



Larisse Beatriz de Araújo Sena Valadares

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM TENTATIVAS OU
EFETIVAÇÃO SUICIDA ATENDIDOS NO SERVIÇO PRÉ HOSPITALAR

MOVÉL: Revisão de Literatura

Palmas – TO

2019

Larisse Beatriz de Araújo Sena Valadares

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM TENTATIVAS OU
EFETIVAÇÃO SUICIDA ATENDIDOS PELO SERVIÇO PRÉ HOSPITALAR
MOVÉL: Revisão de Literatura

Projeto de Pesquisa elaborado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do curso de bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.^a. Especialista Simone Sampaio da Costa.

Palmas – TO

2019

Larisse Beatriz de Araújo Sena Valadares

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM TENTATIVAS OU
EFETIVAÇÃO SUICIDA ATENDIDOS PELO SERVIÇO PRÉ HOSPITALAR
MOVÉL: Revisão de Literatura

Projeto de Pesquisa elaborado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do curso de bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.^a. Especialista Simone Sampaio da Costa.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Especialista Simone Sampaio da Costa
Orientadora
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.^a. Especialista Tatiana Peres Santana Porto Wanderley
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.^a Mestre Margareth Santos de Amorim
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2019

Ao meu, amigo, companheiro e esposo Greyfson Valadares de Moraes.

Aos meus filhos Rafael Sena de Mores e Rael Sena de Mores.

Aos meus irmãos e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo privilégio de me ter concedido a benção de fazer está graduação, principalmente de forma gratuita, através do PROUNI, pois caso contrário jamais eu poderia ter cursado o ensino superior nesta universidade. Pela saúde, força, sabedoria e prazer de ter sua companhia e graça a cada dia dessa jornada.

A meus pais Regina Barbosa de A. Sena e Rael Pereira de Sena (em memória), estrelas e luz no meu caminho, por ter me ensinado a sempre a lutar por meus objetivos, sem fraquejar ou desistir, a eles e a Deus devo minha vida. Aos meus irmãos Ruan e Layson Denis por me apoiarem sempre que precisei.

A todos da minha turma XXXIII por terem me incentivado e acreditado que seria possível chegar até aqui durante esses cinco anos. Em especial minhas amigas Elessandy e Dayane. Sou muito grata ao companheirismo de cada um.

À minha orientadora Simone Sampaio da Costa que acreditou no meu potencial pela disponibilidade, dedicação, conhecimentos transmitidos e atenção prestada no decorrer do desenvolvimento deste estudo. Por ter me ensinado a arte de pensar o trabalho acadêmico com rigor e disciplina, propiciando-me a fundamentação básica, sem a qual este trabalho não teria sido concluído.

RESUMO

VALADARES, Larisse Beatriz A.S. **Perfil sóciodemográfico dos pacientes com tentativas ou efetivação suicida atendidos pelo serviço pré-hospitalar móvel: Revisão de literatura.** 2019. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – TCC II – Curso de Enfermagem, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2019.

O suicídio é um fenômeno global, resultado de uma convergência complexa de complicações neurobiológicas, fatores socioculturais e genéticos, cuja composição varia em cada caso ou/e indivíduo e mesmo com esse quadro alarmante, o suicídio pode ser prevenido. Segundo estudos as principais vítimas são os jovens, porém entre os idosos a taxa de crescimento é acelerada. O estudo buscou descrever as características das vítimas de tentativa e efetivação de suicídio atendido em serviço pré-hospitalar móvel. Trata-se de uma revisão de literatura, descritiva e quantitativa na qual fizeram parte do estudo 32 artigos relacionados ao tema; com publicações entre os anos de 2009 a 2019 e procedência nacional. Os resultados foram apresentados em quadro sinótipo. Através da pesquisa foi possível constatar que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência tem importante papel para a prevenção, pois é uma porta de entrada que presta os primeiros atendimentos. Dessa forma, com a intervenção da equipe do Atendimento Pré-Hospitalar, mais vítimas graves chegam ao hospital com vida, tendo, assim, maior potencial de recuperar a saúde. A população no geral está exposta a essa problemática e há um crescimento acelerado na mortalidade entre os adolescentes (15 a 19 anos) e adultos (20 a 49 anos), pois apresentam mais vulnerabilidade a comunicação online prosuicida, pela facilidade do acesso aos meios digitais e características inerentes a adolescência. Entre os idosos o suicídio surge como um desafio à saúde pública global, uma vez que vai de encontro aos esforços realizados para a maior longevidade e a velhice com dignidade. Em relação a mortalidade os homens são acometidos com menor frequência e maior êxito pois utilizam métodos mais eficazes. Já a população feminina é mais frequentemente acometida por este agravo e tem menos êxito devido aos métodos utilizados. Entre os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida estão problemas biológicos, médicos, ambientais, psiquiátricos, psicológicos, filosófico existenciais e por motivações sociais. As formas mais utilizadas foram enforcamento, lesão por armas de fogo e autointoxicação.

Palavras-chave: SAMU. Suicídio. Emergência. Enfermagem.

ABSTRAT

VALADARES, Larisse Beatriz A.S. **Perfil sóciodemográfico dos pacientes com tentativas ou efetivação suicida atendidos pelo serviço pré-hospitalar móvel: Revisão de literatura.** 77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – TCC II – Curso de Enfermagem, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2019.

Suicide is a global phenomenon, the result of a complex convergence of neurobiological complications, sociocultural and genetic factors, the composition of which varies in each case or individual and even with this alarming picture, suicide can be prevented. According to studies, the main victims are young people, but among the elderly the growth rate is accelerated. The study aimed to describe the characteristics of the victims of attempted suicide attempted at a mobile prehospital service. This is a descriptive and quantitative literature review in which 32 articles related to the theme were part of the study; with publications from 2009 to 2019 and national origin. The results were presented in a synotype table. Through research it was found that the Mobile Emergency Care Service has an important role for prevention, as it is a gateway that provides the first care. Thus, with the intervention of the Prehospital Care team, more serious victims come to the hospital alive, thus having greater potential to recover health. The general population is exposed to this problem and there is a rapid increase in mortality among adolescents (15-19 years) and adults (20-49 years), as they are more vulnerable to prosuicidal online communication, due to the ease of access to digital media. and characteristics inherent in adolescence. Among the elderly, suicide emerges as a challenge to global public health, as it meets the efforts made for greater longevity and old age with dignity. Regarding mortality, men are affected less frequently and more successfully because they use more effective methods. The female population is more frequently affected by this condition and is less successful due to the methods used. Among the main risk factors associated with suicidal behavior are biological, medical, environmental, psychiatric, psychological, existential, and socially motivated problems. The most commonly used forms were hanging, firearm injury and self-poisoning.

Keywords: SAMU. Suicide. Nursing. Emergency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxa de suicídio (total homem/ mulher 2015.....	22
Figura 2 - Localização das faixas de contenção.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH- Atendimento Pré- Hospitalar

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CEP- Comitê de Ética de Pesquisa

CFM- Conselho Federal de Medicina

CRMPr- Conselho Regional de Medicina do Paraná

CID-10 – Código Internacional de Doenças

CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas

COFEN – Conselho federal de Enfermagem

CVV – Centro de Valorização da Vida

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF - Estratégia da Saúde da Família

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI- Instituições de Longa Permanência

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUSAM – Núcleo de Saúde Mental do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

OMS - Organização Mundial da Saúde

PeNSE – Plano Nacional de Saúde do escolar

PNAU – Política nacional de Atenção as Urgências

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF - Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAU- Rede de Atenção as Urgências

SRT's - Residências Terapêuticas

SUS – Sistema Único de Saúde

SAMU- Serviço Móvel de Urgência e Emergência

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

UA – Unidade de Acolhimento

UBS- Unidade Básica de Saúde

UAA - Unidade de Acolhimento Adulto

UAI - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

ULBRA - Universidade Luterana do Brasil

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USA-Unidades de Suporte Avançado

USB – Unidades de Suporte Básico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1. PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo geral.....	14
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
1.3 JUSTIFICATIVA.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1. REFORMA PSIQUIÁTRICA	16
2.2. CAPS -CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	18
2.3. SAMU – PRÉ HOSPITALAR.....	19
2.4. SUICIDIO.....	21
2.4.1 A influência da depressão no ato suicida	23
2.4.2 Fatores predisponentes	25
2.4.3 Publico alvo do suicidio	26
2.4.4 Principais problematicas na notificação de casos	27
2.4.5 Prevenção e tratamento	28
2.4.6 O papel da atenção primária	30
2.4.7 Atuação dos profissionais de saúde	32
2.5. CONTENÇÃO FISICA.....	33
2.6. CONTENÇÃO QUIMICA.....	34
2.7. URGENCIA E EMERGÊNCIA.....	35
2.8. PSIQUIATRIA NA EMERGÊNCIA.....	36
2.9. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	37
3 MATERIAL E MÉTODO.....	38
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	38

3.2 POPULAÇÃO/ AMOSTRA	38
3.3. FONTE DE DADOS	38
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	38
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	39
3.6 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....	39
4 RESULTADO	40
5 DISCUSSÃO.....	50
5.1 O PERFIL CLINICO DOS PACIENTES COM TENTATIVA DE SUICÍDIO SEGUNDO A LITERATURA.....	50
5.1.1 FATORES DE RISCO ASSOCIADO AS VITIMAS	53
5.1.2 O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E OS FATORES DE SUCIDIO.....	55
5.2 A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NAS VÍTIMAS DE TENTATIVAS DE AUTOEXTERMÍNIO.....	56
6 CONSIDERAÇÕES.....	59
REFERÊNCIAS.....	61

INTRODUÇÃO

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada 45 segundos no planeta ocorre um suicídio, o que equivale a 1,4% dos óbitos totais. Cerca de 78% ocorrem em países de renda média e baixa (WHO, 2014). A média global é de 10,7 por 100 mil habitantes, sendo 15/100 mil entre homens e 8 entre as mulheres. Trata-se de um contingente de mais de duas mil pessoas que põe fim à vida diariamente. Jovens e adultos jovens são os mais afetados – é a segunda causa mais frequente de morte entre os que têm entre 19 e 25 anos de idade (BRASIL, 2014).

Os problemas de saúde mental são inúmeros, mas alguns deles são mais frequentes. No Brasil, estima-se que em cada cem pessoas pelo menos trinta tenham ou venham a ter problemas de saúde mental. A depressão, a ansiedade e a síndrome do pânico são os principais problemas de saúde mental (BRASIL, 2017f). Para Hudzik; Cannon, (2014), o suicídio resulta de uma convergência complexa de muitas possíveis complicações neurobiológicas, fatores socioculturais e genéticos, cuja composição variar em cada caso ou/e indivíduo.

Violências autoprovocadas compreendem ideação suicida, automutilações, tentativas de suicídio e suicídios, porém nem toda violência autoprovocada caracteriza uma tentativa de suicídio, pois podem ser uma forma de aliviar sofrimentos, sem o objetivo de pôr fim à vida. (BRASIL, 2019).

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) mencionou em um dos seus relatórios, uma estimativa de que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, totalizando 800 mil ao ano, numa taxa global de 11,4 casos por 100 mil habitantes e estima-se que um número 20 vezes maior tenta se matar sem êxito (BRASIL, 2017f).

Esse mesmo relatório também aponta que as discriminações são potencialmente provocadoras do comportamento suicida e especifica as principais vítimas pertencentes aos grupos de pessoas encarceradas ou detidas; pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais; pessoas afetadas por bullying, cyberbullying e vitimização por pares; refugiados, requerentes de asilo e migrantes. Ainda segundo o relatório os métodos mais utilizados foram enforcamento, intoxicação endógena e armas de fogo. (BRASIL, 2017f).

Os autores Bertolote; Mello-Santos; Botega, (2010) apontam que alguns fatores como presença de um transtorno mental, antecedentes familiares, uso de álcool, sexo, idade, ausência de um companheiro, estar desempregado ou aposentado, estar em isolamento social e história de abuso sexual na infância, estão associados ao comportamento suicida. Dentro do transtorno

mental, a depressão está presente em ao menos 50% dos casos de suicídio, aumentando em 25 vezes a ideação suicida em relação à população de forma geral (AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY, 2014).

Os dispositivos principais para o atendimento de casos são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais gerais e de emergência psiquiátricas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2001). Esses dispositivos são uma porta de entrada para os serviços de saúde mental (O'DOWNEY, *et al.*, 2012a).

As diretrizes do SAMU-192 e sua Central de Regulação das Urgências são estabelecidas pela Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro nº1.010, de 21 de maio de 2012. Segundo Veloso *et al.*, (2018) os atendimentos psiquiátricos devem ser realizados com o propósito de atuar positivamente frente aos pacientes em crise e de transportá-los com segurança até o serviço adequado dentro da rede de atenção.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) apresenta-se como um importante componente da Rede de Atenção Psicossocial integrando com a responsabilidade de atender situações de urgências e emergências psiquiátricas, dentre as quais estão às crises psíquicas, que acontecem quando o sujeito em crise necessita de uma assistência apropriada a fim de evitar danos permanentes ou temporários a sua integridade física e psíquica. (BONFADA; GUIMARÃES, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2016). Sendo que nesse atendimento é utilizado técnicas de comunicação terapêutica, negociação, medicação ou alternativas táticas (Oliveira *et al.*, 2018).

De acordo com Vieira *et al.*, (2017) ao conhecer o perfil destes indivíduos, os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, poderão criar estratégias de enfrentamento mais adequadas e direcionadas para a prevenção de novos casos de óbitos por suicídio.

Sendo assim por se tratar de um problema de saúde pública, o indivíduo que comete a tentativa de suicídio deve receber acompanhamento multiprofissional assim como sua família para tratar o sofrimento e prevenir novas tentativas buscando a diminuição da morbimortalidade e a promoção da vida. (JUNIOR; GOMES, 2014).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual o perfil sócio-demográfico dos pacientes com tentativa ou efetivação suicida segundo a literatura?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Descrever o perfil sócio-demográfico dos pacientes com tentativa ou efetivação suicida atendidos pelo Serviço Pré-Hospitalar Móvel (SAMU) segundo a literatura.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil clínico dos pacientes com tentativa de suicídio que foram atendidos pelo serviço pré-hospitalar móvel segundo a literatura
- Evidenciar a importância do atendimento pré-hospitalar as vítimas de tentativas de autoextermínio.
- Identificar os fatores de risco que levam a tentativa ou efetivação suicida atendidos no serviço pré-hospitalar segundo a literatura

1.3. JUSTIFICATIVA

Em uma estimativa realizada pela Organização Mundial de Saúde é previsto para o ano de 2020 cerca de 1,53 milhões de mortes por suicídio e que as tentativas de suicídios cheguem a 20 vezes o número de suicídios concluídos, superando as mortes causadas por acidentes de transportes, guerras e conflitos civis. O Brasil ocupa uma das dez posições no ranking de maiores números de suicídio, aproximadamente de 4,1 por 100 mil/habitantes (BRASIL, 2014).

O suicídio é um fenômeno complexo, pois possui múltiplos fatores afetando indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero. Mas pode ser prevenido (BRASIL, 2017a). Segundo Vieira, *et al*, (2017), a tentativa de autoextermínio assim como o ato consumado ocorre em consequência de vários determinantes, necessitando de políticas públicas que melhorem a qualidade de vida da população levando-a a

um bem-estar biopsicossocioespíritual.

Ainda de acordo com Vieira, *et al.*, (2017), para a sociologia é de extrema relevância que os indivíduos que tentam o suicídio sejam abordados e tratados adequadamente, mesmo que nem todos os casos sejam evitados. Gerando portanto uma diminuição do número de casos de mortalidade.

Em uma pesquisa realizada em 2016, sobre o “Perfil Epidemiológico das Tentativas de Suicídio em Palmas - Tocantins, de 2010 a 2014” mostrou que em relação à frequência da tentativa de suicídio 30,20% informou que já havia realizado uma ou mais tentativas, dado que fomenta a necessidade de cuidados de toda a rede de atenção à saúde desde a promoção, prevenção até a reabilitação desse indivíduo, promovendo uma redução da morbimortalidade no município de estudo. (FERNANDES, FERREIRA E CASTRO, 2016).

Na vivência do campo de estágio em urgência e emergência no Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas, foi possível verificar que o SAMU atende muitos casos de tentativa de suicídio, levando-me a curiosidade de saber como está o município de Palmas/TO em relação aos números de casos.

Sendo assim, com esses dados, os autores esperam que os resultados e discussões deste estudo possam orientar e fortalecer as políticas públicas para a promoção, prevenção e enfrentamento da violência autoinfligida nos serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REFORMA PSIQUIATRICA

Para a esquizoanálise Deleuze & Guattari, (2015) as vivências de crise e sofrimento estão diretamente ligadas às experiências e laços sociais. Surgiu então a prática psiquiátrica, porém ela funcionou como dispositivo de opressão das classes pobres, desconsiderando a gênese multidimensionada do sofrimento e sua articulação com o contexto social mais amplo. (BASAGLIA, 2010).

No Brasil, em 1970, surgiu o processo da reforma psiquiátrica num contexto em que se demonstrava a crise do modelo de cuidados, centrado no hospital psiquiátrico, e se verificava a eclosão do surgimento dos movimentos sociais que lutavam pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. (SILVA; FONSECA, 2005).

Em 1974, o governo assinou o Plano de Pronta Ação, convênio com hospitais psiquiátricos privados, que repassava-lhes recursos públicos destinados à assistência psiquiátrica, chegando a absorver mais de 90% das verbas voltadas à saúde mental no país (WAIDMAN; ELSÉN, 2006) com ele, o número de leitos psiquiátricos cresceu exponencialmente: em 1961, havia 140 hospitais psiquiátricos, sendo 86 privados; em 1971, esse número subiu para 340, com 277 hospitais privados; em 1981, só na rede privada eram 425 hospitais (MESSAS, 2008, p. 93).

Segundo Arbex (2013) com essa expansão, não foi alicerçada a qualidade do serviço prestado, e abundaram violações aos direitos humanos: o holocausto de Barbacena, a internação de foragidos políticos e a escravização de pessoas em condição de deficiência mental do estado de Goiás. Foi então que surgiu a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) um movimento com inúmeras denúncias de maus tratos e reivindicações que incluíam problemas como corrupção, violência, tortura, negligência e ausência de recursos dentro dos hospitais psiquiátricos brasileiros, resultando no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), (FARINHA; BRAGA, 2018).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal, que pela primeira vez além de técnicos e burocratas houve a participação da sociedade civil. Além disso, tornou a expressão Reforma Sanitária "lema nacional". (AMARANTE 2016. p. 92). Dois movimentos ligados à saúde se destacaram: o movimento sanitário, que buscou estabelecer a saúde como direito de toda a população e o movimento antimanicomial, que questionou o

paradigma do modelo clássico da psiquiatria. Ambos os movimentos tinham origens vinculadas e viram sua relevância crescer, alçando o cenário político do período (FARINHA; BRAGA, 2018).

De acordo com Silva; Fonseca, (2005) é promulgada a Lei 10.216, a 06 de abril de 2001 que previa o redirecionamento dos cuidados em saúde mental, em que só as pessoas em situação de crise aguda deveriam ser internadas num hospital psiquiátrico, pelo que todas as outras deveriam receber tratamento alternativo, ficando junto das famílias e privilegiando-se o tratamento em serviços comunitários. É a partir deste período que as políticas do Ministério da Saúde para a saúde mental ganham contornos mais definidos, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica em construção no Brasil (FILHO *et al*, 2015).

Ainda em 1992, o Brasil assina a Declaração de Caracas, pactuando com a reestruturação da assistência em saúde mental para assegurar direitos dos usuários e regulamenta os Centros de Assistência Psicossocial pela portaria 224/92. (BRASIL, 2004).

A Lei de Saúde Mental n. 36/98 oficializou a necessidade de se criar uma rede diversificada com respostas articuladas entre si. O Art. 3º, afirma que no caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes (SIQUEIRA-SILVA; NUNES; MORAES, 2013).

A Reforma Psiquiátrica obteve uma expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. No mesmo período, o CAPS alcançou uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes. Os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013. Em 2014, foram registrados 610 residências terapêuticas (SRT's) com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas e o Programa de Volta Para Casa passou a ter 4.349 beneficiários e as iniciativas de geração de renda chegaram a 1.008 (BRASIL, 2017d).

Segundo Amarante, (2016) no campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite, aprovou a resolução, em dezembro de 2017, que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Farinha; Braga (2018), ressaltam que ainda é preciso uma reavaliação constante das práticas vigentes no sentido de um cuidado à pessoa em sofrimento existencial que traga para uma efetiva possibilidade de autocuidado e no qual haja instrumentalização dos trabalhadores de saúde e saúde mental, políticas que assegurem direitos e uma contínua preocupação com a

qualidade do cuidado. Atuar tendo como perspectiva a reinserção psicossocial significa promover ações que intentem repensar as relações entre os dispositivos institucionais, a equipe e os integrantes da comunidade.

2.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Em 2001, o governo brasileiro instituiu a Lei n. 10.216 visando superar o modelo asilar e garantir os direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais (BRASIL, 2001). Em decorrência dessa Lei surgiu a Política Nacional de Saúde Mental, que dentre outros objetivos visa a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, priorizando concomitantemente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária.

No dia 10 de outubro é comemorado mundialmente o Dia Internacional da Saúde Mental, data instituída em 1992 pela Federação Mundial de Saúde Mental, busca chamar atenção pública para o assunto, que ainda é um tabu na sociedade. Em 2018, o tema escolhido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para celebrar o momento foi “Os jovens e a saúde mental em um mundo em transformação”. O tema teve como objetivo chamar atenção para o reconhecimento da causa do sofrimento por problemas mentais e promoção de saúde mental em adolescentes e jovens adultos, trazendo benefícios em curto e longo prazo para eles e para sociedade. (BRASIL, 2017b).

Os Caps, regulamentados pela Portaria n. ° 336/2002, devem ser compostos por uma equipe multiprofissional, que trabalhe com uma perspectiva interdisciplinar além de criar uma ambiência terapêutica acolhedora. Os Caps são constituídos em cinco modalidades: Caps I, Caps II e Caps III, diferenciando-se apenas no que se refere à ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. E outros dois serviços específicos de atenção psicossocial: Capsi (Criança e Adolescente), voltado à atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes; e Capsad (Álcool e outras Drogas), responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2002).

De acordo com o Brasil, (2017a) os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que existem no país, onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme o quadro de saúde de cada paciente. Nesses locais também há

possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

Os autores Constantinidis *et al.*, (2018) ressaltam a importância das atividades desenvolvidas nas oficinas, ou fora delas, contemplarem o território, entendido como espaço de atuação de toda a rede de serviços e de cidadãos que pertencem a ele. Para os autores, dessa forma haveria a articulação de serviços para reinventar a vida em todos os aspectos do cotidiano no qual a loucura foi privada de conviver.

No Brasil, há uma obrigatoriedade de que o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) se constitua como uma Clínica Ampliada, buscando oferecer atividades terapêuticas e atendimento clínico em regime de atenção diária, ou seja, realizando consultas e obtenção de medicamentos, evitando as internações em hospitais psiquiátricos. Esse está sendo reorientado nas práticas de atenção psicossocial, o que provoca mudanças nos modos tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. (BERNARDI; KANAN 2015).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica é um processo contínuo de assistência a pessoas em sofrimento psíquico, que deve se manter atento para não perder sua perspectiva epistemológica. Na assistência em saúde mental é preciso manter a legitimidade aos princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica como diretriz para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. (BERNARDI; KANAN 2015).

O processo de desinstitucionalização implica no entendimento e a colocação em prática das políticas e modelos propostos além da necessidade de reflexão por parte dos profissionais, sobre sua prática cotidiana de assistência à pessoa com transtorno mental. É importante que os profissionais reflitam sobre as conjeturas ideológicas e teórico-metodológico que embasam suas práticas (CONSTANTINIDIS *et al.*, 2018).

2.3 SAMU – PRÉ HOSPITALAR

A fim de contribuir com a melhoria dos serviços de urgência e emergência, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), por meio da Portaria n. 1.864, de 2003, institui a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O termo atendimento pré-hospitalar refere-se à assistência realizada às vítimas de agravos urgentes à saúde, fora da esfera hospitalar, para a manutenção da vida e/ou diminuição de sequelas (ALMEIDA *et al.*, 2016).

De acordo com Decreto nº 7.508/2012, o SAMU representa uma importante porta de entrada do SUS, por receber diversas demandas emergenciais da população e prestar o

atendimento inicial à saúde do usuário. (BRASIL, 2017e).

Segundo O'Dwyer *et al.*, (2017) o atendimento pré-hospitalar móvel caracteriza-se por surgir como alternativa para reduzir o número de óbitos e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce após agravo a sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática, psiquiátrica, que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte.

Os primeiros SAMUs inaugurados nas capitais do Brasil foram o de São Paulo em 1989, Belém (Pará) em 1994 e Porto Alegre (Rio Grande do Sul) em 1995. No período 2005-2006 houve uma franca expansão de SAMUs metropolitanos, com 14 inaugurados, atingindo uma cobertura populacional de 35%. Em 2015, seis estados e o Distrito Federal apresentaram 100% de cobertura. (O'DWYER *et al.*, 2017).

O SAMU encontra-se presente, nos dias atuais, em 3.049 municípios do país, estando a maior parte concentrada nas regiões Nordeste e Sul, com cobertura estimada em 76,28% da população em 2015, ou seja, mais de 155 milhões de habitantes. (BRASIL, 2013a).

No Brasil, o SAMU é o principal componente da APH Móvel, devendo ser vinculado a uma Central de Regulação com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou região, podendo ultrapassar os limites municipais. O serviço é acionado por via telefônica, através da discagem do número 192 em sistema gratuito, onde o médico regulador, julga o caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. (SILVA; COELHO, 2016).

O SAMU conta com níveis distintos de assistência, uma vez que dispõe de Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA). Na USB, a equipe profissional é composta de, no mínimo, um técnico em enfermagem, um enfermeiro e um condutor, enquanto a equipe da USA composta pelo médico, enfermeiro e condutor. (KIRK; NILSEN, 2016).

Segundo O'DWYER *et al.*, (2017), a implantação do SAMU ainda é bastante desigual entre estados e regiões. A Região Norte, apesar de contar com dois estados com cobertura de 100% da população, engloba os dois únicos com cobertura menor que 50%. Essa desigualdade de implantação do SAMU no país demonstra que o nível federal induz financeiramente, mas são os gestores estaduais e municipais que elegem a prioridade. Aponta também a importância dos gestores estaduais na regionalização. Nesses poucos anos foram implantados 188 SAMUs no país, sendo 111 regionalizados, indicando que o processo de regionalização tem sido bem-sucedido.

No entanto, no Brasil, esse tipo de atendimento tem enfrentado problemas estruturais do sistema de saúde, como a carência de leitos especializados, a incipiência dos mecanismos de

referência e a limitação de recursos financeiros. (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011) e (SILVA; COELHO, 2016).

De acordo com Teles, Coelho, Ferreira e Scatena., (2017) faz-se necessária a ampliação dos recursos financeiros destinados ao SAMU, além de uma maior e melhor distribuição desses recursos, maiores investimentos na estrutura e na organização da rede assistencial do SUS, para que seja capaz de absorver, de forma resolutiva, as demandas provenientes do resgate, garantindo, assim, a integralidade da atenção e conseqüentemente diminuir as desigualdades. Por fim, cabe sinalizar a necessidade de que o sistema de informação do SAMU venha ser divulgado de maneira a dialogar com os demais serviços e permitir o desenvolvimento de estudos de amplo alcance que contribuam com o planejamento e a gestão das redes de saúde.

Estruturando-se este serviço, melhora-se e qualifica-se o atendimento as urgências diminuindo consideravelmente o tempo de internação hospitalar, bem como tem-se melhor prognóstico de reabilitação. (SILVA; COELHO, 2016).

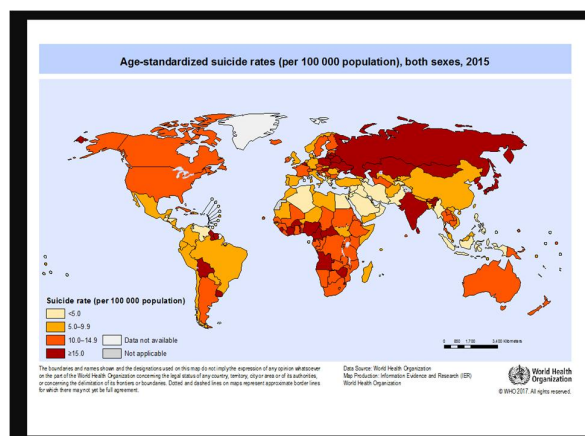
2.4 SUICIDIO

Na Língua portuguesa, “suicidar-se é dar a morte a si mesmo, matar-se”. Por vezes, “quando o indivíduo não consegue êxito em tal ação, é considerado como tentativa de suicídio”. Tanto a tentativa como o ato suicida em si são motivados por ideação suicida, ou seja, “pensamentos que levam o indivíduo a planejar a própria morte” (CARDOSO *et al*, 2012, p. 43).

O suicídio constitui-se em um dos mais antigos temas relacionados à saúde dos indivíduos e à forma como são afetados pelas sociedades e coletividades nas quais vivem. Em termos históricos, sua relevância no plano social pode ser identificada desde a Grécia antiga. Em tempos modernos, ao menos desde o século XVIII, tem sido tratado como fenômeno social e segundo perspectivas históricas, sociológicas, econômicas e filosóficas. (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Os dados sobre os países são compilados e divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), calculados para o ano de 2015 e divulgados em 2018. Segundo as grandes regiões, há forte variação, desde o Mediterrâneo Leste (3,8), passando por África (8,8), as Américas (9,6) e Sudeste da Ásia (12,9) até a maior prevalência observada na Europa (14,1). Neste aspecto, a taxa brasileira de 6,3 situa-se em abaixo da média global e das grandes regiões. (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

FIGURA 1: Taxa de suicídio (total homem/ mulher 2015).



FONTE: (Organização Mundial da Saúde, 2015). (<https://www.prevencaosuicidio.blog.br/dados>)

Ainda segundo os dados da OMS, a taxa de mortalidade bruta para as economias de baixa renda diminuiu de 9,0 por 100m habitantes em 2000, para 8,1 em 2015. Evoluções semelhantes ocorreram para as economias de renda média inferior (de 12,2 em 2000 para 10,7 em 2015) e de renda média superior (de 11,9 em 2000 para 9,8 em 2015).

No caso das economias de alta renda, as estimativas apontaram um pequeno aumento da taxa de 14,2/100m em 2000 para 14,5/100m em 2015. Mesmo que se leve, necessariamente, em consideração as grandes diferenças em termos de sistemas de informações e de culturas de notificação dos suicídios, as diferenças nos estoques de suicídios segundo países são muito evidentes. (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Nos Estados Unidos, que têm taxa de 14,3/100 mil, o principal método utilizado é a arma de fogo, facilmente adquirida naquele país. Já na Ásia, em especial, nas regiões rurais da China e da Índia, a ingestão de pesticida está em primeiro lugar. Por esse motivo, qualquer estratégia de prevenção deve levar em conta características da sociedade onde será implementada. (BRASIL, 2017c).

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio envolvem a disponibilização de dados epidemiológicos, informações sobre os fatores protetores e de risco, ações de educação permanente de profissionais (BRASIL, 2004).

Botega (2014, p. 340a), relaciona as tentativas de suicídio como “sinal de alerta que revela a presença de sofrimento psíquico, bem como a possibilidade de um transtorno mental e de fatores psicossociais complexos”. Os transtornos mentais mais encontrados em casos de tentativa de suicídio são a depressão, transtorno bipolar e dependência de álcool e outras substâncias. O aumento do risco de suicídio é evidente quando há morbidade como, por

exemplo, depressão e alcoolismo. (KOCH; LIVEIRA, 2015).

Alguns fatores predisponentes ao fenômeno do suicídio necessitam de atenção como a fase da adolescência, a presença de eventos estressores na vida, exposição a diferentes tipos de violência, uso de drogas (lícitas e/ou ilícitas), problemas familiares, histórico familiar de suicídio, questões sociais relacionadas à pobreza, influência da mídia, questões geográficas e a depressão. (BRAGA; DELLAGLIO, 2013)

Segundo pesquisas mais de 20% dos atendimentos realizados em serviços de emergência psiquiátrica correspondem a transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool e a maioria desses pacientes é jovem, do sexo masculino e apresenta comorbidades psiquiátricas. Pessoas que fazem uso de bebidas alcoólicas e desenvolvem provável dependência ao álcool podem apresentar tanto sinais e sintomas físicos como alterações psíquicas, dentre as quais se destacam a agitação, as alucinações auditivas e/ou visuais, a desorientação e os comportamentos suicidas (BARBOSA *et al.*, 2016).

Tais evidências confirmam o possível elo entre o uso de álcool e o desencadeamento de crises psiquiátricas, o que potencializa a necessidade de acionar serviços de urgência e emergência (PADILHA *et al.*, 2016).

Sobre a forma de violência, autoinfligida, o Relatório sobre Violência e Saúde, Gonçalves; Souza, (2012) divide em comportamentos suicidas e automutilação. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e o próprio suicídio. Quando o indivíduo revela um desejo de morte, tal ato deve ser entendido como um pedido de ajuda, uma mensagem que o indivíduo emite para comunicar suas dores (CLOSS, 2015).

Segundo Botega, (2014) um aspecto clínico a ser lembrado é que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura efetivação desse intento. Por isso, essas tentativas devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta a indicar a atuação de fenômenos psicossociais complexos. Dar especial atenção a uma pessoa que tentou se suicidar é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio.

Um estudo realizado em município brasileiro, com 807 indivíduos, constatou que 60% dos suicídios ocorreram após um ano da tentativa de suicídio; e 90% dos suicídios ocorreram no período de 24 meses após a tentativa (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013a).

2.4.1 A influência da depressão no ato suicida

Em 2016, a OMS divulgou um relatório estimando que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim à própria vida sofriam de algum transtorno mental grave. Desse total, 60%

tinham depressão. (FONSECA, 2018).

O termo depressão tem origem no latim *depressus*, ato de deprimir-se. (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018). A depressão é um dos problemas de saúde mentais mais comuns no mundo e é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o "Mal do Século", é um distúrbio afetivo que afeta o emocional da pessoa, que passa a apresentar tristeza profunda, falta de apetite, de ânimo e perda de interesse generalizado. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa auto-estima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. É imprescindível o acompanhamento médico tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento adequado (OPAS, 2018).

A depressão, ou melancolia como chamada a tempos, foi considerada um mal da alma pela ausência da Divindade, como fonte de sabedoria, como desequilíbrio de fluidos e funções cerebrais, etc. Enfim, novas tecnologias e recursos foram criados, no entanto ainda, muitas pessoas sofrem com esse transtorno mental e outros fatores passam a estar associados a essa patologia, em especial o suicídio. (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

Ao abordar sobre a depressão, é necessário inicialmente compreender que a depressão não é uma doença do século XXI. Apesar de que foi somente no século XIX que se formou a depressão comum. Anteriormente a depressão era denominada de melancolia, ou seja, "Perturbações há muito chamadas de melancolia são agora definidas como depressão" (GONÇALES; MACHADO, 2007, p. 298).

Segundo Lacerda e Souza, (2013) a terminologia depressão ganha espaço a partir do século XIX, substituindo a expressão melancolia. Com essa distinção entre melancolia e depressão, as investigações científicas e os relatos clínicos obtiveram grandes avanços, contando com inovações acadêmicas, voltadas para a psiquiatria, em especial pela nomeação de Johann Christian August Heinroth, para professor de medicina psíquica da Universidade de Leipzig, a primeira disciplina de psiquiatria em uma Universidade.

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde, a depressão é uma das principais causas de incapacitação. Pode ter motivos evidentes ou não e possui diversos sinais e sintomas, que podem ser isolados ou somatizados (OPAS, 2018). Na perspectiva psicanalítica a depressão deve-se a perda real ou imaginária, do objeto amado. Após a perda desse objeto, sensações mistas de amor e ódio são vivenciadas, mas não há a exteriorização dessas hostilidades, voltando-se contra ao próprio indivíduo. É por "receio da repetição de uma nova perda semelhante, a pessoa fecha-se em si mesma" (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

Um episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave, a

depende da intensidade dos sintomas. Um indivíduo com um episódio depressivo leve terá alguma dificuldade em continuar um trabalho simples e atividades sociais, mas provavelmente sem grande prejuízo no funcionamento global. Durante um episódio depressivo grave, é improvável que a pessoa afetada possa continuar com atividades sociais, de trabalho ou domésticas. Uma distinção fundamental também é feita entre depressão em pessoas que têm ou não um histórico de episódios de mania. Ambos os tipos de depressão podem ser crônicos (isto é, acontecem durante um período prolongado de tempo), com recaídas, especialmente se não forem tratados. (OPAS, 2018).

Segundo Silva *et al.* (2015), a depressão e o suicídio são um conjunto de fenômenos complexos que interagem com fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. Essas interações propiciam uma melhor compreensão das influências que a depressão pode causar no ato suicida.

A depressão influencia no comportamento suicida, principalmente por motivos de pensamentos negativos recorrentes de morte, ideação suicida, ou ainda planos e tentativas de suicídio. Compreende-se então, que o quadro clínico de depressão influencia no suicídio. Destaca-se também que nem todos os indivíduos depressivos tem comportamento ou ideação suicida (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA E SOUZA, 2018).

2.4.2 Fatores predisponentes

Variáveis como diagnóstico de depressão, alcoolismo, uso de drogas, idade, sexo, desemprego e precária percepção de suporte familiar e social geralmente são associadas ao suicídio (BERTOLOTE *et al.*, 2006). Em estudo realizado na Turquia com a investigação dos bilhetes suicidas apurou que 62,7% dos casos de suicídios estavam relacionados à ocorrência de algum evento estressor, sendo que nos homens o desencadeador mais encontrado foi problemas financeiros e nas mulheres, os problemas de relacionamento (SILVA; *et al.*, 2014).

Há também fatores relacionados à própria doença clínica ou ao seu tratamento, como dor de difícil controle, estados metabólicos anormais, condições que afetam o sistema nervoso central, efeitos adversos de fármacos, interações entre medicamentos e estados de abstinência. (BOTEGA, 2014).

Segundo Pereira; Botti, (2017) o público jovem apresenta mais vulnerabilidade à comunicação online pro-suicida pela facilidade do acesso a esses meios digitais e características inerentes a adolescência, sendo assim é de extrema importância aumentar a visibilidade dos sites de prevenção do suicídio.

O bullying é um fenômeno praticado em todo o mundo e é classificado em três categorias: os autores, as vítimas e as testemunhas. Este fenômeno acontece com maior prevalência em cenários escolares, nas redes sociais de internet e na própria internet (chamado de cyberbullying), no qual o agressor por meio de aparelhos eletrônicos, humilha, denigre e difama a vítima, de forma anônimo ou não (BARBOSA; *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com Pereira; Botti, (2017) é fundamental a capacitação dos enfermeiros para a intervenção em grupos de apoio, suporte ou autoajuda online, fóruns de suporte na internet e/ou facebook, bem como sensibilização da população em geral para oferecer ajuda, realizar o encaminhamento para profissional de saúde mental ou denunciar o conteúdo quando necessário.

2.4.3 Público alvo do suicídio

Sendo um fenômeno complexo e universal, o suicídio representa um importante problema de saúde pública em todo o mundo (Vidal; Gontijo; Lima, 2013a) e é uma das primeiras causas de morte nos jovens adultos. Estudos epidemiológicos realizados nas duas últimas décadas confirmam taxas mais elevadas em homens, idosos, indígenas. (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012).

A adolescência, além de ser um período de transições, também evidencia a necessidade de integração social, busca de autoafirmação, construção da identidade sexual e da independência (SILVA E MATTOS, 2012). Segundo o autor Bahia *et al.* (2017), os jovens de 10 a 19 anos são portadores de 18,8 % dos atendimentos para o grupo de lesões autoprovocadas nos serviços de urgência e emergência.

Em 2012, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que investigou os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, tendo como população os escolares do 9º ano do ensino fundamental obtendo os seguintes resultados: 66,6% dos escolares já haviam experimentado bebida alcoólica e 21,8% já tiveram algum episódio de embriaguez na vida. Em relação ao uso de drogas ilícitas, tais como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, evidenciou-se que 7,3% já haviam feito uso. (IBGE, 2013).

Para o período de uso do CID-10 no país entre 1996 e 2015, os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) mostraram para estes vinte anos um total de 172.051 suicídios. Dentre estes, foram registrados 52.388 casos de jovens entre 15 e 29 anos de idade (30,5%). (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Os autores Ribeiro; Moreira, (2018) relatam ainda que desde 1980 no Brasil houve aumento sustentado das taxas de mortalidade geral e em duas delas as variações mais expressivas foram para os mais jovens; além de estudos de base populacional em municípios do sul e sudeste do país que revelam fatores de risco associados às populações jovens que exigem especial atenção como as associações à abuso sexual, violência, uso de drogas, depressão, não heterossexualidade e risco sexual.

Sousa, (2015) aborda que em relação ao gênero, a incidência é de 10% para o sexo feminino e 5% para o sexo masculino de desenvolver a doença. As diferenças apresentadas entre homens e mulheres, justificam-se pelos aspectos fisiológicos, o papel social desempenhado gênero, e pela maior sensibilidade emocional das mulheres.

Entre os idosos o suicídio surge como um desafio à saúde pública global, uma vez que vai de encontro aos esforços realizados para a maior longevidade e a velhice com dignidade. Dessa forma, o maior conhecimento sobre os fatores associados ao suicídio contribuirá na sua abordagem, seja pela família, seja por aqueles responsáveis na formulação e no planejamento de políticas públicas, por meio de estratégias eficazes à sua prevenção e manejo. (BORTOLINI, 2016).

2.4.4 Principais problemáticas na notificação de casos

A Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014, a qual define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional. O que indica a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso (BRASIL, 2014).

Estima-se que o número de tentativas de suicídio é 10 vezes maior que o número de suicídio. Entretanto, esse número pode ser ainda maior, pois os registros de tentativa de suicídio são subnotificados considerando que muitos indivíduos não procuram atendimento hospitalar após a tentativa (BRASIL, 2014). Segundo Botega (2014) algumas pesquisas apontam que em cada três casos de tentativas de suicídio, apenas uma foi atendida, logo depois, em alguma unidade de pronto-socorro.

Segundo Ribeiro; Moreira (2018) no suicídio fatores largamente conhecidos influenciam na negação de registro, tais como os efeitos do estigma social e familiar, aspectos religiosos, proteção relacionada a eventuais indenizações por seguros, sofrimento familiar decorrente de

investigações e processos legais e outras questões de caráter social.

O registro em relação ao número de ocorrências de tentativas é documentando muitas vezes apenas como intoxicação, queimadura ou traumatismo. (FERREIRA, 2014). Além de subregistro e de subnotificação, há o problema dos suicídios que são descritos sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (GOTSSENS *et al*, 2011).

Segundo Ferreira (2014) ainda existe situações em que a família está ciente de que o indivíduo tentou suicídio, mas o familiar não considera importante procurar atendimento em serviços de saúde, julgando o método utilizado para o suicídio, como não letal e não oferecendo riscos ao indivíduo. Tal situação demonstra a importância de orientar a população sobre aspectos da saúde do indivíduo como a importância de se considerar os fatores emocionais e o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde mental.

No Brasil, apesar das tentativas de suicídio serem de notificação compulsória e imediata, ainda é necessário ampliar a abrangência e qualidade da notificação. Entende-se a importância as informações, tanto para a prevenção de tentativas e de óbitos, quanto para o acionamento imediato da rede de atenção e proteção, acompanhamento e intervenção precoce nos casos identificados como tentativas de suicídio (BRASIL,2019).

2.4.5 Prevenção e tratamento

A campanha Setembro Amarelo foi instituída em 2003 pela Organização Mundial da Saúde como mês internacional de prevenção do suicídio. A campanha faz parte do calendário de ações que buscam qualificar as redes de cuidado à saúde para lidarem com o tema, bem como sensibilizar a população para identificar e ajudar pessoas que tendam a atentar contra a própria vida. No Brasil, essa campanha foi iniciada em 2015 pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), entidade filantrópica que oferece apoio emocional a partir do número telefônico 188, pelo qual se pode acessar voluntários que se disponibilizam a conversar com pessoas em profundo sofrimento. (FONSECA, 2018).

De acordo com Coveney *et al.*, (2012) aborda que em uma pesquisa realizada on-line com 1309 pessoas que ligaram, entre maio de 2008 e maio de 2009, para o serviço Samaritano (serviço de prevenção do suicídio voluntário e de suporte às pessoas com problemas ou em crise) mostra como principais razões das ligações: problemas mentais, problemas familiares, término de relacionamentos, solidão, tristeza, isolamento e abuso sexual.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto instituiu as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, passou a investir em notificações que ajudaram a conhecer melhor o perfil desse público, disparar ações educativas para profissionais e para o conjunto da sociedade. (FONSECA, 2018).

Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3088/2011, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ofertado o cuidado em saúde mental por todos os pontos da RAPS.

A Rede de Atenção Psicossocial prevê a articulação desde Atenção Básica: Equipe de Saúde da família (ESF), Unidade Básicas de Saúde (UBS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) até a Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência (UPA 24h, SAMU 192), sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2011a).

No ano de 2014, a OMS, ao reconhecer o suicídio como prioridade de saúde pública, lançou o relatório: *Prevenção do suicídio* com o objetivo de aumentar a conscientização sobre a importância para a saúde pública tanto do suicídio quanto da ocorrência de tentativas, bem como o enfoque na prevenção, de modo a constituir alta prioridade na agenda de saúde pública global. “Além de incentivar e apoiar os países a desenvolverem ou reforçarem estratégias globais de prevenção do suicídio, como política de saúde pública.” (OPAS, 2018).

A redução de acesso a métodos letais (no caso do Brasil, principalmente a armas de fogo e pesticidas) ocupa papel de destaque entre as recomendações da OMS para a prevenção do suicídio. (BOTEGA, 2014).

Em setembro de 2017, o MS lançou o Boletim Epidemiológico 2017 e a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020 (BRASIL, 2017f). Considerando a necessidade de construir e coordenar ações voltadas à prevenção do suicídio, a Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde.

A Portaria Nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017 institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017c).

Para agravos do problema de depressão, ansiedade e/ou estresse, o Sistema Único de

Saúde (SUS) também disponibiliza medicamentos que auxiliam no tratamento dos pacientes (Amitriptilina, Clomipramina, Fluoxetina e Nortriptilina). Quando recomendado pelo médico, esses medicamentos podem ser retirados, gratuitamente, nas Unidades Básicas de Saúde ou nos demais estabelecimentos designados pelas secretarias de saúde dos municípios (OPAS, 2018).

É importante que haja maior atenção para o desenvolvimento dos programas e estratégias de prevenção do comportamento suicida e da depressão como forma de combater os fatores de risco e potencializar os fatores protetores (ERSE *et al.*, 2016). Neste contexto alerta-se para a importância de se estudar o impacto das mídias no comportamento suicida e a criação de Políticas Públicas para as comunicações em redes sociais virtuais (GOMES *et al.*, 2014).

Portanto, é importante desenvolver instrumentos de prevenção e formar profissionais para, juntamente com a família, trabalhar em prol da pessoa que está deprimida e com risco eminente de realizar o ato suicida. É importante destacar que os métodos utilizados, na psicoterapia, no relacionamento médico-paciente, na equipe médica são essenciais nessa dinâmica. (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA E SOUZA, 2018).

2.4.6 O papel da atenção primária

Desde a década de 90 o Brasil tem investido na Atenção Primária (ou básica) à Saúde como principal estratégia de organização do sistema de saúde. Em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) para expansão e qualificação da Atenção Primária. O programa teve notória expansão, principalmente nos municípios de pequeno porte, e em 1998 começou a ser definido não mais como um Programa, mas sim como Estratégia da Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2012a).

Os diferentes serviços de saúde da rede pública brasileira que atendem os casos de tentativa de suicídio (assim como outros agravos e doenças) fazem da Rede de Atenção à Saúde que é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

As diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 4.279) estabelecem que o serviço de saúde atenda aos usuários de modo resolutivo e efetivo, o atendimento deve ser disponibilizado ao usuário em um tempo de espera adequado, com horários de atendimento convenientes e facilidade de contato com os profissionais (BRASIL, 2010a).

O acesso pode ser analisado através da disponibilidade ocorre quando o usuário consegue o atendimento necessário tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade; a comodidade -refere-se às questões como o tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento e por fim, a aceitabilidade -relaciona-se à satisfação do usuário quanto à localização e aparência do serviço, tipo de atendimento prestado e profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2010b).

Os atributos que se referem mais especificamente aos serviços de saúde são: Qualidade, Suficiência e Acesso (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2010b). A qualidade e suficiência referem-se ao conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para realizar os cuidados de saúde necessários de acordo com a demanda da população. Já o acesso está relacionado à ausência de barreiras para que o usuário utilize o serviço de saúde. Tais barreiras podem envolver a acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e/ou profissionais, grau de acolhimento e vínculo, condição socioeconômica do usuário (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2010b).

Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a rede de oferta de ações de saúde através da entrada de profissionais das mais diversas áreas (BRASIL, 2012a). Desse modo, a equipe de Saúde da Família é constituída por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal. Profissionais como psicólogo, médico psiquiatra, e outros profissionais da saúde, fazem parte do NASF (BRASIL, 2011a).

A proposta dos NASF é desenvolver o Apoio Matricial, definido como um arranjo organizacional que visa conceder suporte técnico em áreas específicas às equipes da Atenção Primária (NEVES, 2012). O Apoio Matricial pode ser exercido sob duas dimensões: a assistencial, por meio da ação clínica direta com os usuários; e a dimensão técnico-pedagógica, através de apoio educativo para que a equipe de saúde da família possa atender a demanda de forma efetiva (BRASIL, 2012b).

Um estudo realizado no Brasil, com 807 indivíduos, constatou que em torno de 90% dos suicídios havia a presença de transtorno psiquiátrico, sendo a depressão de maior predominância. Em contrapartida, mais de dois terços dos indivíduos não estavam realizando tratamento quando faleceram (VIDAL; GONTIJO, 2013b).

Os serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos (sendo os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, a referência dessa nova lógica assistencial) propõe justamente a reabilitação psicossocial do paciente sem afastá-lo de sua comunidade e família. O importante, neste momento, é entender que o Hospital também se constituiu em um serviço de saúde que atua com

a prevenção dos agravos de saúde, incluindo o suicídio. (FERREIRA, 2014).

Ainda segundo Ferreira, (2014) a Organização Mundial de Saúde propõe que a prevenção do suicídio deve ser exercida em todos os níveis de atenção à saúde, envolvendo os mais diversos serviços de saúde. Ao estudar de forma simplificada a rede de saúde, a tendência é atribuir principalmente à rede de atenção primária (Unidades Básicas de Saúde) as ações de caráter preventivo e aos Hospitais, as ações de caráter preventivo. Entretanto, todos os níveis de assistência atuam com ações preventivas, assistenciais e curativas.

2.4.7 Atuação dos profissionais de saúde

As ocorrências de natureza psiquiátrica, principalmente quando envolvem agitação e agressividade, demandam maior tempo e habilidade profissional para realização de uma abordagem adequada. Assim, faz-se necessário o estabelecimento de vínculo com o usuário em sofrimento mental, com ênfase na modificação ambiental e na comunicação terapêutica verbal e não verbal como estratégias prioritárias, em detrimento à contenção física e ao tratamento farmacológico. (GARRIGA *et al*,2016).

O aprendizado sobre os diversos aspectos da problemática do suicídio nos diversos campos de conhecimento faz-se importante para orientar a prática clínica dos profissionais de saúde que atendem tal demanda (FERREIRA, 2014).

Segundo Laranjeira (2015), uma melhor compreensão dos motivos que levam os jovens adultos a ter pensamentos suicidas pode ajudar os profissionais da saúde a manejar melhor a ideação suicida dos clientes e a tentar encontrar formas de intervir nesses pensamentos. Assim como fará sentido realizar campanhas de sensibilização e ações informativas junto dos jovens adultos, conscientizando os em relação às problemáticas vivenciadas pelos mesmos e incentivando-os a promover a integração dos colegas.

Além de ensiná-los a identificar aqueles que parecem ter dificuldades de adaptação e sofrimento psicológico significativo e a sugerir a esses mesmos colegas que procurem os recursos disponíveis e adequados para lidar com tais circunstâncias (LARANJEIRA, 2015).

Brito; Bonfada; Guimarães (2015), defendem que as instituições formadoras de profissionais de saúde são corresponsáveis na busca por melhorias na qualidade da assistência prestada ao sujeito em crise psíquica pois podem contribuir com a articulação de serviços e na operacionalização de uma rede efetiva de saúde mental, cujo centro de intervenções deixe de ser o hospital psiquiátrico e passe a ser o indivíduo acometido pelo transtorno mental. É preciso

transformar toda a lógica do atendimento, que tem centrado suas práticas na contenção mecânica e na sedação durante as urgências psiquiátricas.

Sendo assim, sem o suporte teórico fornecido por estratégias de educação permanente nos serviços, realizadas a partir da crítica e reflexão no processo ensino/aprendizagem, a tendência das instituições que trabalham no contexto da saúde mental seria a utilização do aparato manicomial durante a assistência prestada. Nesse sentido, mesmo no espaço da formação em saúde, é indispensável redirecionar os currículos e as práticas pedagógicas para a construção de competências voltadas à atenção psicossocial. (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

2.5 CONTENÇÃO FÍSICA

A contenção física por muito tempo foi realizada de maneira equivocada devido a visão estigmatizada do paciente psiquiátrico sob o viés do medo, da periculosidade e da agressividade alimenta as práticas coercitivas durante a intervenção em crise psíquica. (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

No entanto, a humanização das práticas de cuidar em saúde mental, alavancadas pelas transformações tentadas pela reforma psiquiátrica no país, requer e incita os profissionais repensar a sua finalidade, indicação e modos de realizá-la, para que ela seja um procedimento terapêutico e não de repressão ou seja o uso de medidas restritivas deve ter sempre a finalidade terapêutica e, portanto, serem incluídas no plano de tratamento ou projeto terapêutico do paciente bem como cumprir os seguintes critérios: indicação individualizada e tempo limitado. (MAGALHÃES, 2014a).

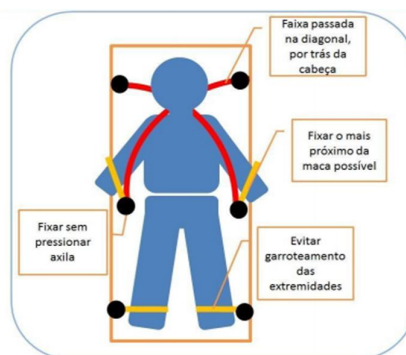
Segundo Cordeiro; Morana, (2015) o paciente contido deve permanecer sob cuidado e supervisão imediata e regular de membro da equipe, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito; um membro da equipe de enfermagem deve permanecer junto ao paciente e dá assistência integral durante todo o tempo em que ele permanecer contido: hidratação, alimentação, higiene, mudança de decúbito, aquecimento e proteção com roupas, interação, oferecimento de informações e apoio como medida terapêutica.

Sendo necessário observar corretamente as técnicas de contenção, contendo primeiro o abdome e após restringindo os pulsos e tornozelos do paciente, fixando-os na cama/maca, cobrir o paciente com lençol, deixando as partes que devem ser observadas descobertas (pulsos e tornozelos). Conter outras partes do corpo, além de tornozelos e pulso, caso o paciente esteja extremamente agitado. O paciente deve ser contido com as pernas bem afastadas e com um braço

preso em um lado e o outro preso sobre a sua cabeça. A cabeça do paciente deve estar levemente levantada para diminuir a sensação de vulnerabilidade e reduzir a possibilidade de aspiração. (CORDEIRO & MORANA, 2015).

Ainda segundo Cordeiro; Morana, (2015) informa que o número recomendado de profissionais da saúde para realizar a contenção de um paciente em surto psicótico e/ou agitação psicomotora é de cinco, devidamente treinados.

FIGURA 2: Localização das faixas de contenção.



FONTE: Diretoria de Política de Urgência e Emergência SAS/SESA, 2015. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/notas_tecnicas/2018/NotaTecnica3_anexos/Anexo_C-Protocolo_de_Manejo_das_Urgencias_Psiquiatricas.pdf

2.6 CONTENÇÃO QUÍMICA

O medicamento não pode ser visto como uma forma mágica de curar os comportamentos que possam estar causando incômodo, constrangimento ou medo a partir da visão estigmatizada da doença mental. O uso da sedação deve ser feito com critério e indicação clínica condizente, como quando o sujeito põe em risco concreto a sua integridade ou a de outras pessoas. (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

Silva, *et al.*, (2015) descreve que a contenção farmacológica é o objetivo final da intervenção direta. Enquanto tanto a imobilização quanto a contenção física são instáveis e transitórias a contenção farmacológica é permanente e progressivamente mais eficaz. No primeiro momento em que o paciente estiver estável deve ser feita a aplicação da medicação, de preferência por via intramuscular. Estará indicado em todos os casos de delirium, em todas as urgências onde foi necessário realizar a imobilização.

A medicação de escolha para realização da contenção farmacológica é o

HALOPERIDOL, um antipsicótico típico que age através do bloqueio altamente seletivo dos receptores tipo 2 da dopamina. Apresenta ação gradual e lentamente progressiva (SILVA, *et al.*, 2015).

Portanto, a formulação de estratégias de educação continuada realizada por profissionais capacitados na área de Saúde Mental poderia contribuir no sentido de oferecer suporte para mudanças no cenário supracitado, melhorando a escuta, ampliando os saberes e fazeres da clínica cotidiana, incorporando noções de acolhimento do sofrimento psíquico e de interação com a subjetividade do usuário (BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

2.7 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) de (2013a), aborda que urgência e emergência referem-se aos agravos à saúde que necessitam de atenção e cuidados da equipe multidisciplinar tendo o enfermeiro um papel de cuidador que deve garantir o bem estar do paciente. Na urgência se diz que o agravo à saúde é de ocorrência imprevista e que pode surgir com ou sem risco potencial de morte é a ocorrência, cujo portador necessita de assistência médica imediata, mas menos imediatista em comparação com a Emergência.

Ainda no manual, a emergência é a constatação médica de condições e agravos à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato, nas emergências o aparecimento é súbito e imprevisto e exige solução imediata, na urgência (BRASIL, 2013a).

Os diagnósticos mais relevantes encontrados nos serviços de urgência e emergência foram a esquizofrenia, transtorno esquizotípico delirante, psicoses, transtornos de comportamento em decorrência do uso de álcool e outras substâncias, transtorno de humor afetivo, transtorno neurótico relacionado ao estresse e somatoforme, transtorno de personalidade e retardo mental. (LIMA; GUIMARÃES, 2015).

Quanto à faixa etária, predominou uma média entre 37 a 39 anos, em 75% das pesquisas houve concordância como sendo os homens os que mais procuram consultas nas urgências e emergências psiquiátricas. (LIMA; GUIMARÃES, 2015).

Coutinho *et al.*, (2015) abordam que para aderir a Humanização como estratégia de intervenção na assistência dos profissionais com os clientes é necessário um atendimento com escuta qualificada, uma atenção integral, oferecer informações claras e objetivas para melhor

entendimento do ouvinte, assim gerando estratégias que assegurem os indivíduos quanto aos seus direitos na saúde pública.

Portanto uma escuta qualificada aos pacientes e a prestação de uma assistência com cuidados integrais são ações que podem humanizar a assistência, gerando qualidade e satisfação no serviço. Não é uma tarefa fácil, porém é essencial e deve ser realizada.

2.8 PSIQUIÁTRIA NA EMERGÊNCIA

São consideradas urgências psiquiátricas alterações psíquicas ou comportamentais que indiquem risco iminente a integridade física do indivíduo, pessoas em contato com o mesmo ou ao meio (SILVA; COELHO, 2015). Segundo Quevedo; Carvalho (2014), as urgências psiquiátricas são situações em que há riscos, porém com consequências mais brandas que as emergências, mas que também requerem intervenções em curto prazo como na sintomatologia psicótica.

A emergência psiquiátrica é qualquer situação em que existe um risco significativo de morte ou injúria grave para o paciente ou para terceiros, de mandando intervenção terapêutica imediata. Estão inclusos nessa situação os distúrbios de pensamento, sentimentos ou ações que envolvam risco de morte ou risco social, comportamentos violentos, comportamentos suicidas, estupor depressivo, etc. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

Contudo, as situações de emergências psiquiátricas ainda são concebidas como complexas, complicadas, incumbindo outros espaços que são compreendidos como os detentores desse saber, fragmentando o paciente entre condições clínicas e condições psíquicas, do atendimento do SAMU ao recebimento da demanda pelos hospitais. Na década de 80 surgiram as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência às pessoas com transtornos mentais no Brasil. Essas propostas caminharam para um rearranjo na forma de atenção, anteriormente focado em grandes manicômios e atualmente centrado na comunidade (BASTOS *et al.*, 2016).

Portanto é importante prezar pela segurança do ambiente. O local do atendimento deve oferecer privacidade, mas ser de fácil acesso para equipe de saúde e de segurança. É necessária estrutura física adequada, indisponibilidade de objetos potencialmente perigosos, adequação dos estímulos sensoriais, sistema de alarme, disponibilidade de medicamentos e equipamentos para contenção, serviço de segurança, e acesso a serviços de diagnósticos e a outros especialistas (VEDANA, 2016).

2.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

No Brasil, o SAMU compõe o transporte em saúde de pessoas em situação de urgência e emergência. Constituído por uma equipe de saúde entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e condutores socorristas, com suas funções determinadas pelas Portarias nº 814 de 01/06/01, e nº 2.048, de 05/11/02, seu acesso pode ser obtido gratuitamente, através de ligação telefônica, pelo número 192 (BRASIL, 2012a).

Ainda segundo Mata, Ribeiro, Pereira, (2018) o enfermeiro desempenha papel fundamental durante o atendimento pré-hospitalar, atuando no suporte de vida, desenvolve também ações gerenciais que contribuem para que o atendimento seja prestado com segurança e agilidade. Além de participar e coordenar procedimentos que visam à estabilização do quadro clínico do paciente, realizando seu transporte, para que receba um tratamento definitivo, a fim de minimizar possíveis sequelas ao cliente.

O enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente, de forma segura e eficaz. (MAGALHAES, 2014b).

Atualmente, há discussões sobre a inclusão do enfermeiro na ambulância de suporte básico do SAMU, partindo do pressuposto de que cidades onde há apenas bases descentralizadas com unidades de suporte básico, também recebem ocorrências de maior complexidade, que necessitam de suporte avançado (MATA; RIBEIRO; PEREIRA 2018).

A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e traz consigo algumas atitudes para proporcionar isto, tais como: identificar o paciente corretamente, melhoria na comunicação entre a equipe e os profissionais de saúde, segurança na prescrição e administração de medicamentos, em cirurgias, proporcionar um local de intervenção, procedimento e pacientes corretos, higienizar as mãos, reduzir os riscos de quedas e lesões por pressão (BRASIL, 2013b).

Desta forma recomenda-se que os profissionais de enfermagem atuantes na área da saúde mental, sejam inseridos em programas de capacitação, onde ocorra a instrução permanente dessas técnicas, em conjunto com o alerta para utilização de EPI's, para que assim possa haver uma redução efetiva dos riscos associados ao atendimento de portadores de doença mental. (MAGALHÃES, 2014b).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão de literatura, descritiva e quantitativa. A pesquisa descritiva se expressa em expor resumidamente as ideias de outros autores acerca do tema em questão, fazendo reflexões dos resultados encontrados. (ARAGÃO, 2011).

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por 93 artigos científicos encontrados na base de dados através dos descritores: Suicídio; Enfermagem; Emergência; SAMU. Entretanto a amostra foi fixada em 32 artigos que contemplam os critérios de inclusão e exclusão.

A revisão bibliográfica, num sentido amplo, é uma metodologia sistemática que tem o intuito de identificar os estudos sobre um determinado tema, usando fontes de dados de literaturas. Esse tipo de estudo proporciona um resumo de evidências referentes à uma estratégia de ações específicas mediante a utilização de métodos explícitos e sistematizados de busca e apreciação crítica e síntese da informação designada (OLIVEIRA, 2011).

3.3. FONTE DE DADOS

Para a pesquisa, foram utilizados artigos científicos encontrados nas seguintes bases de dados; da SCIELO (*Scientific Electronic Libraly online*); LILACS; MEDLINE; PULMED e IBECS . Através dos Descritores Suicídio; Enfermagem; Emergência; SAMU.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados como critérios de seleção da população do estudo:

- a) Procedência nacional;
- b) Do período de 2009 até 2019;
- c) Materiais relacionados ao tema em questão;
- d) Idioma português

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os materiais bibliográficos que:

- a) Não disponibilizarem o artigo e ou material na íntegra;
- b) Artigos repetidos que já tenham sido citados em outra base de dados.
- c) Materiais sem data de publicação

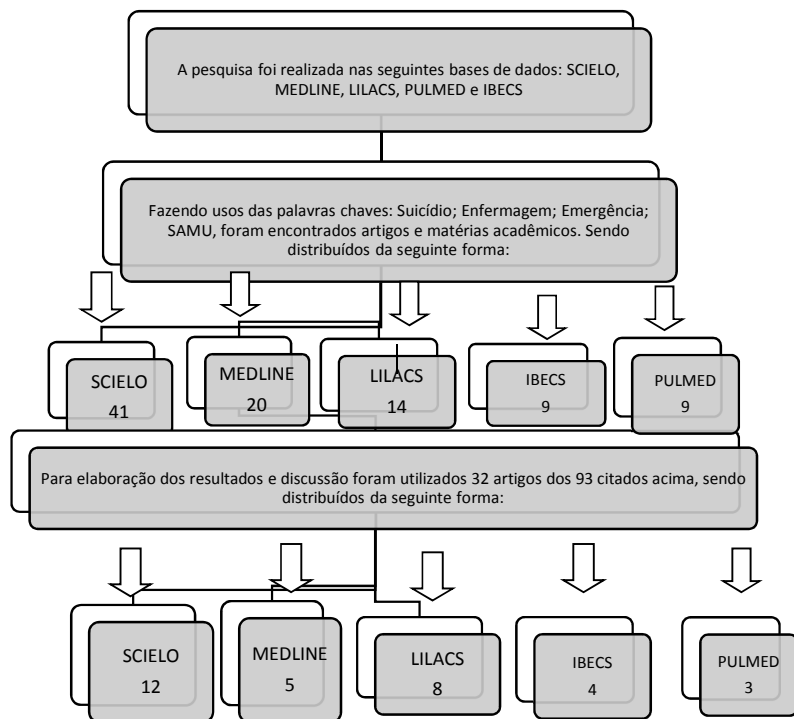
3.6. ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Para examinar os materiais literários pesquisados, primeiro foi realizado uma leitura criteriosa dos textos, e em seguida uma análise do conteúdo de cada um deles de forma que permita identificar o que tem produzido acerca do perfil sócio demográfico dos indivíduos que cometem tentativas ou efetivação suicida. E estando estes, em conformidade com o estudo, foi criado um Quadro “Sinóptico” para uma melhor análise e apresentação dos dados.

4. RESULTADO

A busca bibliográfica por meio das bases de dados encontra-se esquematizada na figura 1 abaixo, para melhor compreensão de como foi realizada a seleção dos matérias utilizados.

Figura 1- Fluxograma de busca bibliográfica



Fonte: Autoria própria (2019).

Estudos da OMS consideram que o comportamento suicida pode ser um transtorno psiquiátrico herdado e o suicídio, uma resposta ao padecimento de doenças graves incapacitantes e dolorosas. Além de mostrarem traços genéticos que predis põem pessoas de uma mesma família a comportamento autodestrutivo (WHO, 2014).

Diante da necessidade de identificar o perfil das vítimas de suicídio, foi possível levantar 32 artigos, sendo possível visualizá-los através do quadro 1.

Quadro I– Demonstrativo dos artigos utilizados para esta pesquisa.

Ano	Revista	Autor	Título	Resumo
2019	Ministério da Saúde	BRASIL,	Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018- Boletim Epidemiológico	Avaliou o perfil epidemiológico dos indivíduos de violência autoprovocada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2018 (dados preliminares), bem como daqueles com registro de óbito por suicídio no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) entre 2011 e 2017.
2018	Texto & Contexto - Enfermagem vol. 27		Atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo	Foi analisado os registros de atendimentos de natureza

		Veloso <i>et al.</i>	serviço pré-hospitalar móvel de urgência.	psiquiátrica, realizados pelo SAMU de uma capital do Nordeste brasileiro no ano de 2014.
2018	Comunicação em Ciências da Saúde,	Oliveira <i>et al.</i> ,	Urgências e emergências em Saúde Mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF.	O estudo avaliou as urgências e emergências em saúde mental no NUSAM do DF.
2018	Revista de Saúde e Ciência Biológicas- JHBS	Pedrosa <i>et al.</i> ,	Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil	O estudo avaliou a incidência e o perfil dos suicidas, no município do Iguatu
2018	Revista de Saúde e Ciência Biológicas- JHBS	Oliveira; Benedetti	Suicídio em Mato Grosso - Brasil: 1996 a 2015	A pesquisa buscou descrever a mortalidade por suicídios em Mato Grosso, no período de 1996 a 2015.
2018	Revista Epidemiologia. Serviço de Saude	Carmo <i>et al.</i>	Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013	O estudo descreveu os aspectos sociodemográficos da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2013.

2017	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	Vieira <i>et al.</i>	Caracterização dos indivíduos que realizaram prática/tentativa de autoextermínio em Itapecerica, Minas Gerais, Brasil	Analisou-se as características dos indivíduos que realizaram a tentativa e/ou efetivação do autoextermínio no município de Itapecerica, Minas Gerais, Brasil.
2017	Physis Revista de Saúde Coletiva	Minayo; Figueiredo; Mangas	O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida.	A pesquisa buscou pesquisar o perfil de 122 idosos.
2017	Revista Ciência & Saúde Coletiva	Oliveira <i>et al.</i> ,	Tendência da mortalidade por intoxicação medicamentosa entre gêneros e faixas etárias no Estado de São Paulo, Brasil, 1996-2012.	No estudo verificou-se a tendência da mortalidade por intoxicação medicamentosa por faixas etárias, sexo e intenção, na população do estado de São Paulo.
2017	Revista Ciência & Saúde Coletiva	Bhaia <i>et al.</i> ,	Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil.	A pesquisa caracterizou o perfil das vítimas de lesão autoprovocada que procuraram atendimento em serviços de urgência e emergência.
2017	Revista Brasileira de epidemiologia		Mortalidade e anos de vida perdidos	O estudo analisou a mortalidade e os

		MALTA <i>et al,</i>	por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015.	anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (Disability Adjusted Life Years – DALYs) por violências interpessoais e autoprovocadas, comparando 1990 e 2015, no Brasil.
2017	Estudo de Psicologia	Freitas; Borges	Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares.	Investigou-se o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos feitos aos usuários atendidos por tentativa de suicídio, em duas urgências e duas emergências hospitalares de um município do Sul do Brasil.
2017	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Pereira e Botti	O suicídio na comunicação das redes sociais virtuais: Revisão integrativa da literatura.	Identificou-se na literatura científica as propriedades da comunicação sobre suicídio em redes sociais virtuais.
2016	Revista Eletrônica Tempus Actas de Saude Coletiva	Fernandes, Ferreira e Castro	Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em	A pesquisa descreveu o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio notificadas, em

			Palmas-Tocantins, de 2010 a 2014	residentes de Palmas, no período 2010/2014.
2016	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	BASTOS <i>et. al,</i>	Saúde mental no atendimento pré-hospitalar móvel: Concepções de profissionais.	O estudo identificou as concepções dos profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar acerca da atenção à saúde mental.
2016	Revista Contexto & Saúde	FÉLIX <i>et.al,</i>	Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil.	O artigo objetivou evidenciar os fatores de risco para a TS revisando as produções publicadas no Brasil em 10 anos.
2015	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	Machado e Santos	Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012.	Identificou as causas e o perfil das vítimas de suicídio nos últimos 13 anos.
2014	Revista Brasileira de Psicologia	Junior	O comportamento suicida no Brasil e no mundo.	O estudo apresentou as estatísticas sobre suicídio, tentativas de suicídio e de auto ferimento no Brasil e no mundo.
2014	Jornal Brasileiro de Psiquiatria		Atendimento a tentativas de suicídio por serviço	Investigou-se as características das vítimas de tentativa de suicídio atendidas

		Magalhães, b	de atenção pré-hospitalar.	em serviço pré-hospitalar e os intervalos de tempo consumidos nessa fase de atendimento.
2014	Jornal Europeu de Psiquiatria	Madianos <i>et al,</i>	Suicídio, desemprego e outros fatores socioeconômicos: evidências da crise econômica na Grécia	O estudo explorou mudanças nos suicídios e sua possível associação com fatores macroeconômicos e comportamentais.
2014	Psicologia USP	Botega	Comportamento Suicida: epidemiologia	Investigou-se o comportamento suicida das vítimas nos anos de 2010 a 2014.
2014	Repositório Institucional UFSC	Ferreira	Trajetória do Acompanhamento em Saúde Mental dos Pacientes após o Atendimento na Unidade de Emergência por Tentativa de Suicídio.	A pesquisa analisou o acompanhamento de saúde mental dos participantes após aproximadamente 06 meses do atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio.

2014	US National Library of Medicine Institutos Nacionais de Saúde	BALLARD <i>et al,</i>	Utilização recente de serviços médicos e condições de saúde associadas a um histórico de tentativas de suicídio.	O estudo buscou Investigar a utilização da assistência médica entre indivíduos com histórico de tentativa de suicídio pode identificar cenários alternativos para a descoberta de casos e uma breve intervenção.
2014	American Psychological Association	WHO	Preventing suicide: a global imperative.	O relatório mostrou um balanço do trabalho que já foi alcançado na prevenção do suicídio e o conhecimento existente sobre intervenções eficazes baseadas em evidências.
2013	Cadernos de Saúde Pública	Vidal; Gontijo; Lima,	Tentativas de suicídio: Atores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade.	Foi analisado o perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio entre 2003 e em Barbacena, Minas Gerais.
2013	Caderno de Saúde Coletiva		Tentativas de suicídio e o acolhimento nos	O estudo investigou a partir da percepção do usuário, como se

		Vidal & Gontijo	serviços de urgência: a percepção de quem tenta.	dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de saúde.
2013	Revista Eletrônica de Enfermagem	Ikuta <i>et.al</i> ,	Conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica: revisão integrativa	A pesquisa identificou o conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica.
2013	Revista Unisinos	Braga & Dellaglio	Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero.	Foi discutido os fatores de risco ao suicídio na adolescência, bem como características epidemiológicas de jovens que tentam ou cometem suicídio, a partir de uma perspectiva desenvolvimental.
2012	Psicologia em Estudo	Bonfada, Guimarães	Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas	O estudo discutiu os princípios e diretrizes que norteiam a atenção de urgência prestada pelo SAMU diante de uma crise ou

				urgência/emergência psiquiátrica.
2012	Protocolos Clínicos	FHEMIG	Contenção física de pacientes.	O manual orientou os profissionais de saúde sobre as opções terapêuticas que devem anteceder a indicação de contenção física;
2012	International Journal of Law and Psychiatry	Perkins <i>et al,</i>	Restrição física em um ambiente terapêutico; um mal necessário?	Examinou-se os processos de tomada de decisão usados pela equipe de saúde mental envolvidos em uma série de episódios de restrição em um ambiente de cuidados agudos.
2011	Revista BioETHikos	Santana <i>et al,</i>	Caracterização das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sete Lagoas e região	Identificou-se as características epidemiológicas das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Sete Lagoas e região.

5. DISCUSSÃO

5.1 O PERFIL CLINICO DOS PACIENTES COM TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDOS PELO SERVIÇO PRÉ HOSPITALAR SEGUNDO A LITERATURA

No continente americano, o Brasil ocupa o oitavo lugar no número absoluto de suicídios, e é o quarto país latino-americano com o maior crescimento no número de casos no intervalo de 2000 a 2012. É importante destacar que o número de mulheres que tiraram suas próprias vidas (17,80%) cresceu mais do que o número de homens (8,20%), no período de 12 anos. Entre 2011 e 2017 houve um aumento de 10% nas taxas de suicídio no Brasil, sendo mais vulneráveis os homens, com 4 a 11 anos de escolaridade, de raça negra. (BRASIL,2019). (FÉLIX, *et. al*, 2016).

Problemas biológicos, médicos, ambientais, psiquiátricos, psicológicos, filosófico existenciais e por motivações sociais são os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida. Segundo a Organização Mundial de Saúde, ocorreu uma morte para cada 25 tentativas de suicídio na população em geral, enquanto entre os jovens existe uma relação de uma morte para 100 a 200 tentativas, dados do ano de 2012 (WHO, 2014).

Além dos psiquiátricos e psicológicos como depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar; esquizofrenia; ansiedade e transtornos de personalidade; alcoolismo; desesperança e solidão e morbidades. Quando o paciente encontra-se deprimido a Intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool tem poder significativo também para o suicídio (BHAIA *et. al*, 2017).

Em pesquisa realizada por Machado; Santos, (2015) as maiores causas de suicídio foram enforcamento, lesão por armas de fogo e autointoxicação por pesticidas. Sendo os indivíduos mais acometidos os menos escolarizados, indígenas ou maiores de 59 anos. Ainda apresenta um maior crescimento do número de suicídio entre as mulheres (35%), porém a taxa entre homens é três vezes maiores em todas as regiões do país.

Segundo estudo de Oliveira; Benedetti, (2018) no estado de Mato Grosso entre 1996 e 2015 foram registrados 3.051 suicídios na população com 10 anos ou mais. A taxa de mortalidade foi de em média de 6,8 óbitos/100.000 habitantes. Prevalendo em maior numero o sexo masculino (78,4%). Predominou o enforcamento com (62,6%) entre as lesões autoprovocadas.

Ainda segundo esse estudo os homens e os idosos foram os grupos de maior risco de suicídio. E os indivíduos de cor parda/preta, com pouca escolaridade (menos de 8 anos de estudo) e solteiros obtiveram uma maior prevalência (OLIVEIRA; BENEDETTI, 2018).

Em uma pesquisa realizada no município de Arapiraca, no ano de 2011, por Magalhães, (2014) o atendimento pré-hospitalar atendeu 80 vítimas de tentativa de suicídio. A prevalência da taxa masculina foi de 45% na idade de 29,1 anos; e uma taxa de 55% na idade de 31,3 anos para as mulheres. De acordo com Oliveira *et. al*, (2017) houve um crescimento na mortalidade entre os adolescentes (15 a 19 anos) e adultos (20 a 49 anos) relacionado ao suicídio a partir de 2009.

No período de 2011 a 2018 observou-se aumento das notificações em ambos os sexos, em toda a população brasileira, sendo notificados 339.730 casos de violência autoprovocada, dos quais, 154.279 (45,4%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 103.881 (67,3%) mulheres e 50.388 (32,7%) homens. Entre os estados que mais notificaram estão São Paulo, Minas Gerais e Paraná e os que menos notificaram foram Sergipe e Amapá (BRASIL, 2019).

A distribuição proporcional de *Disability Adjusted Life Years* DALYs por idade segundo agressões e lesões autoprovocadas, em 2015, indica maior frequência de casos na faixa etária jovem, por ordem de importância, nos grupos de 20 a 24 anos, 15 a 19 anos, 25 a 29 anos e 30 a 34 anos (MALTA *et al*, 2017).

Um estudo no município de Iguatu, no Ceará mostrou que o perfil dos suicidas é composto por homens de cor parda, sem nível superior completo, produtores agrícolas, adultos jovens e solteiros. O número de causas externas de mortalidade foi de 720, sendo 72 casos de morte por suicídio. As pessoas que cometeram suicídio eram principalmente homens (78%), de coloração parda (73,5%) e faixa etária predominante entre 20 a 29 anos de idade (27,8%) e estado civil solteiro (43%) ou casado (41,7%). (PEDROSA *et al*, 2018).

Na cidade de Barbacena, Minas Gerais, foi analisando o perfil epidemiológico de 807 indivíduos que tentaram suicídio entre 2003 e 2009, constatou-se que os homens cometem mais suicídios e preferem métodos que evidenciem sua virilidade, utilizando meios mais letais como enforcamento, arma de fogo e precipitação de lugares elevados. (VIDAL; CONTIJO; LIMA 2013). De acordo com Vieira, *et. al*, (2017) em Itapeçerica, Minas Gerais, a maioria dos óbitos ocorreram no sexo masculino, solteiros, de cor branca, na faixa etária entre 31-50 anos. Já em relação às tentativas, predominou-se o sexo feminino, de cor branca, faixa etária entre 31-50 anos.

Os autores Vidal; Contijo e Lima (2013) abordam que as mulheres apresentam comportamento suicida mais frequente e realizam mais tentativas principalmente na faixa etária entre 31 e 35 anos. Além disso relacionam o comportamento suicida ao grupo de mulheres que não trabalham fora de casa, indicando que a realização de atividades laborais fora do ambiente doméstico promove benefícios à saúde mental desse grupo.

Em estudo retrospectivo com análise dos registros de atendimentos de natureza psiquiátrica, realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma capital do Nordeste brasileiro no ano de 2014 é ressaltado a ocorrência de tentativas e ideações suicidas em 7,6% dos atendimentos, sendo maioria das vítimas do sexo feminino (54,9%) (VELOSO *et al.*, 2018). Em relação ao gênero feminino a causa principal de óbitos foi por intoxicação medicamentosa classificados como intencionais devido ao uso de anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O perfil epidemiológico de 656 notificações de tentativas de suicídio, residentes de Palmas, no período 2010/2014 foram encontrados os dados de que 67,1% das vítimas eram do sexo feminino e 32,9% do masculino. Entre as faixas etárias 21-30 anos (38,3%), 10-20 (30,2%) e 31-40 (17,5%) apresentaram as maiores frequências. Quanto à raça/cor 68,60% declararam-se parda, 20,43% branca, 4,42% preta, 4,42% amarela. Já na variável de escolaridade se concentra no ensino médio completo, 23,47 % e incompleto, 19,5% (FERNANDES; FERREIRA; CASTRO, 2016).

A notificação de violência autoprovocada mostrou que as vítimas eram predominantemente brancos (47,5%), com ensino médio incompleto ou completo (33,7%). Um quinto (19,5%) dos casos apresentou alguma deficiência/ transtorno, e a maioria residia na zona urbana (89,4%) e nas regiões Sudeste (48,8%) e Sul (24,6%) do Brasil. Em relação ao local de ocorrência, a residência foi o local mais frequente (79,6%). E a violência de repetição foi identificada em 31,9% dos casos, com maior frequência entre mulheres (33,6%) em comparação aos homens (28,6%) (BRASIL, 2019).

Ainda de acordo com Fernandes; Ferreira e Castro, (2016) avaliando a situação conjugal das vítimas, foi constatado que 53,81% eram solteiros, 28,3% casados/união estável e 5% de separados e na ocupação profissional, os estudantes (19,66%) e donas de casa (16,46%) apresentaram frequências mais elevados. Identificou-se diferentes tipos de deficiência/transtorno mental em 23,47% e outras deficiências em 5,17%.

Em uma unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC após tentativa de suicídio predominou participantes jovens (entre 21 e 40 anos) e do sexo feminino (FERREIRA, 2014). Segundo Pereira; Botti (2017) o público jovem apresenta mais vulnerabilidade a comunicação online prosuicida pela facilidade do acesso aos meios digitais e características inerentes a adolescência, sendo de extrema importância aumentar a visibilidade dos sites de prevenção do suicídio.

Já entre os idosos que tentaram ou revelaram ideações suicidas predominou aqueles entre

60 e 88 anos. Sendo a faixa etária entre 60 e 69 anos é onde se concentra a maioria dos que têm comportamento de risco, vindo a seguir a de 80 anos e mais e, em terceiro lugar, a de 70 a 79 anos. Porém a maior parte dos casos de tentativa entre os idosos ocorreu antes de serem internadas em Instituições de Longa Permanência (ILPI) (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS; 2017).

No período de 2011 a 2017 foram registrados 80.352 óbitos por suicídio, os maiores aumentos percentuais na taxa de mortalidade ocorreram no Acre (81%) e em Goiás (61%), dos quais 21.790 (27,3%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 17.221 (79,0%) no sexo masculino e 4.567 (21,0%) no feminino. O perfil dos jovens de 15 a 29 anos que se suicidaram nesse período era majoritariamente do sexo masculino (79,0%), negros (54,9%), com 4 a 11 anos de estudo (58,2%), e de situação conjugal solteira, viúva ou divorciada (84,0%) (BRASIL, 2019).

Sendo assim percebe-se que a faixa etária de predomínio são os adultos e existem diferenças entre os sexos no que tange a letalidade do intento em função das construções de gênero. Os homens, embora acometidos com menor frequência, apresentam alta taxa de mortalidade por suicídio já que utilizam métodos mais eficazes (métodos mais agressivos que evidenciam sua força e virilidade) e, portanto, apresentam maior êxito em suas tentativas.

Já a população feminina é mais frequentemente acometida por este agravo e como tem menos êxito devido aos métodos utilizados (drogas menos tóxicas, ou doses menos letais e menos invasivos para não mutilarem sua aparência) há maior incidência de recidivas de tentativas de autoextermínio e quadros psicóticos e depressivos que sustentam este panorama.

5.1.1 FATORES DE RISCO ASSOCIADO AS VITIMAS

Segundo Ferreira, (2014) em suas pesquisas, a maioria dos participantes alegaram os conflitos com o parceiro (namorado (a)/cônjuge) como o desencadeador da tentativa de suicídio.

Estudos apontam como principais fatores de risco ao suicídio na adolescência: a presença de eventos estressores ao longo da vida, a exposição a diferentes tipos de violência, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, problemas familiares, histórico de suicídio na família, questões sociais relacionadas à pobreza e à influência da mídia, questões geográficas e depressão (BRAGA; DELLAGLIO, 2013).

Em estudo retrospectivo com análise dos registros de atendimentos de natureza psiquiátrica, realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma capital do

Nordeste brasileiro no ano de 2014, foram realizados 38.317 atendimentos, sendo que 1.088 (2,8%) eram psiquiátricos. Houve predomínio de quadros de agitação e/ou agressividade (65,7%) e 8,0% dos usuários encontravam-se sobre suspeita de uso de bebidas alcoólicas. (VELOSO *et al.*, 2018).

De acordo com o autor Vidal; Contijo e Lima (2013) pelo menos 90% dos indivíduos que cometem suicídio apresentam um transtorno psiquiátrico, predominantemente depressão, e mais de dois terços não estavam em tratamento quando morreram.

Os autores ainda abordam que o comportamento suicida de pessoas idosas institucionalizadas não é um ato isolado no tempo pois faz parte de um longo percurso existencial que, ao final, terminar com dor, tristeza, desesperança e escolha da morte como solução para um sofrimento insuportável (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS; 2017).

É importante ressaltar que o crescimento do número de óbitos por tentativa de suicídio evidenciado atualmente, pode ser consequência não apenas do aumento do número de casos, mas também dos possíveis avanços de cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e de preenchimento das declarações de óbito (DO), em virtude de uma melhor identificação e classificação do suicídio como causa da morte. (CARMO *et al.*, 2018).

As condições de vida precária, a violência na infância, os laços familiares frouxos ou ia conflituosos, o abandono físico e afetivo, a morte de pessoas referenciais, os problemas crônicos e incapacitantes de saúde e as dificuldades de adaptação à vida institucional são fatores de risco para o suicídio (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS; 2017).

Aspectos econômicos, sociais, aposentadoria, laços profissionais distanciados, status de poder diminuído na vida social e familiar são fatores que podem estar associados ao número de suicídios em homens. Já para as mulheres, as perdas afetivas e as doenças que as impedem de exercer cuidados com a família são fatores que estão mais associados às causas de suas mortes autoinfligidas (JUNIOR, 2014). O país da Grécia entre 2007 e 2011 enfrentava uma grave crise financeira com elevadas taxas de desemprego. Foi observado uma elevação percentual de 55,8% do número de suicídio, mostrando uma forte associação entre desemprego e suicídio (MADIANOS *et al.*, 2014).

Diante do que se percebe os principais fatores que interferem para que o indivíduo cometa a tentativa de suicídio estão as perdas interpessoais, dificuldades de relacionamento amoroso e histórias de violência física, verbal e sexual além de sentimentos de isolamento, desesperança e baixa autoestima.

E entre os jovens a ideiação e comportamento suicida estão associados aos transtornos depressivos, à incapacidade em sintetizar soluções para seus problemas e à falta de estratégias

de manejo para lidar com estressores imediatos, principalmente rejeições, fracassos, perdas, negligências e discórdias familiares. Além disso a depressão está diretamente ligada ao indivíduo que comete a tentativa de autoextermínio ou o suicídio.

5.1.2 O SERVIÇO DE EMERGENCIA E OS FATORES DE SUCIDIO

O SAMU regulamentado pela Portaria 2048/GM, 2002 é um componente da Rede de Atenção Psicossocial e é responsável por assistir a vítima, de forma rápida e resolutiva, às urgências de natureza psiquiátrica buscando evitar danos permanentes ou temporários a sua integridade física e psíquica (VELOSO *et al.*, 2018). Proporcionando suporte às pessoas em sofrimento mental e àquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

Como exemplo, o (NUSAM) Núcleo de Saúde Mental do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal, criado em 2016, atua como um serviço multidisciplinar e é formado por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e condutor socorrista. Com o objetivo de atender a demandas relacionadas a transtornos psicológicos, como depressão, surto psicótico, além dos casos de tentativa e ideação suicida. Ao receber uma ligação, a equipe reguladora verifica a necessidade de encaminhar uma viatura (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

O atendimento no SAMU é acionado através da rede 192, a chamada é atendida inicialmente pelo Técnico Auxiliar de Regulação Médica – TARM, e encaminha o caso para o médico regulador. Este, por sua vez, com base nos dados coletados, envia o recurso mais apropriado (BONFADA; GUIMARAES, 2012).

A tentativa de suicídio é considerada uma emergência médica, portanto a equipe do SAMU ao chegar à cena da ocorrência faz uma avaliação geral do local, observando a segurança, o número de vítimas e suas condições clínicas, e em seguida procede à prestação dos cuidados necessários e ao encaminhamento para o as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou pronto-socorro de hospitais (BONFADA; GUIMARAES, 2012).

Na capital Teresina no Piauí no ano de 2014, as Unidades de Suporte Básico (USB) foram acionadas em 96,9% das ocorrências, responsabilizando-se pela grande maioria dos atendimentos de natureza psiquiátrica. Além disso, em 5,9% dos atendimentos houve a realização de algum procedimento, sendo que esta informação não foi registrada em 72,7% das fichas. O uso de medicamentos aconteceu em 1,3% dos atendimentos, com destaque para os antipsicóticos (0,7%) (VELOSO *et al.*, 2018).

Veloso *et al.*, (2018) identificou ainda que 2,8% dos atendimentos realizados pelo SAMU

de Teresina, foram de natureza psiquiátrica, o que representa um total de 1088 atendimentos. Foram atendidas, em média, três ocorrências psiquiátricas por dia, evidenciando um número elevado de atendimentos a usuários com agravos psiquiátricos.

Já em Santa Catarina numa unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC foi avaliado indivíduos atendidos após tentativa de suicídio e a maioria dos participantes relataram tentativa de suicídio prévia (algumas com métodos bastante violentos, envolvendo risco de vida a terceiros como no caso dos “acidentes de trânsito” – jogam o carro contra um poste ou se jogam na frente de um veículo, tais atos muitas vezes são interpretados e notificados como acidentes). (FERREIRA, 2014).

O envenenamento foi o meio de agressão mais frequente, correspondendo a 50,4% dos meios registrados, seguido pelos objetos perfurocortantes (17,8%). Observou-se ainda maiores proporções de violências autoprovocadas com meios de maior potencial letal (enforcamento e armas de fogo) entre homens (BRASIL,2019)

Sobre as formas mais utilizadas estão a intoxicação por medicamentos (64,2%) e pesticidas (11,6%) (VIDAL; CONTIJO; LIMA 2013). Dado confirmado também em pesquisa de Magalhães, (2014) que obteve como resultado a intoxicação por medicamentos em (55%) e a intoxicação por veneno (22,5%) de sua amostra. Ainda no município de Palmas- TO onde verificou o perfil epidemiológico das vítimas de tentativas de suicídio, no período de 2010/2014, o envenenamento/intoxicação foi o meio de autoagressão mais utilizado, cerca de (56,33%) pelos indivíduos (FERNANDES; FERREIRA; CASTRO, 2016).

Sendo assim percebe-se que o SAMU tem papel relevante ao realizar os atendimentos psiquiátricos com o propósito de atuar positivamente frente aos sujeitos em crise e de transportá-los com segurança até o serviço adequado dentro da rede de atenção. Além de ajudar a reduzir o problema da institucionalização e colaboram para melhorar o desempenho global da rede. As formas de autoextermínio variam conforme o gênero e vão desde a intoxicação por medicamentos ou envenenamento, por enforcamento e até uso de arma de fogo.

5.2 A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NAS VÍTIMAS DE TENTATIVAS DE AUTOEXTERMÍNIO.

As mortes por suicídio representam um grande problema de saúde pública. Em todo o mundo e em números absolutos, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. No Brasil, os suicídios representam 0,8% do total de óbitos e 6,6% das mortes por causas externas, ficando na terceira posição no conjunto das mortes por causas externas. (VIDAL;

CONTIJO; LIMA 2013). Os serviços de urgência e emergência são os primeiros locais de acolhimento para a maioria das pessoas que tentam suicídio, por isso, são estratégicos para a prevenção (BHAIA *et al*, 2017).

Um recente instrumento implantado para avançar no aspecto da prevenção foi a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que visa à efetividade das estratégias de enfrentamento permanente das lesões autoprovocadas pelo poder público e se fundamenta na cooperação e na colaboração entre órgãos da administração pública federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, a fim de promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio (BRASIL, 2019).

As unidades de urgência são locais devidamente preparados para o atendimento de pessoas que apresentam casos agudos ou crônicos de agravos à saúde. É dotado de toda a estrutura para a prestação de um atendimento capaz de priorizar as condições ameaçadoras da vida, estabelecendo o tratamento de acordo com a gravidade e realizando o transporte da vítima (SANTANA *et al*, 2011).

É importante destacar o papel relevante, estratégico e preciso do atendimento nas urgências e emergências às vítimas de lesões autoprovocadas, uma vez que esses serviços constituem-se como porta de entrada para o cuidado em saúde e a opção de grande parte da população em busca por atendimento; são oportunos na abordagem epidemiológica do fenômeno; atendem a episódios de tentativas de suicídio, que são o mais forte preditores de suicídio consumado em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Portanto são, muitas vezes, responsáveis pelo tratamento imediato ou para encaminhamento dos casos para outras instâncias do sistema de saúde. (BALLARD *et al*, 2014).

Dessa forma, com a intervenção da equipe do APH, mais vítimas graves chegam ao hospital com vida, tendo, assim, maior potencial de recuperar a saúde pois rapidamente assistidas no local, estabilizadas e encaminhadas aos serviços de referência da rede de saúde. Sendo que para cada agravo, existe um protocolo de atendimento com intervenções específicas, como acesso venoso, soroterapia para hidratação e alcalinização do sangue, sondagem gástrica e lavagem, oxigenoterapia e monitorização dos sinais vitais. (SANTANA *et al*, 2011).

O componente visa acolher os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos a sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica. Esse atendimento se inicia por meio de uma ligação telefônica gratuita pelo número nacional 192 (BRASIL, 2013b; BASTOS *et al*, 2016). Sendo que as ocorrências de natureza psiquiátrica atendidas pelos profissionais do Serviço Hospitalar Móvel (SAMU), exigem profissionais aptos a atuarem em situações de crise, mediante postura ativa, convincente

e de apoio ao paciente e seu familiar (IKUTA, *et al.*, 2013).

Ao abordar o paciente a equipe do SAMU deve se respaldar pela avaliação rigorosa e global do paciente, baseada no julgamento clínico (FHEMIG, 2012). Pois a contenção física utilizada pelos profissionais é uma intervenção coerciva usualmente permitida somente quando justificada pelo risco apresentado ou seja casos estritamente necessários, especialmente quando as tentativas de abordagens verbal, psicoterápica e farmacológica de redução da agitação e da agressividade tiverem falhado (PERKINS, *et al.*, 2012).

O paciente após alta hospitalar devido a tentativa de suicídio possui duas opções de acolhimento, a primeira sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) fonte primária, onde o paciente poderá dar continuidade ao seu tratamento próximo à sua residência. E a segunda opção, sendo o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), equipamento da atenção secundária. Contudo, se o paciente mantiver ideação suicida ou oferecer risco a si mesmo ou a outras pessoas, a conduta adotada é encaminhá-lo para avaliação psiquiátrica ou internação no Instituto de Psiquiatria da região (FREITAS; BORGES, 2017).

Várias ações podem ser realizadas no âmbito da saúde pública, entre elas: elaboração de estratégias nacionais e locais de prevenção do suicídio, conscientização e questionamento de tabus na população, detecção e tratamento precoces de transtornos mentais, controle de meios letais (redução de armas de fogo, regulação do comércio de agrotóxicos, arquitetura segura em locais públicos) e treinamento de profissionais de saúde em prevenção de suicídio. (BOTEGA, 2014).

Portanto a equipe do Atendimento Pré- Hospitalar ao chegar até a vítima de tentativa de suicídio de forma rápida torna-se um fator determinante para a preservação da vida ou diminuição da seqüela daquele indivíduo. E é fundamental a capacitação dos profissionais de saúde não só da atenção básica mas também das unidades de emergência e dos serviços de saúde mental, os quais deveriam se articular de forma organizada e resolutiva dentro da rede de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é de fato um grave problema de saúde pública e um fenômeno complexo realizado por alguém que possui consciência e conhecimento da consequência final do seu ato. Os problemas relacionados ao crescente número de casos de tentativa de suicídio na sociedade são reflexos da dificuldade de falar sobre esse assunto, pois o suicídio ainda apresenta um grande estigma social entre a população. Razões culturais e registros incompletos – como na Polícia e nos Institutos de Medicina Legal – são fomentadores da dificuldade para se dimensionar o real número de suicídio no Brasil, requerendo mais atenção dos profissionais de saúde.

Desse modo, a pesquisa teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico das vítimas de tentativas e efetivação suicida atendidos pelo serviço móvel de urgência. Foi possível constatar que a população no geral está exposta a essa problemática, porém os adultos entre 20 a 49 anos são os mais afetados. E esta é ocorrendo um crescimento acelerado de casos entre os adolescentes e os idosos.

Outros fatos importantes foram detectados no estudo, como por exemplo que as mulheres cometem mais tentativas, porém os homens tem maior êxito. Indivíduos com grau de estudo menores são mais afetados; os adolescentes por passarem por uma fase de transição e descoberta sobre sua personalidade, ficam expostos ao bullying tanto no ambiente real (escola, grupos de amigos) como virtualmente (internet).

O número de idosos que cometem lesões autoprovocadas vem crescendo devido ao estigma social direcionado a eles, resultado do isolamento do seu ambiente de convivência (abandono dos familiares) e do contexto social (perda não só do poder econômico mas também de um papel importante na sociedade).

Entre os fatores de risco que expõe os indivíduos os que mais prevalecem são possuir uma patologia como a depressão, ansiedade ou síndrome do pânico; não possuir companheiro (a) e está em situação desfavorecida financeiramente. São inúmeros as formas, mas os meios mais utilizados vão desde o enforcamento, ingestão de medicamentos e venenos até o uso de arma de fogo.

O SAMU, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência tem importante papel para a prevenção secundária em relação a vida desse indivíduos, pois é uma porta de entrada que presta os primeiros atendimentos. Discutir o tema suicídio sem alarmismo e enfrentando os estigmas, bem como conscientizar e estimular sua prevenção pode contribuir para o enfrentamento desse problema.

Além disso, algumas ações podem ser realizadas no âmbito da saúde pública, entre elas:

elaboração de estratégias nacionais e locais de prevenção do suicídio, conscientização e questionamento de tabus na população, detecção e tratamento precoces de transtornos mentais, controle de meios letais (redução de armas de fogo, regulação do comércio de agrotóxicos) e treinamento de profissionais de saúde em prevenção de suicídio.

Portanto diante do crescimento de números de casos de tentativas e efetivação de suicídio no país, deve se enfatizar que as portarias que abordam a temática, instituídas pelo Ministério da Saúde, garantem ao usuário do SUS acolhimento e acompanhamento, desde o nível da atenção básica até a atenção especializada. Além disso os indivíduos deve receber compreensão e respeito à pessoa e sua família, diante o sofrimento apresentado. Para além dos dados epidemiológicos, é necessário aprofundar mais e dar continuidade aos estudos nessa temática.

Durante o processo, identificamos a escassez de artigos que abordem sobre o assunto, o que sugere-se, investir em pesquisas de campo no Serviço Hospitalar Móvel com intuito de aprofundar sobre o perfil epidemiológico das vítimas atendidas de tentativas de suicídio e do suicídio. Desta maneira, os resultados contribuem para aprofundar o conhecimento e reflexão sobre quem são essas vítimas.

Finalmente os autores esperam que os resultados e discussões deste estudo possam orientar e fortalecer as políticas públicas para a promoção, prevenção e enfrentamento da violência autoinfligida. Dessa forma, entende-se que além da contribuição científica a presente proposta apresenta um caráter social afim de auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.M.V. *et al.*, **Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências**. Esc. Anna Nery. 2016, vol.20, n.2, pp.289-295. ISSN 1414-8145. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.phpid=S1414-81452016000200289&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 02 Jan. 2019.

AMARANTE, P. (2016). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. **Depressão e risco de suicídio 2014**. Disponível em: <http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2011/DepressionSuicide2014.pdf>. Acesso em 02 Jan. 2019.

ARBEX, D. (2013). **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **REVISTA PRÁXIS** ano III, nº 6 - agosto 2011. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>. Acesso em 02 Jan. 2019.

ASSUMPÇÃO, G.L.S., OLIVEIRA.L.A., SOUZA. M.F.S.S. Depressão e Suicídio: Uma Correlação. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas** v. 3, n. 5, jan./jun. 2018–ISSN 2448-0738.

BAHIA, C. A. *et. al*, Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 2841-2850, set. 2017 . Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>. Acesso em 06 out. 2019.

BALLARD E.D, *et al*, Utilização recente de serviços médicos e condições de saúde associadas a um histórico de tentativas de suicídio. **General Hospital Psychiatry** 2014; 36(4):437-441. Acesso em 20 Out 2019.

BARBOSA M.A, *et al*, . Síndrome de dependência de álcool em serviços de emergência: protocolo de avaliação para a prática profissional de enfermagem. **Enferm Global**. 2016 Jan; 41:93-106. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/217891>. Acesso em 02 Jan. 2019.

BASAGLIA, F. (2010). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante. (J. A. d'Á. Melo Trad.). Rio de Janeiro: Garamond.

BASTOS, F.J.S., *et al.*. Saúde mental no atendimento pré-hospitalar móvel: Concepções de profissionais. ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, ESPECIAL 4 (OUT.,2016). 30 de Maio de 2016.

BERNARDI A.B. KANAN L.A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1105-1116, Out-dez 2015.

BERTOLETE, J. M., FLEISCHMANN, A., BUTCHART, A., & BESBELLI, N. (2006). **Suicídio, tentativas de suicídio e pesticidas: um grande problema de saúde pública oculto**. Bulletin of the World Health Organization, 84(4), 260.

BERTOLETE, J. M., MELLO-SANTOS, C. e BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, supl II, p. S87-S95, outubro 2010.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 21 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

BONFADA D., GUIMARÃES J. **Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas**, Psicologia em Estudo, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287124798006>. Acesso em 08 Nov 2019.

BORTOLINI.S. M. **Fatores Associados ao Suicídio como Violência Autoinfligida entre Idosos: Revisão Sistemática**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciência da Saúde Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis. 2016.

BRAGA, L. D. L., & DELLAGLIO, D. D. (2013). **Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero**. Contextos Clínicos, 6(1), 2–14. doi: 10.4013/ctc.2013.61.01

BRASIL. **Lei n.º 36/98 - Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24**. Diário da República Eletrônico. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75088193/201702211425/exportPdf/maximized/1/cacheLevelPage rpindice>. Acesso em 02 Jan. 2019

BRASIL. **Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019.** Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em 19 Nov 2019.

BRASIL. **Resolução CNE/CES n.º 1, de 6 de abril de 2018** - Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei n.º 9.394/1996, e dá outras providências. Brasília, DF, 2018.

BRITO, A. A. C., BONFADA, GUIMARÃES D. J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2015, v. 25, n. 4, pp. 1293-1312. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400013>. Acesso em 01 de Mar,2019.

_____.Ministério da Saúde. (BR) 2001. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001.htm. Acesso em 02 Jan. 2019.

_____.Ministério da Saúde. (BR) 2002. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 2002.

_____.Ministério da Saúde. (BR) 2003. **Portaria n.º 1864 GM/MS, de 29 de setembro 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília: out. 2003. Seção 1;57-9.

_____. Ministério da Saúde. (BR) 2004. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacaosaudemental199020045ed.pdf>. Acesso em 02 Jan. 2019.

_____.Ministério da Saúde. (BR) 2006 Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2006.

_____.Ministério da Saúde. (BR) 2010a. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 30 dez 2010a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 01 de Mar,2019.

_____.Ministério da Saúde. (BR) 2010b **Cadernos Humaniza SUS: Atenção Básica**, v. 2, série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2010.

____.Ministério da Saúde (BR) 2011a. **Portaria nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011a; Seção 1.

____.Ministério da Saúde. (BR) 2011b. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de julho de 2011.

____. Ministério da Saúde. (BR) 2012a **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2012.

____.Ministério da Saúde. (BR) 2012b. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2012.

____.Ministério da Saúde (BR) 2013a.. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

____.Ministério da Saúde. (BR) 2013b Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013.

____.Ministério da Saúde. (BR) 2014. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF, 2014.

____.Ministério da Saúde. (BR) 2017a. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil. 2017 a 2020.** Brasília-DF, 2017.

____.Ministério da Saúde. (BR) 2017b Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017.** Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. Brasília, DF, 2017.

____.Ministério da Saúde. (BR) 2017c Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017.** Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. Brasília, DF, 2017.

____. Ministério da Saúde (BR) 2017d. **Comissão Intergestores Tripartite** (Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução ° 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 dez.) http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx. Acesso em 02 Jan. 2019.

____. Ministério da Saúde (BR) 2017e. **Portal da saúde – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU**. . Available from: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 02 Jan. 2019.

____. Ministério da Saúde (BR). 2017f. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde Volume 48 N° 30 - 2017 ISSN 2358-9450. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atn--ao-a-sa--de.pdf>. Acesso em 02 Jan. 2019.

____. Ministério da Saúde (BR). 2019. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde Volume 50. Set. 2019. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovoada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Lucas/Downloads/BE-suic--dio-24-final.pdf>. Acesso em 20 Nov. 2019.

CARDOSO, Hugo Ferrari. *et. al.* Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, v.12**, n.2, p. 42-48, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Windows/Downloads/69-276-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/69-276-1-PB%20(2).pdf). Acesso em 02 Jan. 2019.

CARMO E, A, *et. al.*, Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013 . **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27(1):e20171971, 2018. doi: 10.5123/S1679-49742018000100001. Acesso em 20 Out. de 2019

CLOSS. C.C.W. **Suicídio como sintoma social: questões sócio-culturais e psicológicas envolvidas e a intervenção da psicologia**. UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul dhe – Departamento de Humanidades e Educação Curso de Psicologia Santa Rosa – rs 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 375/2011**. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter- Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html . Acesso em 02 Jan. 2019.

CORDEIRO, Q., MORANA, H.C.P., **Psiquiatria Forense**. Junho de 2015 - Vol.20 - Nº 6. Disponível em: Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/notas_tecnicas/2018/NotaTec. Acesso em 02 Jan. 2019.

COUTINHO, L R., *et al.*, Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 105 [Acessado 6 Maio 2019] , pp. 514-524. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Acesso em 02 Jan. 2019.

CONSTANTINIDIS. T. C. *et al.*, **Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS**. *Trends Psychol.*, Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 911-926 - Junho/2018. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia* vol.26 no.2 Ribeirão Preto abr./jun. 2018.

COVENEY, C. M., *et al.*, (2012). **Callers experiences of contacting a National Suicide Prevention help line**. *Crisis*, 33(6), 313-324. doi: 10.1027/0227-5910/a000151.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. (2015). *Mil Platôs*. São Paulo: Ed. 34.

DIRETORIA DE POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SAS/SESA, 2015. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/notas_tecnicas/2018/NotaTecnica3_anexos/Anexo_C-Protocolo_de_Manejo_das_Urgencias_Psiquiatricas.pdf

ERSE, M. P. Q. A., *et al.*, (2016). **Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo**. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 37-45.

FARINHA, M. G.; BRAGA, T.B.M. Criação do Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Rev. abordagem gestalt**. vol. 24 no.3 Goiânia dset./ez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-8672018000300009 . Acesso em 01 de Mar,2019.

FÉLIX, T., *et al.*, (2016). Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no brasil. **Revista Contexto & Saúde**, 16(31), 173-185. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.173-185>. Acesso em 08 Nov. 2019.

FERREIRA, C.L.B., **Trajatória do Acompanhamento em Saúde Mental dos Pacientes após o Atendimento na Unidade de Emergência por Tentativa de Suicídio**. Florianópolis, 2014 . Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde. Florianópolis, 2014.

FERREIRA A. JUNIOR. The suicidal behavior in Brazil and in the world. **Rev. Bras. Psicologia**. 2015 Jan; 2(1): 15-28. Acesso em 20 Out. de 2019.

FERNANDES, D.A.A.; FERREIRA N. S.; CASTRO J.G.D. **Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas-Tocantins, de 2010 a 2014.** Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2016>. Acesso em 01 de Mar,2019.

FHEMIG – **Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Contenção física de pacientes.** In: Diretrizes Clínicas – Protocolos Clínicos. Belo Horizonte: FHEMIG; 2012. p. 189-202. Acesso em 08 Nov 2019.

FILHO, A.J.A. *et al* .Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. Investigação histórica. Brasil. **Revista de Enfermagem Referência.** Vol. Ser IV no.4 Coimbra fev. 2015. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100013Acesso em 02 Jan. 2019.

FONSECA, S., **Prevenção ao Suicídio: Muito além de uma fita amarela.** <https://www.brasildefato.com.br/2018/09/10/artigo-or-prevencao-ao-suicidio-muito-alem-de-uma-fita-amarela/>. Acesso em 01 de Mar,2019.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. **Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares.** *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170006>.

GARBIN C. A. S. , SANTOS L. F. P., MOIMAZ S. A. S., SALIBA O., A operacionalização do sus na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. **Revista Ciencia Plural.** 2019; 5(2):120-142. Disponível em <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17528/11975>. Acesso em 08 Nov.2019

GARRIGA M, *et al*, **Assess mentand management of agitation in psychiatry: Expert consensus.** *World J Biol Psychiatry* .2016 Feb [cited 2016 Dec 07]; 17(2):86-128. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26912127>.

GOMES, J. O., *et al*, (2014). **Suicídio e internet: Análise de resultados em ferramentas de busca.** *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 63-73.

GONÇALVES FC, SOUZA MC. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** 2012; 19431954. Disponível em: /scielo.php?script=sci_arttext&pid==pt. Acesso em 02 Jan. 2019.

GONÇALES, CINTIA ADRIANA VIEIRA; MACHADO, ANA LÚCIA. Depressão, o mal do século: de que século, **Revista enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n 2, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>>. Acesso em 02 Jan. 2019.

GOTSSENS, M, *et al*, (2011). Validation of the underlying cause of death in medico legal deaths. **Revista Espanhola de Salud Publica**, 85(2),163-74.

HUDZIK, T. J.; CANNON, K. E. Suicide: Phenomenology and Neurobiology. **Springer International Publishing**, Switzerland 2014. p. 02.

IKUTA, C., *et al*, (2013). Conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica: revisão integrativa. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, 15(4), 1034-42. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i4.20954>. Acesso em 08 Nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (2013). **Tábuas completas de mortalidade - 2006**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 02 Jan. 2019.

JUNIOR, José Antônio Spencer Hartmann; GOMES, Giliane Cordeiro. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 83-105, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 06 maio 2019.

KIRK JW, NILSEN P. Implementing evidence-based practices in an emergency department: contradiction exposed when prioritising a flow culture. **J Clin Nurs** [Internet]. 2016 [cited 2016 May 21]; 25(3-4):555-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4738684/pdf/JOCN-25-555.pdf>. Acesso em 02 Jan. 2019.

KOCH .D.B. OLIVEIRA P.R.M. As políticas públicas para prevenção de suicídios. Public policies for suicide prevention. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, 2015. doi: 10.14210/rbts.v2.n2.p161-172. RBTS, v.2, n.2 2015 – 163.

LACERDA, ACIOLY LUIZ TAVARES DE; SOUZA, Thaís Rabanea. **Depressão ao longo da história**. Artmed, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_72_.pdf>. Acesso em 02 Jan. 2019.

LARANJEIRA. P. I. C., **A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: o papel mediador da desesperança e da dor mental**. Escola de Ciências Sociais. Mestrado em Psicologia. Dissertação. ÉVORA, 2015.

LIMA, I.C.S.; GUIMARÃES, A.B. **Perfil das emergências psiquiátricas atendidas em serviços de urgência e emergência hospitalar.** R. Interd. v. 8, n. 2, p. 181-190, abr. mai. jun. 2015. Disponível em:
<https://onedrive.live.com/?cid=0F4FD96165F00CE3&id=F4FD96165F00CE3%21296&parId=F4FD96165F00CE3%21286&o=OneUp>. Acesso em 02 Jan. 2019.

MACHADO C.V, SALVADOR F.G.F, O'DWYER G. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: uma análise da política nacional. **Rev . Saúde Pública** 2011; 45:519-28.

MACHADO D.B.; SANTOS. D. N.; **Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012.** 1 Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Aprovado em 11/3/2015. DOI: 10.1590/0047-2085000000056. Acesso em ;01 de Out, 2019.

MADIANOS, Michael G. *et al* . Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. **Eur. J. Psychiat.**, Zaragoza , v. 28, n. 1, p. 39-49, março 2014 . Disponível em
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632014000100004&lng=es&nrm=iso. Acessado em 09 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632014000100004>.

MAGALHÃES. M.A. B . **Como Abordar um Paciente em Surto Sem Colocar a Equipe Atuante em Risco. Monografia.** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. FLORIANÓPOLIS (SC) 2014a. Acesso em 01 de Mar,2019.

MAGALHAES, A P. N., *et al*, **Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar.** 2014b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000003>. Acesso em 01 de Mar, 2019.

MALTA, D.C. *et. al*, Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev Bras epidemiol.** maio 2017; 20 sUppl 1: 142-156 . DOI: 10.1590/1980-5497201700050012. Acesso em 20 Out. de 2019.

MARÍN-LEÓN, L., OLIVEIRA, H. B., & BOTEGA, N. J. (2012). Suicide inBrazil, 2004–2010: The importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 32(5), 351–359.

MATA K.S.S; RIBEIRO Í.A.P; PEREIRA P.S.L . Entraves no atendimento pré-hospitalar do samu: percepção dos enfermeiros. Português/Inglês **Reven ferm UFPE** online., Recife, 12(8):2137-45, ago., 2018.

MESSAS, G. P. (2008). **O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental.** *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, 15(1):65-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000100005>. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400007> CLAVES, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (maminayo@terra.com.br). Acesso em 20 Out. de 2019.

MINAYO, M. C. DE S., FIGUEIREDO. A. E. B., MANGAS. R. M. DO N. Aprovado em: 30/05/2017. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [4]: 981-1002, 2017. Acesso em 20 Out. de 2019.

NEVES, A. V. M. **Políticas Públicas de Saúde**. el sevier: Rio de Janeiro, 2012.

O'DWYER. Gisele *et al.*, Processo de Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**. 2017, vol.33, n.7, e00043716. EpubAug 07, 2017. ISSN 1678-4464. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso 10 Fev. 2019.

OLIVEIRA, G. C. *et al.* Urgências e emergências em Saúde Mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 29, n. Suppl 1, p. 75-78, aug. 2018. ISSN 1980-5101. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/160>>. Acesso em: 17 nov. 2019.

OLIVEIRA, M.F. **Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração**. CATALÃO-GO 2011.

OLIVEIRA J. F. M. de, *et al.*, Tendência da mortalidade por intoxicação medicamentosa entre gêneros e faixas etárias no Estado de São Paulo, Brasil, 1996-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(10):3381-3391, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.12782017. Acesso em 20 Out. de 2019.

OLIVEIRA. L R. ., BENEDETTI A. O. C. **Suicídio em Mato Grosso - Brasil: 1996 a 2015** J. Health Biol Sci. 2018; 6(4):391-398. doi:10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.1763.p391-398.2018. Acesso em 20 Out. de 2019.

OPAS . Organização Pan-Americana da Saúde. 2018. Folha informativa – Depressão. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em 20 Abril 2019.

PADILHA V.M, *et al.*. **Patient swithpsycho active substance use disorderstreated in a psychiatric emergencyunit**. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 07]; 49(2):143-51. Availablefrom: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n2/AO7-%20Substance-abusers-in-psychiatric-emergency.pdf>. Acesso em 02 Jan. 2019.

PEDROSA *et. al*, Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil. **Revista de Saude e Ciência Biologicas- JHBS** doi:10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.2068.p399-404.2018. Acesso em 20 Out. de 2019.

PEREIRA. C.C.M., BOTTI. N.C.L., **O suicídio na comunicação das redes sociais virtuais: Revisão integrativa da literatura**. Universidade Federal de São João del Rei, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. 2017.

PERKINS E, *et al.*. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil. International Journal of Law and Psychiatry, **Restrição física em um ambiente terapêutico; um mal necessário?** 2012; 35 (1) 43–49. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/221SSO EM 78072>. Acesso em 08 Nov. 2019

QUEVEDO J.; CARVALHO A.F. Emergências Psiquiátricas. 3ª ed. Artmed; 2014
RIBEIRO. J. M. MOREIRA.M.R.. **Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil**. Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. ribeiro@ensp.fiocruz.br. 2018.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 9, p. 2821-2834, Sept. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902821&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>.

RIOS M.A, ANJOS K.F, Meira S.S, NERY A.A, CASOTTI C.A. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2013 abr-jun;62(2):131-8. Acesso em 20 Out. de 2019.

SANTANA, J.C.B, *et al*, Caracterização das vítimas de tentativa de autoextermínio atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sete Lagoas e região. **Revista BioETHikos** - Centro Universitário São Camilo - 2011;5(1):84-92. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art10.pdf>. Acesso em 17 dez 2019.

SILVA, A. L., & FONSECA, R. M. G. S. (2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13(3), 441-449. Acesso em 20 Out. de 2019.

SILVA, D. S. D. *et. al*, Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da escola de enfermagem**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1027-1036,

2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-1027.pdf >. Acesso em 02 Jan. 2019.

SILVA M.S.R.M, COELHO T..B. (2015) **Avaliação do Samu-192: a política das urgências em cena**. In: Araújo TM, Araújo EM. Saúde Coletiva. Feira de Santana: UEFS Editora; 2016. p. 243-73.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. **Os jovens são mais vulneráveis às drogas?** In: PINSKY, I.; BESSA, M. A., Adolescência e drogas. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2012. p. 31-44. Acesso em 20 Out. de 2019.

SIQUEIRA-SILVA, R., NUNES, J. A., & MORAES, M. (2013). Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, 25(3), 475-496.

SOUSA, Juliana Sofia de. **Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal**. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5329/1/PPG_24560.pdf>. Acesso em: 15 Fev.2019.

TELES. A. S, COELHO. T. C. B, FERREIRA. M. P. S., SCATENA. J. H. G . Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 51-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-51.pdf>. Acesso em: 10 Fev.2019.

VELOSO, C. *et al.* **Atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência**. Texto contexto - enferm. Florianópolis , v. 27, n. 2, e0170016, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200322&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Fev.2019. Epub 21-Jun-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000170016>.

VEDANA. K.G.G. **urgências e emergências**. PSQUIÁTRICAS. ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO. São Paulo, 2016.

VIEIRA.V.A.S., *et al.* . **Caracterização dos indivíduos que realizaram prática/tentativa de autoextermínio em Itapecerica, Minas Gerais, Brasil**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2017:e1681 <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1681> www.ufsj.edu.br/recom.

VIDAL, C. E. L., GONTIJO, E. C. D. M., & LIMA, L. A. (2013). **Tentativas de suicídio: Atores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade**. Cadernos de Saúde Pública, 29, 175-187.

VIDAL CEL, GONTIJO ED. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta.** *Cad. saúde colet.* 2013b; 21(2):108-114.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>. Acesso em 08 Nov. 2019.

WAIDMAN., M. A. P., & ELSÉN, I. (2006). Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia à realidade. *Ciência, cuidado e saúde*, 5,107-112.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative.* Geneva: WHO; 2014. Acesso em 20 Out. de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative.* Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <https://www.prevencaosuicidio.blog.br/dados>. Acesso em 11 Nov. de 2019.