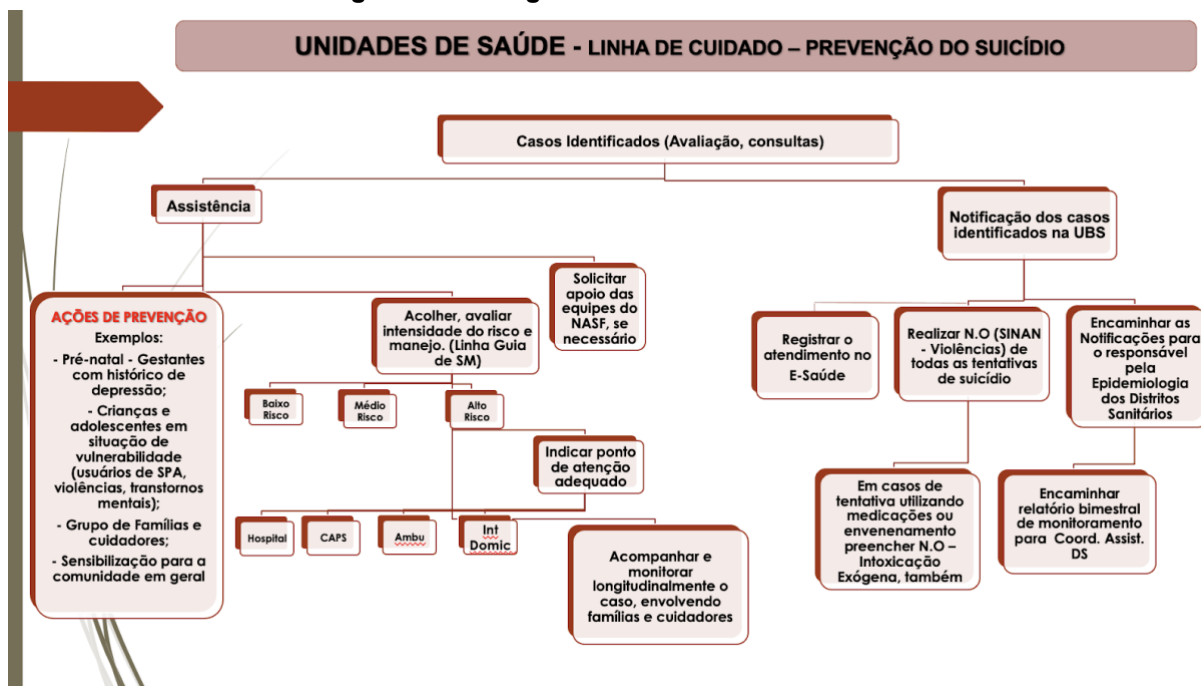
Figura 7 - Fluxograma de atendimento em UPA



Fonte: Linha de Cuidado Prevenção do Suicídio (2018, slide 16)

Ainda falando das diferenças entre os dois fluxogramas, o Hospital em si é considerado um leito e por isso, após a assistência realizada, caso não seja necessário, o paciente pode ser dispensado com o encaminhamento para o CAPS referência para com o paciente. Já nas Unidades de Saúde, por não existir ação imediata a linha de cuidado é com o intuito de prevenção – normalmente o caso é identificado durante a consulta de rotina e encaminhado após ser feito a avaliação pelo profissional que está no atendimento.

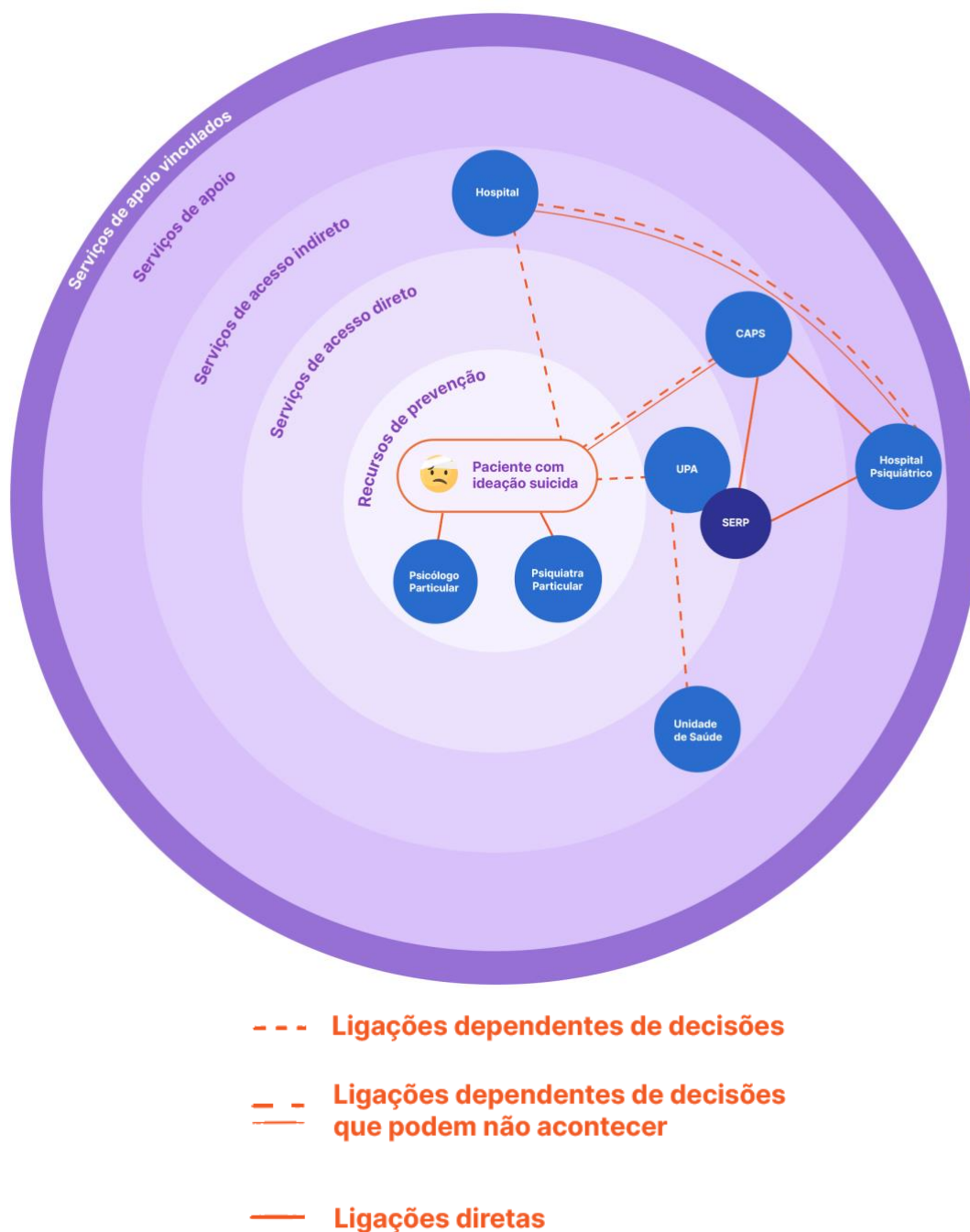
Figura 8 - Fluxograma de atendimento em US



Fonte: Linha de Cuidado Prevenção do Suicídio (2018, slide 18)

A partir da interpretação destes fluxogramas, foi feita uma atualização no mapa de ecossistemas para indexar e consolidar os materiais anteriores.

Figura 9 - Mapa de Ecosistema do atendimento de saúde mental em Curitiba



Fonte: Autoria Própria (2022)

Destaca-se na Figura 8, a visualização entre a integração do paciente com as linhas de cuidado e prevenção do Suicídio. O mapa visualiza que os profissionais iniciais que auxiliavam não estão integrados ao ecossistema e sim apenas como recurso de prevenção do paciente. Também temos a ligação direta estabelecida entre o paciente e seus profissionais de atendimento privado. A ligação tracejada indica uma

ligação dependente de decisão e, como relatado pelos entrevistados, o paciente não toma decisões sobre si durante seu episódio de ideação suicida. Ainda identificamos que as ligações que são dependentes de decisões e que podem não acontecer (linhas tracejadas e contínuas).

3.3 Entrevistas com abordagens participativas

Neste subcapítulo teremos divisões para facilitar a compreensão das informações coletadas. Em 3.3.1 é descrito jornadas de pacientes suicida no serviço público – realizada a partir de entrevistas. Já em 3.3.2 é detalhado o processo das entrevistas com os profissionais da área da saúde de Curitiba. Por fim, 3.3.3 descreve a entrevista com a Organização não governamental.

3.3.1 Jornadas de paciente suicida no serviço público

O recrutamento dessas pessoas foi realizado de uma forma distinta. No primeiro momento, por informalidade, conversei com profissionais da saúde sobre a possibilidade de entrevistas pessoas que passaram pelo atendimento de ideação ou tentativa de suicídio no SUS, uma vez que não sentia segurança para realizar esse processo numa pesquisa acadêmica na graduação. Para minha surpresa, todos os profissionais recomendaram pessoas que gostariam de falar sobre seu processo de tentativa de suicídio.

A proposta de construir a jornada veio em conjunto com os dados coletados na pesquisa preparatória e a construção prévia do mapa de ecossistema. Para Stickdorn e Schneider (2020), é preciso identificar as perguntas que devem ser feitas na pesquisa de campo, mas por estarmos dentro de uma pandemia, a pesquisa de campo foi adaptada para uma abordagem participativa de entrevista em profundidade. Para a entrevista de profundidade foi utilizado o objeto de fronteira previamente feito a partir do fluxograma de atendimento a saúde junto ao mapa de ecossistema (Figura 9). Ao final da entrevista de profundidade, eu reassisti a gravação de vídeo para identificar as possíveis emoções na fala e adaptava junto ao fluxograma de atendimento a saúde - criando um mapeamento dessa jornada.

Em 3.3.1.1 será descrito as Jornadas do Paciente 01 – que foi reincidente em sua tentativa de suicídio. Em 3.3.1.2 será descrito a Jornada do Paciente 02 – que passou por um processo de internação em hospital psiquiátrico. Os pacientes foram anonimizados com números para facilitar a construção de relatos e identificação dentro da pesquisa.

3.3.1.1 Paciente 01

Após explicar para a Paciente 01 sobre as linhas de autocuidado da Prefeitura de Curitiba, pedi para a Paciente 01 descrever como foi sua experiência com as tentativas de suicídio. Paciente 01 relatou duas passagens pelo SMS – visto que Paciente 01 havia tentado contra própria vida duas vezes. Para fins de compreensão, como parâmetro customizável da jornada horizontal, eu dividi em quatro momentos: 1) O processo emergencial, que é quando Paciente 01 ainda não está completamente em atendimento; 2) Em atendimento, quando Paciente 01 se encontra sob a tutela do Hospital; 3) Atendimento pós hospital – que é quando a Paciente 01 se encontra fora do atendimento multidisciplinar de assistência; 4) Ciclo de Acompanhamento, que pode ser realizado pela SMS junto ao CAPS ou por atendimento privado. Na coluna vertical, eu identifiquei a partir do relato em entrevista quais foram as etapas descritivas, quem estava naquela etapa descritiva seja familiar-amigo ou psicólogo/psiquiatra particular, os prestadores de serviço de saúde dentro do atendimento e por último qual era o ponto emocional de -2 para 2. O objetivo dessa jornada foi descobrir etapas críticas que podem levar à desistência e entender quais são as etapas que originam pane no atendimento.

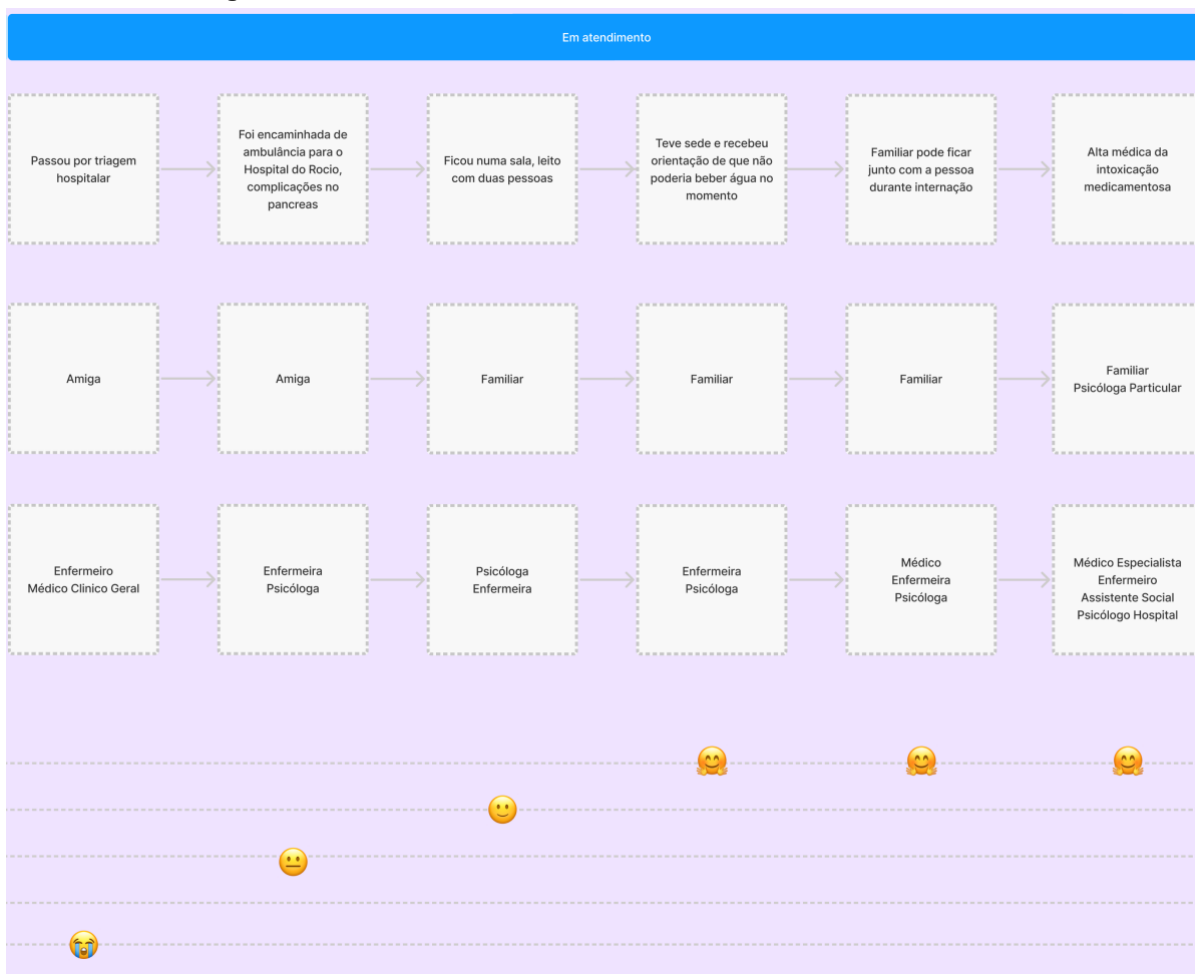
Figura 10 - Processo Emergencial de Paciente 01



Fonte: Autoria Própria (2022)

O processo emergencial demonstrado na Figura 10 apresenta como foi realizada a tentativa de suicídio e a correlação com a ideia vertical de um responsável temporário dessa pessoa.

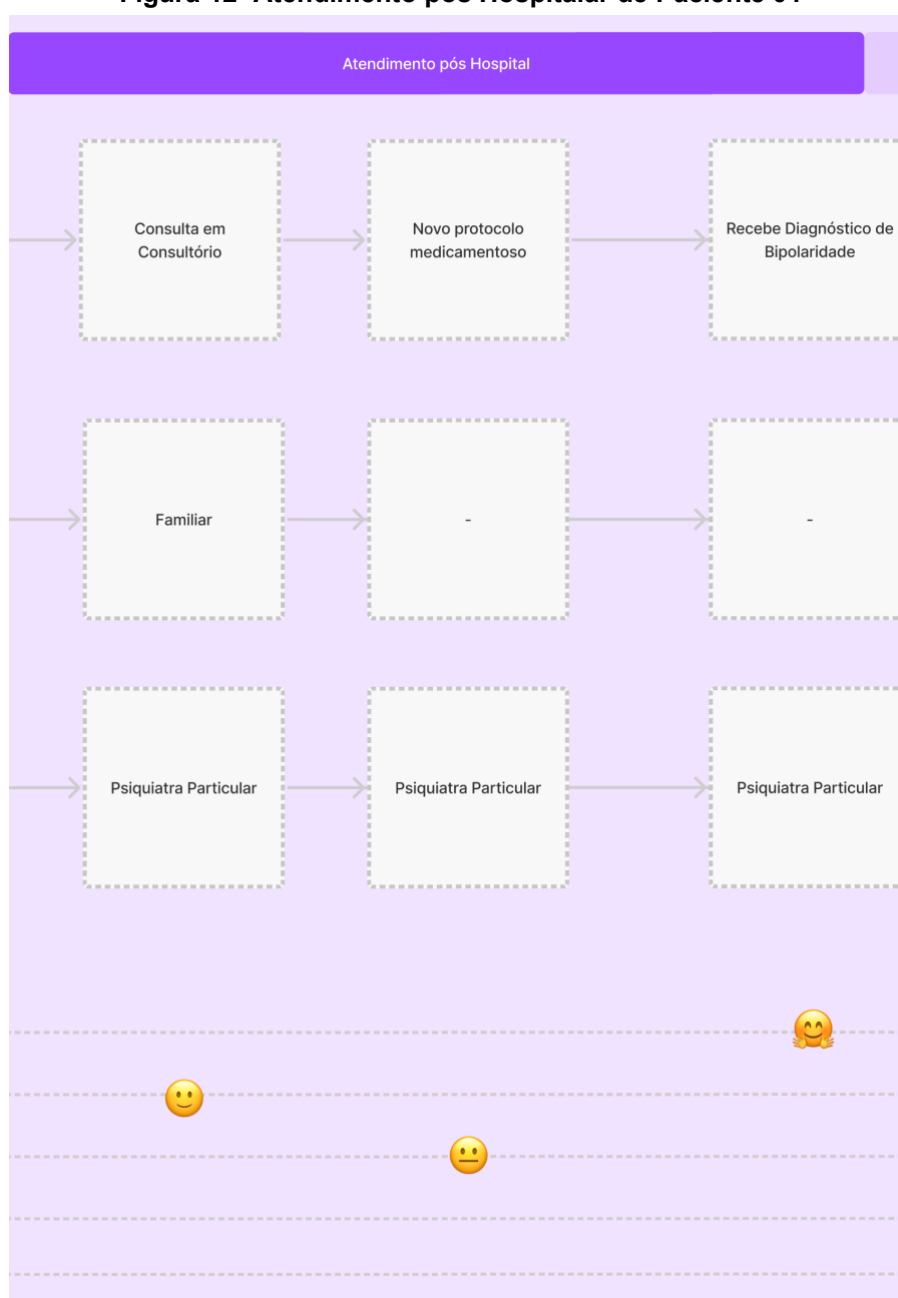
Figura 11 - Processo de atendimento na Jornada de Paciente 01



Fonte: Autoria Própria (2022)

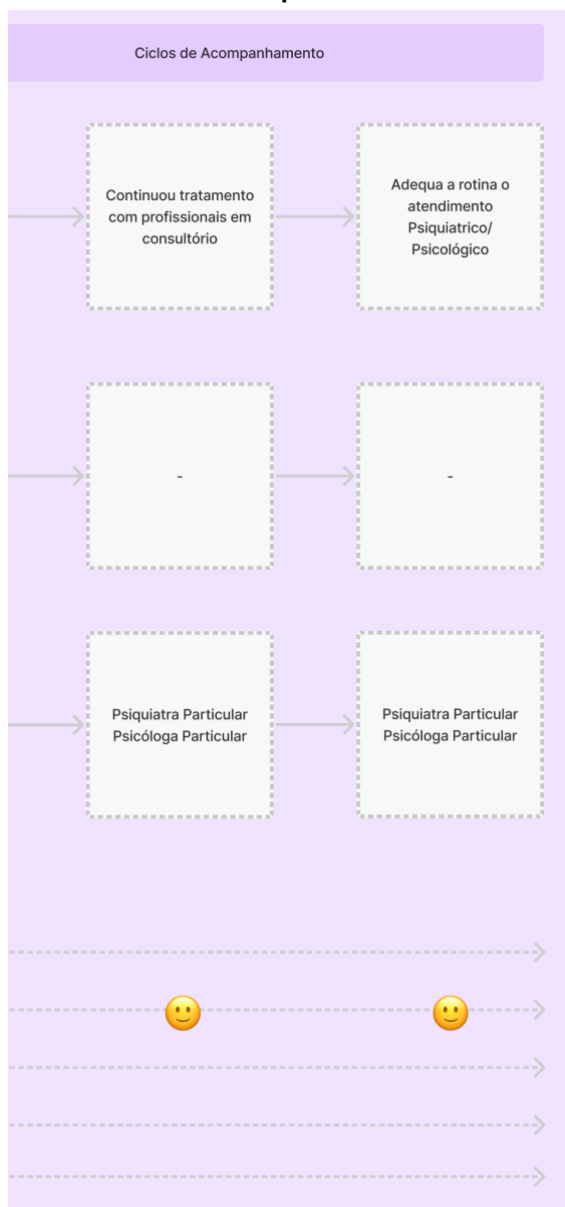
Na figura 11 é possível visualizar a diversidade de atores envolvidos nesse processo de atendimento para a estabilização física de Paciente 01. Esse processo visualizado evidencia uma maior quantidade de profissionais envolvidos – e como eles impactam diretamente na perspectiva emocional de acolhimento de Paciente 01.

Figura 12- Atendimento pós Hospitalar de Paciente 01



Na figura 12 podemos visualizar que posterior a uma tentativa de suicídio foi realizado um novo protocolo medicamentoso e com isso também o diagnóstico que pode auxiliar Paciente 01 a compreender de onde vem esses fatores de ideação. Nesse momento, Paciente 01 relatou que sentiu extrema felicidade em se entender dentro da sociedade.

Figura 13 - Ciclo de Acompanhamento de Paciente 01



Fonte: Autoria Própria (2022)

Nesta última etapa da jornada de Paciente 01, foi dada continuidade de seu tratamento apenas na esfera particular. Paciente 01 disse que teve o encaminhamento descrito visualmente nas Linhas de Tratamento da SMS de Curitiba. A segunda jornada de Paciente 01 retrata dentro dos mesmos momentos como foi seu atendimento.

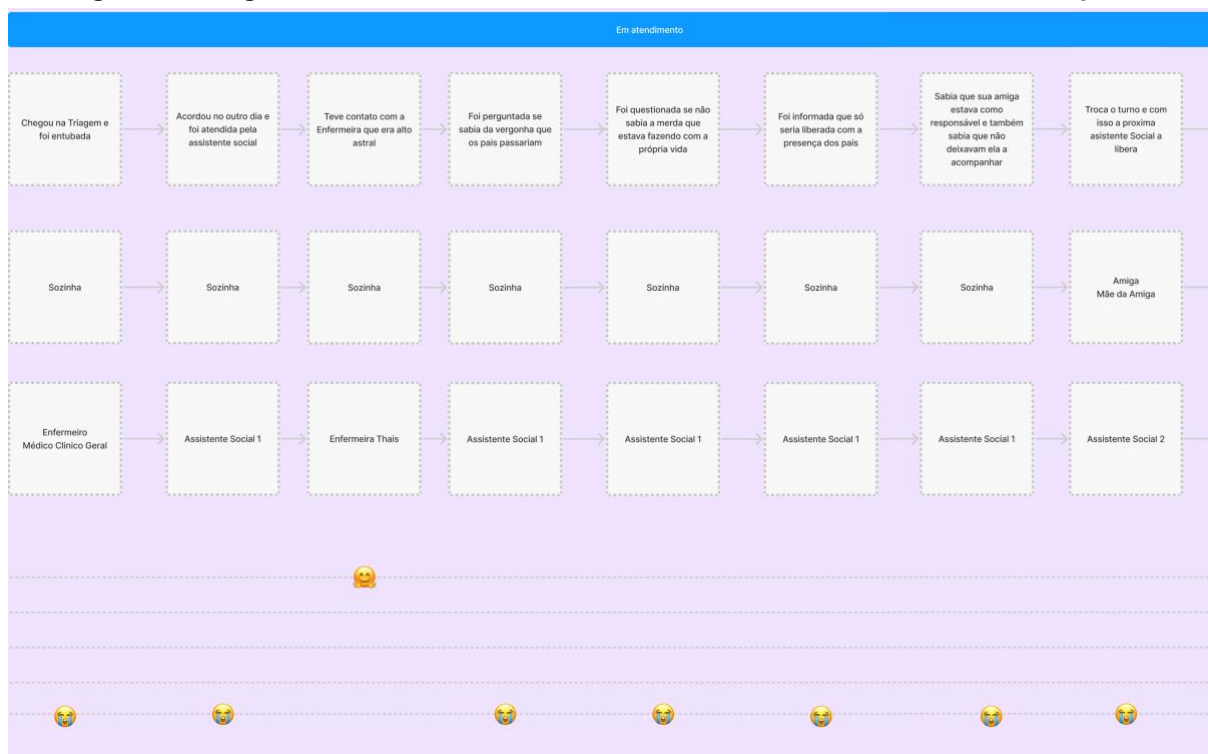
Figura 14 - Segunda Jornada de Atendimento de Paciente 01 - Processo Emergencial



Fonte: Autoria Própria (2022)

Paciente 01 relatou que essa segunda tentativa foi um pouco mais confusa e negativa para ela principalmente pela experiência negativa durante o atendimento hospitalar. Identificamos em conjunto que isso essa experiência negativa foi relacionada a como um dos prestadores de serviços de saúde – visível na figura 14 nas etapas de “não saber a merda em que estava fazendo com a própria vida” e por esse mesmo profissional não compreender que ela não tinha a família nuclear próxima e como responsável dentro desse atendimento estava um amigo.

Figura 15 - Segunda Jornada de Atendimento de Paciente 01 - Atendimento Hospitalar

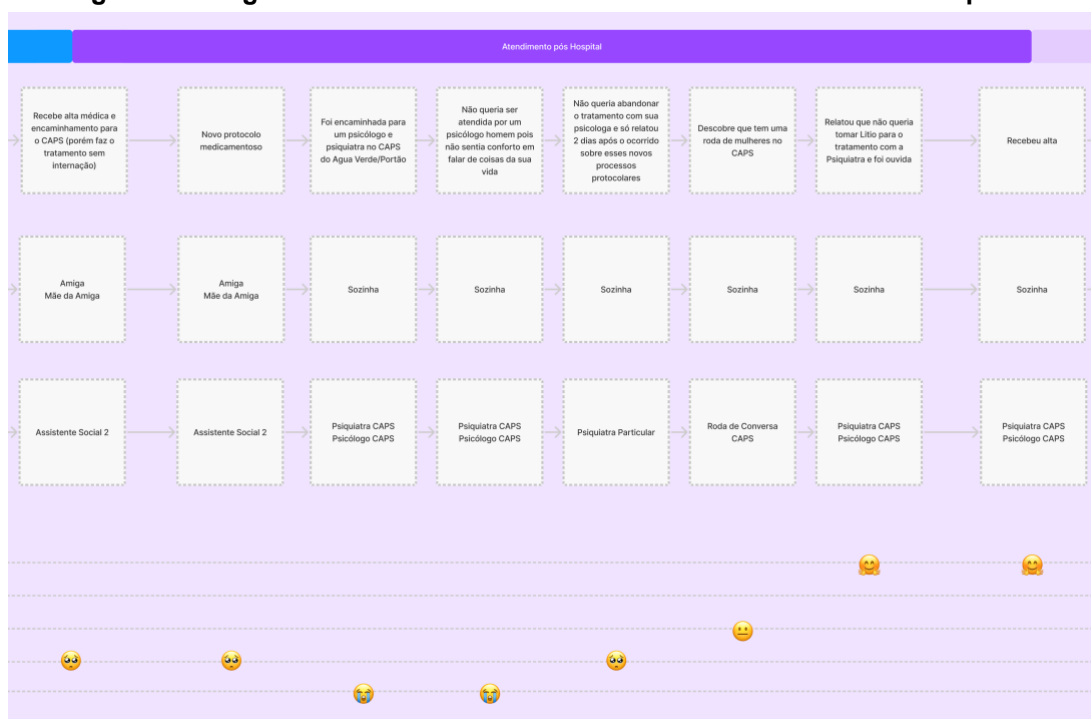


Fonte: Autoria Própria (2022)

Já no atendimento pós hospital, temos pela primeira vez o encaminhamento para o CAPS. É interessante observar que no início dessa pesquisa, a reincidência da tentativa ao suicídio é considerada fator de risco. Porém, Paciente 01 relatou que em nenhum momento foi oferecido leito para sua internação, fazendo a responsabilidade ser unicamente dela. Com isso, identifica-se uma problemática contraditória dentro da própria SMS: é realmente indicado o tratamento em hospital psiquiátrico para pacientes com ideação suicida?

Ainda dentro da segunda jornada de Paciente 01, ela relata que em contato com a psiquiatra via CAPS, ela teve oportunidade de discutir sobre seu protocolo medicamentoso – possibilidade que não foi realizada junto ao profissional em consultório – visível na Figura 15. Isso impactou de forma muito positiva em como Paciente 01 visualiza o CAPS e o serviço de saúde público da SMS.

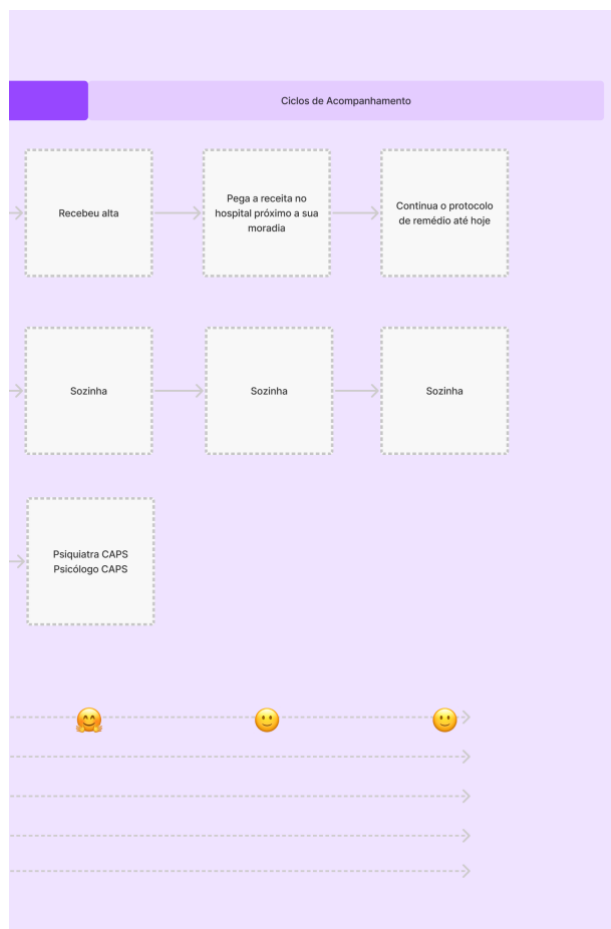
Figura 16 - Segunda Jornada de Atendimento de Paciente 01 - Pós Hospitalar



Fonte: Autoria Própria (2022)

Após passar por todos esses caminhos, Paciente 01 relata que continua desde 2019 com o mesmo tratamento, retirando seu medicamento na farmácia do sistema público de saúde – porém optou por continuar o atendimento com a psicóloga em consultório – visível na Figura 16.

Figura 17 - Segunda Jornada de Atendimento de Paciente 01 - Ciclos de Acompanhamento

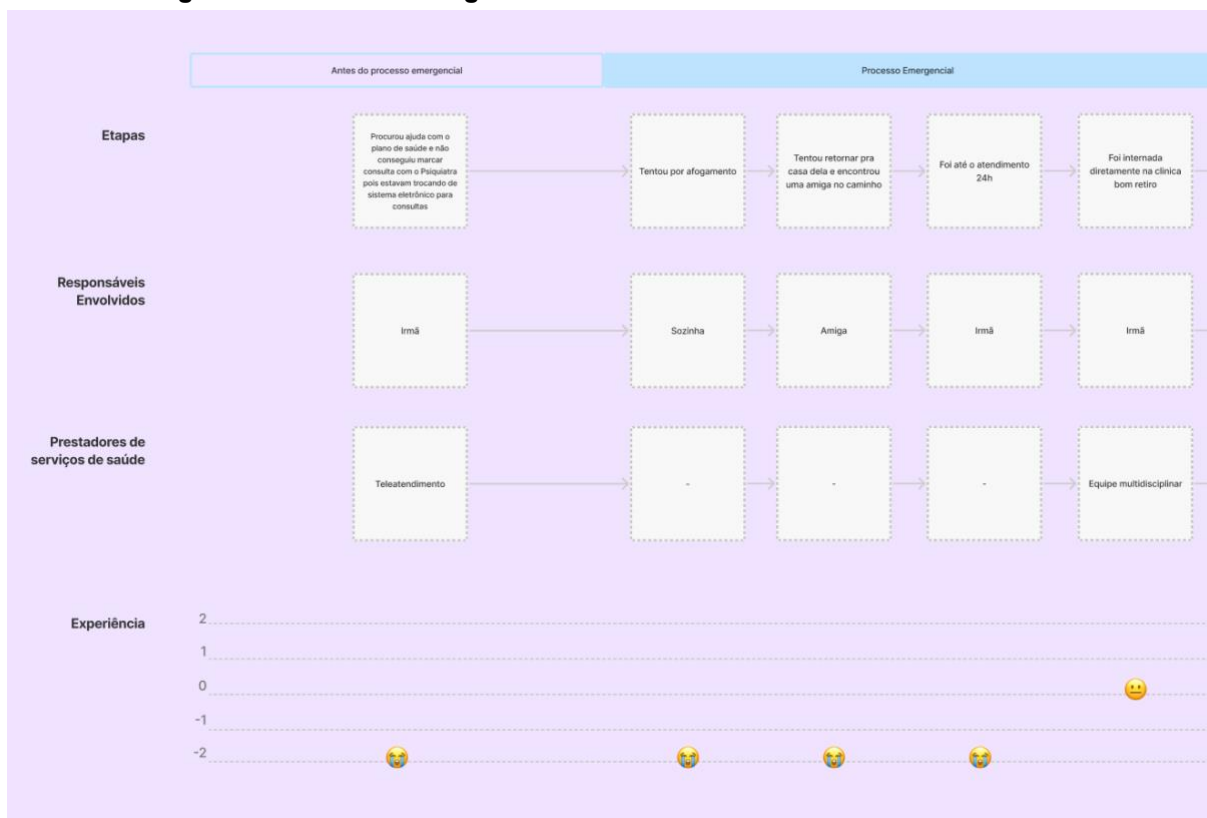


Fonte: Autoria Própria (2022)

3.3.1.2 Paciente 02

A jornada 03 (Figura 18, Figura 19 e Figura 20) retrata a tentativa de suicídio do Paciente 02. No sentido do tempo, esse Paciente 02 narrou um período de 8 meses, incluindo desde sua primeira ideação, tentativa, internamento e atendimento na Clínica-Dia (espaço complementar de permanência em até 12 horas) até sua alta médica - que foi seu retorno ao trabalho. Essa entrevista veio como uma forma de visualizar também o processo de internamento em um hospital psiquiátrico.

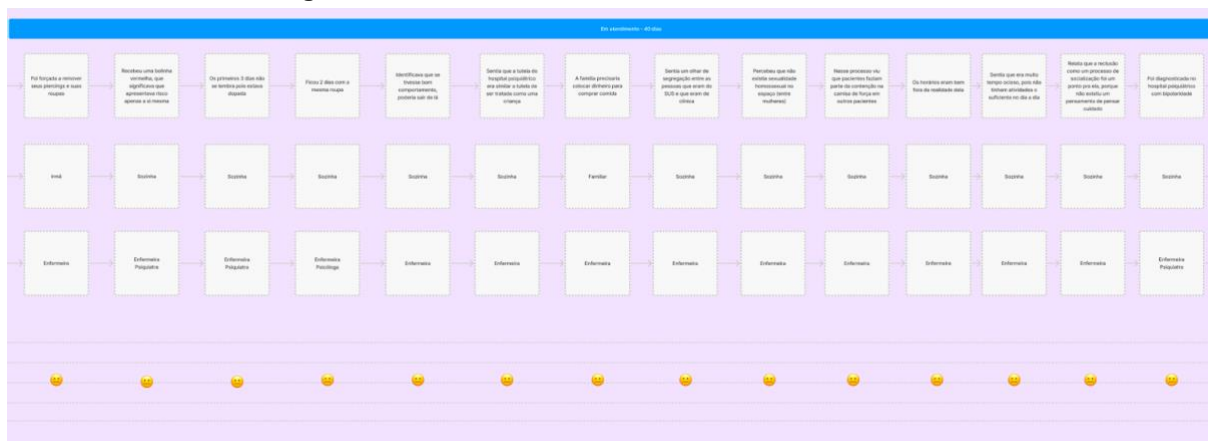
Figura 18 - Primeiro e segundo momento do atendimento de Paciente 02



Fonte: Autoria Própria (2022)

Paciente 02 descreveu toda a experiência como neutra, até receber seu diagnóstico e ser encaminhada para a clínica-dia, colocado por Paciente 02 como um local para finalmente pensar em autocuidado. Foi marcante para Paciente 02 entender que durante sua vivência no hospital psiquiátrico que é demarcado como um espaço para loucos, a última coisa que você poderia fazer ali é ser louco. Esse ponto foi apresentado quando Paciente 02 descreveu sobre o processo de pacientes fazendo contenção em outros pacientes – relatado na Figura 18.

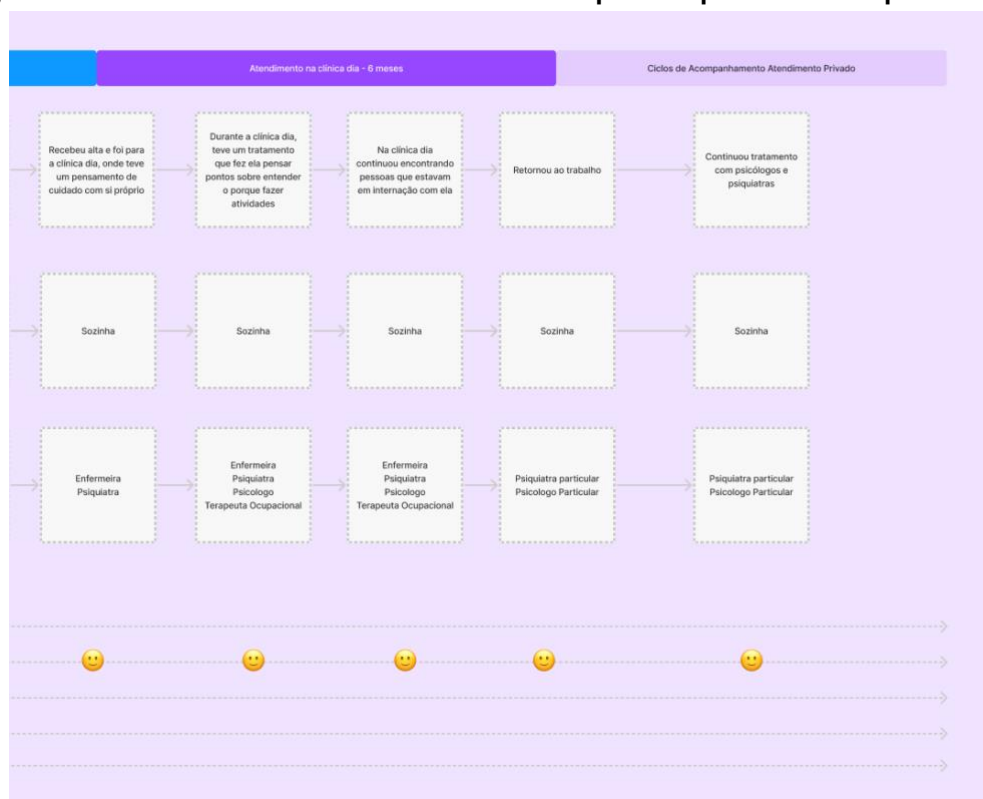
Figura 19 - Jornada de Paciente 02 - Em atendimento



Fonte: Autoria Própria (2022)

A passagem pela clínica dia, relatado na figura 19 fez Paciente 02 encontrar todas essas pessoas que estavam anteriormente no hospital psiquiátrico e com isso, criar uma rede de apoio e não ter tanto tempo ocioso em comparação com a internação.

Figura 20 - Jornada de Paciente 02 - Atendimento pós Hospitalar e Acompanhamento

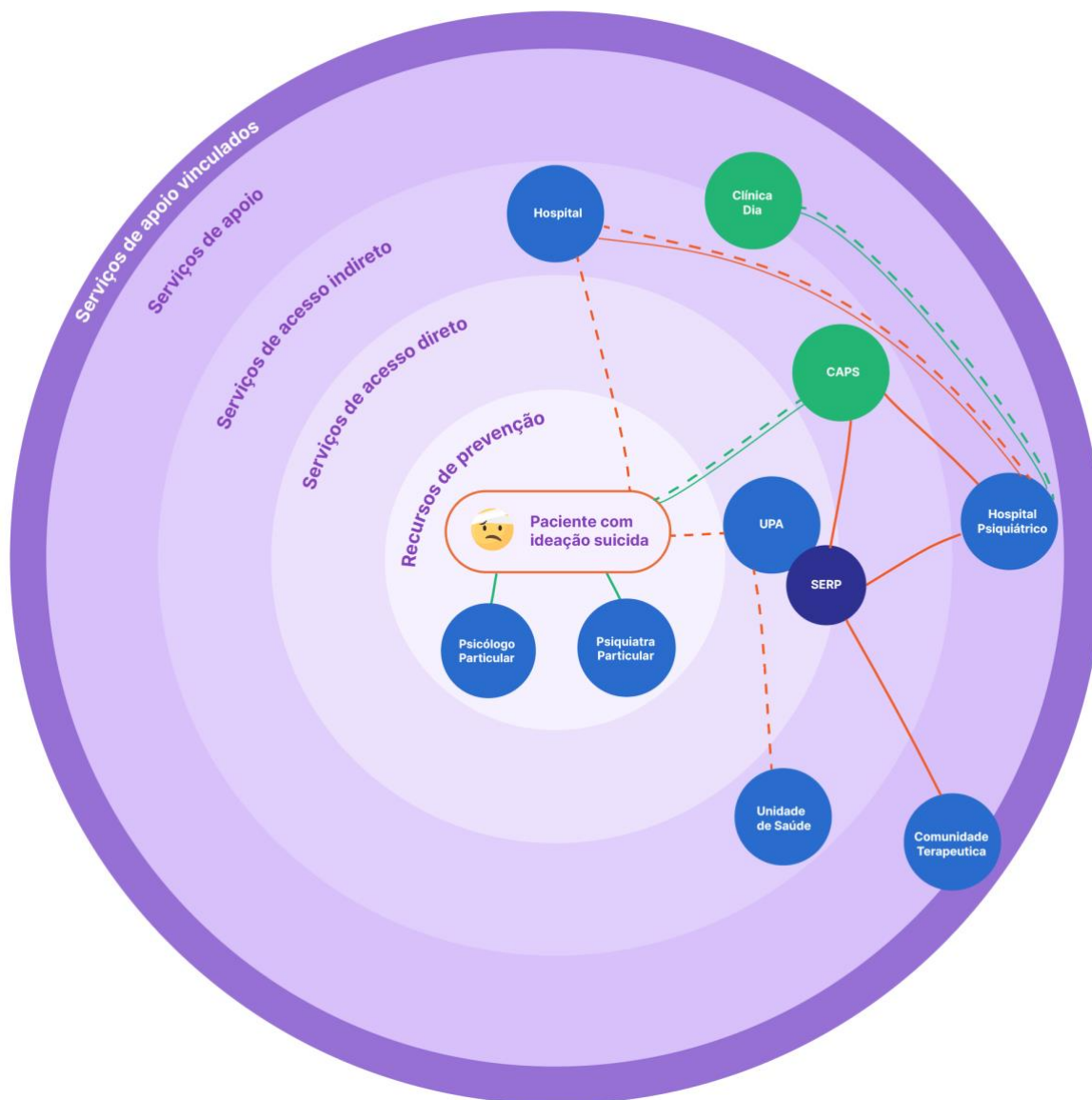


Fonte: Autoria Própria (2022)

A partir dessas entrevistas, retornei ao mapa de ecossistema adicionando a clínica dia e o CAPS e na cor Verde, como possíveis locais de perspectiva positiva

indicada dentro das duas jornadas de usuário feita a partir dessa abordagem participativa nas entrevistas - e adicionei indicações de ligações que fortalecem o atendimento.

Figura 21 - Mapa de Ecossistema com adição de pontos do paciente com ideação suicida



Fonte: Autoria Própria (2022)

3.3.2 Entrevistas com profissionais da saúde

Foram realizadas entrevistas com oito profissionais: três psicólogos, dois que atuam em CAPS e um que atua como psicólogo em consultório. Além disso participaram um médico residente em psiquiatria atuando em hospital público, um

médico psiquiatra que atua em consultório clínico, um médico psiquiatra e diretor técnico de Hospital Psiquiátrico, uma Enfermeira que atua em hospital público e uma assistente social que atua em Hospital Público.

Estas entrevistas foram realizadas no período de 2020 a 2022, todas de forma digital e gravadas para fins de documentação, exceto a entrevista com o diretor técnico de Hospital Psiquiátrico que foi realizada por telefone. Todas as entrevistas têm duração de no mínimo 20 minutos e no máximo 1 hora e 20 minutos.

As perguntas das entrevistas pediam para descrever a carreira do profissional da saúde, quais cargos tinham ocupado anteriormente, se já houve contato com casos de ideação ou tentativa suicida e ao final, era feita uma abertura para que o profissional relatasse do seu ponto de vista, problemas para o acompanhamento e tratamento, não sendo obrigatória a resposta.

Após a entrevista, era efetuado a listagem de Insights-chave, que "servem para destacar os maiores problemas que os potenciais clientes têm com o [...] serviço" (STICKDORN, 2020, p. 113), utilizando o software *Figjam* que simula um quadro branco e *post-its* e, posteriormente, adicionado ao Mapa do Ecossistema. Para facilitar a leitura deste trabalho, os profissionais serão apresentados individualmente e ao invés de números, será utilizado apenas identificações por meio de siglas e profissão.

A entrevista com o psicólogo clínico de consultório LD resultou em *Insights-chave* a tratamentos alternativos, o preço do medicamento e julgamento familiar. Ao ser perguntado sobre o que poderia ajudar, descreveu a ideia do bairrismo de encaminhamento, na qual ele entra em contato com profissionais que não fazem parte da esfera pública de saúde para resolver os problemas de seu paciente de consultório. Identificou que os maiores problemas são os tratamentos alternativos, citando o exemplo de tomar Ayuasca, o preço de medicamentos e o julgamento familiar. Como o que poderia ajudar, disse que a rede de apoio, a família dando suporte para o tratamento e o bairrismo de encaminhamento.

Já com as psicólogas do CAPS, os *insights-chave* também se direcionaram a família. Mas, por essas trabalharem em contato direto com uma população com menor poder aquisitivo, outros relatos foram observados. Durante a entrevista com a psicóloga GF, entendi como funcionam os CAPS e como problemas sociais afetam seu atendimento no dia a dia. Identifiquei que os maiores problemas envolvem familiares procurando o internamento involuntário, a falta de um olhar sensível ao atendimento do paciente suicida reincidente, a cobrança de funcionalidade padrão

para além do que aquela pessoa em sofrimento pode dar em momento de dor, as perspectivas moralistas durante o tratamento, a falta de manejo da equipe na UPA para o CAPS e o CAPS AD (Álcool e Drogas) com profissionais não sensibilizados ao tema. Quanto às ações que podem ajudar, a entrevistada citou a existência de abrigos noturnos, maiores recursos para pessoas com maior vulnerabilidade e materiais de apoio para pacientes e familiares.

Já na entrevista com a psicóloga IA que também trabalha no CAPS, foi apresentado um olhar sobre o pedido de ajuda na área da saúde mental. Porém, a primeira divergência entre serviços apareceu: por ela, foi relatado que não existe internamento involuntário. Ela relatou que os maiores problemas que enfrentou foi a necessidade de convencer que a pessoa precisa de ajuda, a busca ativa de pacientes com pouca sensibilização pelo caso e o tratamento de uma pessoa deprimida ser complexo, pois a pessoa não tem as funções executivas sob sua responsabilidade. A entrevistada vê que o maior aprofundamento para pacientes que procuram ajuda e o fato desses pacientes pedirem ajuda já estarem aberto o tratamento como um grande fator para ajudar.

A enfermeira LF atua no Hospital do Trabalhador e relatou sua visão de trabalho no maior pronto-socorro do estado do Paraná, em Curitiba. Nesse momento, foram produzidos *insights-chave* que se conectam a como o serviço de notificação é colocado e suas problemáticas durante a pandemia. Como maiores problemas, foi relatado que no atendimento de urgência, o acolhimento não se faz presente, que não existe um serviço articulado para esse acolhimento, que após a estabilização, o paciente não tem interesse em dar segmento no tratamento, que a perda de autonomia faz o paciente necessitar de uma pessoa responsável, que esse paciente precisa de ajuda num primeiro momento de contato e que em geral, sente que pacientes jovens que tentam suicídio chocam a todos no atendimento de emergência. Ela coloca que poderia ajudar ter mais procedimentos digitalizados e que o familiar nesse momento é pilar para um bom atendimento emergencial.

Já a assistente social SB trouxe uma *insights-chave* conectados a vulnerabilidade social e exaustão das pessoas que cuidam e que, mesmo dentro do hospital, o suicídio acaba ocorrendo eventualmente. Ela vê como maiores problemas as pessoas em vulnerabilidade social serem tratadas como invisíveis dentro do hospital. Além disso, relata o caso de idosos se vendo como um peso para familiares e por isso tentando suicídio. Como resultado disso, identifica a exaustão dos

responsáveis que se tornam cuidadores, que na maioria das vezes são mulheres. O que poderia ajudar seriam discussões sobre o desmonte das políticas públicas e a garantia de qualidade no atendimento.

A médica psiquiátrica GS trouxe seu olhar de um atendimento em consultório clínico particular, gerando *insights-chave* críticos a problemáticas que esteve encaminhando pacientes para o atendimento ao SUS. Dentro de seu processo clínico, acabou adaptando o uso do medicamento Cetamina, que auxilia no tratamento do transtorno depressivo de forma quase imediata. Então, ela coloca como maiores problemas as consultas ambulatoriais graves, exigindo o encaminhamento e quando o encaminhamento vai para a SMS ou UPA ela considera arriscado para o paciente dela chegar a óbito por não atendimento. Além disso, vê o processo de notificação complexo e tenta na maioria das vezes encaminhar para hospitais psiquiátricos que o plano de saúde do paciente tenha cobertura.

A médica residente em Psiquiatria JB trouxe um repertório de vários locais que trabalhou durante seu processo de aprendizado. Um dos pontos que chamaram atenção é que não existe uma padronização na atuação do SUS e isso dificulta pela diferença em protocolos. Com isso, citou como maiores problemas a ausência da cultura de notificação, o fato de não existir padrões de atendimento no SUS para a saúde mental, que o ambulatório não ter um atendimento em equipe, tornando o acolhimento complexo, principalmente, para pacientes mais graves que pedem por internação no CAPS. Acredita que processos de notificação e triagem como ação protocolar e maior investimento financeiro poderiam ajudar.

O médico psiquiatra e diretor técnico do hospital psiquiátrico RS teve um tempo de entrevista reduzido, mas ainda sim, um ponto chamou atenção de seus *insight-chaves*: sobre o Brasil não produzir estatísticas sobre saúde mental. Também relatou que os maiores problemas é a internação como política de atendimento e hospitais psiquiátricos que geram a própria demanda. Considera que pode ajudar o tratamento medicamentoso como a Cetamina, que atividades físicas podem sim ser um processo de auxílio e que ações que se conectam com a faixa etária dos pacientes podem facilitar a comunicação sobre saúde mental.

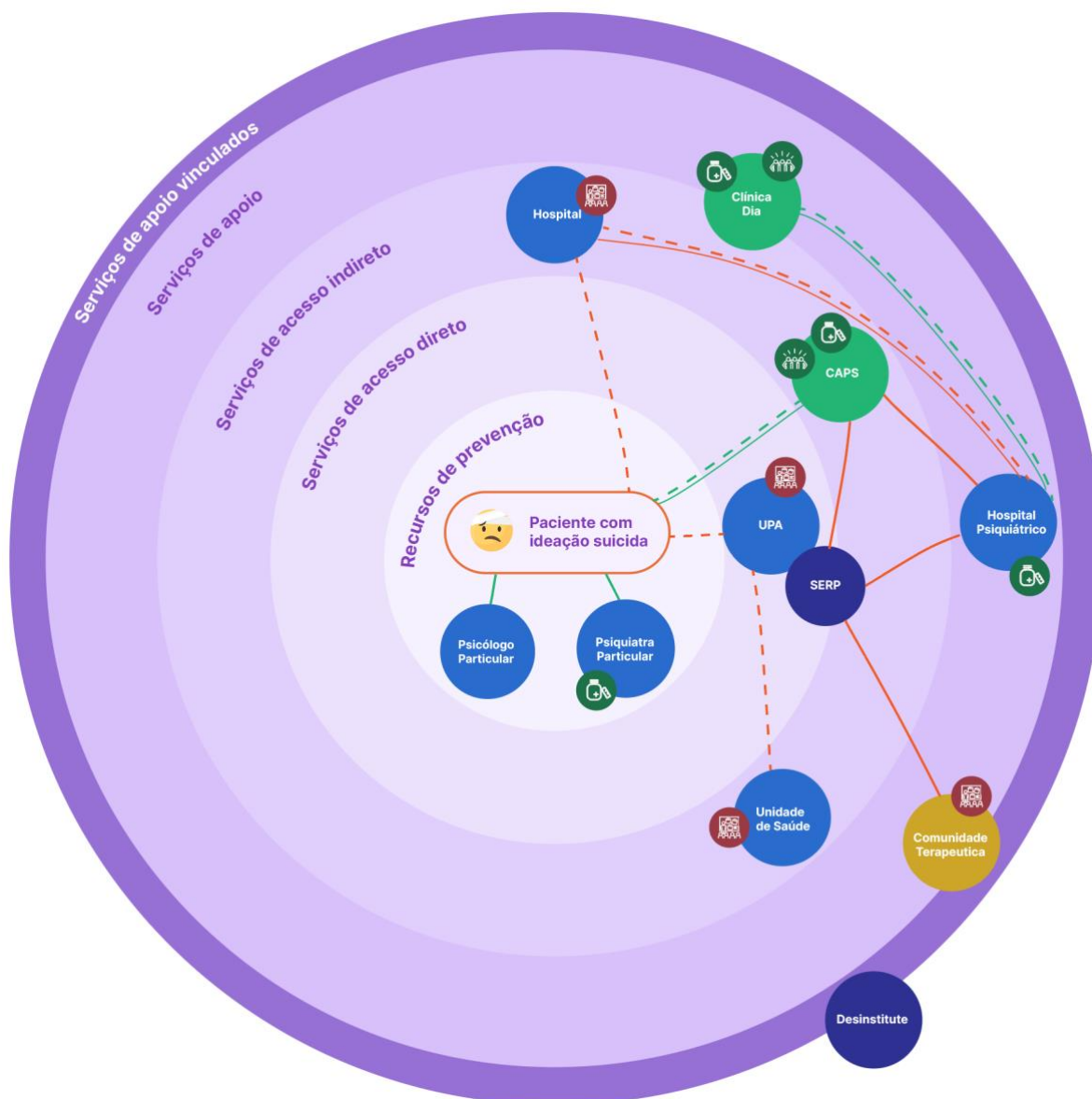
3.3.3 Entrevista com Organização Não Governamental

Um dos pontos centrais que iniciou a pesquisa desse trabalho foram dados e integração de atendimento. Porém, com a informação de que os dados estatísticos não serem atualizados desde 2015 pelo governo Federal, eu entrei em contato com uma organização não governamental que estivesse conectada com direitos humanos e, nesse momento, encontrei a Desinstitute.

De acordo com o seu site, o Desinstitute é uma organização da sociedade civil que atua pela garantia de direitos humanos e pelo cuidado em liberdade no campo da saúde mental, no Brasil e na América Latina. Sua atuação está relacionada à saúde mental com sua interseccionalidade entre o sistema de justiça, a violência institucional, política de drogas e o cuidado comunitário. Foi relatado como maiores problemas que o Judiciário e o Legislativo não entendem o que é Saúde Mental, que as decisões nos dias de hoje conflitam diretamente com a luta antimanicomial e que Comunidades Terapêuticas são abertura do retrocesso no tratamento digno a saúde mental. Verificam que pode ajudar o poder judiciário compreendendo o que é saúde mental, políticas públicas de coalizão conforme descrevem a fundamentação do SUS e a participação da sociedade por meio de movimentações artísticas.

Após isso, as transcrições foram adicionadas ao mapa de ecossistema – sendo considerações em laranja de aspectos problemáticos relatados como o surgimento das comunidades terapêuticas dentro do processo de tratamento e a falta de preparo profissional em locais como Hospital, Unidade de Pronto Atendimento e as Unidades de Saúde. Os pontos positivos adicionados foram a própria organização não governamental, as atividades existentes na Clínica-dia e CAPS e o diagnóstico medicamentoso que potencializa o resultado do tratamento da pessoa com ideação suicida.

Figura 22 - Mapa de Ecosistema com adição de pontos após entrevistas







Fonte: Autoria Própria (2022)

Figura 23 - Mapa de Ecosistema com adição de pontos após entrevistas - legendas






Insights-chave de experiência nos serviços

-  Preparo profissional para acolhimento
-  Centro de Convivência Terapias Ocupacionais Rodas de Discussão
-  Diagnósticos e protocolos medicamentosos

Espaços/Pessoas/Instituições

-  Ambientes/locais/pessoas com fator de decisão para atendimento ou mudança
-  Ambientes/locais que auxiliam no atendimento
-  Ambientes/locais que auxiliam no atendimento e causam mudança positiva
-  Ambientes/locais que dificultam o aspecto da prevenção

Ligações

-  Ligações dependentes de decisões que podem quando acontecem, fortalecem o atendimento
-  Ligações diretas que fortalecem o atendimento
-  Ligações dependentes de decisões
-  Ligações dependentes de decisões que podem não acontecer
-  Ligações diretas

Fonte: Autoria Própria (2022)

3.4 Ideação e execução da oficina para visualizar o futuro

Após a somatória de todos os dados obtidos a partir de entrevistas, pesquisa bibliográfica e outros organizei uma oficina com profissionais da saúde que atuam na área privada para visualizar impulsionadores da mudança na área da saúde em Curitiba.

A proposta dessa oficina veio a após mudança hierárquica de gestão da SMS. Por esse motivo, buscou-se articular relações por não ter uma organização hospedando a oficina, que seria o cenário ideal. O objetivo para propor essa oficina é fomentar propostas de coalizão de design na área de serviços de saúde mental em Curitiba. No projeto A Designer Articuladora de Coalizões, Eleutério (2019) define a utilização de coalizão da seguinte forma:

Para que problemas sociais sejam combatidos de maneira ágil e inovações sociais surjam, é sugerida a de coalizões de design que se tratam de estruturas que trabalham em rede para que todos os atores envolvidos colaborem organizados em alcançar um resultado comum (ELEUTÉRIO, 2019, p 42)

A partir disso, entrei em contato com uma psiquiatra entrevistada de forma contextual, para a realização da atividade de oficina na sua clínica-consultório que fica localizada no centro de Curitiba, também pelo fato dela atuar unicamente em clínica-consultório particular sem vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde. A primeira data da oficina foi marcada para o dia 28 de setembro de 2022, no período das 19h00 até as 21h00. Para esse encontro, foram convidadas pessoas que atuam com Psicologia em consultório particular ou associação e psiquiatras que atuam com Psiquiatria em consultório particular ou associação, com no máximo 8 participantes por limitação de tempo e espaço físico. Por motivos de incompatibilidade de agenda para o mês de setembro, os participantes pediram para modificar a data do evento para o dia 17 de outubro.

No dia da oficina, apenas 2 participantes dos 8 convidados puderam comparecer. Isso fez com que houvesse a oportunidade de realizar uma discussão um pouco mais longa. A oficina foi dividida em 4 partes. A primeira parte foi a introdução entre os participantes, com uma dinâmica de 5 minutos para eles utilizarem

massa de modelar para se apresentarem. O uso desse material veio como uma proposta de reduzir a formalidade nas apresentações dos profissionais e estimular a criatividade.

Fotografia 3 - Massa de modelar para apresentação

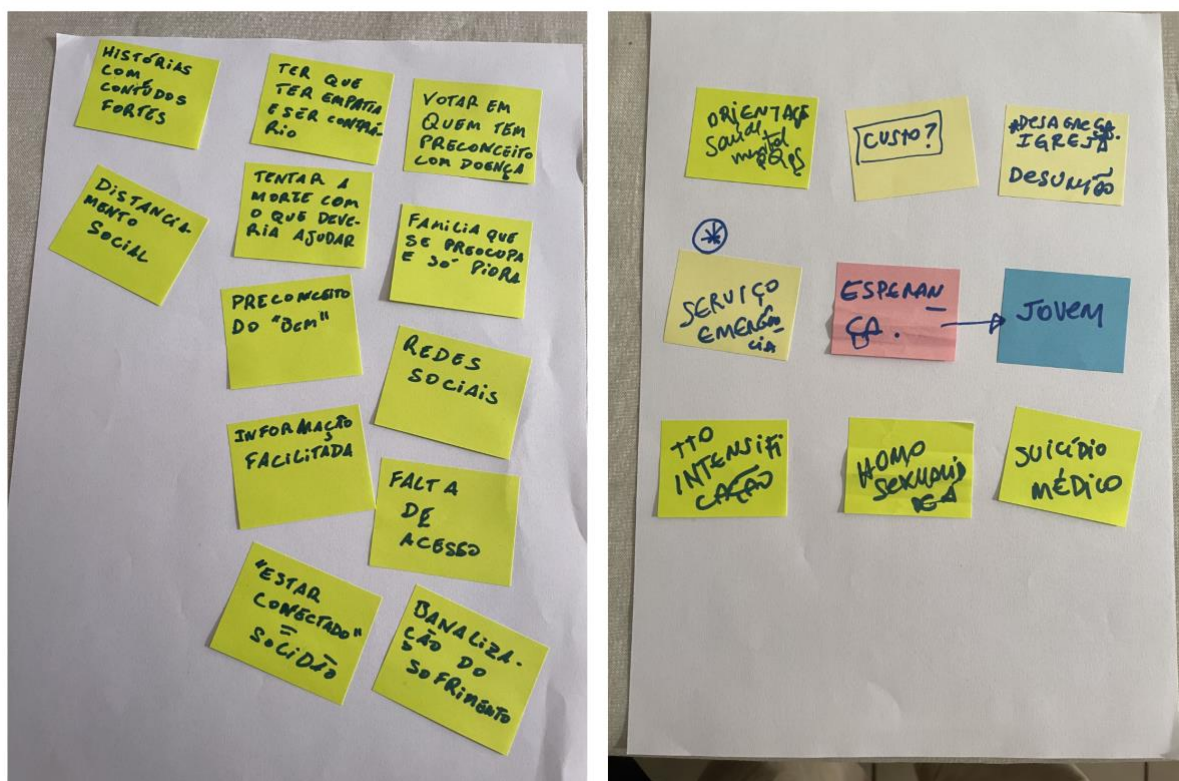


Fonte: Aatoria Própria (2022)

Como resultado dessa forma de introdução, um dos profissionais colocou vários braços, para exemplificar que ela faz atendimento a diversos casos de saúde mental. O outro profissional modelou uma orelha, para exemplificar que sua profissão escuta as pessoas no atendimento.

Após essa introdução, foi realizado a segunda parte da oficina, mostrando o contexto, objetivos e prática de pesquisa deste trabalho, como também o mapa de ecossistema criado a partir do que foi pesquisado até aquele momento. A apresentação desse material veio como uma proposta de propor junto a esses profissionais, formas de melhorar o acolhimento dos seus pacientes no serviço público de saúde. Depois disso, iniciou-se a terceira parte da oficina, onde foi solicitado aos participantes para identificarem contradições do seu atendimento em conjunto ao Sistema Único de Saúde de Curitiba. É importante lembrar que os profissionais convidados para essa oficina atuam unicamente em consultórios particulares. Outro fator é que como eram apenas dois participantes, foi incentivado que eles discutissem entre si seus pontos de vista de psicólogo e psiquiatra, já que a forma de tratamento é complementar, mas a atuação entre eles é diferente. Essa interação durou 30 minutos.

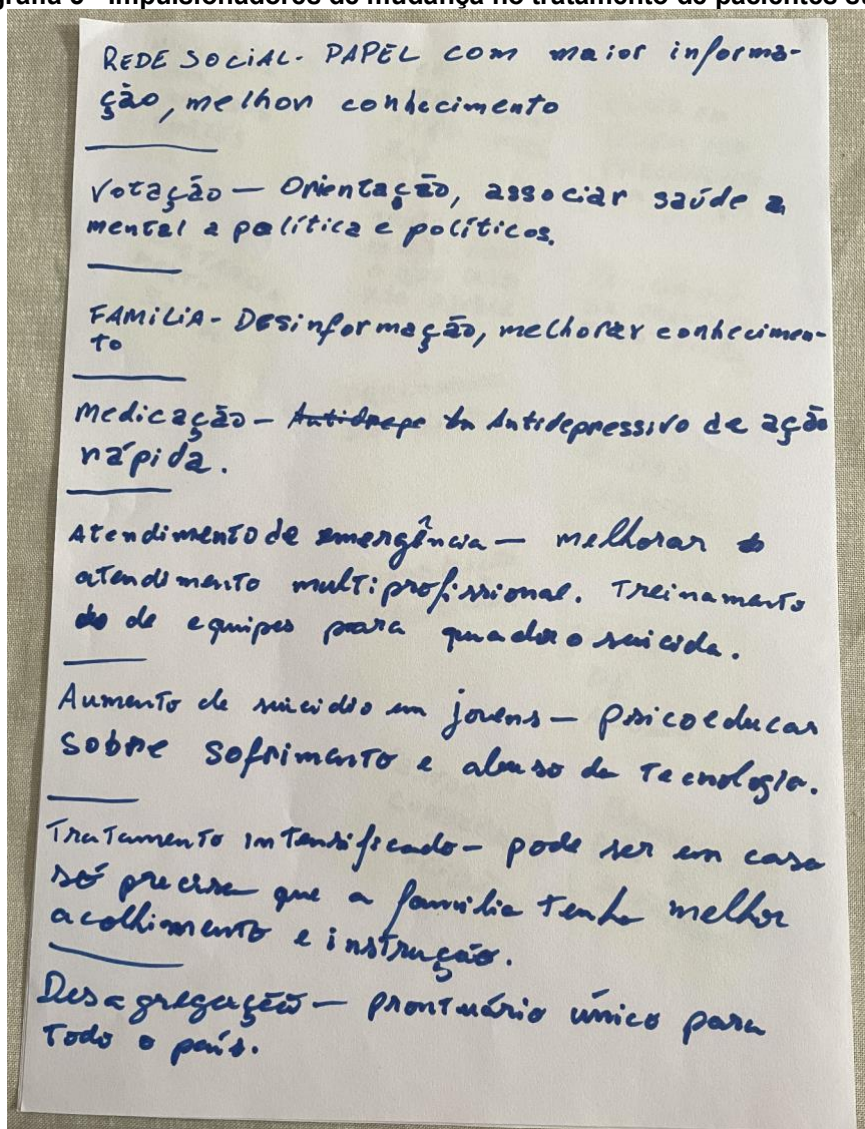
Fotografia 4 - Contradições de atuação na área da saúde por profissionais particulares



Fonte: Autoria Própria (2022)

No passo seguinte da oficina, foi apresentado os processos de impulsionar mudanças – método do qual se separam as propostas por temáticas com possibilidade de soluções a curto, médio e longo prazo. Durante essa atividade, foi solicitado aos participantes discutirem suas contradições e pensarem numa solução sem considerar temporalidade ou formas de execução.

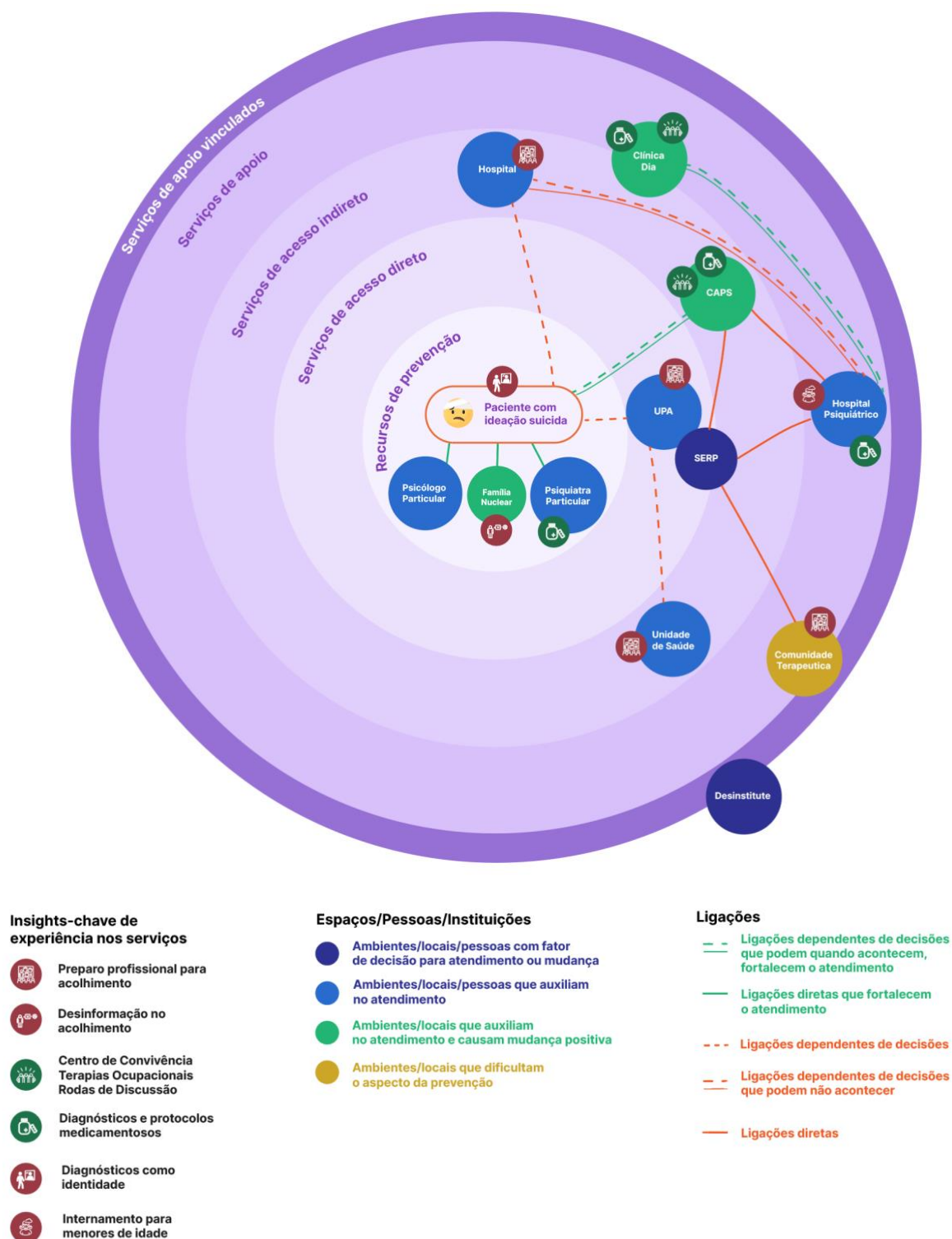
Fotografia 5 - Impulsionadores de mudança no tratamento de pacientes suicidas



Fonte: Autoria Própria (2022)

Destaco que durante a discussão desses impulsionadores de mudança houve uma explicação técnica sobre a atuação farmacológica para a ideação suicida por parte do psiquiatra presente e comparações do tratamento de doenças cardíacas com tratamento de distúrbios mentais, resultando numa discussão entre os profissionais sobre o treinamento de profissionais no atendimento multiprofissional dentro de UPAs e Unidades Básicas.

Figura 24 - Mapa de Ecossistema após Oficina



Fonte: Autoria Própria (2022)

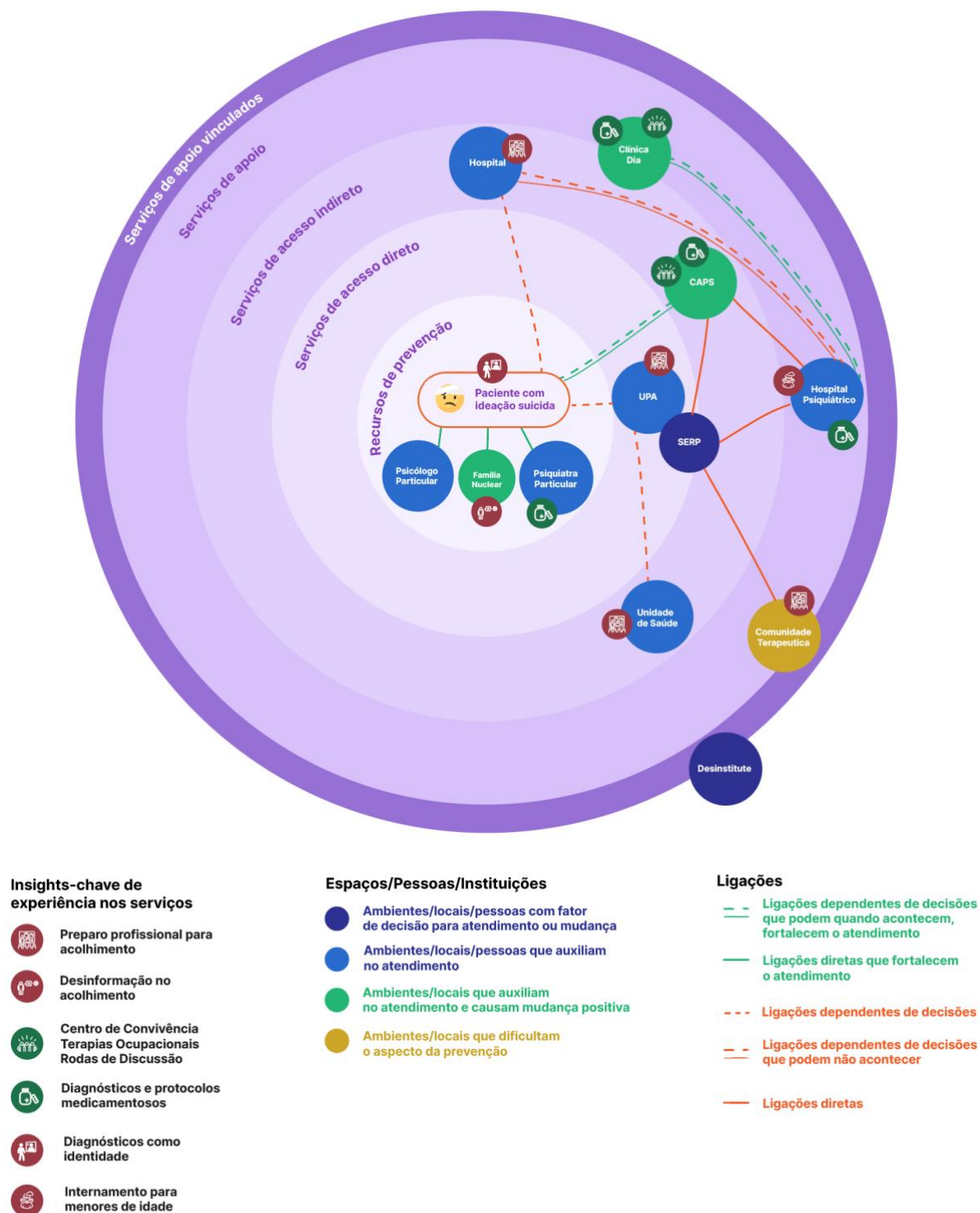
Após a oficina, foi realizada uma atualização do Mapa de Ecossistemas, incluindo a Família Nuclear como um novo recurso de prevenção – porém, com a necessidade de incluir um *insight*-chave de desinformação no acolhimento, conforme Figura 28.

3.5 Voltando o contato com os entrevistados

Posterior a oficina, eu entrei em contato com alguns profissionais que foram entrevistados durante a etapa de pesquisa. O motivo foi a baixa adesão dentro do formato oficina. A ideia deste contato foi dar continuidade na validação do mapa de ecossistema e considerar a existência de mais contradições que dificultam o acolhimento dos pacientes. Até o momento desse trabalho, apenas um dos profissionais teve disponibilidade para participar da atividade – apenas de forma remota. Com isso, segui passos similares ao da oficina, na qual apresento o contexto de pesquisa e resultados obtidos até ali e com isso, peço para o profissional pensar no seu contexto de trabalho e quais são as contradições que visualiza no atendimento do paciente com ideação suicida.

A psicóloga GF relatou que identificou 3 contradições e as descreveu detalhadamente. Ela relata que, conectada ao tema de pesquisa, está a decisão profissional do internamento de pacientes menores de idade, já identificando que esse menor será estigmatizado e será reincidente dentro do tratamento de internamento em hospital psiquiátrico para o resto de sua vida. Também relatou sobre o abandono jurídico de pessoas que tem distúrbio mental identificado já na juventude, relatando um caso específico de um paciente que teve acompanhamento desde os 9 anos e hoje, aos 21 anos está sob a tutela do estado. A terceira contradição listada pela profissional foi sobre o diagnóstico como identidade, na qual a pessoa não consegue associar suas decisões como suas e sim sempre acompanhadas do estigma de que é pela doença que realiza suas escolhas. Após isso, encerramos a atividade, já que a ideia de identificar impulsionadores de mudança é um método que tem mais assertividade quando há mais pessoas envolvidas.

Figura 25 - Mapa de Ecossistema atualizado



Fonte: Autoria Própria (2022)

4 RESULTADOS

Com o resultado da oficina, avalio ser necessário uma organização independente fazendo mediação para a realização das oficinas e, dessa forma, pensar em novas alternativas de contato entre profissionais da saúde que atuam em clínica particular para integração de seus pacientes dentro do ciclo de atendimento existente no Sistema Único de Saúde em Curitiba e, com isso, trabalhar numa prospecção positiva utilizando a coalizão entre pessoas. Isso é uma proposta bem diferente do que a abordagem de Design de Serviços nos permitia vislumbrar no início deste projeto.

Ainda sobre o resultado da oficina, é visível que, tanto no mapa de ecossistema como nos relatos dos profissionais dentro da oficina e na abordagem pós oficina, existe a necessidade de treinamento multiprofissional e a necessidade de se repensar como acolher o paciente e familiares para evitar reincidência. O prontuário eletrônico foi citado como uma forma de facilitar o tratamento, porém, ainda está longe de ser implementado. Com isso, ambas propostas precisam de maior suporte, seja ele de forma política, social, por intermédio de empresas ou fortalecimento da sociedade no entendimento do que é o suicídio.

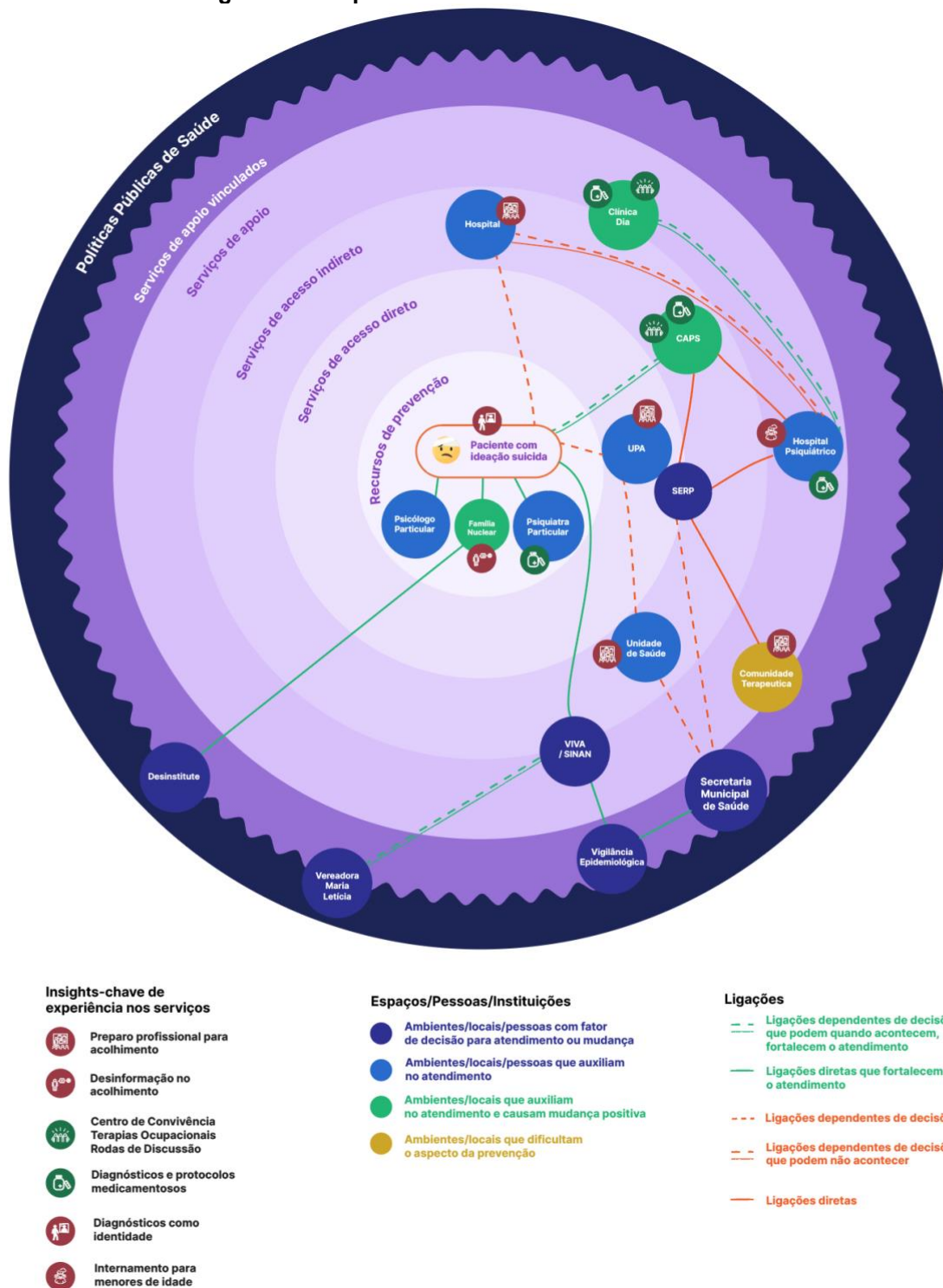
Sobre o envolvimento com uma temática da área da saúde que trabalha com a consciência de que os dados utilizados são vidas faz gerar um duplo pensar sobre a pesquisa acadêmica: há uma grande importância na execução de pesquisas para ter um pensamento crítico sobre o que é aprendido na universidade, seja ela pública ou privada, da mesma forma que a todo momento de leitura ou pesquisa a sensação emocional é de despreparo para lidar com problemáticas complexas e reais que possam impactar positivamente ou negativamente na vida de pessoas.

Ao realizar esta pesquisa para melhor compreensão das linhas de tratamento utilizados e ao realizar um aprofundamento na temática, compreendi que trabalhar com serviços públicos pode ser complexo por existir uma disputa econômica correlacionada com políticas públicas e direitos humanos. Para realizar trabalhos com sistemas tão complexos talvez seja necessário utilizar um olhar cada vez mais prospectivo na construção de produções de design e coalizões sociais para a execução. Por definição, Van Amstel et al (2022) coloca que o Design Prospectivo é um campo que envolve várias escalas de realidade, vários sistemas sociotécnicos e vários tipos de mundo. Complementar a esse olhar temos o projeto de Euletério (2019)

que coloca o objetivo coletivo tornando-se uma relação mais consolidada e permanente.

Refletindo sobre as relações necessárias para a consolidação de um atendimento integrado, cheguei à conclusão de que precisaria incluir um novo círculo concêntrico – este com o nome de Políticas Públicas de Saúde, para incluir a Secretaria Municipal de Saúde. Com isso, alterei a forma do círculo concêntrico denominado Serviços de apoio vinculado e posicionei a Secretaria Municipal de Saúde entre o círculo de Políticas Públicas de Saúde, Serviços de apoio vinculados e no círculo de Serviços de apoio. Também alterei a posição do Instituto Desinstitute, já que a ONG atua na área jurídica. E por último, adicionei a vereadora Maria Letícia no círculo Sistemas externos a saúde, citada no capítulo de definições de capítulo e reenquadramento, já que a execução de políticas públicas faz parte do mapa de ecossistema. O uso do Design em Políticas Públicas já é uma iniciativa existente na gestão pública – e o uso do Design de Serviços é um novo jeito de fazer as coisas quando se trata de projetos de inovação em governo.

Figura 26 - Mapa de Ecosistema – Resultado



Fonte: Autoria Própria (2022)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dificuldade de contato com profissionais e com a Prefeitura de Curitiba demandam um tempo maior do que o escopo deste projeto. Ainda é válido apontar que a atitude da Prefeitura de Curitiba em relação a esta pesquisa corroborou a perspectiva de Van Amstel (2013) de que "embora o termo design esteja no vocabulário comum associado ao futuro da sociedade, o designer não é visto como alguém que tem algo a dizer sobre isso" (VAN AMSTEL, 2013). Para aqueles que desejam pesquisar na área da saúde mental em conjunto com o SUS, tenham isso planejado.

É recomendável para quem tenha interesse em pesquisar sobre a área da saúde mental um contato direto com dois profissionais da saúde: uma psicóloga e uma psiquiatra. Ambos os profissionais irão auxiliar na compreensão de informações que num primeiro contato podem parecer complexos.

Para realização de oficinas, recomendo que realizem parcerias na realização da oficina e, caso haja necessidade, planejar atividades que não dependam de números específicos de participantes.

Também recomendo aos próximos pesquisadores do tema que não se intimidem em pesquisar sobre temáticas consideradas tabu para a sociedade – inclusive sobre essa fala, pesquisar sobre o que você gosta é a melhor forma de consolidar conhecimento sobre a técnica que você está aprendendo.

Por fim, durante o processo de graduação, considero que a execução estética com produção de artefato é uma proposta fantástica de aprender fazendo. Porém, ao chegar no trabalho de conclusão de curso e optar por propostas que não entregam objetos, interfaces, impressos ou vídeos, eu percebi que pesquisa também é uma forma de produção e, com isso, o mapa de ecossistema corresponde a um resultado de projeto não tangível que revela tanto as formas atuais de acolhimento para pacientes que tentam suicídios quanto novas formas para melhorar o acolhimento dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ADACHI, Flávia. **Linha Guia da Saúde Mental de Curitiba**. Curitiba, 2018. Disponível em: < <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br> >. Acesso em: 20, Set 2019.

ALMEIDA, Felipe Mateus de. **O suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade** Aurora, Marília, v.11, n. 1, p. 119-138, jan./jun., 2018

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir – Dirigido para profissionais da imprensa**, 2022.

BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde **Boletim Epidemiológico**. Brasília, Volume 48, Nº30, 2017. Disponível em < <http://www.saude.gov.br> >. Acesso em: 02 de outubro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde **Boletim Epidemiológico**. Brasília, Volume 52, Nº33, 2021. Disponível em < <http://www.saude.gov.br> >. Acesso em: 28 de setembro de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora MS, serie textos básicos, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2 de 03/10/2017 – Anexo VII**. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/viva-sinan>> Acesso em:20, Set 2019.

Comissão de Saúde Mental. Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. **Linha de Cuidado Prevenção do Suicídio Centro de Epidemiologia – Rede de Proteção DAS – Coordenação de Saúde Mental**. Curitiba, 2018. 20 slides.

Tentativas de suicídio e Mortalidade por suicídio Residentes em Curitiba, 2019. Curitiba, Prefeitura Municipal de - Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em <

<https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-especializada/saude-mental> > - Acesso em: 29, Set 2022.

CRP-PR. **CRP-PR divulga posicionamento contrário ao ‘Dimensionamento dos CAPS’ em Curitiba** –Disponível em < <https://crppr.org.br/crp-pr-divulga-posicionamento-contrario-ao-dimensionamento-dos-caps-em-curitiba/> > Acesso em 07, Set 2022.

CRP-PR. **Guia de Orientação – Atendimento Social**, 2018. Disponível em <https://crppr.org.br/guia-atendimento-social/>> Acesso em 30, Set 2022.

Prefeitura de Curitiba. **Curitiba seguirá novas normas para tratamento da dependência**. Disponível em < <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-seguira-novas-normas-para-tratamento-da-dependencia/47605> > Acesso em: 07 Set 2022.

ELEUTÉRIO, Rafaella. **A Designer Articuladora de Coalizões: Reflexões sobre um projeto de codesign com mulheres cafeicultoras do norte pioneiro do Paraná**. Trabalho de Conclusão de Curso – UTFPR. Paraná, p 42.

FREIRE, Karine de Mello. Estudos em Design, Página 1. **Design para serviços: uma intervenção em uma Unidade Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro, 2016.

G1. **Jean-Luc Godard: relatório médico cita ‘múltiplas patologias incapacitantes’; cineasta recorreu a suicídio assistido**. G1 – Disponível em < <https://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2022/09/14/jean-luc-godard-relatorio-medico-cita-multiplas-patologias-incapacitantes-cineasta-recorreu-a-suicidio-assistido.ghtml> > Acesso em: 20 Set 2022.

G1. **Prefeitura unifica atendimentos em nove unidades dos centros de atenção psicossocial em Curitiba**. G1 – Disponível em < <https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/prefeitura-unifica-atendimentos-em-nove-unidades-dos-centros-de-atencao-psicosocial-em-curitiba.ghtml> > Acesso em: 7 Set 2022.

LOWDERMILK, Travis. **Design centrado no usuário: um guia para desenvolvimento de aplicativos amigáveis**. São Paulo: Novatec Editora, 2013.

PUN, Karwai. **Dos and don'ts on designing for accessibility**. Acessibiliy in Government, 2 Set 2016. Disponível em < <https://accessibility.blog.gov.uk/2016/09/02/dos-and-donts-on-designing-for-accessibility/>> Acesso em: 13, Set 2022

STICKDORN, Marc; SCHENEIDER, Jakob. **Isto é Design Thinking de Serviços: Fundamentos, Ferramentas, Casos**. Porto Alegre: Bookman, 2014.

STICKDORN, Marc; SCHENEIDER, Jakob; HORMESS, Markus. **Isto é Design de Serviço na Prática: Como Aplicar o Design de Serviço no Mundo Real: Manual do Praticante**. Porto Alegre: Bookman, 2019.

KIMBELL, Lucy. **The Service Innovation Handbook: Action-Oriented Creative Thinking Toolkit for Service Organizations: action-oriented creative thinking toolkit for service organizations; templates-cases-capabilities**. Países Baixos: Bis Publishers. 2015.

METELLO, Daniela Gomes. **Design etnográfico em políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018. Disponível em < <http://gnova.enap.gov.br/pt/publicacoes> > Acesso em: 6 Ago, 2019.

World Health Organization. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Página 32, Geneva, Suíça, 2018. Disponível em: < <https://www.paho.org/> >. Acesso em: 20, Set 2019.

World Health Organization. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Página 07, Geneva, Suíça, 2019. Disponível em: < <https://www.who.int/> >. Acesso em: 28, Set 2022.

VAN AMSTEL, Frederick M.C.; BOTTER, Fernanda; GUIMARÃES, Cailey. **Design Prospectivo: uma agenda de pesquisa para intervenção projetual em sistemas sociotécnicos**. Rio de Janeiro: Revista Estudos em Design, 2022. Disponível em < <https://estudosemdesign.emnuvens.com.br/design/article/view/1458> > Acesso em: 20 Set, 2022.

VAN AMSTEL, Frederick M.C. **A prática do design e a coisa pública**. Blog Usabilidoido, 2016. Disponível em: <http://www.usabilidoido.com.br/a_pratica_do_design_e_a_coisa_publica.html> Acesso em: 07 Set, 2022.

VAN AMSTEL, Frederick M.C. **Design impulsionado por contradições**. Blog Usabilidoido, 2016. Disponível em: <
https://www.usabilidoido.com.br/design_impulsionado_por_contradicoes.html>
Acesso em: 14 Set, 2022.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista - profissionais de saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA CONTEXTUAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Qual o seu nome?

Dentro do Serviço de Saúde, qual foi sua história de atuação?

Você já lidou com o atendimento de um paciente suicida?

Como foi esse contato?

Do seu ponto de vista, quais são os maiores problemas para realizar esse atendimento?

Agora, quais são os aspectos que auxiliam nesse atendimento?

APÊNDICE B - Roteiros de Entrevista - pacientes

ROTEIRO DE ENTREVISTA CONTEXTUAL PARA PACIENTES

Qual o seu nome?

Dentro do Serviço de Saúde, como você se viu sendo atendido?

Você consegue descrever o pré-atendimento?

E como foi durante o atendimento, você se lembra?

Como você se sentiu nesse processo?

Existiram mais pessoas envolvidas além de você?

ANEXO A - Ficha de Notificação VIVA SINAN



CURITIBA

FOLHA 1

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

Dados Gerais	13 Data da notificação ____/____/____		14 Hora do atendimento (00:00-23:59) ____:____:____		14 UF PR		15 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902							
	16 Unidade Notificadora (UN) 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado à Mulher 7 - Outros		17 Nome e Código da UN		18 Unidade de Saúde		* 19 Código de CNES _____		* 20 Data da ocorrência da violência ____/____/____							
Notificação Individual	110 Nome				111 Data de nascimento ____/____/____											
	112 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		113 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		114 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		115 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado									
	116 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				117 Número do Cartão SUS				118 Nome da mãe / responsável				119 Nome do pai / responsável			
	119 UF ____		120 Município de residência				Código (IBGE)		121 Distrito / Regional							
Dados de Residência	122 Bairro		123 Logradouro (rua, avenida...)				Código									
	124 Número		125 Complemento (apto, casa...)				126 Vila		127 Geo Campo 1							
	127 Geo Campo 2		128 Ponto de referência				129 CEP _____									
	130 (DDD)Fone _____		131 Zona 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		132 País (se reside fora do Brasil)											
Dados da Pessoa Atendida	133 Nome Social (se travesti / transexual)				134 Ocupação											
	135 Situação conjugal/Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado				136 Orientação sexual 1 - Heterossexual 3 - Bissexual 2 - Homossexual (gay/lésbica) 8 - Não se aplica (oriunda de 0 a 9 anos) 9 - Ignorado											
	137 Identidade de gênero 1 - Travesti 3 - Homem transexual 2 - Mulher transexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				138 Possui algum tipo de deficiência, transtorno 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado											
	139 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno <input type="checkbox"/> Deficiência física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento															
Dados da Ocorrência	140 UF _____		141 Município de ocorrência		Código (IBGE)		142 Distrito/Regional									
	143 Bairro		144 Logradouro (rua, avenida...)				Código									
	145 Número		146 Complemento (apto, casa...)				147 Vila		148 Geo Campo 3		149 Geo Campo 4					
	149 Ponto de referência		150 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				151 Hora da ocorrência (00:00-23:59 hs) I II I									
Tipologia da Violência	152 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviço 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústria/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro: _____ 99 - Ignorado				153 Ocorreu outras vezes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado											
	155 Essa violência foi motivada por: 01 - Sexismo 07 - Situação de rua 02 - Homofobia / lesbofobia / bifobia / transfobia 08 - Deficiência 03 - Racismo 09 - Outros Qual? _____ 04 - Intolerância religiosa 88 - Não se aplica 05 - Xenofobia 99 - Ignorado 06 - Conflito geracional				156 Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica / moral <input type="checkbox"/> Financeira / econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência / abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil 157 Se Negligência, de: <input type="checkbox"/> Proteção <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Estrutural											
	157 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espancamento <input type="checkbox"/> Objeto perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/objeto quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento/ intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____				158 Natureza 1 - Doméstica/familiar <input type="checkbox"/> 2 - Extrafamiliar 4 - Institucional 3 - Autoagressão 5 - Violência fetal											

* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

