

A ATENÇÃO À SAÚDE FORNECIDA À VÍTIMA DE SUICÍDIO: UM OLHAR DA SAÚDE COLETIVA

THE HEALTH CARE PROVIDED TO SUICIDE VICTIMS: A PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE

Mylena Xavier dos Santos^{1*}. Gilmara Guedes da Silva¹. Rozilaine Redi Lago². Andreia Cristina Vilas Boas³. Greiciane da Silva Rocha².

¹ Sanitarista, Universidade Federal do Acre (UFAC), Acre (AC), Brasil.

² Enfermeira. Universidade Federal do Acre (UFAC), Acre (AC), Brasil.

³ Psicóloga. Fundação Hospital Estadual do Acre, Acre (AC), Brasil.

***Autor correspondente:** mylena.santos@sou.ufac.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a atenção a saúde fornecida a uma vítima de suicídio, a partir de um estudo de caso real, envolvendo o respectivo atendimento que antecedeu o suicídio no âmbito de um serviço hospitalar de urgência e emergência de referência nessa área.

Material e método: Trata-se de uma pesquisa observacional, de abordagem qualitativa, realizada a partir de um estudo de caso único. Foram analisados registros de atendimento expressos em boletins de entrada (no período de 25/07/2007 à 29/11/2012), os quais foram representados por meio de quadros.

Resultados: No HOSPUB consta um total de 25 entradas do paciente deste estudo, registradas em cerca de cinco anos consecutivos, iniciando em 25/07/2007 e finalizando em 29/11/2012. Os motivos das entradas do paciente foram identificados de formas diversas. O tempo somatório de permanência registrado nas 25 entradas foi de 103 horas e 02 minutos, com duração média de 4 horas por atendimento. Nesse período, um grupo de vinte e três diferentes profissionais médicos atenderam o caso, e apenas dois do total de médicos prestaram mais de um atendimento ao usuário. Na maior parte do atendimento (99,95 %), a liberação/alta do usuário foi realizada por decisão médica.

Discussão: Apesar do incremento no número de atendimentos registrados para o caso estudado entre 2010 e 2012, os resultados apontam um perfil de atendimento ao caso desarticulado intra e extra institucional que pode ter contribuído para a ocorrência do evento fatal.

Conclusão: A necessidade de melhor preparo institucional e dos respectivos profissionais de saúde no serviço de referência é reforçada pelo elevado número de atendimentos do caso em estudo por tentativa de suicídio antes do evento fatal na unidade de saúde. Além dessa dimensão, destaca-se a necessidade de melhor articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a rede de atenção básica na abordagem preventiva de pessoas em vulnerabilidade para o suicídio.

Descritores: Suicídio. Atenção à Saúde. Sistema Único de Saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To analyze the health care provided to a victim of suicide, based on a real case study involving the care provided before the suicide in a hospital emergency service of reference in this area.

Methods: This is observational research of qualitative approach, carried out from a single case study. Care records expressed in emergency bulletins were analyzed (in the period from 07/25/2007 to 11/29/2012), which were represented by means of charts.

Results: In HOSPUB there are a total of 25 entries of the patient in this study, registered in about five consecutive years, starting on 07/25/2007 and ending on 11/29/2012. The reasons for patient entries were identified in different ways. The total length of stay recorded in the 25 entries was 103 hours and 02 minutes, with an average duration of 4 hours per service. During this period, a group of twenty-three different medical professionals attended the case, and only two of the total number of physicians provided more than one service to the user. In most cases (99.95%), the release/discharge of the user was carried out by medical decision.

Discussion: Despite the increase in the number of visits recorded for the case studied between 2010 and 2012, the results point to a profile of care for the intra and extra-institutional disjointed case that may have contributed to the occurrence of the fatal event.

Conclusion: The need for better institutional preparation and for the respective health professionals in the reference service is reinforced by the high number of visits to the case under study at the health unit due to attempted suicide before the fatal event. In addition to this dimension, there is a need for better coordination with the psychosocial care network and the primary care network in the preventive approach to people vulnerable to suicide.

Keywords: Suicide. Health Care. Unified Health System. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

O Suicídio pode ser definido como o “ato humano de causar a cessação da própria vida” e a tentativa de suicídio como o “ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação”¹.

E o comportamento suicida é caracterizado por todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo, e contempla desde ideias, planejamentos até as tentativas e o suicídio consumado. Similarmente, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) considera como

autoprovocadas, as lesões e os envenenamentos intencionalmente deferidos pela própria pessoa contra si mesma e as tentativas de suicídio. Subjacente a este debate, está o alívio do sofrimento, apontado, na maioria dos casos, como a principal função do ato de se ferir ou se matar².

Estima-se que o suicídio tem ocasionado um total de 800.000 mortes por ano em todo o mundo, tendo maior incidência nos países de baixa e média renda, mas também chegando a ocorrer nos países em que a população tem

uma renda geral considerada elevada, o que lhe confere seu caráter universal³.

Émile Durkheim⁴ é considerado um dos pensadores mais importantes nos estudos da Sociologia voltados para a compreensão deste fenômeno. Para ele, o suicídio deve ser compreendido como um fato social, que apresenta variações culturais, e o define como toda a morte que “resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima em que ela sabia que produziria esse resultado”⁴.

Em 2016, a Organização das Nações Unidas (ONU), utilizando dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), observou que 75% dos suicídios ocorrem em países de baixa renda, o que condiz com os estudos realizados por Durkheim⁴ sobre o impacto dos fatores sociais nos comportamentos suicidas. E, em países de renda elevada, o aumento no número de casos de suicídios consumados, em períodos de crises, associados a casos de depressão e uso abusivo de álcool, expressam a inter-relação desses fatores sociais e estressantes com a ocorrência deste fenômeno⁵.

Quanto ao perfil das vítimas de suicídio, estudos apontam a predominância de mortes por suicídio entre homens e de tentativas de suicídio entre mulheres, bem como a maior

presença de métodos como enforcamento e armas de fogo na população masculina e intoxicação de medicamentos na feminina⁶. A alta taxa de mortalidade entre homens está relacionada à letalidade dos métodos mais utilizados por eles, enquanto o público feminino tem um número considerado elevado de atendimentos nos ambientes hospitalares pela sua predominância em tentativas de suicídio, sendo importante destacar que a presença de transtornos mentais e o histórico de tentativas de suicídio são apontados como fatores de risco importantes para novas tentativas e o risco de óbito por suicídio^{7, 8, 9, 10}.

Estima-se que para cada suicídio existem de 10 a 40 casos de tentativas de suicídio, mostrando o grande impacto social deste fenômeno que passou a ser considerado como um sério problema de saúde pública^{3, 11}. Desta forma, mediante a compreensão e a abordagem deste fenômeno na perspectiva da saúde pública, foram instituídas no Brasil, através da Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio para serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão¹². Estas diretrizes incluem desde o desenvolvimento de

estratégias de promoção e prevenção ao tratamento e recuperação do usuário, além de ter como um dos objetivos a capacitação dos profissionais responsáveis por este tipo de atendimento, seguindo os princípios da integralidade e da humanização.

O intuito é que os pacientes que apresentarem comportamentos suicidas possam ser incluídos nos serviços das redes de saúde do SUS de forma integral, sendo atendidos desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com um enfoque mais preventivo, até as Unidades de Urgência e Emergência, para tratamento dos casos de tentativas de suicídio e/ou comportamentos autolesivos que necessitem de atendimento especializado ou internação hospitalar, e possam também ser encaminhados após a alta hospitalar para dar continuidade aos atendimentos oferecidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais serviços da RAPS.

Neste ponto, as equipes da Atenção Primária à Saúde são de grande importância na prevenção do suicídio, na medida em que estabelecem contato mais próximo com a comunidade, o que facilita o vínculo entre a população e o sistema de saúde, e possibilita acionar o apoio de familiares, amigos e organizações¹³. Além disso, as

Unidades Básicas de Saúde são porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde e os profissionais que nelas atuam podem ser dispositivos-chave na busca e sensibilização de fontes de apoio nas redes de saúde, ou que extrapolem este âmbito quando necessário, sendo para isso fundamental a capacitação destes profissionais em relação à importância do trabalho interdisciplinar, bem como do manejo e olhar clínico para percepção dos fatores de risco e sinais de alerta de comportamentos suicidas, como proposto nas diretrizes¹².

A implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possui amparo legal garantido pela portaria nº 3.088/2011 e contempla diversos serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais.

Além disso, estudos vem mostrando que os serviços de Urgência e Emergência, onde a maioria dos casos mais graves são atendidos, possuem extrema importância no atendimento a vítimas de violências autoprovocadas, pois são os locais mais procurados pelas vítimas após tentativas de suicídio.

Estes serviços podem ser considerados pontos chave na prevenção do suicídio, pois, muitas vezes, também acabam funcionando como porta de entrada destes pacientes nas redes de saúde, seja pela dificuldade de acesso aos demais serviços ou pela própria resistência do paciente em buscar ajuda na área da saúde mental.

Desta forma, a assistência realizada nas unidades de emergência, visando o cuidado integral e humanizado, através do acolhimento e do estabelecimento de um vínculo inicial com estes pacientes, pode ser fundamental para auxiliar no encaminhamento e na adesão ao tratamento nos demais segmentos do sistema de saúde após a alta hospitalar¹⁶.

A literatura mostra que toda tentativa de suicídio deve ser reconhecida e gerar um atendimento integral à vítima, sendo importante que os trabalhadores das unidades de Urgência e Emergência, ao atender algum paciente com potencial suicida, saibam realizar uma avaliação mais esquadrihada do estado de saúde mental dos pacientes e do grau de risco para novos comportamentos suicidas e possuam conhecimentos sobre os serviços da RAPS disponíveis em seu município para realizar os encaminhamentos necessários, como medida protetiva e

preventiva, tanto de reincidência de tentativas quanto de suicídio¹⁶. No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pelas equipes de saúde, devido à intensa rotina estabelecida nessas unidades e algumas fragilidades que podem estar presentes nesse tipo de atendimento, seja por ausência de profissionais capacitados, deficiências na organização do atendimento e até aspectos socioculturais e políticos que estigmatizam e marginalizam a atenção a pessoas em sofrimento mental¹⁶.

Nesse sentido, esta pesquisa objetiva analisar a atenção a saúde fornecida a uma vítima de suicídio, a partir de um estudo de caso real, envolvendo o respectivo atendimento no âmbito de um serviço hospitalar de urgência e emergência, no período que antecedeu ao evento fatal. As reflexões aqui apresentadas podem indicar fragilidades na atenção em saúde fornecida, bem como apontar necessidade de aprimoramento nas ações e processos relacionados a este tipo de atendimento.

MATERIAL E MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa observacional, de abordagem qualitativa, realizada a partir de um estudo de caso real, único. Este tipo de estudo de acordo com Raupp e Beuren¹⁸

é apropriado quando se pretende aprofundar conhecimentos sobre determinado assunto, tendo a oportunidade de verificar in loco os fenômenos a serem estudados. Os estudos de caso únicos são adequados quando o caso é extremo¹⁹.

Esse caso foi escolhido pelo fato de ter chamado a atenção dos profissionais do Serviço de Psicologia do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB), que ao realizar pesquisas sobre as entradas por tentativas de suicídio no banco de dados da unidade, se depararam com uma situação considerada extrema, devido à grande quantidade de atendimentos registrados de um único paciente, que antecederam a consumação do suicídio pela vítima. Esta descoberta, acabou levando à implantação do Núcleo de Prevenção do Suicídio do HUERB e ao início do desenvolvimento de uma série de ações e estratégias relacionadas à promoção de saúde mental e valorização da vida, tanto no município de Rio Branco quanto no estado do Acre.

LOCAL DA PESQUISA

O estado do Acre é o 15º estado brasileiro em extensão territorial, com uma superfície de 164.221,36 km², correspondente a 4,26% da região Norte e a 1,92% do território nacional, com

uma densidade demográfica de 4,47 hab./km². O Estado é composto por 22 (vinte e dois) municípios com uma população estimada em 2015, segundo o IBGE, de 803.513 (oitocentos e três mil quinhentos e treze) habitantes²⁰.

Desde 1978, o estado do Acre tem oferecido tratamento aos pacientes com transtornos mentais graves no Hospital de Saúde Mental (HOSMAC) quando foi criado o Pavilhão Kennedy nas dependências do antigo Hospital de Base que passou a ser chamado, posteriormente, de Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB). No entanto, na década de 1990, a maior parte dos atendimentos psiquiátricos, especialmente para internação, foram transferidos para uma sede própria do HOSMAC. Com a mudança proposta na forma de assistência na área de saúde mental, que prioriza o cuidado em liberdade, atualmente, a maior parte dos atendimentos são realizados na Rede de Atenção Psicossocial de Rio Branco que conta com serviços na Atenção Básica, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e AD III), nos Leitos de Saúde Mental no HUERB, nas Unidades de Acolhimento (UAs), no Centro de Convivência “Arte de Ser” e no Consultório na Rua (unidade móvel de saúde para atendimento de pessoas com transtorno mental e situações

recorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas).

O HUERB, local de atendimento deste estudo de caso, foi fundado em 1956, a unidade chamava-se Hospital Oswaldo Cruz e foi criada para atender pacientes vítimas de malária e leishmaniose. Com o passar dos anos, ocorreram várias mudanças e ampliações na estrutura física e organizacional desse hospital, mas, atualmente, ainda é tido como unidade de referência para situações de urgência e emergência no Estado do Acre. Historicamente, o HUERB continua também atuando como ponto principal ou ponto complementar de atenção às urgências e emergências em saúde mental no município de Rio Branco com a efetivação dos serviços dos Leitos de Saúde Mental.

Além disso, em 2009, foi implantado nessa unidade de saúde um serviço de psicologia, que contava com 7 profissionais. Em 2012, durante a realização dos atendimentos no pronto-socorro do hospital observou-se uma significativa entrada de casos de tentativas de suicídio, que despertou a atenção da equipe e levou à um maior acompanhamento destes casos, através de busca ativa nos leitos, pesquisas no banco de dados do HOSPUB, um sistema integrado de informatização de

ambiente hospitalar do SUS utilizado no hospital, e pesquisa dos óbitos por suicídio no Instituto Médico Legal (IML) de Rio Branco para verificar se estas pessoas que perderam a vida haviam buscado atendimento no HUERB.

Estas ações se estenderam durante todo o ano de 2013, quando informações sobre diversos pacientes foram encontradas tanto no sistema de banco de dados do hospital quanto na lista de óbitos do IML, estando entre eles o caso abordado neste estudo, que motivou a criação do Núcleo de Prevenção do Suicídio (NPS) no ano de 2014 e, posteriormente, a implantação do Plantão Psicológico em 2015. Infelizmente, após mudanças na gestão, tanto o Núcleo de Prevenção do Suicídio quanto o Plantão Psicológico foram desativados em 2021.

Em relação aos dados epidemiológicos das violências autoprovocadas no Estado do Acre, de acordo com um estudo descritivo, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 2.917 casos de violência e/ou lesão autoprovocada no período de 2009 a 2019. Dentre esse período o número de notificações indicava crescimento, em 2017, onde ocorreram 613 notificações, já em 2018 ocorreu uma redução no número de notificações, totalizando 590

registros, e que em 2019 voltou a aumentar cerca de 28,8%, havendo em média 761 notificações²¹.

PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A produção de dados foi realizada, inicialmente, por meio de três encontros realizados na sede do NPS no HUERB, durante as quais a equipe de pesquisa teve acesso aos boletins de entrada documentados sobre o paciente, dialogando com os membros da equipe sobre o estudo. A partir de então, os registros de atendimento do caso foram organizados de acordo com as seguintes variáveis: data, motivo da entrada, tempo de duração de cada entrada e saída do paciente, bem como identificação dos profissionais médicos que atenderam o paciente. Após, foi realizada uma busca no setor de arquivos médicos do hospital para verificar a existência de outros registros de atendimento do paciente, mas foi passada a informação de que os referidos arquivos foram perdidos por ocasião da enchente do rio Acre que ocorreu em 2015. Nela, o local em que os arquivos eram armazenados ficou inundado, incluindo os arquivos do paciente do caso, fato que gerou a perda dos mesmos de forma irreversível.

Desta forma, o caso analisado neste estudo foi considerado apenas a partir dos registros documentados nos Boletins de Entrada (B.E) do banco de dados do hospital. Esses boletins são documentos de registro das entradas para realização dos atendimentos dos pacientes, sendo preenchidos, em sua maioria, pela equipe da recepção, no momento de chegada do paciente ao hospital, contendo informações básicas sobre o atendimento inicial e, posteriormente, sobre o desfecho (alta, internação, evasão, óbito etc.).

Os resultados foram representados nos quadros, a partir das variáveis selecionadas nos boletins de entrada do caso. As informações foram analisadas tomando-se como base as diretrizes previstas na Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006¹², bem como as contribuições de Durkheim⁴ sobre o tema.

ASPECTOS ÉTICOS

O paciente selecionado como caso neste estudo, representa uma pessoa real atendida como usuária do serviço de saúde em questão. Portanto, por questões éticas foram resguardadas informações de identificação pessoal a fim de garantir sua privacidade. Quaisquer outras informações pessoais expressas nos registros de atendimento,

por exemplo, referentes a identificação de profissionais de saúde que participaram do atendimento do caso estudado, receberam o mesmo tratamento ético. A pesquisa atendeu aos aspectos previstos na Resolução n.º 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Fundação Hospital do Estado do Acre (FUNDHACRE) com parecer n.º: 2.987.228.

RESULTADOS

No HOSPUB consta um total de 25 entradas do paciente deste estudo, registradas em cerca de cinco anos consecutivos, iniciando em 25/07/2007 e finalizando em 29/11/2012. Houve diversos períodos de pausas entre os atendimentos, a exemplo do ano de 2010, no qual não constam entradas no sistema.

Os motivos das entradas foram identificados de formas diversas, algumas como: agressão física (2), arma branca (1), consultas (11), intoxicação medicamentosa (2), intoxicação com

produtos químicos (2), tentativas de suicídio (4). Os setores responsáveis pelo atendimento foram: emergência clínica (12), emergência cirúrgica/trauma (6), consultório (5) e observação (1). O tempo somatório de permanência registrado nas 25 entradas foi de 103 horas e 02 minutos, com duração média de 4 horas por atendimento. Nesse período, um grupo de vinte e três diferentes profissionais atenderam o paciente. apenas dois, do total de médicos, prestaram mais de um atendimento ao usuário.

Na maioria dos atendimentos (99,95%) o paciente aguardou pela liberação/alta dada pela equipe médica, tendo ocorrido por conta própria do paciente apenas 3 (0,05%) evasões, conforme pode-se observar no Quadro 1.

Quadro 1: Caracterização do atendimento do caso documentado no boletim de entrada, segundo as variáveis do estudo, Rio Branco – AC, 2020.

Entrada	Data	Motivo da entrada	Setor de atendimento	Médico	Alta	Tempo de permanência
1	25/07/2007	Intoxicação por produto químico	Emergência cirúrgica/Traumática	Med 01	Decisão médica	12 h 35 m
2	26/07/2007	Tentativa de suicídio	Emergência cirúrgica/Traumática	Med 02	Decisão médica	18 h 00m

			ma			
3	28/07/2007	Tentativa de suicídio	Emergência Clínica	Med 03	Decisão médica	12 h 24 m
4	18/10/2007	Sutura	Emergência Clínica	Med 04	Decisão médica	17 m
5	02/11/2007	Agressão física	Emergência cirúrgica/Trauma	Med 05	Decisão médica	05 h 29 m
6	03/12/2007	Consulta	Emergência Clínica	Não consta	Evasão	01 h 01 m
7	20/09/2008	Consulta	Consultório	Med 06	Decisão médica	00 h 59 m
8	17/10/2008	Consulta	Consultório	Med 07	Decisão médica	01 h 04 m
9	27/11/2008	Intoxicação por produto químico	Emergência Clínica	Med 08	Decisão médica	00 h 50 m
10	30/01/2009	Intoxicação medicamentosa	Emergência Clínica	Med 10	Decisão médica	23 h 52 m
11	12/04/2009	Agressão física	Emergência cirúrgica/Trauma	Med 11	Decisão médica	01 h 40 m
12	06/03/2011	Queda de altura	Emergência Clínica	Med 12	Decisão médica	08 h 02 m
13	31/07/2011	Consulta	Emergência Clínica	Med 13	Internado	Internado
14	18/09/2011	Consulta	Emergência Clínica	Med 14	Decisão médica	03 h 46 m
15	01/01/2012	Consulta	Observação PSA	Med 15	Evasão	20 h 03 m
16	02/01/2012	Consulta	Consultório	Med 02	Decisão médica	22 m
17	20/06/2012	Consulta	Consultório	Med 16	Decisão médica	20 m
18	30/07/2012	Intoxicação Medicamentosa	Emergência Clínica	Med 17	Decisão médica	Internado
19	05/08/2012	Tentativa de suicídio	Emergência cirúrgica/Trauma	Med 13	Evasão	07 h 47 m
20	15/08/2012	Tentativa de suicídio	Emergência Clínica	Med 13	Decisão médica	01 h 33 m
21	12/10/2012	Consulta	Consultório	Não Informado	Extraviado	15 m
22	27/10/2012	Consulta	Emergência Clínica	Med 18	Decisão médica	01 h 16 m
23	27/11/2012	Consulta	Emergência Clínica	Med 19	Decisão médica	02 h 14 m
24	28/11/2012	Arma branca	Emergência cirúrgica/Trauma	Med 20	Decisão médica	01 h 15 m
25	29/11/2012	Dependente químico	Emergência Clínica	Med 21	Decisão médica	01 h 02 m
Evento fatal	19/11/2013	Enforcamento	IML	Óbito		

Em 2010, não foram registrados boletins de entrada (BE) de atendimento ao caso, enquanto nos BE registrados o maior número de atendimentos ocorreu

no ano de 2012 (n=11, 0,11%), enquanto o menor ocorreu em 2009 (n=02, 0,02 %) (Quadro 2).

Quadro 2: Caracterização do atendimento do caso documentado no boletim de entrada, segundo o número de atendimentos por ano, Rio Branco – AC, 2020.

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de registros (BE)	6	3	2	0	3	11

Ao analisar os registros dos atendimentos relatados neste estudo ocorreram quase um ano após o lançamento das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, as quais propõem uma série de medidas a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão¹².

Diante disto, optou-se por realizar uma análise descritiva, apresentada no Quadro 3, sobre as propostas presentes nessa portaria para implantação de estratégias de prevenção, e as

informações coletadas a respeito dos atendimentos realizados, tanto em relação ao caso abordado, quanto em relação às ações iniciadas pelo Núcleo de Prevenção do Suicídio do HUEB.

O intuito desta análise é identificar as ações de prevenção de comportamentos suicidas realizadas no município de Rio Branco, bem como verificar se o que está instituído na portaria vem pautando, ou não, essas ações e apontar algumas propostas, em conformidade com as Diretrizes Nacionais, no sentido de auxiliar na melhoria dos atendimentos oferecidos.

Quadro 3: Caracterização de aspectos do atendimento do caso estudado (ações realizadas e respectivas propostas de aprimoramento da atenção), de acordo com as diretrizes preconizadas na Portaria nº 1876 de 14 de agosto de 2006.

Diretrizes da Portaria de nº 1876 de 14 de agosto de 2006.	Ações de prevenção do suicídio realizadas no Município de Rio Branco/AC, segundo informações do NPS.	Propostas de aprimoramento das ações relacionadas à prevenção do suicídio no município de Rio Branco.
--	--	---

<p>I - Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;</p>	<p>Existe no hospital um Núcleo de Saúde do Trabalhador (NAST), voltado à implantação de estratégias de promoção da qualidade de vida dos servidores, e um Núcleo de Educação Permanente (NEP), responsável pela organização de treinamentos, palestras, eventos e cursos de capacitação oferecido aos servidores da unidade e demais serviços interligados à instituição.</p>	<p>Realização de palestras, capacitações, treinamentos, atendimentos clínicos e psicossociais, individuais e/ou grupais, com apoio de equipes multiprofissionais, incluindo opções de terapia ocupacional, bem como a integração com outros serviços da RAPS nos diversos níveis de atenção, visando ampliação das ações de atenção à saúde mental, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.</p>
<p>II - Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido</p>	<p>Desde sua implantação, a equipe do Núcleo de Prevenção do Suicídio do HUERB, em parceria com serviços da RAPS, a Vigilância Epidemiológica e a Divisão de Saúde Mental, do Estado e do Município, tem realizado campanhas educativas, alusivas ao tema, por meio de entrevistas, realização de palestras, rodas de conversa, dentre outras iniciativas neste campo.</p>	<p>Promover ações contínuas de educação popular em saúde (usando mídias digitais, cartazes, entrevistas e matérias em veículos de comunicação, dentre outros recursos), além das campanhas com data marcada como janeiro branco e setembro amarelo; Concluir a implantação dos serviços da RAPS no município de Rio Branco, em conformidade com a Lei 3.088, de 23 de dezembro de 2011.</p>
<p>III - Organizar linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;</p>	<p>As Divisões de Saúde Mental, vêm buscando organizar estas linhas de cuidados integrais através da implantação dos diferentes serviços da RAPS. No entanto, alguns dispositivos ainda não foram implantados, o que dificulta a oferta deste atendimento mais integrado. Outra dificuldade está relacionada à ausência de continuidade do atendimento após a alta hospitalar, que pode acontecer tanto pela não adesão dos pacientes quanto por ausência de encaminhamentos para os serviços da rede.</p>	<p>Ampliação de atendimentos clínicos e psicossociais, apoio de equipes multiprofissionais, bem como maior integração entre os serviços da RAPS nos diversos níveis de atenção; Elaboração de um Plano Estadual e Municipal de Prevenção dos Comportamentos Suicidas que oriente os serviços das diferentes áreas na implantação de estratégias de prevenção, tais como saúde, educação, assistência social, e demais áreas afins.</p>
<p>IV - Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;</p>	<p>Após a implantação do NPS do HUERB, em parceria com a Vigilância Epidemiológica do Estado e do município, foram ampliadas as buscas ativas e, conseqüentemente, as notificações dos casos de violências autoprovocadas. O aumento do interesse por pesquisas sobre este tema também tem contribuído para melhorar as informações sobre estes casos; E o acolhimento, a participação e a abertura das equipes de saúde para a realização destes estudos ilustram uma ação colaborativa neste campo.</p>	<p>Sistematizar uma rotina de acompanhamento das notificações de violências autoprovocadas, com e sem ideação suicida; Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas na área; Promover a disseminação das informações, tanto dentro do próprio serviço, quanto nas demais instituições afins e na comunidade em geral.</p>

<p>V - Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;</p>	<p>A criação do Núcleo de Prevenção do Suicídio no HUERB; a implantação do Plantão Psicológico no Pronto-socorro; a internação nos Leitos de Saúde Mental, quando necessária, de pacientes que apresentam comportamentos suicidas; os atendimentos realizados nos serviços da RAPS; as parcerias entre os serviços e a realização de capacitações e ações educativas são algumas das estratégias realizadas para ampliar e melhorar a organização das redes de atenção em relação aos comportamentos suicidas. Infelizmente, devido às poucas informações presentes nos boletins de entrada, não há como saber se o paciente deste estudo de caso foi encaminhado para atendimento após as altas hospitalares. No entanto, é possível afirmar que no Serviço de Psicologia do HUERB não há nenhum registro de atendimento deste usuário, o que revela a ausência de seu encaminhamento para atendimento psicológico dentro desta unidade de saúde. Em relação à encaminhamentos para outros serviços de saúde mental, não há informações.</p>	<p>Reativação do Núcleo de Prevenção do Suicídio do HUERB, para continuidade das ações iniciadas; Reabertura dos atendimentos do Plantão Psicológico no Pronto-socorro, incluindo períodos noturnos, finais de semana e feriados; Organização e difusão de um protocolo com fluxo de atendimento dentro do HUERB voltado às vítimas de lesões autoprovocadas e tentativa de suicídio; Ampliação dos encaminhamentos dos casos de comportamentos suicidas para os serviços de saúde mental, incluindo o serviço de psicologia e os Leitos de Saúde Mental do próprio hospital, bem como para os demais serviços da RAPS. Participação no matriciamento destes casos em conjunto com outros serviços da RAPS.</p>
<p>VI - Contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;</p>	<p>Foram realizadas ações em parceria com a Vigilância Epidemiológica, Estadual e Municipal, para ampliação e melhoria das notificações dos casos de violências autoprovocadas; Houve disseminação e debate sobre as informações coletadas através de rodas de conversa, palestras, reuniões, cursos de capacitação, folders e boletins informativos.</p>	<p>Sistematizar uma rotina de análise e qualificação das notificações de violências autoprovocadas; Ampliar a disseminação destas informações através de estudos, pesquisas e boletins informativos, dentro do próprio serviço, nas instituições afins e na comunidade em geral.</p>
<p>VII - Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e</p>	<p>A equipe do Núcleo de Prevenção do Suicídio, em parceria com a psicóloga dos Leitos de Saúde Mental e a Vigilância Epidemiológica do hospital, realizou buscas ativas frequentes sobre as entradas por lesões autoprovocadas para organização de um banco de dados (a partir dos sistemas de registro em uso no HUERB) e acompanhamento dos casos; A Vigilância Epidemiológica do hospital, bem como do Estado e do Município, intensificou as notificações das violências autoprovocadas e promoveram a realização de treinamentos para orientar sobre o correto preenchimento dessas fichas de notificação compulsória.</p>	<p>Qualificar os registros de atenção no HUERB, bem como fomentar a colaboração com outros serviços da RAPS na análise de informações em saúde, além de ampliar a colaboração com instituições e ensino e pesquisa nessa área; Estimular a ampliação do preenchimento das fichas de notificação nas instituições públicas e particulares; Ampliar os treinamentos para o preenchimento correto dessas fichas de notificação, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.</p>

	<p>O Núcleo de Educação Permanente (NEP) do hospital realiza diversas capacitações e treinamentos para os servidores da unidade, incluindo temas relacionados à saúde mental; A Divisão de Saúde Mental da SESACRE (Secretaria Estadual de Saúde) realiza eventos, treinamentos e cursos para os servidores, sendo a maioria abertos à participação intersetorial, de acadêmicos e da comunidade em geral;</p> <p>O NPS participou da organização e realização de diversas palestras, rodas de conversa, cursos e treinamentos, além de eventos nesta área, como a I e II Jornada de Prevenção do Suicídio e Valorização da Vida e as campanhas alusivas ao Setembro Amarelo, em parceria com instituições de saúde e de educação, dentre outras iniciativas neste campo.</p>	<p>Avançar na implementação de estratégias de educação permanente para qualificação dos profissionais de saúde e áreas afins, de forma contínua e voltada para os problemas e necessidades identificados pelos próprios profissionais dos serviços;</p> <p>Promover realização de ações intersetoriais que ampliem efetivamente prática as linhas de cuidado integral em saúde mental e comportamentos suicidas;</p> <p>Ampliar os debates e trocas de informações sobre saúde mental e comportamentos suicidas entre os profissionais de saúde, visando diminuir os estigmas e preconceitos, bem como melhorar o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos nas redes de atenção.</p>
--	---	--

DISCUSSÃO

O estudo de caso relatado aqui expressa o perfil geral de vítimas descrito na literatura quanto ao fato de ocorrer em uma cidade localizada em um país em desenvolvimento, ser do sexo masculino, estar dentro da faixa etária considerada como jovem adulto, com presença de tentativas anteriores e o tipo de lesão autoprovocada para a consumação do suicídio (enforcamento)^{8, 16, 22, 23}.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde³, cerca de 800 mil pessoas se suicidam por ano em todo o mundo, gerando uma taxa de aproximadamente 11,4 mortes para cada 100 mil habitantes. Outras milhões de pessoas experienciam comportamentos suicidas, e para cada indivíduo que comete o suicídio, ficam para trás muitos outros “cujas vidas resultam

profundamente afetadas desde o ponto de vista emocional, social, até o econômico”²⁴.

De acordo com a Agência das Nações Unidas, em 2012, 75% dos casos ocorreram em países onde a renda é considerada baixa ou média. Além disso, entre jovens adultos nas idades de 15 a 29 anos, o suicídio representa 8,5% de todas as mortes e é a segunda maior causa de morte nesse grupo, perdendo apenas para acidentes de trânsito²⁴.

Os óbitos por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (LAI) são um sério problema de saúde pública para muitos países. Com os dados de 56 países, enviados na década de 1990, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), Diekstra²⁵ afirma que este tipo de mortalidade está entre os 10 principais

tipos de causas de óbitos de jovens adultos.

No Brasil, de 2011 a 2016, foram notificados no SINAN 176.226 casos relativos à prática de lesão autoprovocada, sendo 116.113 (65,90%) casos em mulheres e 60.098 (34,10%) casos em homens. Em relação à faixa etária, os casos de lesões autoprovocadas predominaram entre 10-19 anos (23,76%), 20-29 anos (26,87%) e 30-39 anos (22,33%), sendo que mais de 30% das pessoas que realizaram lesão autoprovocada, voltaram a repeti-la, o que revela um alto índice de reincidência.

No período estudado, identificaram-se 48.204 casos de tentativas de suicídio, sendo 33.269 (69,00%) em mulheres e 14.931 (31,00%) em homens. Em quase 30% dos casos de tentativas de suicídio, foi constatado novamente que houve violência de repetição, estando entre os meios mais utilizados o enforcamento, a intoxicação exógena, armas de fogo e outros²⁶.

Outro dado importante que os resultados apontam refere-se aos múltiplos atendimentos para tentativas de suicídio que precederam o evento fatal. Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos e que esses

comportamentos podem ser até 40 vezes mais frequentes que os suicídios consumados^{3, 11}.

Considera-se ainda que, para cada tentativa documentada, existem outras quatro que não foram registradas. E é provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade física. No entanto, mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços costumam assinalar como motivo do atendimento apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos, o que pode dificultar tanto a notificação correta destes casos quanto os encaminhamentos necessários, pois o atendimento prescrito para uma entrada acidental diverge do atendimento recomendado à uma lesão autoprovocada, que implica condutas e encaminhamentos na área de saúde mental⁸.

Diante disto, é importante destacar o papel relevante e estratégico dos atendimentos nas unidades de urgência e emergência às vítimas de lesões autoprovocadas, uma vez que esses serviços: (1) constituem-se como porta de entrada para o cuidado em saúde e a principal opção de grande parte da população em busca por atendimento; (2) são oportunos na abordagem

epidemiológica do fenômeno; (3) atendem a episódios de tentativas de suicídio, que são o mais forte preditor de suicídio consumado em crianças, adolescentes, adultos e idosos; e (4) são, muitas vezes, responsáveis pelo tratamento imediato ou pelo encaminhamento dos casos para outros serviços do sistema de saúde¹⁶.

Em relação à conduta do profissional, a forma como ele irá abordar o paciente e realizar o atendimento também é de grande importância, pois a maioria destes usuários encontra-se extremamente fragilizada emocionalmente após uma tentativa de suicídio. Com isso, é fundamental ampliarem a atenção em relação ao acolhimento e ao estabelecimento do vínculo inicial com estes pacientes nas unidades de emergências, sejam clínicas ou traumáticas, pois poderá ser o primeiro contato entre um usuário que apresenta comportamento suicida e um profissional de saúde, e que poderá definir o andamento não apenas de um tratamento, mas da possibilidade (ou não) de continuidade de uma vida. Assim, possibilitar a continuação da assistência, encaminhando-os após a alta clínica para os Leitos de Saúde Mental e/ou demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial também é parte

primordial das estratégias de prevenção do suicídio.

No Serviço de Psicologia do HUERB, de acordo com as informações fornecidas pela representante da equipe entrevistada, e colaboradora deste estudo, até meados de 2012, este serviço contava com uma estrutura de atendimento psicológico, em relação aos comportamentos suicidas, bem simples e ainda pouco estruturada.

Entretanto, após a identificação das diversas entradas de um único paciente, relatadas neste estudo, houve um empenho em melhorar a qualidade do serviço oferecido nesta área através da realização de busca ativa sobre estes casos, tanto nos leitos das enfermarias quanto no sistema de banco de dados do hospital, na qual foi possível perceber que a quantidade de pacientes atendidos por tentativas de suicídio registrada nos boletins de entrada divergia do número identificado pela equipe de psicologia.

Após análise, foi constatado que essa divergência ocorria por que as entradas consideradas acidentais estavam encobrendo as tentativas de suicídio no sistema, pois uma grande quantidade de casos de tentativas de suicídios estava sendo registrada nos boletins como acidente, tais como: quedas de altura, intoxicações, suturas, ferimentos por

arma branca ou armas de fogo, acidentes de trânsito, acidentes domésticos, afogamentos, atropelamentos etc. Estes motivos de entrada podem ocorrer, de fato, tanto de forma acidental quanto intencional, como no caso das tentativas de suicídio, por isto é fundamental diferenciá-las nos registros realizados no banco de dados para evitar que haja subnotificação das violências autoprovocadas e que estes pacientes passem pelos serviços sem receber os cuidados e encaminhamentos necessários na área de saúde mental.

Por meio dessas ações de busca ativa realizadas pelo serviço de psicologia do HUERB, em parceria com a Vigilância Epidemiológica e a psicóloga dos Leitos de Saúde Mental, foram identificados diversos casos de pacientes que possuíam registros de entradas por comportamentos suicidas e haviam recebido alta sem haver nenhuma referência à solicitação ou realização de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico durante o período de permanência na unidade, ou de encaminhamentos para continuidade do tratamento nos serviços da RAPS.

A constatação desta situação gerou, além de inquietação, muitas perguntas referentes aos atendimentos que estavam sendo prestados aos pacientes com comportamentos suicidas e a visão

que os profissionais possuíam em relação às necessidades desses usuários, pois, ao que tudo indica, a prioridade eram as queixas biológicas, desconsiderando os cuidados em saúde mental, fundamentais nos casos de violências autoprovocadas, como se pode observar no caso abordado neste estudo.

A identificação da trajetória de um paciente ao longo de 5 anos, com 25 entradas apenas em uma única unidade de saúde, e o desfecho do caso, levou à verificação de lacunas no atendimento em relação aos cuidados em saúde mental, principalmente em relação aos comportamentos suicidas, e à uma mobilização das profissionais de saúde que atuavam no Serviço de Psicologia do HUERB para compreender melhor esta situação e tentar evitar que casos semelhantes voltassem a acontecer.

A literatura aponta que a maioria dos comportamentos suicidas poderiam ser prevenidos se estas pessoas tivessem acesso à assistência necessária na área de saúde mental, mas esta visão aponta como causa principal dos suicídios a presença de transtornos mentais, que, de fato, são um importante fator de risco, porém não são únicos. Questões sociais, culturais, ambientais, dentre outras, também possuem um impacto importante a ser considerado, visto o aumento de

casos de suicídio relatados por alguns países durante períodos de crises socioeconômicas⁵.

Além disso, se o suicídio é considerado um fenômeno que poderia ser prevenido, por que ainda ocorrem cerca de 800 mil mortes por ano mundialmente? Onde estão as falhas? Quais seriam essas falhas e em quais áreas? Quais estratégias de promoção de saúde e prevenção de suicídio estão faltando? Como as medidas implantadas podem ser mais efetivas para tentar evitar que tantas vidas continuem sendo perdidas? O óbito do paciente relatado neste estudo poderia ter sido evitado? Como? Estas e muitas outras questões passaram a gerar reflexões e inquietações em relação ao atendimento oferecido aos pacientes com entradas por violências autoprovocadas no hospital³.

Dessa forma, no ano seguinte a descoberta do caso apresentado, em 2014, foi iniciada a implantação do Núcleo de Prevenção do Suicídio do HUERB, objetivando ofertar um melhor e mais estruturado atendimento nesta área, bem como ampliar as ações preventivas e educativas no campo da saúde mental através de parcerias com outras instituições de saúde, educação, assistência social, segurança pública,

religiosas, comunicação e demais áreas afins.

No ano de 2015, houve a criação do plantão psicológico no pronto-socorro para acolher os pacientes com comportamentos suicidas e lesões autoprovocadas, e realizar os encaminhamentos necessários para a continuidade dos atendimentos, após a alta hospitalar, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Em 2016, houve mais uma conquista, pois, os atendimentos nos Leitos de Saúde Mental, que eram destinados, em sua grande maioria, à pacientes com queixas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, passaram a ser ofertados também para o acolhimento de pacientes com outras demandas relacionadas à saúde mental, entre elas os casos de violências autoprovocadas; sendo observado um significativo aumento na taxa de internação destes pacientes para que pudessem receber acompanhamento psicológico e passar por avaliação psiquiátrica antes da alta hospitalar.

A partir destas ações iniciais, que aconteceram em decorrência da descoberta do caso abordado neste estudo, várias outras estratégias de prevenção do suicídio foram sendo realizadas no município de Rio Branco e ao longo do estado do Acre, havendo

uma grande adesão, das mais variadas instituições públicas e privadas, à campanha do Setembro Amarelo, o que possibilitou maior abertura e um olhar mais ampliado sobre a necessidade de implantação de novas estratégias de promoção de saúde, prevenção de comportamentos suicidas e valorização da vida.

No entanto, infelizmente, ainda há um longo caminho a ser percorrido para evitar que outros casos como o apresentado voltem a acontecer e para que as questões relacionadas à saúde mental, e a importância do cuidado integral, sejam, de fato, vistas como prioridade, em todos os níveis de atenção à saúde.

Para finalizar, é importante pontuar que as limitações desta pesquisa se relacionam com a natureza de estudos retrospectivos com base em registros secundários, nos quais existem limitações na qualidade dos dados ou disponibilidade dos mesmos. E observou-se que havia poucas informações a respeito dos atendimentos realizados, ou ineficaz resguardo dos arquivos relacionados ao caso estudado.

As reuniões com a equipe do Núcleo de Prevenção do Suicídio do Serviço de Psicologia do HUERB foram abordadas como fonte complementar de informações na análise do caso estudado

e seu contexto de atenção. Além disso, também foram exploradas várias dimensões da atenção a partir dos registros dos boletins de atendimento disponibilizados, tais como: aspectos clínicos, organizacionais, psicossociais e políticos da assistência ao caso estudado.

CONCLUSÕES

Ao longo deste estudo de caso, além do desfecho e das muitas entradas registradas, chamou atenção o percentual de altas por decisão médica recebidas por este paciente durante os cinco anos em que buscou ajuda em uma unidade de saúde, revelando que ele permaneceu na instituição até a finalização do atendimento, aguardando ser liberado, o que corrobora estudos sobre o suicídio que apontam, em muitos casos, para a existência do desejo de acabar com o sofrimento muito mais do que para o desejo real de morrer. No entanto, muitas vezes, diante da dificuldade, ou impossibilidade de lidar com situações que geram intenso sofrimento psíquico, o suicídio acaba sendo visto como uma opção.

Tanto que um dos slogans principais das campanhas de prevenção do suicídio nos últimos anos tem sido “Falar é a melhor opção!”. Talvez, para este paciente, tenha faltado a escuta

qualificada, a percepção dos fatores de risco, a atenção aos sinais de alerta, o encaminhamento para continuidade do tratamento nos serviços da RAPS após a alta hospitalar e tantas outras possibilidades que levam a questionar se o desfecho poderia, ou não, ter sido diferente. Não foi. E mais uma vida foi perdida!

O que se pode concluir é a necessidade de melhorar a qualificação e o maior envolvimento dos profissionais de saúde com a área da saúde mental; a efetivação, na prática, do modelo biopsicossocial de cuidado, com enfoque interdisciplinar, ao invés do modelo biomédico, ainda vigente, que prioriza os aspectos biológicos da assistência em saúde; a urgência em concluir a implantação dos dispositivos da RAPS no município de Rio Branco, visando a assistência integral e humanizada; a melhoria na forma de registro dos atendimentos realizados para possibilitar de forma mais efetiva a diferenciação entre as entradas acidentais e as tentativas de suicídio, o que, além de ampliar a notificação das violências autoprovocadas, também possibilitaria a oferta de uma assistência em saúde mais condizente com as necessidades dos pacientes que apresentam comportamentos suicidas. Além disso, a mudança no sistema de banco de dados

do hospital, possibilitando que as equipes de saúde tenham acesso ao histórico de entradas dos pacientes, e aos motivos que levaram ao atendimento, poderiam auxiliar na avaliação das condutas a serem tomadas nos casos em que fossem constatadas as reincidências de tentativa de suicídio, considerada como um dos principais fatores de risco para o suicídio consumado.

Deste modo, a capacitação e a conduta dos profissionais responsáveis pelos atendimentos destas demandas é de grande importância, independentemente do nível de atenção em saúde, pois realizar o acolhimento e iniciar o estabelecimento do vínculo com estes usuários, seja na atenção básica ou nas unidades de urgência e emergência, poderá ser o diferencial entre o sucesso ou o fracasso da assistência oferecida, visto que pode influenciar no andamento e continuidade não apenas de um tratamento, mas de uma vida.

A partir desta pesquisa observa-se que o paciente do caso em foco foi um exemplo real do manejo inadequado dentro de um serviço de saúde, pois o seu atendimento foi realizado por vários profissionais diferentes, na mesma unidade hospitalar, porém sem haver uma articulação entre os mesmos, provavelmente dificultada pelo fato de

não haver um prontuário único onde a equipe médica poderia ter acesso ao histórico clínico, visualizando os atendimentos anteriores e os motivos das diversas entradas do paciente.

Destacam-se, portanto, a necessidade de melhoria tanto no sistema de registro de informações dos atendimentos realizados e maior integração entre os diferentes profissionais, e serviços de saúde, que oferecem assistência aos pacientes com queixas relacionadas à saúde mental e comportamentos suicidas, bem como o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a compreensão deste complexo fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília: MS; 2009. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.
2. AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças nos sistemas nacionais de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4895-4908, 2021.
3. WHO. World Health Organization - **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO; 2014.
4. DURKHEIM, E. **O Suicídio.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.
5. AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas.
6. AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças nos sistemas nacionais de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4895-4908, 2021.
7. WHO. World Health Organization - **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO; 2014.
8. DURKHEIM, E. **O Suicídio.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.
9. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo.** ONU, 2016. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/>>. Acesso em: 17 set. 2021.
10. BANDO, D. H.; BRUNOMI, A. R.; FERNANDES, T. G.; BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, p. 286-293, 2012.
11. MAGALHÃES, A. P. N.; ALVES, V. M.; COMASSETTO, I.; LIMA, P. C.; FARO, A. C. M.; NARDI, A. E. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 16-22, 2014.
12. VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D.

- M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.175- 187, 2013.
13. BOTEGA, N. J. **Crise suicida**. Artmed Editora, 2015.
14. STEFANELLO, B.; FURLANETTO, L. M. Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, p. 2-7, 2012.
15. VILAS BOAS, A. C.; MONTEIRO, Q. R. S.; SILVA, R. P.M.; MENEGUETTI, D. U. O. Perfil das tentativas de suicídio atendidas em um hospital público de Rio Branco, Acre, de 2007 à 2016. **Journal of Human Growth and Development**, 2019. 29(1): 57-64.
<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.157750>
16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 2006a.
17. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em:http://whqlibdoc.who.int/cgi-bin/repository.pl?url=/publications/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf . Acesso em 14 set. 2021.
18. PORTO, D. M.; DELZIOVO, C. R.; QUEIROZ, L. A. **Prevenção ao suicídio**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.
- Disponível em:
https://unasuscp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/190166/mod_resource/content/12/prevencao/files/livro.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.
19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial**. 2011. Disponível em:
https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em: 04 jan. 2022.
20. BAHIA, C. A.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; MINAYO, C. S. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.22, no.9. Rio de Janeiro, Set. 2017. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902841#B33. Acesso em: 03 abr. 2021.
21. VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**. 2013, v. 21, n. 2, pp. 108-114. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVy6hjVYchTXBwC4z9R/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 29 set. 2021
22. RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. **Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003, cap. 03, p. 76-97.
23. GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo:

- Atlas, 200718 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Acre, 2021.
24. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Acre, 2021.
25. BRASIL ESCOLA. **Suicídio: principais fatores de risco.** Disponível em: <https://monografias.>
26. ABREU, K. P.; LIMA, M. A. D. S.; KOHLRAUSH, E.; SOARES, J. F. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010.
27. CONTE, M.; MENEGHEL, S. N.; TRINDADE, A. G.; CECCON, R. F.; HESLER, L. Z.; CRUZA, C. W.; SOARES, R.; PEREIRA, S.; JESUS, I. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2017-2026, 2012.
28. ABREU, K. P.; LIMA, M. A. D. S.; KOHLRAUSH, E.; SOARES, J. F. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010.
29. CONTE, M.; MENEGHEL, S. N.; TRINDADE, A. G.; CECCON, R. F.; HESLER, L. Z.; CRUZA, C. W.; SOARES, R.; PEREIRA, S.; JESUS, I. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2017-2026, 2012.
30. SETTI, Victor Mauro Gonçalves. Políticas Públicas e prevenção do suicídio no Brasil. **ÍANDÉ: Ciências e Humanidades**, v. 1, n. 1, p. 104-113, 2017.
31. DIEKSTRA, R. F. W. The Epidemiology of Suicide and Parasuicide. In: DIEKSTRA, R. F. W. et al. (Org.). **Preventive strategies on suicide.** New York/ Leiden: WHO/ Brill, 1995. p. 1-34.23
32. DUTRA, D.; MARCELIANO, C.; JURADO, S. **Perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas, tentativas e taxa de óbitos por suicídio, no Brasil.** 2018. Disponível em: http://www.congresso2018.abrasme.org.br/resources/anais/8/1521837185_ARQUIVO_Templatepar aAnaiseletronicosdeRodadeConversa.pdf . Acesso em: 03 abr. 2021.