



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL (MECS)

ANDREIA CRISTINA VILAS BOAS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DAS ENTRADAS POR
TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE
RIO BRANCO/AC NO PERÍODO DE 2007 A 2016**

Rio Branco - AC

2018

ANDREIA CRISTINA VILAS BOAS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DAS ENTRADAS POR
TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE
RIO BRANCO/AC NO PERÍODO DE 2007 A 2016**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, da Universidade Federal do Acre, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti.

**Rio Branco - AC
2018**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

- V697c Vilas Boas, Andreia Cristina, 1976-
Características clínicas e epidemiológicas das entradas por tentativas de suicídio de um hospital público do município de Rio Branco/AC no período de 2007 a 2016 / Andreia Cristina Vilas Boas. – 2018.
109 f. : il. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental. Rio Branco, 2018.
Inclui Referências bibliográficas, apêndices e anexos.
Orientador: Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti.
1. Saúde – Amazônia ocidental. 2. Suicídio. 3. Epidemiologia. 4. Tentativa de suicídio – Características clínicas. I. Título.

CDD: 610.98112

Bibliotecária: Vivyanne Ribeiro das Mercês Neves CRB-11/600


ANDREIA CRISTINA VILAS BOAS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DAS ENTRADAS POR
TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE
RIO BRANCO/AC NO PERÍODO DE 2007 A 2016.**

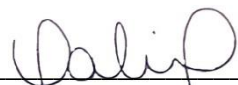
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, da Universidade Federal do Acre, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, banca examinadora:

Data da aprovação: 22 de Março de 2018.


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti (Presidente)
Universidade Federal do Acre



Prof. Dr. Renato Abreu Lima (Membro Externo)
Universidade Federal do Amazonas



Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Membro Interno)
Universidade Federal do Acre

Rio Branco – AC

2018

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus grandes amores, minhas filhas:

Júlia e Maria Eduarda.

Minha maior incentivadora, minha mãe:

Carmem Lucia Vilas Boas.

In memoriam ao pai, que tão cedo se despediu:

José Roberto Vilas Boas.

À sempre presente amiga e companheira de trabalho:

Psicóloga Josiane Furtado

E às vivências, inspiradoras e ao mesmo tempo angustiantes,
do Núcleo de Prevenção de Suicídio/HUERB.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por permitir que, mesmo em meio à tantas dificuldades, este se sonho se tornasse realidade.

À minha família e minhas amigas, pela paciência, pelo carinho e encorajamento em todos os momentos. E em especial ao meu primo Carlos Eduardo Fernandes Porto Soares e às amigas Tatiana Mendes e Lenira Pontes, por compreenderem meu distanciamento e mesmo assim encontrarem formas de se manterem presentes.

Ao meu orientador, Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti, a melhor surpresa deste mestrado e um dos motivos pelos quais este estudo se concretizou, pois sua tranquilidade, atenção, dedicação e afetuosidade fizeram toda a diferença no desenvolvimento deste trabalho, assim como, acredito, na vida de todos os seus orientandos.

À todos os(as) professores(as) que contribuíram com minha formação, principalmente ao Prof. Dr. José Marcelino de Rezende Pinto, à quem tenho uma dívida de gratidão enorme por ter iniciado durante a graduação a minha admiração pela pesquisa. Sinto muito por não ter podido continuar seguindo seus passos em Ribeirão Preto.

À Universidade Federal do Acre pela oportunidade.

Aos colegas das turmas de mestrado pelos bons momentos compartilhados, em especial à Quiria Ribeiro da Silva, parceira de estudo e de trabalho no HUERB.

Aos profissionais que compõem a Banca Examinadora pela competência e pelas contribuições no aprimoramento deste estudo.

À Divisão de Saúde Mental da SESACRE e da SEMSA, por partilharem comigo lições de vida, de luta, resiliência e resistência, engajados na implantação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Acre (RAPS).

Ao Serviço de Psicologia e aos profissionais do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco/HUERB, por todas as experiências desafiantes e enriquecedoras que têm me acompanhando desde 2006, quando cheguei ao Acre.

Em especial às colaboradoras desta pesquisa, Josiane Furtado da Rocha Rabelo, Francisca Valéria dos Santos Lima, Milena Melo de Araújo, Maria Neucimar dos Santos Pereira e Laura Oliveira da Silva, equipe guerreira do Núcleo de Prevenção de Suicídio/HUERB.

E a todos(as) que, de algum forma, auxiliaram na realização desta conquista.

*“De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos começando,
A certeza de que é preciso continuar
E a certeza de que podemos ser interrompidos
Antes de terminar.*

*Fazer da interrupção um caminho novo,
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escada,
Do sonho uma ponte,
Da procura um encontro.*

*Fica a promessa do reencontro...
Fica o desejo de boa sorte...
Fica a vontade de que lutes e venças.”*

Fernando Sabino

*“Lá onde um pensamento prevê o fim da história, o
outro anuncia o infinito da vida”.*

Michel Foucault

LISTA DE FIGURAS

Capítulo I Figura 1.	Distribuição das Tentativas de Suicídio por Ano e Gênero.....	33
Capítulo I Figura 2.	Média de Número de Casos por Período Total e por Blocos, e Gênero.....	35
Capítulo I Figura 3.	Novos Métodos de Entrada e Gênero	36
Capítulo I Figura 4.	Total de Intoxicações e Outros Métodos, por Gênero.....	37
Capítulo I Figura 5.	Média de Tentativas de Suicídio por Faixa Etária e Gênero	38
Capítulo I Figura 6.	Mapa da Divisão dos Bairros por Regionais	39
Capítulo II Figura 1.	Distribuição dos Registros de Tentativas de Suicídio, de 2007 a 2016.....	50
Capítulo II Figura 2.	Média do nº de Tentativas de Suicídio por Setor de Entrada, Total e por Gênero	52
Capítulo II Figura 3.	Média das Entradas por Tentativas de Suicídio nos Dias da Semana.....	53
Capítulo II Figura 4.	Média das Entradas por Tentativas de Suicídio por Período.....	54
Capítulo II Figura 5.	Média das Entradas por Tentativas de Suicídio por Mês.....	55

LISTA DE TABELAS

Capítulo II	Comparação das Entradas por Tentativas de Suicídio no Domingo.....	53
Tabela 1.		
Capítulo II	Comparação das Entradas por Tentativas de Suicídio no Período Noturno.....	54
Tabela 2.		

RESUMO

Nos últimos anos, a atenção aos comportamentos suicidas vem aumentando, principalmente pelas estimativas de que podem ocorrer anualmente de 800 a 1 milhão de óbitos por suicídio no mundo, com estudos apontando para a possibilidade de que existam de 10 a 40 tentativas para cada suicídio consumado, revelando seu alto impacto (pessoal, social e econômico) e sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um grave problema de saúde pública. Mas, apesar destes números alarmantes, estudos têm revelado também que os dados estão subestimados, pois o sub-registro e a subnotificação acabam fazendo com que os índices reais de suicídio não sejam conhecidos. E, quando se fala sobre as tentativas de suicídio, a situação se agrava ainda mais, pois, a dificuldade em determinar a intencionalidade do ato faz com que a grande maioria das tentativas se dissipe nas unidades de saúde entre as ocorrências consideradas acidentais. E esta é uma situação considerada grave, porque, além da subnotificação, diante da não identificação da tentativa de suicídio, o paciente pode entrar e sair da unidade de saúde sem receber os acompanhamentos e encaminhamentos necessários, mantendo-se em uma situação de risco que pode levar ao óbito, principalmente ao se levar em conta que ter histórico de tentativa de suicídio é um dos principais preditores para o suicídio consumado. Diante disto, este estudo, descritivo e retrospectivo, com utilização de dados secundários, tem como objetivo avaliar as características clínicas e epidemiológicas das tentativas de suicídio de um hospital público do município de Rio Branco/AC, no período de 2007 a 2016. A amostra foi composta por 569 casos de tentativas de suicídio e a análise foi realizada através das frequências (simples, absolutas e relativas) e dos testes T de Student, Kruskal Wallis, Odds Ratio e Risk Ratio. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa em relação ao total geral de entradas de tentativas de suicídio por gênero. No entanto, a partir de 2014, após uma mudança no sistema de registro, o número de tentativas de suicídio em mulheres se sobrepôs ao dos homens. A intoxicação foi o método mais utilizado, com maior frequência em mulheres. A faixa etária de maior risco foi dos 10 aos 29 anos (mais de 70%), sendo seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos, revelando a prevalência de tentativas de suicídio em adolescentes e jovens adultos. Os setores que atenderam mais casos foram a Emergência Traumática e a Emergência Clínica, tendo o domingo como dia da semana com maior número de ocorrências, assim como os períodos noturno e vespertino. Os meses com maior e menor número de entradas foram abril e julho, respectivamente. E, dos pacientes que receberam alta, 93% permaneceu menos de 24 horas no hospital, podendo indicar melhora clínica ou não consideração da gravidade da tentativa de suicídio na perspectiva dos cuidados em Saúde Mental. Diante de tais achados, destaca-se a necessidade de outros estudos sobre comportamentos suicidas no município, que possam trazer mais informações sobre este agravo e auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção.

Palavras-chave: Tentativas de Suicídio, Suicídio, Epidemiologia

ABSTRACT

In recent years, attention to suicidal behavior has been increasing, especially with estimates of the possibility of 800 to one million suicide deaths per year worldwide, with studies suggesting that there may be ten to 40 attempts for each consummated suicide, revealing its high impact (personal, social and economic) and being considered by the World Health Organization (WHO) as a serious public health problem. However, despite these alarming figures, studies have also revealed that the data is underestimated, as underregistration and underreporting end up making the actual suicide rates unknown. And when talking about suicide attempts, the situation becomes even worse, because the difficulty in determining the intentionality of the act makes the great majority of the attempts dissipate in the health units between the incidents considered accidental. This is considered to be a serious situation because, in addition to underreporting, in the face of the non-identification of the suicide attempt, the patient can enter and leave the health unit without receiving the necessary follow-ups and referrals, remaining in an at risk situation that can lead to death, especially when taking into account that having a history of suicide attempts is one of the main predictors of consummated suicide. In view of this, this descriptive and retrospective study, using secondary data, aims to evaluate the clinical and epidemiological characteristics of suicide attempts at a public hospital in the municipality of Rio Branco / AC, from 2007 to 2016. The sample consisted of 569 cases of suicide attempts and the analysis was carried out through the frequencies (simple, absolute and relative) and Student's T, Kruskal Wallis, Odds Ratio and Risk Ratio tests. The results showed that there was no significant difference in relation to the overall total of attempts to commit suicide in relation to gender. However, since 2014, after a change in the registration system, the number of suicide attempts in women was higher than in men. Intoxication was the most commonly used method, most frequently in women. The highest risk age group was between ten and 29 years (more than 70%), followed by the age group of 30 to 39 years, revealing a prevalence of suicide attempts in adolescents and young adults. The sectors that handled most cases were the Traumatic Emergency and the Clinical Emergency, with Sunday being the day of the week with the highest number of occurrences, as well as the night and afternoon periods. The months with the highest and lowest number of entries were April and July, respectively. And, of the patients who were discharged, 93% remained less than 24 hours in the hospital, and may indicate clinical improvement or non-consideration of the severity of the suicide attempt from the perspective of Mental Health care. In view of such findings, the need for other studies on suicidal behaviors in the municipality, which can bring more information about this aggravation and help in the development of prevention strategies, is highlighted.

Keywords: Suicide Attempts, Suicide, Epidemiology

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	12
2. INTRODUÇÃO	14
2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE SUICÍDIO E COMPORTAMENTO SUICIDA	15
2.1.1 – Suicídio: Um fenômeno complexo	16
2.1.2 – Definições sobre Suicídio	19
2.2 EPIDEMIOLOGIA	21
2.3 TENTATIVA DE SUICÍDIO: IMPORTANTE FATOR DE RISCO	23
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4. CAPÍTULO I – PERFIL DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE RIO BRANCO, ACRE	28
5. CAPÍTULO II – CARACTERÍSTICAS DAS ENTRADAS POR TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE RIO BRANCO, ACRE	46
6. CONCLUSÃO GERAL	64
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
8. ANEXOS	74
8.1 PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA DA SESACRE	75
8.2 TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO À INFORMAÇÕES SECUNDÁRIAS DO BANCO DE DADOS DO HUERB (HOSPUB)	76
8.3 DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	77
8.4 CLASSIFICAÇÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA NA PLATAFORMA SUCUPIRA: B1 EM MEDICINA II.....	78
8.5 INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA	79
8.6 COMPROVATE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO: E-MAIL DA REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA.....	83
8.7 VERSÃO EM INGLÊS DO ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA.....	84
8.8 CERTIFICADO DA PALESTRA APRESENTADA NO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO	102
8.8.1 RESUMO ACEITO PARA A APRESENTAÇÃO ORAL (PALESTRA) REALIZADA NO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO	103
8.9 CERTIFICADO DA PÔSTER APRESENTADO NO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO	104
8.9.1 RESUMO ACEITO PARA A APRESENTAÇÃO DO PÔSTER NO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO	105
9. APÊNDICE	106
9.1 FICHA DE REGISTRO ELABORADA QUE PODERÁ SER UTILIZADA NOS ATENDIMENTOS DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO – PÁGINA 1/3	107

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada “Características Clínicas e Epidemiológicas das Entradas por Tentativas de Suicídio de um Hospital Público do Município de Rio Branco/AC no período de 2007 a 2016”, está organizada em: Introdução, Objetivos, Capítulo I, Capítulo II, Conclusão, Referências Bibliográficas e Anexos.

A introdução aborda um breve histórico sobre Suicídio e Comportamento Suicida, trazendo os principais conceitos e definições, os fatores de risco, a epidemiologia de uma forma geral e as dificuldades nos registros que levam à subnotificação.

Os objetivos estão organizados em Geral e Específicos, sendo neste último, destacado os objetivos que estarão presentes em cada artigo.

Os capítulos I e II são artigos, sendo o capítulo I intitulado “Perfil das Tentativas de Suicídio Atendidas em um Hospital Público de Rio Branco, Acre” e o capítulo II tendo o título: “Características das Entradas por Tentativas de Suicídio de um Hospital Público de Rio Branco, Acre”.

Em seguida é apresentada uma conclusão geral, que faz uma interligação entre os dois artigos e traz consideração sobre os mesmos.

No final, são apresentadas todas as referências utilizadas no estudo e, por último, os anexos e um apêndice. O Anexo 8.1 é Parecer do Departamento de Ensino e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Acre (SESACRE), o Anexo 8.2 é o termo de autorização para acesso às informações secundárias do banco de dados do HUERB (HOSPUB), o Anexo 8.3 é a declaração do responsável pelo setor de tecnologia da informação do HUERB, o Anexo 8.4 é a classificação da Revista Brasileira de Psiquiatria na Plataforma Sucupira, o Anexo 8.5 são as instruções aos autores da Revista Brasileira de Psiquiatria, o Anexo 8.6 é o e-mail recebido da Revista Brasileira de Psiquiatria comprovando a submissão do artigo para publicação, o Anexo 8.7 é a versão em inglês que foi enviada à Revista, o Anexo 8.8 é o Certificado da Palestra realizada no 1º Congresso Brasileiro de Prevenção de Suicídio, o Anexo 8.8.1 é o resumo que foi aceito para esta apresentação oral, o Anexo 8.9 é o Certificado do Pôster e o 8.9.1 é o resumo deste trabalho que também foi aceito no Congresso. O Apêndice 1 é uma Ficha de Registro de Atendimentos que foi elaborada com base na literatura estudada sobre tentativas de suicídio e poderá ser utilizada no Núcleo de Prevenção de Suicídio do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB).

2. INTRODUÇÃO

2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE SUICÍDIO E COMPORTAMENTO SUICIDA

Segundo Almeida (2013), nas últimas décadas aconteceram importantes transformações no padrão de mortalidade no Brasil, principalmente devido ao aumento da expectativa de vida, que passou a ser de 75,5 anos em 2015 (IBGE, 2016); à redução de mortes por doenças infecto-parasitárias, que eram as principais causas de morte, chegando a corresponder a 26% do total de óbitos e hoje representam apenas 6,5% (ALMEIDA, 2013); e ao aumento de acidentes e violências, chamados de causas externas, que assumiram um papel importante nas causas de mortalidade e se tornaram um grave problema de saúde pública, com grande impacto social e econômico, não apenas no Brasil como também em muitos outros países (ARAÚJO, 2012).

De acordo com informações da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (2017), a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Resolução nº 5317, 20 de maio de 2000, recomendou o estabelecimento de programas nacionais para monitoramento, prevenção e controle das principais Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e o Ministério da Saúde, através de Instrução Normativa, instituiu um Subsistema Nacional de Vigilância da DANT, conhecido atualmente como Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT).

As DANT são doenças ou agravos cuja causa não está diretamente relacionada a um agente biológico patogênico, mas a outros fatores que podem ser de diversas origens (física, social, econômica, ambiental), e aos chamados comportamentos de risco como o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade física e a alimentação não saudável (CAMARA et al., 2012). Elas englobam as chamadas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que incluem, entre outras, as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas, e os acidentes e violências.

Esta mudança no padrão de mortalidade tem se mostrado como um verdadeiro desafio para os gestores da área da saúde, pois em 2013 as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes no Brasil (BRASIL, 2015). E os índices de mortes violentas também continuam crescendo, incluindo entre elas uma nova preocupação relacionada às violências autoprovocadas, que seguem uma tendência mundial alarmante de aumento de 60% nas últimas décadas (WHO, 2014)

E, reconhecendo que as violências e os acidentes têm se apresentado como um dos principais problemas de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) implantou o VIVA, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (BRASIL, 2006), por meio da Portaria

MS/GM nº 1.356 de 23 de junho de 2006. O VIVA é constituído por duas partes: a Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e a Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

Em 2014 foi publicada uma nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória através da Portaria MS/GM nº 1.271, que incluiu os casos de violência sexual e tentativa de suicídio como agravos de notificação imediata, dentro de 24 horas (BRASIL, 2014), constituindo-se num marco importante para a vigilância das violências autoprovocadas no Brasil por possibilitar, através da ampliação dos dados, maior fidedignidade nas estatísticas de tentativas de suicídio e também maior atenção para a necessidade de implantação de novas estratégias de prevenção.

2.1.1 – Suicídio: Um fenômeno complexo

Durante muito tempo, mesmo na área da saúde, o suicídio foi considerado um tabu (CFP, 2013; MARQUETTI, 2014; VIDAL;GONTIJO, 2013) que subverte a lógica de cuidado (MARQUETTI, 2014) das equipes de saúde que pautam o salvar vidas como premissa básica de sua atuação, pois o ato suicida, ao fugir completamente ao que é esperado, aparece na contramão dessa formação, e isto pode suscitar uma série de sentimentos e emoções, deixando muitos profissionais de saúde sem saber como agir diante dos comportamentos suicidas (FREITAS; BORGES, 2014; VIDAL; GONTIJO, 2013). E, desta forma, outras questões acabam se fazendo presentes, como concepções religiosas a respeito do suicídio, crenças e valores pessoais, e a própria dificuldade dos tempos atuais em se falar e pensar sobre a finitude humana (CFP, 2013).

Segundo Kubler-Ross (1985), nossa sociedade além de ser propensa a evitar a morte, tende também a ignorá-la, pois pensar sobre a morte do outro remete, na maioria das vezes, em pensar também sobre a própria morte e se falar sobre este assunto é difícil, falar sobre morte voluntária acaba sendo ainda mais. No entanto, o alto índice de casos de tentativas e suicídios (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011; BRAGA; DELL'AGLIO, 2013), tanto no Brasil como no Mundo, vem revelando a necessidade de que existam mudanças no entendimento e na própria assistência que é oferecida às pessoas que apresentam comportamento suicidas para evitar que tantas vidas continuem em risco ou sejam perdidas.

E é interessante observar que, ao longo dos séculos, foram acontecendo várias mudanças na compreensão e no interesse pelo estudo do suicídio e dos comportamentos suicidas, pois, de acordo com Botega (2015), na Cultura Ocidental, houve uma evolução nas

atitudes e crenças em relação ao suicídio, indo da tolerância, por entendê-lo como um ato honroso, de liberdade (vedado aos escravos) na Antiguidade Greco-Romana, para a condenação, devido à associação aos preceitos religiosos que o viam como fruto de uma possessão demoníaca, sendo tratado através de exorcismo e sujeito à penalidades, durante a Idade Média; até chegarmos à Idade Moderna, quando então passa a ser visto como um dilema, do campo das Ciências, e a visão que temos nos dias atuais que o considera como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2017).

A questão é que o suicídio é um fenômeno complexo e universal (BENUTE et al., 2011; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013) que, em todos os tempos, tem despertado a atenção dos mais variados campos de estudo e pesquisas, da Filosofia, Psicologia, Psiquiatria, Sociologia, Teologia, Antropologia, entre outros, na tentativa de compreender e explicar este relevante problema em seus mais variados aspectos.

E, por ser também um fenômeno multifatorial (CFP, 2013; FUKUMITSU, 2014; SCHLOSSER; ROSA; MORE, 2014), permeado por muitos estigmas e preconceitos, não é difícil constatar a coexistência de distintas concepções e atitudes em relação ao suicídio, que remetem às mais diversas épocas e áreas de atuação, mas que atualmente ainda se fazem presentes, e o associam com frequência à transgressão (FUKUMITSU; KOVACS, 2016; MARQUETTI, 2014; MARQUETTI; MILEK, 2014;), crime (CFP, 2013; SILVA; COUTO, 2009; SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015; TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012), pecado (CFP, 2013; SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015; TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012), fraqueza (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012; SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015), coragem (CFP, 2013; SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015), covardia (CFP, 2013; FREITAS; BORGES, 2014; RAMOS; FALCÃO, 2011). E o suicídio, dependendo da concepção adotada, pode ser visto como um ato de sucesso, um ato de fracasso, um ato criminoso contra si próprio, um direito legítimo ou um assassinato em que a vítima e o agressor são a mesma pessoa (LOPES, 2008).

Estas pontuações são pertinentes para que possamos aprofundar as reflexões atuais sobre o suicídio como uma questão de saúde pública e as diversas formas existentes de atendimento às pessoas que apresentam comportamentos suicidas, pois estas diferentes concepções refletem nas práticas de cuidado que são, ou serão, desenvolvidas nas unidades de saúde e interferem diretamente na postura dos profissionais, tanto de forma positiva quanto negativa.

Outra importante associação está ligada às doenças mentais e surge somente no século XIX, época em que o suicídio se torna objeto de estudo da Psiquiatria (FERREIRA,

2013) e pesquisas nesta área têm mostrado que existe uma alta correlação entre os comportamentos suicidas e a presença de transtornos mentais (ALVES et al, 2017; BRUNHARI; DARRIBA, 2014; SANTOS et al, 2009), tanto que muitas pessoas tendem a associar a depressão diretamente com o suicídio, quase como se fossem sinônimos e este é um alerta importante que precisa ser pontuado para não correr-se o risco de ampliar ainda mais os preconceitos e estigmas que envolvem tanto a depressão quanto os comportamentos suicidas.

A depressão é um dos principais fatores de risco para o comportamento suicida e precisa ser vista com todo o cuidado e a seriedade que se faz necessária, e, como diz Chachamovich et al (2009), detectar e tratar adequadamente depressão reduz taxa de suicídio. No entanto, nem toda pessoa que tem depressão possui ideação suicida, assim como nem toda pessoa que tentou ou cometeu suicídio tinha depressão. O sofrimento psíquico sim é claramente um fator comum, mas associado à uma série de outros fatores, sendo este um dos motivos pelos quais o suicídio é considerado tão complexo.

E, no final do século XIX e início do século XX, ampliam-se as possibilidades de entendimento ao surgirem novas abordagens sobre o suicídio considerando questões sociais e psicanalíticas (DURKHEIM, 2000; COSTA, 2013; SILVA; COUTO, 2009), através dos estudos de Emile Durkheim e Sigmund Freud, respectivamente.

Desta forma, a partir das buscas pela significação do suicídio foram surgindo alguns modelos explicativos (COSTA, 2013), tais como o Modelo Nosológico, que associa o suicídio às doenças e/ou transtornos mentais; o Modelo Sociológico que apresenta o suicídio como tendo uma origem social, por afirmar que ele está diretamente relacionado ao grau de integração do indivíduo ao seu contexto social; e o Modelo Psicológico-Psicanalítico que atribui o intento suicida ao instinto de morte e à agressividade autodirigida.

E, diante da complexidade deste fenômeno e de suas múltiplas possibilidades de entendimento, torna-se praticamente improvável que apenas um modelo específico consiga englobar de forma satisfatória todas as nuances presentes nos diversos fatores que compõe o suicídio. E, por maior que seja o desejo de encontrar a causa, ela não é única, principalmente por ser fundamental considerar as singularidades das características e histórias pessoais, assim como dos contextos socioculturais, para que se tenha uma melhor compreensão das motivações e dos determinantes que podem estar impulsionando os atos autodestrutivos.

Como aponta Chachamovich et al (2009, p.19):

Suicídio é considerado o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional, e decorrente da interação de diversos fatores¹. É consensual entre os pesquisadores em suicidologia a noção de que não há um fator único capaz de responder pela tentativa ou pelo suicídio propriamente dito. Contrariamente, os fatores que concorrem para este fenômeno ocorrem em conjunto⁵.

Segundo Cassorla e Smeke (1994, p.61), a complexidade do ser humano é maior que qualquer método e a autodestruição humana, além de ser mais uma faceta da violência, é sua expressão completa, por ser direcionada ao próprio agressor, que também é vítima, “*envolvendo um interjogo dinâmico de inúmeras variáveis presentes no cotidiano*”.

E, se pararmos para observar que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, além dos diversos determinantes sociais e condicionantes, resultados também de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, sedentarismo e hábitos alimentares não saudáveis (ALMEIDA, 2013; ARAÚJO, 2012; CAMARA et al.,2012), poderemos perceber a gravidade e a importância dos diferentes tipos de comportamentos autolesivos presentes em nossa sociedade atualmente. No entanto, nosso objeto de estudo se encontra na outra extensão relacionada às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) que diz respeito à vigilância dos acidentes e violências (ARAÚJO, 2012; CAMARA et al., 2012), tendo como foco principal desta pesquisa a violência autoprovocada, especificamente através das tentativas de suicídio.

A classificação dos comportamentos autodestrutivos utilizada neste estudo seguirá a proposta pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) que os divide em: suicídio (ato consumado); tentativas de suicídio (desfecho não fatal); ideação suicida (pensamentos de morte) e as automutilações (sem intenção explícita de autoextermínio). Mas, é preciso ressaltar que embora o comportamento suicida, na maioria das vezes, siga uma sequência progressiva que se inicia com pensamentos de morte (ideação), passa para o planejamento, a escolha do método e culmina na tentativa ou no suicídio consumado (ABASSE et al., 2009), também pode acontecer que o ato suicida não acompanhe todo este processo e ocorra de forma impulsiva, não premeditada.

2.1.2 – Definições sobre Suicídio

Conforme apontado acima, muitas teorias foram criadas tentando explicar a violência autodirigida, dentre elas as psicanalíticas que indicam a existência de forças internas opostas que funcionam permanentemente e se articulam com fatores externos, chamadas de pulsão de vida e pulsão de morte, sendo esta última uma força que impeliria à autodestruição. Para Freud, no início de seus estudos, os comportamentos suicidas e as automutilações surgiriam

a partir desta tendência autodestrutiva quando a pulsão de morte conseguisse se sobrepor à pulsão de vida. E, posteriormente, ele inclui questionamentos sobre a renúncia à autopreservação, passando a associá-lo ao luto e à melancolia (BRUNHARI; DARRIBA, 2014).

Durkheim (2000), sob a ótica da Sociologia, em seu livro intitulado “O Suicídio”, é o primeiro autor a pontuar que as causas do suicídio poderiam ser encontradas em fatores sociais e classifica diferentes tipos “sociais” de suicídio: o suicídio egoísta, que acontece quando o nível de integração social é baixo, ligado ao isolamento e a depressão; o suicídio altruísta, que ocorre quando o indivíduo encontra-se fortemente engajado em alguma causa social, levado a se “sacrificar” por lealdade a essa causa; e o suicídio anômico, que está relacionado a períodos de crises ou de grandes transformações sociais, levado pelo desespero e sensação de desamparo.

Segundo Botega (2015), a palavra suicídio, que é conhecida desde o século XVII, geralmente apresenta em suas variadas definições uma ideia central, relacionada ao *ato de terminar com a própria vida*, e outras menos evidentes, relacionadas à motivação, à intencionalidade e à letalidade do ato suicida.

De acordo com Silva (2008), o suicídio deve ser visto mais como um ato de comunicação, expressado pelo indivíduo para uma sociedade que, por uma série de razões, o impediu de comunicar-se de outras formas. E esta visão se aproxima do entendimento proposto pela Psicologia (CFP, 2013) de que o suicídio é uma forma de comunicação de sofrimento psíquico.

Brandão, apud Gonçalves (2011), aponta que o suicídio é uma espécie de tabu, sendo pouco divulgado na Cultura Ocidental. Assim como relatado no estudo de Abasse et al, segundo o qual:

Em grande parte do mundo, o suicídio é estigmatizado, rodeado de tabus, é marcado pelo “não dito”. Dizer que uma pessoa morreu provoca comoção e solidariedade; entretanto, quando se diz que a morte foi provocada pelo suicídio, a fala fica suspensa, não circula, causando constrangimento. O assunto é evitado ou proibido, ficando uma mácula. De modo geral, a população tende a negar essa atitude tão séria e grave contra o fluxo natural da vida, especialmente quando ocorre em adolescentes e, ainda mais, em criança. (2009, p.408)

Desta forma, percebe-se que o suicídio é um tema que suscita muitas reflexões, interpretações, emoções e sentimentos, possuindo múltiplas causas e possibilidades de entendimento, mas, para fins deste estudo, o suicídio será entendido como um ato intencional de um indivíduo de cessar a própria vida, conforme definição proposta pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

O suicídio é um fenômeno mundial que pode acometer pessoas de qualquer faixa etária, nível socioeconômico, grau de escolaridade, religião, cultura ou região, seja de área urbana ou rural; o que não significa dizer que ele acontece sempre da mesma forma e com as mesmas características, pois os estudos apontam diferenças significativas, e muitas vezes específicas, sendo necessário contextualizá-lo ao ambiente e momento histórico em que ocorre. No entanto, existem alguns dados gerais, fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que estimam que a mortalidade por suicídio nos últimos 45 anos aumentou em 60% (WHO, 2003), chegando a ocorrer anualmente mais de 800 mil óbitos por suicídio no mundo, o que corresponde a uma morte a cada 45 segundos e um total de 1.920 suicídios por dia (WHO, 2014; Brasil, 2017).

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde, no ano de 2012, o suicídio representou a 15ª causa de mortalidade na população geral (WHO, 2014), estando entre as três principais causas de morte de pessoas que se encontravam na faixa etária de 15 a 44 anos (OMS, 2001) e alcançando a segunda entre os jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2014), revelando que, nos últimos anos, a mortalidade mundial por suicídio está aumentando principalmente entre os jovens.

Minayo et al. (2010), em um estudo realizado por pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) junto com técnicos do Ministério da Saúde para a Rede Interagencial de Informações sobre Saúde (RIPSA), aponta que, segundo a OMS, os índices de suicídio consumados estão distribuídos mundialmente de forma desigual, havendo índices mais elevados no Leste Europeu (Belarus, 41,5/100.000; Estônia, 37,9/100.000; Rússia, 43,1/100.000 e Lituânia, 51,6/100.000) e em outros países da Europa, nos Estados Unidos, no Canadá e no Japão as taxas encontram-se acima de 10/100.000. E, na América Latina (Colômbia, 4,2/100.000; Brasil, 4,5/100.000; Paraguai, 4,2/100.000) e em alguns países da Ásia (Filipinas 2,1/100.000 e Tailândia 5,6/100.000) estão os índices mais baixos.

Desta forma, mesmo com as diversas variações, é possível perceber que o suicídio constitui um grave problema de saúde mundial (VIDAL; GONTIJO; LIMA 2013), mas, que, infelizmente, ainda é negligenciado, pois, apesar de ser visto como uma questão de saúde pública que pode ser prevenida em 90% dos casos, Bertolote (2012) estima que, até 2020, o suicídio pode chegar a constituir 2,4% da carga total de óbitos, com mais de 1,5 milhões de pessoas podendo colocar fim à própria vida.

Além disso, estima-se que para cada morte por suicídio existam de 10 a 40 de tentativas (MELLO, 2000; ALVES et al., 2017; VIDAL; GONTIJO, 2013), o que revela seu alto impacto emocional, social e econômico (BOTEGA, 2015). Outro dado destacado na literatura é a existência de diferença de gênero em relação ao suicídio e as tentativas, apontando como uma das possíveis causas a escolha dos métodos, visto que o índice de suicídio é maior entre os homens (numa relação média de 3:1), devido ao uso de meios mais letais, e as taxas de tentativas, ao contrário, são mais elevadas entre as mulheres (LOVISI et al., 2009). Mas, é preciso considerar que, além do gênero, a cultura e a etnia também possuem importantes implicações na epidemiologia do suicídio, podendo existir diferenças significativas entre as taxas de mortalidade e chegar a 10:1 a prevalência de suicídios em homens comparado às mulheres, dependendo do contexto cultural (BERTOLOTE, 2012).

Em relação ao Brasil, ocorrem em média 32 suicídios por dia (Brasil, 2013), tendo sido registrados 55.649 mortes por suicídio no período de 2011 a 2015. A taxa geral de óbitos por suicídio registrada no Brasil foi de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 para 5,7 em 2015 e o risco de suicídio no gênero masculino (8,7/100 mil hab.) foi aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.), segundo dados de um Boletim Epidemiológico lançado recentemente pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017). Também foram divulgados neste boletim que, no período de 2011 a 2016, o número de tentativas de suicídio foi de 33.269 no gênero feminino e 14.931 no gênero masculino; e o número dos casos de lesões autoprovocadas foi igual a 116.113 nas mulheres e 60.098 nos homens.

Mas, conforme aponta Botega (2014, p.232), é “importante lembrar que um coeficiente nacional de mortalidade por suicídio esconde importantes variações regionais”, havendo diferenças significativas em determinados Estados e Municípios do Brasil, e essas especificidades regionais precisam ser consideradas quando se pensa no desenvolvimento de políticas públicas (LOVISI et al., 2009) e na implantação de estratégias de prevenção.

Na região Norte, por exemplo, na proporção de notificações de tentativas de suicídio do SINAN em relação ao gênero, no período de 2011 a 2016, a diferença entre o gênero feminino (3,8) e masculino (4,2) é pequena, não correspondendo à média nacional que aponta ser o dobro o número de tentativas nas mulheres em relação aos homens. Quanto à taxa do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no Brasil (Brasil, 2017; SOUZA; ORELLANA, 2012), no período de 2006 a 2010, ela foi de 5,3/100.000 habitantes e na região Norte foi de 4,0/100.000. E, quando olhamos para a população indígena (MACHADO, 2015; SOUZA; ORELLANA, 2012), a diferença é ainda maior, pois atingiu 15,1 indígenas para cada 100.000 nesta região. E, de acordo com o Mapa da Violência, a

mortalidade por suicídio na região Norte passou de 390 óbitos em 2002 para 693 em 2012, o que equivale a um aumento de 77,7% (WAISELFSZ, 2014).

A respeito do Estado do Acre praticamente não existem artigos científicos sobre tentativas e suicídios, sendo necessário utilizar os dados disponíveis no SIM e no SINAN, para acompanhar as taxas de suicídio e tentativas, respectivamente, através dos dados do Mapa da Violência do MS (WAISELFSZ, 2014). Desta forma, verifica-se que o número de suicídios na população total, notificados no SIM, no período de 2002 a 2012, praticamente dobrou, passando de 22 para 43 casos, o que corresponde a um aumento de 95,5%. Sendo ainda maior se analisarmos apenas a população jovem, onde o crescimento foi de 130% nesse mesmo período, saindo de 10 casos em 2002 para 23 em 2012. E as taxas de suicídio, por 100 mil habitantes, na população geral de Rio Branco aumentaram 51,2% (subindo de 3,7 para 5,7) e na população jovem o aumento foi de 83%, indo de 5,7 para 10,4/100.000 habitantes, o que equivale praticamente ao dobro da média nacional. Com estes índices, em 2012, o Acre passou a ocupar a 12ª posição em relação à taxa de suicídio na população geral, mas ocupa a 3ª na população jovem.

No entanto, apesar destes números alarmantes, os estudos têm mostrado que os dados estão subestimados, pois o sub-registro e a subnotificação acabam fazendo com que os índices reais de suicídio não sejam conhecidos (MARQUETTI; MILEK, 2014). E, quando se fala sobre as tentativas de suicídio, a situação se agrava ainda mais, pois a dificuldade em determinar a intencionalidade do ato faz com que a grande maioria das tentativas se dissipe nas unidades de saúde entre as ocorrências consideradas acidentais. E, um dos principais fatores de risco a ser considerado é ter histórico de tentativa de suicídio, pois, segundo Botega (2014), estima-se que o risco aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices na população geral, o que torna fundamental para as estratégias de prevenção conhecer o perfil dos casos de tentativas de suicídio.

2.3 TENTATIVA DE SUICÍDIO: IMPORTANTE FATOR DE RISCO

Segundo Kondo et al. (2011), as emergências na área de saúde mental exigem cuidados imediatos pois, geralmente, estão associadas ao risco de morte, incluindo nestes casos os comportamentos suicidas que, de acordo com Botega (2015), são entendidos como “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo desse ato”. E o que diferencia as tentativas de suicídio do suicídio consumado, geralmente, é o desfecho final, pois neste caso o ato acabou não sendo

fatal (BAYRAMOGLU et al., 2015), mas poderia ter sido e isto é um fator importante ao se considerar estas situações nas unidades de saúde ou em qualquer outro lugar em que aconteça um ato deliberado de tentar colocar fim à própria vida.

De acordo com Bayramoglu et al. (2015), para alguns autores as tentativas de suicídio podem ser divididas em dois grupos, violentos ou não violentos, sendo considerados métodos violentos os enforcamentos, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, quedas de altura, queimadura e “acidentes” de trânsito, e o métodos não violentos as intoxicações. Mas, independente do método, os índices de tentativas e suicídios vêm aumentando amplamente ao longo dos últimos anos, principalmente entre adolescentes e jovens adultos (ALVES et al., 2017; BRZOZOWSKI et al., 2010; GHALEIHA et al., 2012; HUGHES; ASARNOW, 2013), constituindo-se num grave problema de saúde pública, mesmo sendo reconhecido o fato de que o número de tentativas de suicídio deve ser muito maior do que se tem conhecimento (GHALEIHA et al., 2012), pois alguns estudos indicam que apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio chegam a buscar ajuda numa unidade de saúde (MELLO, 2000).

E uma questão que pode influenciar na decisão das pessoas em não procurar atendimento (BAHIA et al., 2017) é o fato do suicídio ainda ser um tabu, envolto por muitos preconceitos e estigmas (SIMSEK et al., 2013), inclusive entre os profissionais de saúde, o que dificulta não apenas a busca pelo tratamento, mas também o próprio acesso aos serviços de saúde e a forma como os atendimentos são realizados.

Além disso, é importante ressaltar também que é provável que muitos casos não chegam às unidades de saúde devido à utilização de métodos menos letais e de pouca gravidade (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013), dificultando ainda mais o conhecimento real dos índices de tentativas.

Desta forma, se as informações sobre suicídio são apenas a ponta do iceberg (GHALEIHA et al., 2012), sobre as tentativas de suicídio esta situação se agrava ainda mais, pois estima-se que “para cada tentativa documentada existem outras quatro que não são registradas” (VIDAL; GONTIJO, 2013) e faltam registros sistemáticos (ALVES et al, 2017; BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010) que forneçam informações mais fidedignas que possam auxiliar, tanto na melhor compreensão deste fenômeno quanto no planejamento de estratégias de assistência e prevenção mais efetivas. E o que existe são estimativas de que as tentativas sejam até 40 vezes maiores que os suicídios, não havendo consenso entre os autores sobre estes valores (ALVES et al, 2017; MELLO, 2000; VIDAL; GONTIJO, 2013).

Um fator agravante nos casos de tentativas de suicídio é o alto número de reincidências, pois, dos pacientes atendidos nos serviços de emergência após uma tentativa, 30 a 60% já haviam tentado suicídio anteriormente (VIDAL; GONTIJO, 2013) e as chances de cometer suicídio passam a ser de 20 a 30 vezes mais elevadas em quem já tentou (WERNECK et al., 2006), podendo chegar a ser de 40 a mais de 100 vezes maior do que na população em geral (GYSIN-MAILLART et al., 2016).

Outro ponto a se considerar é que muitas tentativas podem não ser fáceis de serem identificadas à primeira vista, podendo passar despercebidas entre as entradas consideradas acidentais, principalmente quando os pacientes não relatam que foi um caso de autoagressão ou utilizam métodos menos óbvios que podem não deixar claro ao profissional de saúde que trata-se de uma tentativa de suicídio.

Bahia et al (2017) ainda ressalta que:

Estudos^{32,33} também ressaltam que de 3% a 12% dos adultos sem demanda explícita de problemas de saúde mental que comparecem às emergências apresentam ideação suicida³². E de 8% a 12% das pessoas que chegam aos mesmos serviços motivados por outros problemas têm uma ideação suicida silenciada³³. Ainda, um número significativo de pessoas que acorrem aos atendimentos de emergência por problemas gastrointestinais e fortes dores de cabeça, segundo Ballard et al.²⁹, apresentam traumas e lesões autoprovocadas.

Estas informações revelam que as tentativas de suicídio são muito recorrentes e constituem-se em um dos principais fatores de risco para o suicídio consumado, sendo consideradas como um importante preditor (BAHIA et al, 2017; BOTEGA, 2015; GHALEIHA et al., 2012; VIDAL; GONTIJO, 2013; WERNECK et al., 2006), tanto de novas tentativas quanto de suicídios.

Diante desta realidade, torna-se fundamental a existência de mais pesquisas que se dediquem à melhor compreensão dos comportamentos suicidas, principalmente no Estado do Acre, onde há escassez de informações sobre este agravo, tendo o como objetivo do presente estudo a caracterização do perfil das entradas por tentativas de suicídio registradas no banco de dados de um hospital público do Município de Rio Branco/AC.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar as características clínicas e epidemiológicas das entradas registradas como tentativas de suicídio no Banco de Dados (HOSPUB) do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco no período de 2007 a 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a frequência de tentativas de suicídio que dão entrada no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB);
- Analisar os dados sobre as tentativas de suicídio registradas no HOSPUB (sistema de banco de dados da unidade) no período de 2007 a 2016;
- Descrever o perfil dos pacientes que tentaram suicídio em relação a gênero, faixa etária, bairro de residência e métodos utilizados;
- Descrever as características da assistência oferecida no hospital em relação a horário de entrada e saída, tempo de permanência, motivos das altas, setores de atendimento, dias da semana e meses em que ocorrem mais tentativas;
- Caracterizar os predomínios que existem em cada variável.

4. CAPÍTULO I – PERFIL DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE RIO BRANCO, ACRE

Este artigo foi submetido para publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria

Perfil das Tentativas de Suicídio Atendidas em um Hospital Público de Rio Branco/AC no período de 2007 à 2016

Andreia Cristina Vilas Boas^{[1], [2]}, Quiria Ribeiro da Silva Monteiro^{[1], [2]}, Romeu Paulo Martins Silva^{[1], [3], [4]}, Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti^{[1], [4], [5]}

[1]. Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ciência da Saúde na Amazônia Ocidental, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

[2]. Secretaria de Estado de Saúde do Acre, Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco, Rio Branco, Acre, Brasil.

[3]. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

[4]. Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

[5]. Colégio de Aplicação, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

Autor Correspondente: Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, Universidade Federal do Acre, Rodovia BR 364, Km 04, s/n, CEP 69920-900, Distrito Industrial, Rio Branco, AC, Brasil.

E-mail: dionatas@icbusp.org

RESUMO

Objetivo: Trata-se de estudo descritivo retrospectivo, com dados secundários, que tem como objetivo avaliar o perfil das tentativas de suicídio registradas no banco de dados de um hospital público de Rio Branco/AC, no período de 2007 a 2016. **Métodos:** A amostra foi composta por 569 casos e foram analisadas cinco variáveis referentes ao perfil disponíveis no sistema: ano de atendimento, idade, gênero, bairro de residência e método utilizado. Para a análise estatística, foram aplicados os testes Kruskal Wallis e T de Student. **Resultados:** Dos 569 registros, 52,2% eram do gênero feminino e 47,8% do masculino, havendo diferença significativa ($p < 0,001$) em relação ao gênero feminino apenas após uma mudança realizada no sistema no ano de 2014. Em relação aos métodos, observa-se que houve maior registro de Intoxicação Medicamentosa, com diferenças significativas ($p < 0,001$) em comparação a todos os demais métodos. E a faixa etária de maior risco foi dos 10 aos 29 anos, totalizando mais de 70% dos casos. **Conclusões:** O presente estudo aponta que as tentativas de suicídio no município de Rio Branco/AC são mais frequentes em adolescentes e jovens adultos, de ambos os sexos, na faixa etária dos 10 ao 29 anos, sendo a intoxicação medicamentosa o método mais utilizado.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativas de Suicídio. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, o suicídio pode ser considerado como um ato intencional de um indivíduo de cessar a própria vida, estando, atualmente, entre

as duas principais causas de morte de pessoas que se encontram na faixa etária de 15 a 29 anos². No Brasil, ocorrem aproximadamente 30 óbitos por dia³ e, no mundo, há uma morte por suicídio a cada 40 segundos, o que corresponde a aproximadamente um total de 800 mil à um milhão de pessoas colocando fim à própria vida a cada ano^{2,4}. Além disso, estima-se que para cada morte por suicídio existam de 10 a 40 tentativas⁵, indicando a possibilidade de, no mínimo, 10 milhões de pessoas tentarem suicídio no mundo por ano, o que revela seu alto impacto emocional, social e econômico⁶. Tanto que a OMS⁷ considera o suicídio como uma grave questão de saúde pública, que, infelizmente, ainda é negligenciada, porque, mesmo sendo visto como um problema que pode ser prevenido, estima-se que até 2020 o suicídio poderá representar 2,4% do número total de óbitos.

Mas, apesar destes números alarmantes, os estudos têm revelado que os dados estão subestimados, pois o sub-registro e a subnotificação acabam fazendo com que os índices reais de suicídio não sejam conhecidos^{8, 9, 10}. E, quando se fala sobre as tentativas de suicídio, a situação se agrava ainda mais¹¹, pois, a dificuldade em determinar a intencionalidade do ato faz com que a grande maioria das tentativas se dissipe nas unidades de saúde entre as ocorrências consideradas acidentais e não existe ainda na maioria dos países, registros sistematizados sobre tentativas de suicídio^{12,13}.

Situação também considerada grave, porque, além da subnotificação, diante da não identificação da tentativa de suicídio, o paciente pode entrar e sair da unidade de saúde sem receber os acompanhamentos e encaminhamentos necessários, mantendo-se em uma situação de risco que pode levar ao óbito, pois, conforme aponta Botega e Garcia¹⁴, a assistência prestada às pessoas que tentaram suicídio é uma estratégia fundamental de prevenção, visto serem estes pacientes os que constituem o grupo de maior risco para o suicídio^{15, 16, 17}.

A cada ano, crescem os óbitos por suicídio no Brasil, tendo sido registradas 11.821 mortes por suicídio no ano de 2012, segundo dados da Organização Mundial de Saúde³. E um dos principais fatores de risco a ser considerado é ter histórico de tentativa de suicídio, pois, segundo Botega¹⁸, estima-se que o risco aumente em pelo menos 100 vezes em relação aos índices na população geral, o que torna fundamental para as estratégias de prevenção conhecer o perfil dos casos de tentativas de suicídio. No entanto, até o momento, os dados disponíveis sobre o município de Rio Branco e o Estado do Acre são os encontrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, havendo carência de estudos destinados a identificar a prevalência de suicídios e tentativas na região, assim como ações de profilaxia.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil das tentativas de suicídio registradas no banco de dados de um hospital público do município de Rio Branco, no período de 2007 a 2016, como forma de auxiliar no reconhecimento das entradas consideradas de risco, que podem estar encobrendo uma tentativa de suicídio, e contribuir com a ampliação das notificações dos casos de violência autoprovocada realizada pela Vigilância Epidemiológica, bem como auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de prevenção de suicídio.

MÉTODOS

Este foi um estudo retrospectivo descritivo, com dados secundários, sobre os registros de tentativas de suicídio armazenados no Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB/DATASUS) de um hospital público do município de Rio Branco/AC, no período de 2007 a 2016. As informações foram cedidas em planilhas eletrônicas, sem os dados de identificação pessoal dos pacientes, com autorização do

Departamento de Ensino e Pesquisa da Secretária Estadual de Saúde do Acre (SESACRE) e dos diretores da unidade.

Dos 688 registros de tentativas de suicídio, foram selecionados apenas os casos de pacientes residentes no município de Rio Branco e não institucionalizados, tendo sido excluídos 75 registros de outros municípios ou Estados vizinhos e 31 registros de pacientes vindo de instituições penitenciárias e socioeducativas. Cinco entradas foram retiradas por falta de identificação do município de origem do paciente, outras cinco por apresentarem a informação de que o cadastro tinha sido cancelado e três devido às idades (2, 5 e 7 anos) associadas aos motivos de entrada (queda de altura/tentativa de suicídio), que sugerem possível erro de digitação, ficando a amostra final composta por 569 casos.

Para conhecer a frequência da distribuição geográfica das tentativas de suicídio, devido à grande quantidade de bairros no município, optou-se por utilizar uma versão adaptada da Divisão por Regionais da Secretaria Municipal de Articulação Comunitária e Social (SEMACS) que apresenta o perímetro urbano do município de Rio Branco dividido em dez áreas. Os bairros novos que não constavam em nenhuma Regional foram incluídos de acordo com a localização mais próxima.

Para as análises dos dados foram utilizadas as cinco variáveis referentes ao perfil disponíveis no sistema: ano de atendimento, idade, gênero, bairro de residência e método utilizado na tentativa de suicídio. Para a análise estatística, foram aplicados os testes Kruskal Wallis e T de Student, utilizando o Software GraphPad Prism 6.0, sendo considerado com significância estatística quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 569 registros de tentativas de suicídio do período de 2007 a 2016, das quais 297 (52,2%) eram do gênero feminino, e 262 (47,8%) do gênero masculino, estando as distribuições por ano de entrada e gênero demonstradas na figura 1.

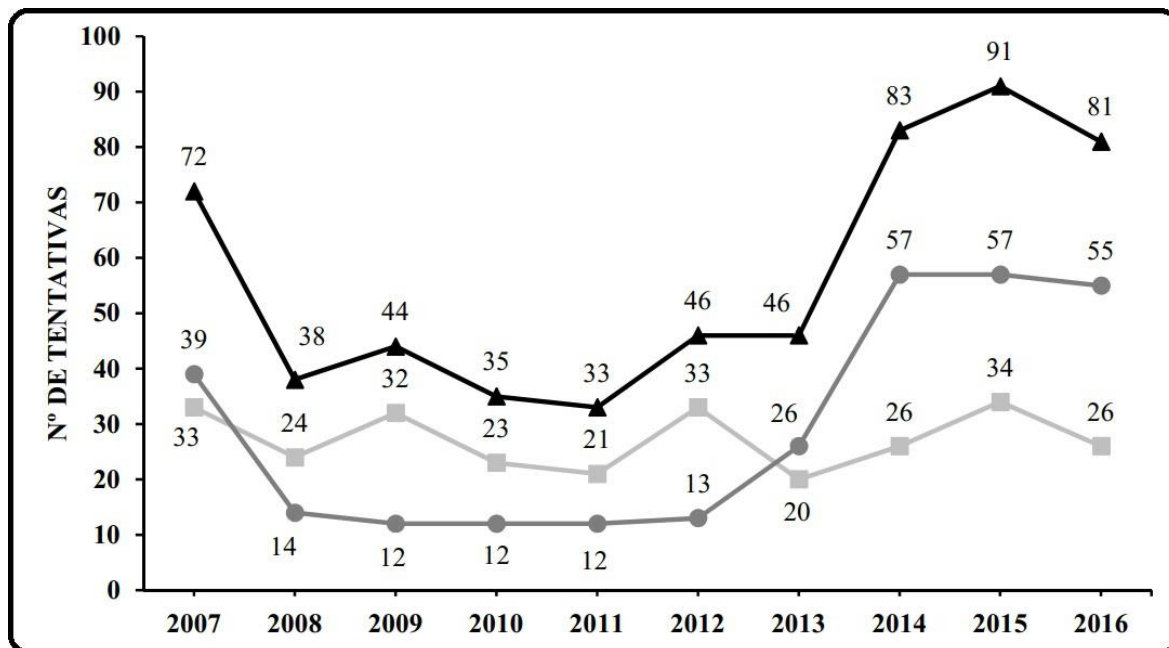


Figura 1. Distribuição das tentativas de suicídio por ano e gênero. ▲ = Total; ● = Feminino; ■ = Masculino.

No entanto, a partir de 2013, há um aumento no registro das entradas de mulheres, chegando a haver uma inversão gráfica no acompanhamento da curva geral, que passa então a ser acompanhada pelas variações do gênero feminino.

Esta significativa mudança ocorreu após uma alteração realizada no HOSPUB no ano de 2014, quando o Núcleo de Prevenção de Suicídio, implantado pelo Serviço de Psicologia do hospital, solicitou ao responsável pela Tecnologia da Informação que incluísse novos motivos de entrada no sistema para que as tentativas de suicídio pudessem ser melhor identificadas no momento do registro, pois muitas estavam sendo cadastradas como acidentes ou apenas como tentativa de suicídio, sem haver nenhuma informação mais precisa sobre o método utilizado.

A proposta para esta alteração aconteceu após ter sido percebido que havia divergência entre o número de casos atendidos pelo serviço de psicologia em comparação à

quantidade registrada no sistema, o que levou à elaboração de uma “Lista de Risco” que incluía os principais motivos de entrada que poderiam estar encobrindo as tentativas de suicídio. Esta lista foi incluída no HOSPUB duplicando as principais entradas consideradas “acidentais” associadas ao complemento “/Tentativa de Suicídio”, passando a existir no sistema os seguintes novos motivos: Arma Branca/Tentativa de Suicídio, Arma de Fogo/Tentativa de Suicídio, Intoxicação Exógena/Tentativa de Suicídio, Intoxicação Medicamentosa/Tentativa de Suicídio, Intoxicação por Produto Químico/Tentativa de Suicídio, Intoxicação por Veneno/Tentativa de Suicídio, Queda de Altura/Tentativa de Suicídio, Queimadura/Tentativa de Suicídio e Sutura/Tentativa de Suicídio.

O impacto dessa alteração no HOSPUB pode ser observado na análise estatística das entradas por gênero e, para facilitar esta visualização, dividimos o período total, de 2006 a 2017 (Figura 2A), em três blocos para que os anos após a mudança no sistema (2014 a 2016) pudessem ser visto separadamente. Desta forma, o período de 2014 a 2016 ficou representado na figura 2D, por caracterizar os três últimos anos deste estudo, e os anos anteriores, de 2006 a 2013, foram divididos de forma aleatória em dois grupos, ficando o primeiro período de 2007 a 2009 (Figura 2B) e o segundo de 2010 a 2013 (Figura 2C). Ao analisar a figura 2D é possível constatar que houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre os gêneros apenas neste período de 2014 a 2016, após a mudança no HOSPUB, pois a frequência do gênero feminino passou a ser quase o dobro da masculina.

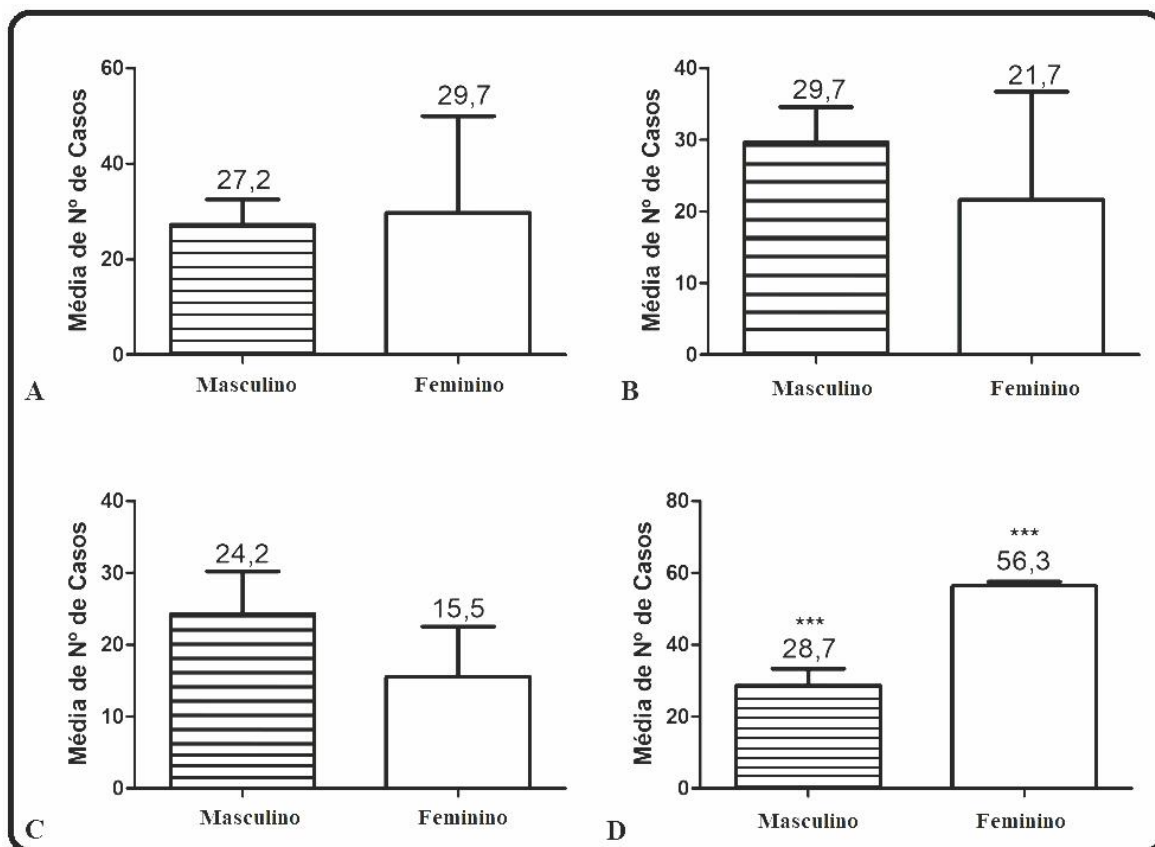


Figura 2: Comparativo da média do número de casos por gênero masculino e feminino. A = Período Total: 2007 a 2016; B = Período: 2007 a 2009; C = Período: 2010 a 2013; D = Período: 2014 a 2016 – após a alteração no sistema. *** $p < 0,001$.

Os registros utilizando apenas o termo “tentativa de suicídio”, continuaram sendo cadastrados no sistema, no entanto, as novas entradas associadas aos métodos possibilitaram a existência de registros mais detalhados, ao especificar no boletim de atendimento algumas tentativas ocorridas por intoxicações, quedas de altura, queimadura, sutura, ferimento por arma branca e arma de fogo. Informações que, antes da mudança em 2014, não eram possíveis de se obter através do banco de dados. Neste sentido, além de favorecer o aumento no número de registro das tentativas de suicídio, esta mudança também possibilitou o conhecimento dos métodos utilizados e suas variações, conforme se observa na figura 3.

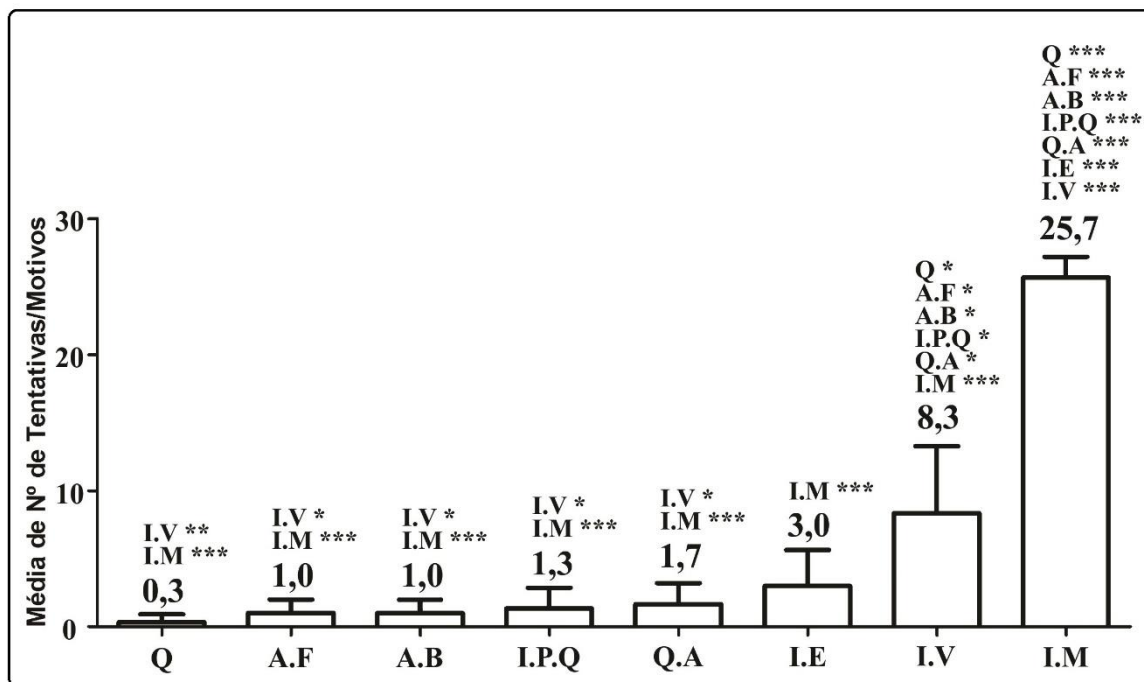


Figura 3: Média do número de tentativas de suicídio no período de 2014 a 2016, distribuídas por novos motivos de entrada. Q = Queimadura; A.F = Arma de Fogo; A.B = Arma Branca; I.P.Q = Intoxicação por Produto Químico; Q.A = Queda de Altura; I.E = Intoxicação Exógena; I.V = Intoxicação por Veneno; I.M = Intoxicação Medicamentosa. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Quanto aos métodos, observa-se que houve maior registro de Intoxicação Medicamentosa, com diferenças significativas ($p < 0,001$) em comparação a todos os demais métodos. E o segundo método mais utilizado foi a Intoxicação por Veneno, que além de apresentar diferença significativa em relação à Intoxicação Medicamentosa ($p < 0,001$) também revelou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação à Intoxicação por Produto Químico, Queda de Altura, Queimadura, Ferimento por Arma Branca e Arma de Fogo (Figura 3).

Ao comparar a soma de todas as intoxicações com o total geral dos demais métodos, verifica-se que há significância estatística ($p < 0,001$), assim como também há em relação ao gênero feminino ($p < 0,001$), revelando que há predominância do uso das intoxicações, principalmente entre as mulheres, em comparação aos demais métodos, conforme figura 4.

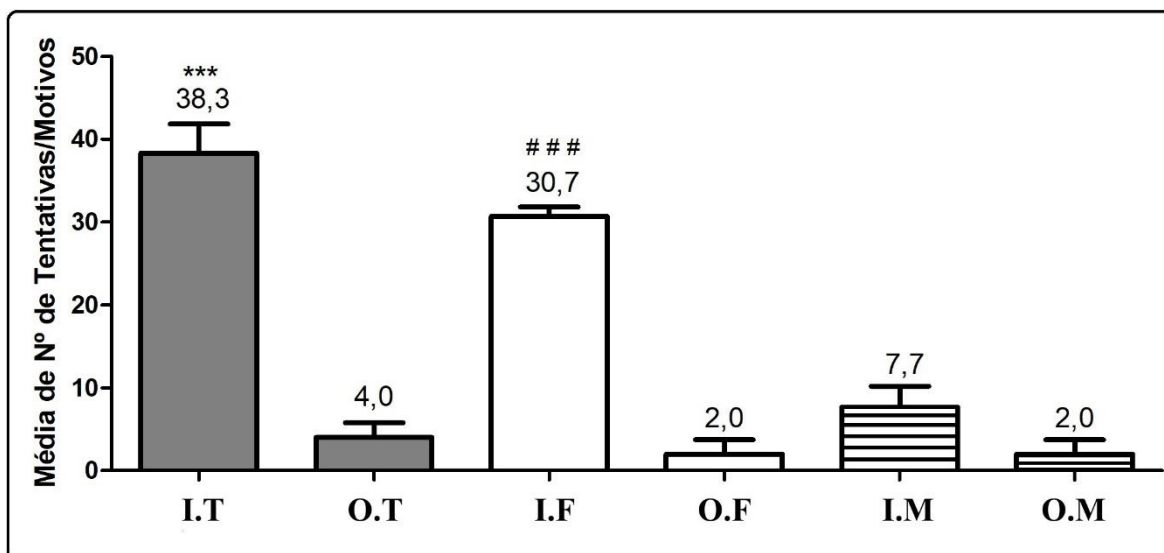


Figura 4: Comparação entre intoxicações e outros métodos de tentativas suicídio no período de 2014 a 2016. I.T = Intoxicações - Total; O.T = Outros métodos - Total; I.F = Intoxicações - Feminino; O.F = Outros métodos - Feminino; I.M = Intoxicações - Masculino; O.M = Outros métodos - Masculino.

Além disso, a análise dos dados por gênero em relação aos motivos incluídos no sistema, revela que a frequência dos novos casos do gênero feminino (77%) chega a ser mais que o triplo em relação ao gênero masculino (23%), havendo predominância das mulheres em relação à todas as Intoxicações (Medicamento – 79%, Veneno – 84%, Exógena – 78%, Produto Químico – 75%), e aos outros métodos (Queda de Altura – 80% e Queimadura – 100%), enquanto nos homens a frequência foi maior apenas no uso de Arma Branca (67%) e Arma de Fogo (100%).

Em relação às faixas etárias, houve maior frequência geral na faixa de 20-29 anos, correspondendo a 48% do total e de 10-19 anos, com 23%, totalizando mais de 70% das tentativas de suicídio na faixa etária de 10 a 29 anos, constituindo-se no grupo de maior risco para ambos os gêneros. No entanto, entre as mulheres, foi observado um pico na faixa etária de 10-19 anos, com 65% dos casos, e entre os homens, foram observados dois picos, ambos em idosos, sendo o primeiro na faixa etária de 60-69 anos, com 87,5% dos casos, e o segundo na faixa acima dos 70 anos, com 75%, totalizando mais de 83% das tentativas em homens com idade superior a 60 anos em comparação às mulheres nesta mesma faixa etária, conforme exposto na figura 5.

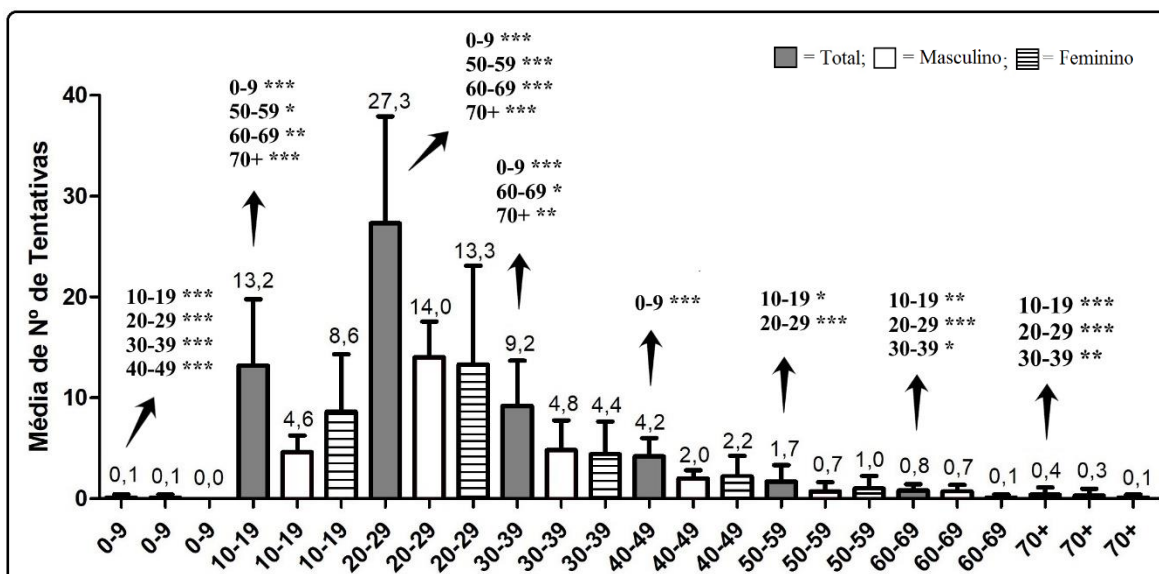


Figura 5: Média de tentativas suicídio por faixa etária e gênero, no período de 2007 a 2016.

No que diz respeito à distribuição geográfica dos locais de residência dos pacientes, constatou-se que as quatro regionais com maior número de casos atendidos no hospital vieram de áreas que se encontram no entorno da unidade de saúde do estudo, que está localizada na Regional do bairro Cadeia Velha. E as regionais que apresentaram menor número de tentativas de suicídio atendidas no hospital do estudo são justamente as três geograficamente mais distantes desta unidade: Regional do bairro Calafate, da Vila Acre e do Belo Jardim (Figura 6). Além disso, é importante ressaltar que em duas destas regionais com menor número de registros existem Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

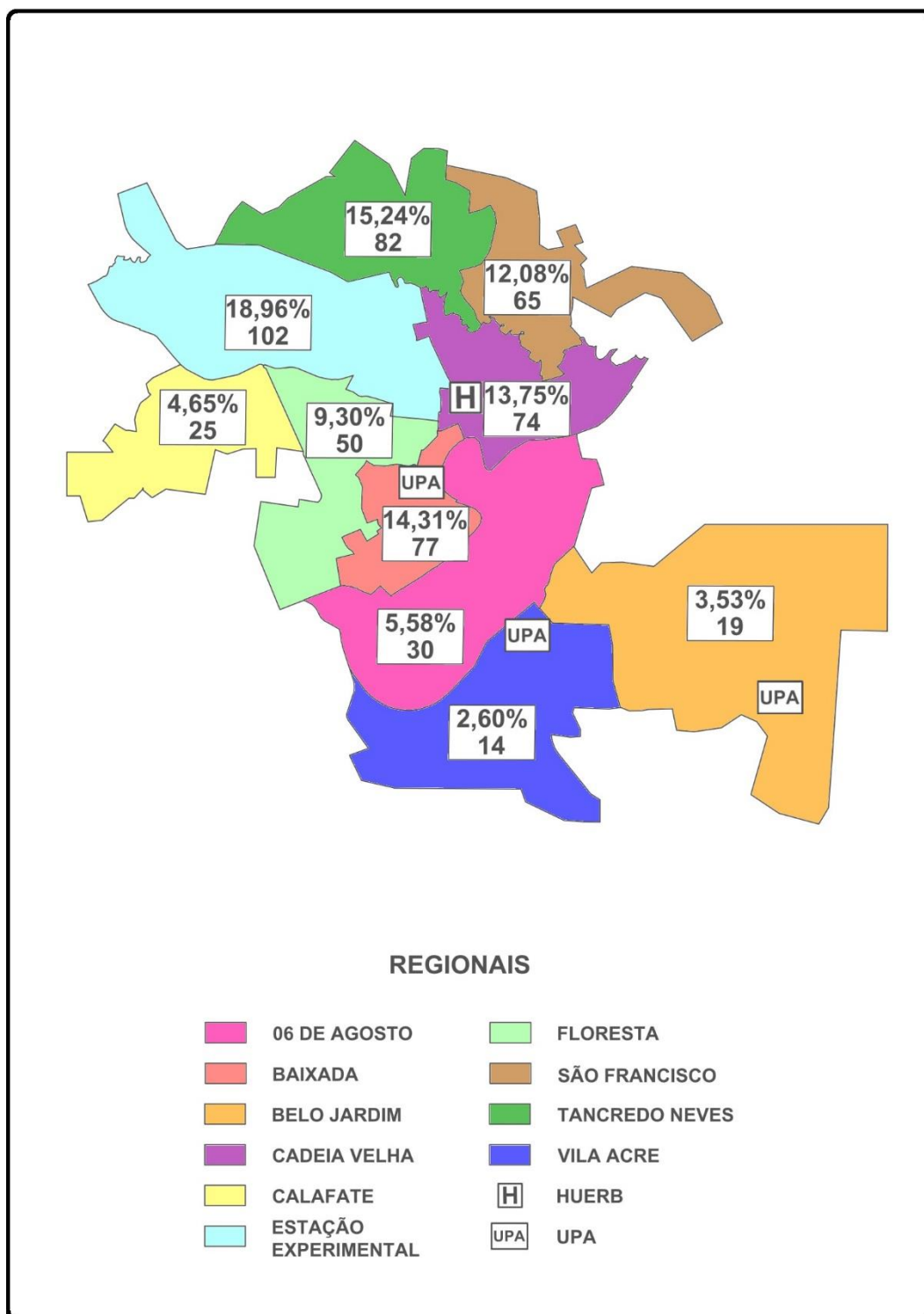


Figura 6. Distribuição geográfica das tentativas de suicídio por Regionais no período de 2007 a 2016.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o perfil das entradas por tentativas de suicídio e constatou que na distribuição do número de registros por ano e gênero havia inicialmente predominância do gênero masculino, não estando em consonância com a maior parte dos

achados presentes em outros estudos que apontam que as tentativas são mais frequentes em mulheres¹⁹⁻²⁵. No entanto, após uma alteração ocorrida no sistema no ano de 2014, que possibilitou melhor detalhamento das entradas por tentativas de suicídio, o número de registros do gênero feminino praticamente dobrou em relação ao gênero masculino, passando a condizer com os dados encontrados na literatura¹⁹⁻²⁵. Essa inversão pode ter ocorrido pela nova possibilidade de registro das entradas por tentativas de suicídio que utilizavam métodos menos letais e que estavam passando despercebidas entre as entradas consideradas acidentais, como as intoxicações, quedas e queimaduras. O que indica que anteriormente à modificação no sistema, provavelmente estavam sendo registradas apenas as entradas de maior gravidade e/ou que não deixavam dúvidas em relação a ser um caso de auto violência. Isto explicaria também a quantidade maior de homens presentes nestas tentativas registradas antes da mudança no sistema, pois, conforme aponta a literatura, os mesmos costumam fazer uso de métodos mais agressivos^{6,12,13,18,24}.

Em relação aos métodos, os achados deste estudo confirmam também dados de outras pesquisas ao indicar o uso de intoxicações por medicamentos e venenos como os mais frequentes nas tentativas de suicídio, principalmente entre as mulheres^{13,20,21,25-29}.

Quanto à faixa etária de risco encontrada neste estudo, reafirma a gravidade apontada na literatura do alto índice de tentativas de suicídio em adolescentes e jovens adultos^{21,24,25,28-30}, de ambos os sexos, pois mais de 70% das tentativas de suicídio aconteceram em pessoas com menos de 29 anos, embora analisando por gênero possam ser observadas algumas diferenças nas faixas etárias, havendo dos 10 aos 19 anos maior ocorrência em mulheres e acima de 60 anos em homens.

Na análise da localização geográfica, a frequência maior de casos vieram de regionais mais próximas do hospital do estudo e as que apresentaram frequências menores, além de serem mais distantes, possuem Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que também

atendem tentativas de suicídio, apontando que, provavelmente, a escolha dos pacientes pela unidade de saúde mais próxima de sua residência pode ter influenciado nos percentuais de atendimentos registrados no hospital do estudo. No entanto, para que fosse possível analisar a existência de outras relações entre o número de casos de tentativas de suicídio e o local de residência dos pacientes seria preciso analisar as características sócio demográficas de cada regional, havendo necessidade de novas pesquisas que se disponham a ampliar a compreensão desta questão.

Além disso, algumas outras limitações devem ser apontadas neste estudo, pois foram analisadas apenas as tentativas de suicídio registradas no banco de dados como tal, sem considerar os casos cadastrados erroneamente no sistema como acidentes ou consultas, seja por falhas no registro destas entradas ou por omissão de informações de pacientes e familiares que preferem não declarar tratar-se de comportamento suicida. Em segundo lugar, devido ao uso de dados secundários, não foi possível detalhar o perfil estudado, sendo analisadas somente as informações constantes nos boletins de entrada do hospital. E em terceiro, o fato de levantar informações apenas de uma única unidade de saúde, o que não permitiu, portanto, traçar um perfil das tentativas de suicídio do município de Rio Branco como um todo. Por outro lado, os pontos fortes desta pesquisa incluem o fato de praticamente não haver, até o momento, outros estudos publicados sobre tentativas de suicídio do Estado do Acre e a representatividade da amostra por tratar-se de uma análise de um período de 10 anos dos registros da unidade de saúde que é a principal porta de entrada do município para os casos de urgência e emergência.

Em conclusão, este estudo aponta que as tentativas de suicídio no município de Rio Branco/AC são mais frequentes em adolescentes e jovens adultos, de ambos os sexos, na faixa etária dos 10 ao 29 anos, sendo a intoxicação medicamentosa o método mais utilizado, principalmente entre as mulheres. A alteração no sistema, além de ampliar o registro dos

casos, contribuiu com a identificação das tentativas de suicídio, dando maior visibilidade às tentativas menos letais, mas não menos importantes, principalmente no que diz respeito à necessidade de cuidados em saúde mental. E, levando em consideração que a tentativa de suicídio prévia é o maior preditor^{17,18,24,25} para o risco de suicídio, novos estudos e maior atenção na identificação destas entradas entre os casos considerados acidentais são fundamentais, tanto para oferecer atendimentos mais adequados às necessidades dos pacientes quanto para melhorar e ampliar as estratégias de prevenção de suicídio.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization - World report on violence and health. Dahlberg LL, Biroux B, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen WB, editors. Geneva: WHO; 2002.
2. WHO. World Health Organization - Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
3. Brasil. Ministério de Saúde. Estatísticas vitais, mortalidade. Brasília: MS, 2013.
4. Organização Mundial de Saúde. Saúde pública: ação para a prevenção de suicídio – uma estrutura. Geneva: OMS; 2012.
5. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicide and suicide prevention. Oxford, Oxford University Press; 2009.
6. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS, OPAS, UNICAMP; 2006.
8. Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II – Mortes por causas externas. Rev Bras Epidemiol. 2002;5:212-3.

9. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:86-93.
10. Minayo MCS. A autoviolência: objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saúde Pública.* 1998;14: 421-8.
11. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20:1161-8.
12. Magalhães APN, Alves VM, Comassetto I, LPC, Faro ACM, Nardi AE. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63:16-22.
13. Vieira LP, Santana VTP, Suchara EA. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cad Saúde Colet.* 2015;23:118-23.
14. Botega NJ, Garcia LSL. Brazil: the need for violence (including suicide) prevention. *World Psychiatry.* 2004;3:157-8.
15. Neves MCL, Meleiro AS, Souza FGM, Silva AG, Corrêa, H. Suicídio: fatores de risco e avaliação. *Brasília Med.* 2014;51:66-73.
16. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel, K. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine.* 2016;13; e1001968.
17. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgarrondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:2632-8.
18. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP.* 2014;25:231-6.

19. Zhao CJ, Dang XB, Su XL, Bai J, Ma LY. Epidemiology of suicide and associated socio-demographic factors in emergency department patients in 7 general hospitals in Northwestern China. *Med Sci Monit.* 2015;21:2743-9.
20. Simsek Z, Demir C, Er G, Munir KM. Evaluation of attempted suicide in emergency departments in Sanliurfa province, southeastern Turkey. *Z Gesundh Wiss.* 2013;21:325-31.
21. Alves VM, Francisco LC, Melo AR, Novaes CR, Belo FM, Nardi AE. Trends in suicide attempts at an emergency department. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017;39:55-61.
22. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência Psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:87-95.
23. Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30:139-43.
24. Vidal CEL, Gontijo ECD, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública.* 2013;29:175-87.
25. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22: 2201-6.
26. Canner J, Giuliano K, Selvarajah S, Hammond E, Schneider E. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006–2013. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27: 94-102.
27. Ignjatović-Ristić D, Radević S, Djoković D, Petrović D, Kocić S, Ristić B, et al. Epidemiological characteristics of suicidal patients admitted to the psychiatric clinic in Kragujevac: A ten-year retrospective study. *Srp Arh Celok Lek.* 2011;139: 26-32.

28. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:1366-72.
29. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:2064-74.
30. Ramdurg S, Goyal S, Goyal P, Sagar R, Sharan P. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters. *Ind Psychiatry J*. 2011;20: 11-16.

**5. CAPÍTULO II – CARACTERÍSTICAS DAS ENTRADAS POR TENTATIVAS
DE SUICÍDIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE RIO BRANCO, ACRE**

Este artigo será submetido para publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria

Características das Entradas por Tentativas de Suicídio de Hospital Público de Rio Branco, Acre

Andreia Cristina Vilas Boas^[1] e Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti^{[1],[2],[3]*}.

[1]. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil. [2]. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil. [3]. Colégio de Aplicação, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

Autor Correspondente: Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, Universidade Federal do Acre, Rodovia BR 364, Km 04, s/n, CEP 69920-900, Distrito Industrial, Rio Branco, AC, Brasil.

E-mail: dionatas@icbusp.org

RESUMO

Objetivo: Avaliar as características das entradas por tentativas de suicídio atendidas em um hospital público do município de Rio Branco/AC, no período de 2007 a 2016. **Métodos:** Este estudo, descritivo retrospectivo, baseado em dados secundários, possui uma amostra composta por 569 casos de tentativas de suicídio e as análises das variáveis foram realizadas através dos testes Kruskal Wallis, Odds Ratio e Risk Ratio. **Resultados:** Os setores que atenderam mais casos de tentativas de suicídio foram a Emergência Traumática e a Emergência Clínica, com $p < 0,001$ em relação aos demais setores. A frequência maior de entradas ocorreu aos domingos, com Odds Ratio variando de 56 a 124%, assim como no período noturno, com variação de 88 a 293%. E em relação aos meses do ano, não houve diferenças significativas. Quanto aos motivos de saída, dos pacientes que obtiveram alta, 93% permaneceu menos de 24 horas no hospital. **Conclusões:** Na Emergência Traumática e na Emergência Clínica ocorreram o maior número de atendimentos, principalmente aos domingos à noite, sendo este considerado o período de maior risco. E o elevado índice de altas realizadas em menos de 24 horas, pode revelar tanto uma melhora clínica quanto uma subestimação da gravidade das tentativas de suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativas de Suicídio. Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o aumento nos índices de suicídio e de tentativas foram alarmantes, tanto que os comportamentos suicidas se tornaram um grave problema de saúde pública^{1,2,3,4,5,6,7}, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem apontado que nos últimos 45 anos houve um crescimento de 60% nos casos^{3,6,8,9}, com estimativas de que ocorram de 800 mil a 1 milhão de suicídios por ano^{3,4,6,8,10,11} e, no mínimo, 10 milhões de tentativas^{2,3,5,8,9}.

No Brasil este aumento também foi identificado e o Ministério da Saúde¹², em um perfil epidemiológico lançado em 2017, informou que no período de 2011 a 2016 aconteceram 62.804 suicídios, o que corresponde a aproximadamente 10.500 óbitos por suicídio a cada ano. E, assim como os casos de suicídios, estudos apontam que as tentativas também vêm aumentando de forma significativa nos últimos anos, principalmente entre adolescentes e jovens adultos^{2,13,14,15}.

E o que diferencia a tentativa do suicídio é o desfecho final, pois na primeira o ato acabou não sendo fatal^{9,16}, mas poderia ter sido e isto é um fator importante a ser considerado nas unidades de saúde ou em qualquer outro lugar em que aconteça um ato deliberado de tentar colocar fim à própria vida, uma vez que ter histórico de tentativa é um dos principais fatores de risco para o suicídio^{2,8,17,18,19}, mas em muitos casos as tentativas ainda não são vistas com a gravidade necessária, principalmente por ser um tema tabu, permeado por preconceitos e discriminações.

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial^{4,13}, assim como as tentativas também são e precisam de uma atenção especializada, pois independente da letalidade do método, o ato suicida revela a existência de sofrimento psíquico e a necessidade de cuidados em saúde mental. Tanto que a reincidência entre as pessoas que tentam suicídio é considerada alta, sendo frequentes as repetições, com uma estimativa de que 30 a 60% dos pacientes atendidos nos serviços de emergência após uma tentativa eram reincidentes^{7,8,20,21}.

Além disso, conforme aponta Werneck et al¹⁹, as chances de cometer suicídio são de 20 a 30 vezes mais elevadas em quem já tentou, podendo chegar a ser de 40 a mais de 100 vezes maior do que na população em geral⁷. E o risco aumenta mais quanto maior for o número de tentativas prévias^{7,8,21}, assim como quanto menor for o tempo entre cada uma^{8,21}.

Diante destas constatações, alguns estudos apontam que os atendimentos às tentativas de suicídio nos serviços de emergência dos hospitais possuem um grande potencial

de prevenção de suicídio e deveriam ser vistos como uma oportunidade indispensável, não apenas de início da avaliação psiquiátrica e psicossocial, mas também de rastreio de risco para futuras tentativas e, principalmente, encaminhamento destes pacientes aos serviços de saúde mental para continuidade do tratamento após a alta hospitalar, podendo contribuir de forma significativa com a diminuição das reincidências e, conseqüentemente, com a redução das taxas de suicídio^{6,15,22,23,24}.

Mas, é importante ressaltar que o número de tentativas são inconsistentes⁸, podendo ser muito maior do que se tem conhecimento², pois, de acordo com Mello⁵, apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio chegam a buscar ajuda numa unidade de saúde e estima-se que para cada tentativa documentada existem outras quatro que não foram registradas^{8,25}, além de faltarem registros sistemáticos sobre as tentativas^{14,26,27}, na maioria dos países, o que dificulta o conhecimento real destes dados.

Desta forma, o que existe são estimativas de que as tentativas sejam de 10 a 40 vezes maiores que os suicídios, não havendo consenso entre os autores sobre estes valores^{2,3,5,8,9,14}, o que leva à suposição de que possam acontecer de 10 a 40 milhões de tentativas de suicídio no mundo anualmente, enfatizando ainda mais a importância de uma atenção maior aos casos atendidos nas unidades de saúde que auxilie tanto na compreensão deste agravo, e no desenvolvimento de ações de prevenção, quanto na melhoria dos cuidados em saúde mental.

No Brasil, a escassez de informações sistematizadas sobre as tentativas de suicídio também é uma realidade, principalmente na Região Norte e no Estado do Acre, e o presente estudo tem como objetivo analisar as entradas por tentativas de suicídio registradas no sistema de banco de dados de um hospital público do município de Rio Branco/AC, no período de 2007 à 2016.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo sobre as entradas por tentativas de suicídio armazenadas no Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB/DATASUS) de um hospital de emergência do município de Rio Branco/AC, no período de 2007 a 2016, com utilização de dados secundários coletados pelos profissionais de saúde da unidade responsáveis pelo preenchimento do Boletim de Entrada (B.E.). Para acesso a essas informações a presente pesquisa teve autorização do Departamento de Ensino e Pesquisa da Secretária Estadual de Saúde do Acre (SESACRE) e dos diretores da unidade. Os dados foram disponibilizados em planilhas eletrônicas, sem a identificação pessoal dos pacientes.

Ao longo de dez anos, foram registrados no sistema 688 casos de tentativas de suicídio, tendo sido selecionados para este estudo apenas os casos de pacientes residentes no município de Rio Branco e que não fossem provenientes de instituições penitenciárias ou socioeducativas, conforme se observa na figura 1.



Figura 1: Distribuição dos registros de tentativas de suicídio no período de 2007 a 2016, de acordo com os critérios de exclusão para a composição da amostra final.

Desta forma, a amostra foi composta por 569 casos de tentativas de suicídio e a análise dos dados relacionados ao atendimento teve como base as variáveis estratificadas por Setor de Entrada (Consultório Adulto, Emergência Clínica, Emergência Traumática, Emergência Pediátrica, Observação Adulto e Sala de Gesso), Dia da Semana, Mês, Período de Entrada e Saída (matutino, vespertino, noturno e madrugada), Tempo de Permanência (maior ou menor que 24 horas) e Motivo de Saída (Alta, Evasão, Desistência, Transferência, Óbito e Extravio, que significa perda do B.E).

Para a análise estatística, foram aplicados os testes Kruskal Wallis (Software GraphPad Prism 6.0), para comparar os setores de entrada e os meses do ano. Já para a análise dos dias da semana e os períodos de entrada foram utilizados os testes Odds Ratio e Risk Ratio (Software Epi Info 7.0).

RESULTADOS

Houve um total de 569 registros de tentativas de suicídio analisados, com idades variando entre 8 a 90 anos, sendo 297 (52,2%) do gênero feminino e 262 (47,8%) do gênero masculino.

Os dados em relação ao setor de entrada, e a comparação dos gêneros em cada setor pode ser observado na figura 2.

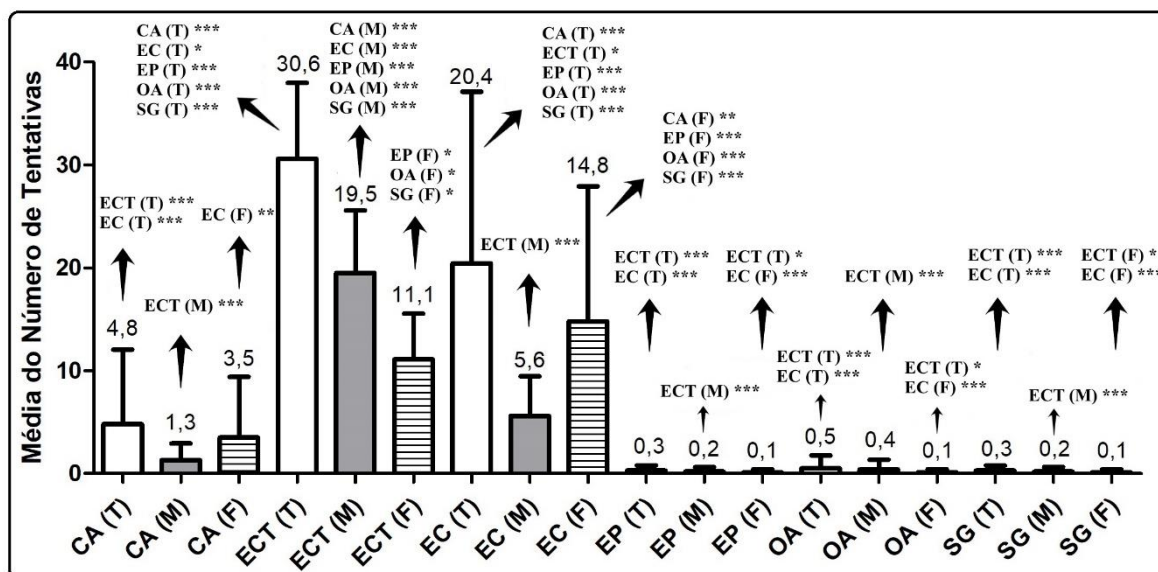


Figura 2: Média, total (T) e por gênero (M = masculino e F = feminino), dos números de tentativas de suicídio atendidas por setor. CA = Consultório Adulto; ECT = Emergência Cirúrgica e Trauma; EC = Emergência Clínica; EP = Emergência Pediátrica; AO = Observação Adulto; SG = Sala de Gesso. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Os setores de entrada com os maiores números de atendimentos às tentativas de suicídio foram a Emergência Traumática, com 306 casos (54%), e a Emergência Clínica, com 204 casos (36%), totalizando 90% de todos os atendimentos, havendo diferenças significativas em relação aos demais setores com $p < 0,001$ e quando comparado a Emergência Traumática com Clínica, a Traumática ainda prevaleceu de forma significativa com $p < 0,05$.

No que diz respeito ao gênero, é possível perceber que houve maior concentração de atendimentos do gênero feminino na Emergência Clínica e no Consultório Adulto. Enquanto o gênero masculino apresentou maior número de casos em todos os demais setores. Outros dados que merecem destaque é a comparação entre os dois setores que obtiveram os maiores números de atendimentos, sendo possível observar uma inversão em relação ao gênero, pois na Emergência Traumática foi registrado 72,5% do gênero masculino enquanto que na Emergência Clínica, 64% foram do gênero feminino.

Quanto aos dias da semana, houve uma média maior de número de tentativas nos finais de semana seguido pela segunda-feira, conforme pode ser observado na figura 3.

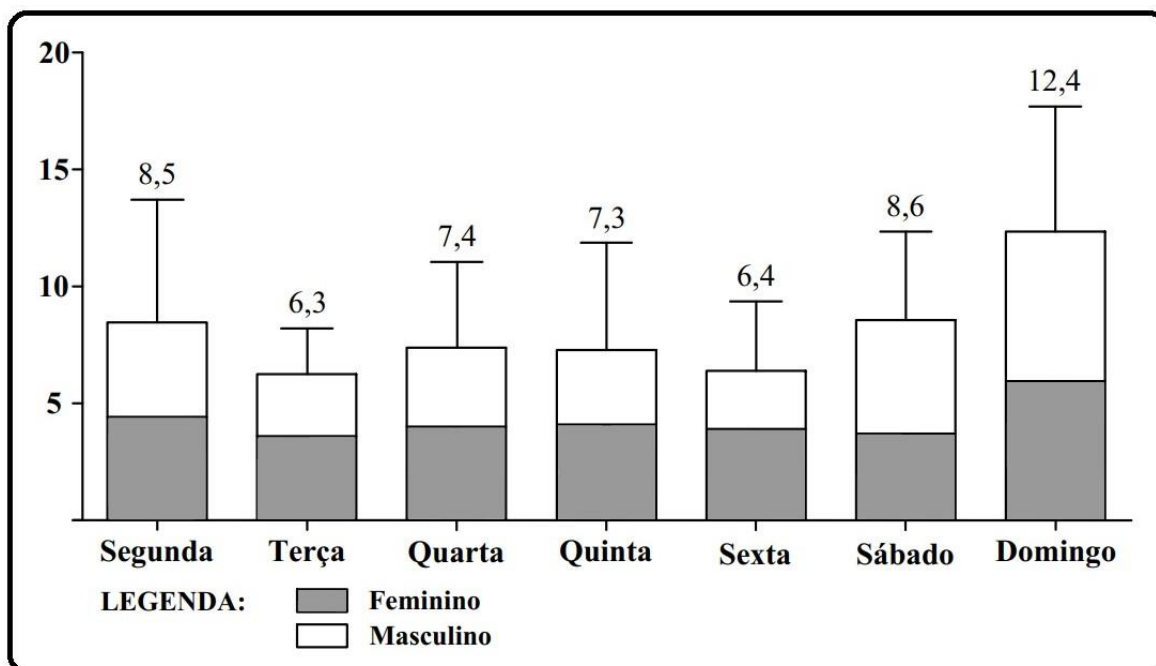


Figura 3: Média das entradas por tentativas de suicídio nos dias da semana.

O domingo foi o dia da semana que apresentou maior número de entradas, representando 22% do total, seguido do sábado e segunda-feira, com 15% cada. Quando comparado os dados do domingo com os demais dias da semana, observou-se um aumento do Odds Ratio variando de 56 a 124% e Risk Ratio de 44 a 97%, conforme dados na Tabela 1.

Tabela 1: Comparação das entradas por tentativas de suicídio no domingo em relação aos demais dias da semana.

Comparação	Odds Ratio	Risk Ratio
Domingo x Segunda-feira	1,59 (1,17 – 2,12)*	1,46 (1,14 -1,87)*
Domingo x Terça-feira	2,24 (1,61 – 3,11)*	1,97 (1,49 – 2,60)*
Domingo x Quarta-feira	1,86 (1,36 – 2,55)*	1,68 (1,29 – 2,18)*
Domingo x Quinta-feira	1,89 (1,38 – 2,60)*	1,70 (1,30 – 2,21)*
Domingo x Sexta-feira	2,20 (1,58 – 3,05)*	1,94 (1,47 – 2,56)*
Domingo x Sábado	1,56 (1,15 – 2,12)*	1,44 (1,12 – 1,85)*

*Significativo

Outro resultado relevante observado na figura 3 é que quando comparado os gêneros em relação aos dias da semana, observou-se que de segunda à sexta-feira ocorreu uma frequência maior no gênero feminino, e sábado e domingo do masculino.

Os períodos de entrada das tentativas de suicídio no hospital também foram analisados, havendo maior número de registros no período noturno, conforme figura 4.

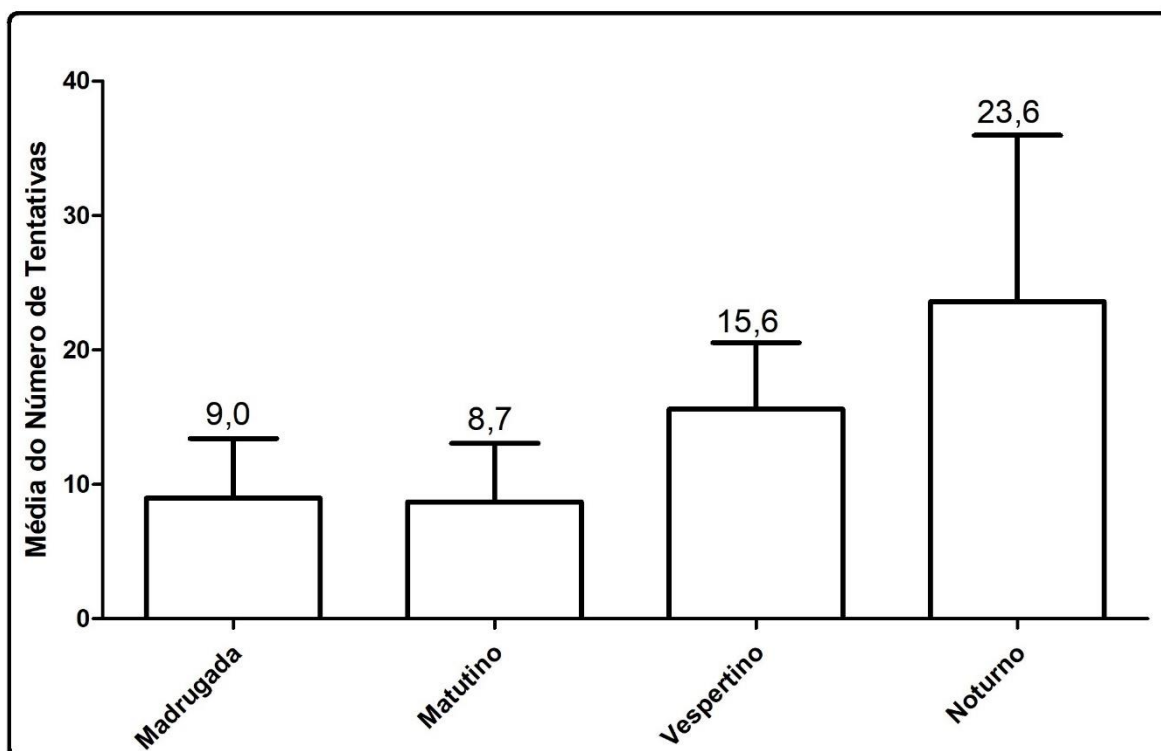


Figura 4: Média das entradas por tentativas de suicídio por período.

O período noturno representou 41,5% dos atendimentos, seguido dos períodos vespertino, madrugada e matutino com 27,4%, 15,8% e 15,3% respectivamente.

Quando comparado os dados do noturno com os demais períodos, observou-se um aumento do Odds Ratio variando de 88 a 293% e Risk Ratio de 51 a 171%, conforme dados na Tabela 2.

Tabela 2: Comparação das entradas por tentativas de suicídio no período noturno em relação aos demais períodos.

Comparação	Odds Ratio	Risk Ratio
Noturno x Madrugada	3,77 (2,85 – 4,99)*	2,62 (2,11 – 3,24)*
Noturno x Matutino	3,93 (2,96 – 5,21)*	2,71 (2,18 – 3,37)*
Noturno X Vespertino	1,88 (1,46 – 2,40)*	1,51 (1,28 – 1,78)*

*Significativo

Desta forma, ao associar o dia da semana com o período de maior entrada, percebe-se que a probabilidade de tentativas de suicídio é aumentada, para ambos os gêneros, no domingo à noite.

Em relação aos meses do ano, não foi observada diferença significativa entre os meses ($p>0,05$) (Figura 5).

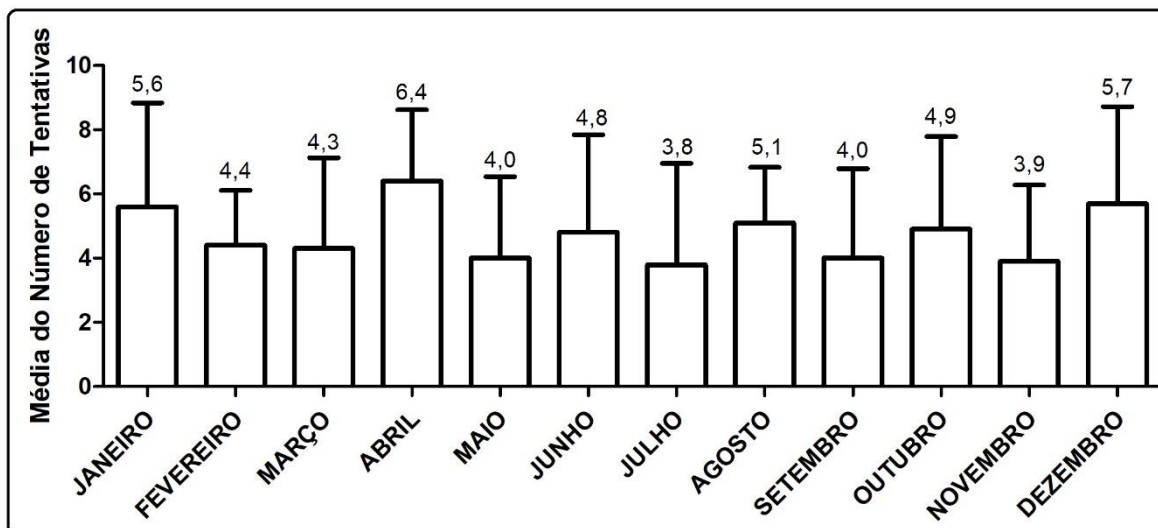


Figura 5: Média das entradas por tentativas de suicídio por mês.

Quanto aos motivos de saída, existiam vários cadastrados no sistema, mas a maioria dos pacientes de tentativas de suicídio (71%) foi registrada como tendo recebido Alta (médica ou a pedido do paciente, não sendo discriminada no registro); 4% Evasão (quando o paciente vai embora após o atendimento ter sido iniciado), 4% Extraviado (quando o B.E. não foi encontrado, tendo sido perdido ou levado pelo paciente/familiares), 2% Desistência (quando o paciente vai embora antes do atendimento ter acontecido), 2% Remoção (transferência para outra unidade de saúde), 1% o Óbito, e 16% sem informação no sistema sobre a saída do paciente.

Estes dados mostram que dos 569 atendimentos realizados aos pacientes que tentaram suicídio, 405 receberam alta e apenas 88 foram internados, sendo que entre as altas, 232 (57%) eram do gênero feminino e 173 (43%) do masculino e entre as internações, 37 (42%) do gênero feminino e 51 (58%) do masculino. Dos demais motivos de saída, apenas as evasões foram maiores nas mulheres (54%), sendo para os homens registrados 90% das

remoções, 70% das desistências, 68% dos extravios de boletim, 60% dos óbitos e 60% não informados.

Para analisar o tempo de permanência dos pacientes ao longo de todo o atendimento no hospital, foram considerados apenas os registros cadastrados no sistema como Alta, sendo observado que, no geral, dos 405 casos, 377 (93%) foram liberados em menos de 24 horas e apenas 28 (7%) permaneceu por mais de 24 horas na unidade. E, em ambas as situações, o gênero feminino teve um maior número de casos, com tempo de permanência inferior a 24 horas em 215 (57%) dos atendimentos e superior em 17 (61%).

Das 199 Altas na Emergência Traumática, 15 (7,5%) permaneceram por mais de 24 horas, enquanto que das 161 da Emergência Clínica, foram 11 (6,8%) acima de 24 horas.

Em relação às remoções, é interessante ressaltar que dos 10 casos registrados, apenas em seis havia especificação da unidade para onde o paciente foi transferido, sendo todos para o Hospital Psiquiátrico do Estado, entre os anos de 2007 a 2011.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente apontam que as diferenças na escolha dos métodos das tentativas de suicídio, de acordo com o gênero, podem ser previamente observada através dos setores de atendimento, pois na Emergência Traumática, onde geralmente são recebidos os casos de quedas de altura, enforcamentos, ferimentos por arma branca e arma de fogo, a maior ocorrência foi do gênero masculino, enquanto na Emergência Clínica, onde são mais comuns os atendimentos às tentativas de suicídio por intoxicações, houve um número maior de casos do gênero feminino.

Esta diferença encontra-se de acordo com outros estudos que relatam sobre o paradoxo de gênero e afirmam que embora as mulheres tentem mais suicídios, os homens acabam morrendo mais, devido a escolha de métodos mais letais^{8,11,16,17,18, 25}.

Em relação aos dias da semana, houve maior frequência de tentativas de suicídio aos domingos, dado também observado em outros estudos^{4,14,18,27,28,29}, porém não há um consenso em relação aos motivos que possam explicar esta informação.

Kattimani⁴ aponta que os casos de suicídios nos finais de semana têm sido apontados em muitos estudos, associando o tipo de emprego e o uso de álcool como fatores importantes, enquanto Magalhães²⁷ relata que o fato das pessoas estarem mais sozinhas no domingo e, geralmente, não terem disponível atendimento especializado na área da saúde nestes dias, pode influenciar nesse expressivo número de tentativas nos finais de semana, e em especial aos domingos, assim como também refere o uso do álcool como um fator que pode aumentar o risco.

No entanto, responder à esta questão não é uma tarefa simples, devido à complexidade do assunto, sendo necessário avaliar uma série de fatores, incluindo os apresentados acima, associados a questões sociais, psicológicas, regionais, culturais, indicando a necessidade de que existam mais estudos nesta área.

Além disso, embora o domingo tenha sido o dia com o maior número de registros de atendimentos em ambos os gêneros, é interessante destacar que ao comparar o percentual masculino e feminino (Figura 3), observa-se que aos sábados e domingos o número de casos de TS foi maior no gênero masculino, enquanto que em todos os demais dias da semana as tentativas foram mais frequentes no gênero feminino, não sendo encontrados estudos que fizessem referência a este dado, podendo também estar associado a diversos fatores, como os apontados acima.

Quanto aos horários de entrada, o período noturno prevaleceu em relação a todos os demais, sendo acompanhado na sequência pelo período vespertino, o que coincide com dados encontrados em outros estudos que referem as noites e as tardes como os períodos com maior frequência de tentativas de suicídio^{4,14,27,29}. E quando são associados os dados

referentes ao dia da semana com o horário, observa-se maior ocorrência de TS no domingo à noite, sendo apontados como possíveis potencializadores do ato suicida neste período o uso abusivo de álcool, conflitos interpessoais, sentimentos de solidão/desespero/angústia e a proximidade do retorno à rotina de trabalho^{4,14,27,29}.

A distribuição das ocorrências ao longo dos meses também foi avaliada, pois vários pesquisadores têm relatado a possibilidade de existir associação entre sazonalidade^{7,25} e as tentativas de suicídio, apontando que a primavera e o outono^{7,20,25} podem ser estações do ano com maior número de tentativas, porém no estado do Acre as estações são resumidas em apenas duas, verão (período de seca) e inverno (período de chuva), não havendo diferenças estatísticas significativas entre as mesmas e nem em relação aos meses, mostrando que o risco para TS é praticamente o mesmo durante todo o ano.

Para a análise do tempo de permanência foram selecionados apenas os dados dos pacientes que receberam alta hospitalar, por ser um indicativo de que os mesmos concluíram o atendimento, sendo possível constatar que 93% foi liberado em menos de 24 horas, o que pode indicar que a maioria evoluiu clinicamente bem ou que a gravidade da tentativa não foi considerada pelos profissionais de saúde.

As tentativas de suicídio exigem cuidados imediatos em saúde mental^{14,29} e uma alta precoce pode se constituir em um importante fator de risco para os pacientes que apresentam comportamentos suicidas, pois a literatura aponta que ter histórico de TS é um dos principais preditores^{6,7,10,19,21,25} para o óbito por suicídio, mesmo que sejam realizadas com métodos considerados pouco letais, devido ao expressivo e alarmante número de reincidências^{2,7,8,12,18,21}.

Além disso, as TS interferem de forma significativa nas taxas de morbimortalidade e, algumas pesquisas têm mostrado que 5% dos indivíduos que tentaram suicídio repetiram a tentativa em menos de uma semana²⁷; 19% reaparecem nos serviços de emergência com

nova tentativa num período de seis meses¹⁸ e um quarto dos pacientes tentarão novamente em um ano^{7,8,18}, sendo que destes 39% conseguirão consumir o ato neste mesmo período¹⁸, pois, para as pessoas que possuem história pregressa de tentativa, o primeiro ano constitui o período de maior risco²⁷.

Diante destas informações, vários estudos apontam que o atendimento às tentativas de suicídio em unidades de emergência deveriam ser vistos como uma oportunidade privilegiada de ampliar a assistência e oferecer intervenções mais eficazes às pessoas que possuem comportamentos suicidas^{6,8,10,19,21,25}, pois os encaminhamentos aos serviços ambulatoriais nestes casos, são extremamente importantes, mas apresentam taxas baixas de adesão^{7,15}, principalmente se forem feitos sem orientação e apenas de forma burocrática. Então, o mais indicado seria que os cuidados em saúde mental pudessem ser iniciados durante a internação, através de avaliação psiquiátrica, psicológica e social, dependendo de cada caso, visto que estes atendimentos poderiam contribuir de forma significativa com a redução do risco de novas tentativas.

Sobre as limitações deste estudo, é preciso considerar que trata-se de uma pesquisa realizada em uma única instituição, havendo no município outros hospitais e mais três unidades públicas de pronto-atendimento que também atendem casos de tentativas de suicídio, não sendo possível inferir que os resultados sejam indicativos da situação geral dos casos de tentativas de suicídio em Rio Branco/AC.

Outra limitação deve-se ao fato de se basear somente em dados secundários presentes nos boletins de entrada eletrônicos, preenchidos por diferentes profissionais, não havendo busca ativa nos prontuários físicos dos pacientes para averiguar se havia outras informações complementares.

No entanto, o período de estudo é representativo, pois avalia dez anos sucessivos de registros de tentativas de suicídio, fornecendo uma análise temporal dos casos, e foi realizado

em um hospital que é considerado uma das principais unidades de atendimento às tentativas de suicídio na região. E, além disso, há escassez de estudos sobre TS, tanto no município de Rio Branco quanto no próprio Estado do Acre.

Desta forma, conclui-se que o conhecimento destas informações, mostrando os setores, meses, dias e horários em que as entradas por tentativas de suicídio são mais prováveis de acontecer em uma unidade de pronto-atendimento pode ajudar a melhorar tanto o cuidado quanto o planejamento das práticas de saúde, intensificando a atenção nestes períodos. E pode auxiliar também no desenvolvimento de políticas públicas e ações preventivas que ampliem o acesso das pessoas com comportamentos suicidas aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando a integralidade do cuidado, pois, como diz Magalhães²⁷, mesmo nos casos menos graves, é necessário que os serviços de saúde estejam articulados para que haja garantia de acolhimento e continuidade de tratamento após a alta hospitalar, principalmente por se considerar que ter histórico de tentativas é um dos principais fatores de risco para o suicídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31: S86-S93.
2. Ghaleiha A, Afzali S, Bazayr M, Khorsand F, Torabian S. Characteristics of hospitalized patients following suicide attempt in hamadan district, iran. *Oman Med J.* 2012;27: 304-9.
3. Almeida SA, Guedes PMM, Nogueira JA, França UM, Silva ACO. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa-PB. *Rev. eletrônica enferm.,* 2009;11: 383-9.

4. Kattimani S, Panchilaiya V, Sarkar S, Muthukrishnan V. Temporal variations in suicide attempt rates: A hospital-based study from India. *J Family Med Prim Care*. 2016;5: 357-61.
5. Mello MF. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16: 163-70.
6. Simsek Z, Demir C, Er G, Munir KM. Evaluation of attempted suicide in emergency departments in Sanliurfa province, southeastern Turkey. *J Public Health*. 2013; 21: 325-31.
7. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med*. 2016;13: e1001968.
8. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29: 175-87.
9. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32: S87-S95.
10. Chakravarthy B, Hoonpongsimanont W, Anderson CL, Habicht M, Bruckner T, Lotfipour S. Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Attempt Presenting to the Emergency Department: Differences Between These Cohorts. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2014;15: 211-16.
11. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP*. 2014;25, 231-6.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2017.
13. Brzozowski FS, Soares GB, Benedet J, Boing AF, Peres MA. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26:1293-302.

14. Alves VM, Francisco LC, Melo AR, Novaes CR, Belo FM, Nardi AE. Trends in suicide attempts at an emergency department. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2017;39: 55-61.
15. Hughes JL, Asarnow JR. Enhanced Mental Health Interventions in the Emergency Department: Suicide and Suicide Attempt Prevention in the ED. *Clin Pediatr Emerg Med.* 2013;14: 28-34.
16. Bayramoglu A, Saritemur M, Tuna Akgol Gur S, Emet M. Demographic and Clinical Differences of Aggressive and Non-Aggressive Suicide Attempts in The Emergency Department in the Eastern Region of Turkey, *Iran Red Crescent Med J.* 2015;17: e24666.
17. Botega NJ. *Crise Suicida: Avaliação e Manejo.* Porto Alegre: Artmed; 2015.
18. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017;22: 2841-50.
19. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22: 2201-06.
20. Nojomi M, Malakout SK, Bolhari J, Hakimshooshtari M, Fleishmann A, Bertolote JM. Epidemiology of suicide attempters resorting to emergency departments in Karaj, Iran, 2003. *European Journal of Emergency Medicine.* 2008,15: 221-3.
21. Gutierrez, BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicol. USP.* 2014;25: 262-9.
22. Some J, Donatelli NS. Car versus tree: Accident or Suicide Attempt? *Journal of Emergency Nursing.* 2011;37: 179-81.

23. Zhao CJ, Dang XB, Su XL, Bai J, Ma LY. Epidemiology of suicide and associated socio-demographic factors in emergency department patients in 7 general hospitals in Northwestern China. *Med Sci Monit.* 2015; 21:2743-9.
24. Kumar CTS, Tharayil HM, Kumar TVA, Ranjith G. A survey of psychiatric services for people who attempt suicide in south India. *Indian J Psychiatry.* 2012; 54: 352-5.
25. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. saúde colet.* 2013;21: 108-114.
26. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26: 1366-72.
27. Magalhães APN, Alves VM, Comassetto I, Lima PC, Faro ACM, Nardi AE. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *J. bras. psiquiatr.* 2014;63: 16-22.
28. Macente LB, Santos EG, Zandonade E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *J. bras. psiquiatr.* 2009;58: 238-44.
29. Veloso C, Monteiro LSS, Moreira ICC, Veloso LUP, Monteiro CFS. Tentativas de suicídio atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. *Rev. enferm. UFPI.* 2016;5: 48-53.

6. CONCLUSÃO GERAL

Vários fatores contribuem para que ainda não existam dados mais completos sobre as tentativas de suicídio: a dificuldade em identificar a intencionalidade do ato, o sub-registro devido ao cadastro de muitas tentativas como entradas “acidentais” nas unidades de saúde, o que, conseqüentemente, aumenta a sub-notificação, a ausência de registros sistematizados sobre as TS e estigmas e preconceitos que dificultam o desenvolvimento de estratégias de cuidado e prevenção.

O presente estudo permitiu identificar as principais características clínicas e epidemiológicas das tentativas de suicídio atendidas no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco/AC no período de 2007 a 2016, revelando que a faixa etária de maior risco foi a de 10 a 29 anos, constituindo-se de adolescentes e jovens adultos, de ambos os sexos, tendo como método mais utilizado a intoxicação por medicamentos. Os setores que receberam o maior número de TS foram a Emergência Traumática e a Emergência Clínica, principalmente aos domingos à noite, não havendo diferenças significativas em relação aos meses, mostrando que o risco pode ser considerado ao longo de todo o ano. A maioria dos pacientes recebeu alta em menos 24 horas, o que pode significar uma possível não consideração da gravidade da tentativa de suicídio sob a perspectiva da saúde mental, sendo necessários novos estudos que ampliem a compreensão deste agravo e auxiliem tanto no desenvolvimento de políticas públicas quanto nas de ações de prevenção.

E estes dados reforçam a importância de que os atendimentos às tentativas de suicídio nos setores de Emergência deveriam ser considerados como oportunidades indispensáveis para ampliação dos cuidados aos pacientes que apresentam comportamentos suicidas, independente do grau de letalidade do método utilizado ou da “gravidade” da lesão, visto que a TS é reconhecida como um dos principais fatores de risco para o suicídio consumado e, portanto, precisa ser avaliada e acompanhada, não apenas durante a internação, mas, principalmente, após a alta hospitalar, através dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Desta forma, conclui-se que, desenvolver formas sistematizadas de monitoramento das entradas por tentativas de suicídio nas unidades de saúde, acompanhar com maior atenção as entradas consideradas acidentais, intensificar as notificações realizadas pela Vigilância Epidemiológica, capacitar os profissionais na área de saúde mental, desde a atenção básica às unidades de urgência e emergência, ampliar o acesso da população aos serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial, e fomentar debates que promovam a desestigmatização da saúde mental são ações fundamentais que podem contribuir muito com a prevenção dos comportamentos suicidas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABASSE, M. L. F. et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 407-416, 2009.

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 01-09, 2013.

ALMEIDA, S. A. et al. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa-PB. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.11, n.2, p.383-389, 2009.

ALVES, V. M. et al. Trends in suicide attempts at an emergency department. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 55-61, 2017.

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. ABP, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio – Brasília: CFM/ABP, 2014.

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, 2017.

BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011.

BAYRAMOGLU, A. et al. Demographic and Clinical Differences of Aggressive and Non-Aggressive Suicide Attempts in The Emergency Department in the Eastern Region of Turkey. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Dubai, v. 17, n. 2, e24666, 2015.

BENUTE, G. R. G. et al. Risco de suicídio em gestantes de alto risco. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 583-587, 2011.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. **Oxford textbook of suicide and suicide prevention**. Oxford: Oxford University Press, p. 91-98, 2009.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, 2010.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012.

BOTEGA, N. J.; GARCIA, L. S. L. Brazil: the need for violence (including suicide) prevention. **World Psychiatry**, Geneva, v. 3, n. 3, p. 157-158, 2004.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGA, L. L., DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: MS, OPAS, UNICAMP, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n. 1.356**, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasília: MS, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Estatísticas vitais, mortalidade**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n. 1.271**, de 06 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: MS, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: MS, 2017.

BRUNHARI, M. V.; DARRIBA, V. A. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 197-213, 2014.

BRZOZOWSKI, F. S. et al. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1293-1302, 2010.

CAMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p.40-50, 2012.

CANNER, J. K. et al. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006–2013. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, Cambridge University Press, v. 27, n. 1, p. 94-102, 2018.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTÍNEZ M. C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, 2012.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl 1, p. S61-S73, 1994.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl.1, p. S18-S25, 2009.

CHAKRAVARTHY, B. et al. Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Attempt Presenting to the Emergency Department: Differences Between These Cohorts. *The Western Journal of Emergency Medicine*, Orange, v.15, n.2, p.211-216, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, J. **Representações do suicídio no Alentejo**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora, Évora, 2013.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Doenças Crônicas não Transmissíveis**. Santa Catarina: Secretaria de Estado de Saúde, DIVE, 2017.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERREIRA, N. S. **Perfil epidemiológico e psicossocial de tentativas de suicídio e de suicídios em Palmas (TO) no período de 2000 a 2009**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

FREITAS, A. P. A., BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 3-12, 2016.

GHALEIHA A. et al. Characteristics of hospitalized patients following suicide attempt in hamadan district, iran. **Oman Medical Journal**, Seeb, v. 27, n. 4, p. 304-309, 2012.

GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVERIA, J. L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**. Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014.

GYSIN-MAILLART, A. et al. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 13, n. 3, e1001968, 2016.

HUGHES, J. L.; ASARNOW, J. R. Enhanced Mental Health Interventions in the Emergency Department: Suicide and Suicide Attempt Prevention in the ED. **Clinical Pediatric Emergency Medicine**, v. 14, n. 1, p. 28-34, 2013.

IGNJATOVIÆ-RISTIÆ, D. et al. Epidemiological characteristics of suicidal patients admitted to the psychiatric clinic in Kragujevac: A ten-year retrospective study. **Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo**, v. 139, n. 1, p. 26-32, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

KATTIMANI, S. et al. Temporal variations in suicide attempt rates: A hospital-based study from India. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 5, n. 2, p. 357-361, 2016.

KONDO, E. H. et al. A abordagem da equipe de enfermagem aos usuários de uma sala de emergência de saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 501-7, 2011.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1985.

KUMAR, C. T. S. et al. A survey of psychiatric services for people who attempt suicide in south India. *Indian J Psychiatry*, v. 54, n. 4, p. 352-355, 2012.

LOPES, F. H. **Suicídio e saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2008.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, supl 2, p. S86-S93, 2009.

MACENTE, L. B.; SANTOS, E. G.; ZANDONADE, E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 238-244, 2009.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MAGALHÃES, A. P. N. et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 16-22, 2014.

MARQUETTI, F. C. O suicídio e sua essência transgressora. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 237-245, 2014.

MARQUETTI, F. C.; MILEK, G. Percurso Suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-26, 2014.

MELLO, M. F. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.163-170, 2000.

MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II – Mortes por causas externas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 212-213, 2002.

MINAYO, M. C. S. A auto violência: objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, 1998.

MINAYO, M. C. S. et al. **Suicídios no Brasil: Mortalidade, Tentativas, Ideação, Comportamento Autopunitivo e Prevenção**, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/arquivos/anexos/63Suicidio%2012_08_2010%20MS%20OPAS.pdf> Acesso em: 24 Out. 2017.

NEVES, M. C. L. et al. Suicídio: fatores de risco e avaliação. Brasília: **Med**. v. 51, p. 66-73, 2014.

NOJOMI, M. et al. Epidemiology of suicide attempters resorting to emergency departments in Karaj, Iran, 2003. **European Journal of Emergency Medicine**, v. 15, p. 221-223, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança**. Geneva, OMS: 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde pública: ação para a prevenção de suicídio – uma estrutura**. Geneva, OMS: 2012.

RAMDURG, S. et al. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters. **Industrial Psychiatry Journal**, v.20, n. 1, p. 11-16, 2011.

RAMOS, I. N. B.; FALCÃO, E. B. M. Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 507-516, 2011.

ROCHA, M. A. S.; BORIS, G. D. J. B.; MOREIRA, V. A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 69-78, 2012.

SANTOS, S. A. et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, 2009.

SCHLÖSSER, A.; ROSA; G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 133-145, 2014.

SILVA, L. M. A.; COUTO, L. F. A questão do suicídio: algumas possibilidades de discussão em Durkheim e na Psicanálise. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 57-67, 2009.

SILVA, M. M. **Suicídio: trama da comunicação**. São Paulo: Scortecci Editora, 2008.

SILVA, T. P. S.; SOUGEY, E. B.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 419-426, 2015.

SIMSEK, Z. et al. Evaluation of attempted suicide in emergency departments in Sanliurfa province, southeastern Turkey. **Journal of Public Health**, v. 21, n. 4, p. 325-331, 2013.

SOME, J.; DONATELLI, N. S. Car versus tree: Accident or Suicide Attempt? **Journal of Emergency Nursing**, v. 37, p. 179-181, 2011.

SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. Suicídio em indígenas no Brasil: um problema de saúde pública oculto. Carta aos Editores. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 491-492, 2012.

STEFANELLO, S. et al. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.30, n. 2, p. 139-143, 2008.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoeróticas. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012.

VELOSO, C. et al. Tentativas de suicídio atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Piauí, v. 5, n.3, p. 48-53, 2016.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

VIEIRA, L. P.; SANTANA, V. T. P.; SUCHARA, E. A. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 118-123, 2015.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da violência 2014. Os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA-FLACSO, 2014.

WERNECK, G. L. et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2201-2206, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health. Dahlberg LL, Biroux B, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen WB, editors. Geneva: WHO, 2002.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **The Word Health Report: shaping the future.** Geneva: WHO, 2003.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO, 2014.

ZHAO, C. et al. Epidemiology of suicide and associated socio-demographic factors in emergency department patients in 7 general hospitals in Northwestern China. **Medical Science Monitor**, v. 21, p. 2743-2749, 2015.

8. ANEXOS

8.1 PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA DA SESACRE



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

PARECER

Analisando o projeto de pesquisa intitulada “**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS ENTRADAS POR TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA AMAZONIA OCIDENTAL ENTRE 2007 A 2016**”. Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva, para estudar as tentativas de suicídio. Serão utilizadas as informações que constam nos boletins de entrada (B.E.) do Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB/DATASUS) do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB).

Este estudo pretende realizar uma análise epidemiológica descritiva dos dados referente as entradas por tentativa de suicídio, no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB).

Com os resultados dessa pesquisa, será possível estimular o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção de suicídio no estado do Acre. Como também a detecção precoce dos pacientes em situação de vulnerabilidade, possibilitando a realização de atendimentos preventivos e que evitem reincidências; criação de protocolo; Melhoria da qualidade da assistência especializada oferecida com base na descrição do perfil dos pacientes atendidos na unidade de saúde.

O local da pesquisa será **Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - (HUERB), unidade** de saúde que é referência para todo o estado do Acre.

Não se observa nenhum tipo de **impedimento** para a realização da pesquisa a cargo da profissional, **Andréia Cristina Vilas Boas**, RG:26.876.627-7 e CPF:259.428.268-54, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde e a Universidade Federal do Acre no Mestrado em Ciências da Saúde da Amazônia Ocidental.

Maria Stelita Bento Nogueira

Técnica do Departamento de Ensino, Pesquisa, Ciência e Tecnologia

8.2 TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO À INFORMAÇÕES SECUNDÁRIAS DO BANCO DE DADOS DO HUERB (HOSPUB)



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO À INFORMAÇÕES SECUNDÁRIAS DO BANCO DE DADOS DO HUERB (HOSPUB)

Eu, **Jorge de Almeida Silva**, Diretor de Assistência à Saúde do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB), RG N° 326031, CPF N° 692426072-15, AUTORIZO os pesquisadores Andreia Cristina Vilas Boas, RG 26.876.627-7, CPF 259.428.268-54, psicóloga, coordenadora do Serviço de Psicologia do HUERB e aluna do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre, matrícula n° 20162120041 e o Prof. Dr. Dionatas Ulisses de Oliveira Meneguetti, RG 000845991, CPF 81346174253, docente da Universidade Federal do Acre (UFAC), matrícula n° 1952-26, a terem acesso às informações secundárias do banco de dados do hospital (HOSPUB/DATASUS) sobre as entradas por tentativas de suicídio registradas no sistema, sem conter ao nome dos pacientes, e a usá-las como fonte de dados para a Pesquisa Caracterização do Perfil-Clinico Epidemiológico das Entradas por Tentativas de Suicídio de um Hospital Público da Amazônia Ocidental entre 2007 e 2016 que tem por objetivo primário avaliar as características clínicas e epidemiológicas das entradas identificadas como tentativas de suicídio do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco no período de 2007 a 2016. Estas informações serão fornecidas pelo servidor da área de Tecnologia da Informação do HUERB, o senhor Michael Pepis Machado, em uma planilha do Excel, sem os nomes dos pacientes, e referente apenas ao período de estudo (2007 a 2016), conforme consta no título do projeto de pesquisa.

Rio Branco, 18 de abril de 2017


JORGE DE ALMEIDA SILVA
GERENTE DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE - HUERB
DEC. 6707

Jorge de Almeida Silva
Diretor de Assistência à Saúde do HUERB

Av. Nações Unidas, 700 – Bosque
Rio Branco/AC

8.3 DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB

DECLARAÇÃO

Eu, **Michael Pepis Machado**, servidor da área de Tecnologia da Informação do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB), RG N° 0203241 SSP/AC, CPF N° 465 981 032 15, DECLARO para os devidos fins que forneci aos pesquisadores Andreia Cristina Vilas Boas, RG 26.876.627-7, CPF 259.428.268-54, psicóloga, coordenadora do Serviço de Psicologia do HUERB e aluna do curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre, matrícula n° 20162120041 e o Prof. Dr. Dionatas Ulisses de Oliveira Meneguetti, RG 000845991, CPF 81346174253, docente da Universidade Federal do Acre (UFAC), matrícula n° 1952-26, conforme autorização do Diretor de Assistência à Saúde do HUERB, o senhor Jorge de Almeida Silva, informações secundárias do banco de dados do hospital (HOSPUB/DATASUS) sobre as entradas por tentativas de suicídio registradas no sistema. Estas informações foram fornecidas em planilhas do Excel, sem conter os nomes dos pacientes, para serem utilizadas como fonte de dados para a Pesquisa Caracterização do Perfil-Clinico Epidemiológico das Entradas por Tentativas de Suicídio de um Hospital Público da Amazônia Ocidental entre 2007 e 2016 que tem por objetivo primário avaliar as características clínicas e epidemiológicas das entradas identificadas como tentativas de suicídio do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco no período de 2007 a 2016.

Rio Branco, 18 de abril de 2017

Michael Pepis Machado
Tecnologia da Informação/HUERB

8.4 CLASSIFICAÇÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA NA PLATAFORMA SUCUPIRA: B1 EM MEDICINA II

Qualis Periódicos

* Evento de Classificação:
CLASSIFICAÇÕES DE PERIÓDICOS QUADRIÊNIO 2013-2016

Área de Avaliação:
 MEDICINA II

ISSN:
 1809-452X

Título:
 REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

Classificação:
 B2

Periódicos

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
1809-452X	REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA	MEDICINA II	B1

8.5 INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA



ISSN 1516-4446 *versão impressa*
ISSN 1809-452X *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Preparo do manuscrito](#)
- [Envio do manuscrito](#)

Escopo e política

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* é uma publicação trimestral cujo objetivo é publicar manuscritos originais de todas as áreas de psiquiatria, incluindo saúde pública, epidemiologia clínica, ciência básica e problemas de saúde mental. A revista é totalmente de acesso aberto (open access), e não há taxas de publicação. Os artigos devem ser escritos em língua inglesa.

Estas instruções foram escritas com base nos Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications, documento produzido e atualizado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). O texto original está disponível no endereço <http://www.icmje.org/>.

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, seguindo as orientações da BIREME/OPAS/OMS para a indexação de periódicos na LILACS e SciELO, somente serão aceitos para publicação artigos de pesquisas clínicas que tenham sido cadastrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE (endereços disponíveis no site http://www.icmje.org/faq_clinical.html; um registro brasileiro também está disponível no endereço <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>). O número de identificação do registro deverá ser informado ao final do resumo.

Processo de revisão por pares

A seleção de manuscritos para publicação é baseada em sua originalidade, relevância do tema, qualidade metodológica e observação das normas editoriais aqui descritas. Todos os manuscritos considerados para publicação são submetidos ao processo de revisão por avaliadores externos anônimos. Sempre que possível, uma decisão editorial (aceitação, necessidade de revisões ou recusa) será feita em até um mês após a submissão.

Preparo do manuscrito

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* publica artigos originais, comunicações breves, artigos de revisão, artigos de atualização, editoriais e cartas ao Editor. Sugere-se consultar um número recente da revista para verificar estilo e formato dos artigos. O texto deve ser escrito utilizando espaço duplo, com margens amplas.

Artigos originais, artigos de revisão, artigos de atualização e comunicações breves devem seguir o formato descrito a seguir.

Folha de rosto: Título completo, nomes dos autores, seus departamentos e instituições, incluindo cidade e país de origem. Deve-se incluir também um título abreviado com até 50 caracteres

(caracteres e espaços). O nome completo, telefone, fax, e-mail e endereço completo do autor correspondente devem ser informados.

Página 2: Deve conter um resumo estruturado com até 200 palavras, contendo as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Devem ser incluídas de três a cinco palavras-chave selecionadas a partir dos [Descritores em Ciência da Saúde \(DeCS\)](#).

Texto principal: A Introdução deve ter entre uma e três páginas (não deve incluir uma revisão extensa da literatura) e deve finalizar com uma frase que anuncie claramente os objetivos do estudo. A seção de Métodos deve incluir informações detalhadas sobre o desenho do estudo, o ambiente de pesquisa, participantes, desfechos clínicos de interesse, análises estatísticas, registro de ensaio clínico, aprovação pelo comitê de ética e procedimentos de obtenção de consentimento informado (deve-se evitar referências a desenhos, métodos ou materiais descritos em outros artigos publicados). Os Resultados devem ser claros; não é permitida a repetição de dados no texto e em tabelas/figuras. A Discussão não deve incluir uma seção à parte chamada Conclusão; as conclusões do estudo devem ser apresentadas no último parágrafo do texto.

Agradecimentos: Deve incluir informações sobre bolsas, financiamento e outros tipos de apoio ao estudo. Alguns autores podem desejar prestar agradecimentos a colaboradores que contribuíram de forma significativa para o manuscrito porém não preenchem critérios de autoria. Obter permissão das pessoas citadas é responsabilidade do autor.

Declaração de conflitos de interesse: Cada autor deve declarar potenciais conflitos de interesse em geral, e não apenas relacionados ao presente estudo. Exemplos incluem empregos/cargos atuais ou passados, verbas de pesquisa recebidas, honorários de palestrante, participação acionária, serviço prestado como consultor ou conselho consultivo de organizações, entre outros. Estudos que, de alguma forma, envolvam empresas farmacêuticas ou outras entidades privadas ou públicas devem descrever claramente o papel dessas organizações no estudo. Além disso, se o estudo, de alguma forma, investiga compostos farmacêuticos, a declaração de conflitos de interesse deve incluir informações sobre quem ou que instituições realizaram as análises estatísticas, além de um e-mail para a possível obtenção do protocolo.

Lista de referências: As referências devem ser limitadas ao menor número possível e devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, conforme o sistema Vancouver. Recomendamos o uso de ferramentas como Reference Manager ou Endnote para apoiar a organização e formatação das referências. As referências no texto, em tabelas e em legendas devem ser identificadas utilizando algarismos arábicos sobrescritos. Referências citadas apenas em tabelas ou figuras devem ser numeradas levando em consideração a primeira citação dos itens no texto.

O estilo apresentado nos exemplos abaixo deve ser observado. Para incluir manuscritos aceitos, porém ainda não publicados, deve-se informar o título abreviado da revista seguido de (in press). Artigos publicados eletronicamente, mas ainda não disponíveis em forma impressa, devem ser identificados por seu número de DOI. Informações sobre manuscritos ainda não aceitos devem ser citadas no texto apenas, como comunicação pessoal. A exatidão das referências é responsabilidade dos autores. Os títulos das revistas devem ser abreviados conforme o Index Medicus.

Exemplos:

Artigo de revista padrão: Listar todos os autores quando forem seis ou menos. Quando forem sete ou mais, listar os primeiros seis e acrescentar "et al.". Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:51-6.

Livro: Gabbard GO. *Gabbard's treatment of psychiatric disorders*. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.

Capítulo de livro: Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.

Dissertações e teses: Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tabelas e figuras: Todas as figuras e tabelas devem esclarecer/complementar (e não repetir) o texto, e devem ser limitadas ao menor número possível. Todas as ilustrações devem ser submetidas em páginas separadas, de acordo com sua ordem de aparecimento no texto, e devem ser numeradas consecutivamente utilizando algarismos arábicos. Todas as tabelas e figuras devem incluir legendas descritivas e a definição de abreviações utilizadas. Qualquer tabela ou figura extraída de trabalhos já publicados deve ser acompanhada de uma autorização por escrito do atual detentor dos direitos autorais, já no momento da submissão.

Siglas, abreviaturas e símbolos: Todas as siglas e abreviaturas devem ser definidas (expressas por extenso) na primeira ocorrência e também nas legendas de tabelas e figuras. Todas as unidades devem ser apresentadas conforme o sistema métrico. O uso de algarismos romanos deve ser evitado.

Material suplementar on-line

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* não publica material suplementar on-line.

Tipos de artigos publicados

Artigos originais: Devem descrever de forma completa, mas tão concisa quanto possível, os resultados de pesquisa original, incluindo informações relevantes para aqueles que desejarem reproduzir o estudo ou avaliar seus resultados e conclusões. Artigos originais não devem ultrapassar 5.000 palavras, sem contar tabelas, figuras e referências.

São permitidas, no máximo, seis tabelas ou figuras e 40 referências. O texto deve ser organizado utilizando as seções Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. As implicações clínicas e as limitações do estudo devem ser explicitadas. Ensaios clínicos randomizados devem ter sido cadastrados em bases de dados on-line (o número de identificação do registro deve ser informado ao final do resumo).

Comunicações breves: São manuscritos originais, porém mais curtos, abordando temas de interesse na área da psiquiatria, com resultados preliminares ou de relevância imediata. Esses artigos devem ter até 1.500 palavras, uma tabela ou figura e 15 referências.

Artigos de revisão: Esses artigos são preferencialmente escritos por *experts* no tópico abordado e a convite dos Editores. Consistem em avaliações sistemáticas e críticas da literatura e fontes de dados, com o objetivo de revisar e avaliar criticamente o conhecimento existente sobre um determinado assunto, além de comentar sobre estudos conduzidos por outros autores. A estratégia de busca e seleção de artigos (incluindo os critérios de inclusão e exclusão) deve ser descrita em detalhe. Artigos de revisão devem ter até 6.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências. O número total de tabelas e figuras não deve ultrapassar seis.

Artigos de atualização: Esses artigos abordam informações atuais relevantes à prática clínica e são menos abrangentes que artigos de revisão. Artigos de atualização devem ter até 2.000 palavras e 30 referências.

Editoriais: Comentários críticos e aprofundados feitos a convite dos editores ou escritos por pessoa com autoridade reconhecida no assunto. Editoriais não devem ultrapassar 900 palavras e cinco referências. Uma folha de rosto deve ser incluída, conforme descrito acima.

Cartas ao Editor (máximo de quatro autores): Cartas podem conter relatos de casos pouco usuais, comentários sobre temas científicos relevantes, avaliação crítica da política editorial da

revista ou opiniões sobre conteúdo publicado na revista. Cartas devem ter no máximo 500 palavras, uma tabela, uma figura e cinco referências.

Declaração de Autor (Author Statement)

Autores de artigos aceitos devem complementar o Author Statement apresentado abaixo e enviá-lo para o e-mail editorial@abpbrasil.org.br. A fim de evitar atrasos na publicação, o formulário assinado deve ser enviado à equipe de produção assim que um manuscrito é *aceito* para publicação (não é necessário enviá-lo na submissão). A produção do artigo só será iniciada após o recebimento do formulário assinado.

I, the undersigned author, certify that I and all other co-authors of the manuscript number _____, entitled _____,

_____ submitted for publication in *Revista Brasileira de Psiquiatria*, have participated sufficiently in the intellectual content, data analysis, and writing of the manuscript, and take public responsibility for it. Also, I and each of the co-authors have reviewed the final version of the manuscript, believe it represents valid work, and approve it for publication. On behalf of all coauthors, I certify that the manuscript has not been previously published or accepted for publication, nor is it currently under consideration for publication elsewhere, either in whole or in part.

Finally, I hereby declare that I am aware that all the contents of the journal, except where otherwise noted, are licensed under a Creative Commons License (CC BY-NC 4.0), meaning that materials may be copied/reproduced, distributed, transmitted, and adapted for noncommercial purposes only, provided the original work is properly cited.

Name: _____ Date: _____

Signature: _____

Envio do manuscrito

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* utiliza o sistema eletrônico de submissão ScholarOne Manuscripts (<http://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo>). Um registro (login e senha) é necessário no primeiro acesso, antes da submissão. Em caso de dificuldades com o sistema, favor enviar um e-mail para editorial@abpbrasil.org.br.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Associação Brasileira de Psiquiatria
Rua Pedro de Toledo, 967 casa 1
04039-032 São Paulo SP Brasil
Tel.: +55 11 5081-6799
Fax: +55 11 5579-6210



editorial@abpbrasil.org.br

8.6 COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO: E-MAIL DA REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

Revista Brasileira de Psiquiatria - Manuscript ID RBP-2018-0150 Entrada x

RBP Editorial Office <onbehalf@manuscriptcentral.com>
para dionatasmenegu., mim, quinia.silva, romeupms, dionatasmenegu. 09:56 (Há 0 minutos) ☆ ↶ ↷

inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês x

08-May-2018

Dear Dr. Meneguetti:

Your manuscript entitled "Profile of Suicide Attempts Treated in a Public Hospital of Rio Branco - Acre State from 2007 to 2016" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Brasileira de Psiquiatria.


Your manuscript ID is RBP-2018-0150.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Brasileira de Psiquiatria.

Sincerely,
Revista Brasileira de Psiquiatria Editorial Office

 Clique aqui para selecionar uma destas opções: "Responder", "Responder a todos" ou "Encaminhar"

14,03 GB (93%) de 15 GB usados Gerenciar Termos de Serviço - Privacidade Última atividade da conta: em 1 hora [Detalhes](#)

8.7 VERSÃO EM INGLÊS DO ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA BRASILEIRA DE PSQUIATRIA

Profile of Suicide Attempts Treated in a Public Hospital of Rio Branco - Acre State from 2007 to 2016

Running title: Profile of Suicide Attempts in Acre State, Brazil

Andreia Cristina Vilas Boas^{[1], [2]}, Quiria Ribeiro da Silva Monteiro^{[1], [2]}, Romeu Paulo

Martins Silva^{[1], [3], [4]}, Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti^{[1], [4], [5]}

[1]. Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ciência da Saúde na Amazônia Ocidental, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

[2]. Secretaria de Estado de Saúde do Acre, Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco, Rio Branco, Acre, Brasil.

[3]. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

[4]. Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

[5]. Colégio de Aplicação, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

Corresponding Author: Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental, Universidade Federal do Acre, Rodovia BR 364, Km 04, s/n, CEP 69920-900, Distrito Industrial, Rio Branco, AC, Brasil.
E-mail: dionatas@icbusp.org

ABSTRACT

Objective: This is a retrospective-descriptive study, with secondary data, which aims at evaluating the profile of suicide attempts at a public hospital in Rio Branco, from 2007 to 2016.

Methods: The sample consisted of 569 cases of suicide attempts of people residing in the city of Rio Branco. The analysis was carried out through simple, absolute and relative frequencies of the variables, stratified by treatment year, gender, age group, methods used and region of residence.

Results: There was a significant difference in relation to gender after a change in the system in 2014, and the frequency in the female gender was higher. Intoxication was the most commonly used method, mainly by women. The highest risk group was from ten to 29 years old, totaling more than 70% of the cases, revealing the prevalence of suicide attempts in teenagers and young adults.

Conclusions: This study indicates that suicide attempts in the municipality of Rio Branco - Acre state are more frequent in teenagers and young adults, of both genders, in the age range

from ten to 29 years old, and that drug intoxication is the most used method, mainly among women.

Keywords: Suicide. Suicide Attempts. Epidemiology.

INTRODUCTION

According to the World Health Organization (WHO)¹, suicide can be considered as an intentional act of an individual to end their own life; currently, it is among the two main causes of death of people in the age range from 15 to 29 years old². In Brazil, there are approximately 30 deaths per day³, and in the world, there is one death by suicide every 40 seconds, which corresponds to approximately 800 thousand to one million people, ending their lives every year^{2,4}. In addition, it is estimated that for each suicide death there are ten to 40 attempts⁵, indicating that at least ten million people worldwide may attempt suicide each year, which reveals its high emotional, social and economic impact⁶, so much that WHO⁷ considers suicide as a serious public health problem, which is unfortunately still neglected, because even though it is seen as a preventable problem, it is estimated that by 2020 suicide could represent 2.4% of the total number of deaths.

Despite these alarming figures, studies have shown that data is underestimated, since underregistration and underreporting end up making the actual suicide rates unknown^{8,9,10}. When talking about suicide attempts, the situation is even worse¹¹, because the difficulty in determining the intentionality of the act makes the great majority of the attempts dissipate in health centers among the incidents considered as accidental, and in most countries, there are no systematized records about suicide attempts^{12,13}.

This situation is also considered to be serious, because, in addition to underreporting, when a suicide attempt is not identified, patients may enter and leave health centers without receiving the necessary follow-ups and referrals, and may remain at risk of death, since, according to Botega and Garcia¹⁴, the assistance provided to those who attempted suicide is a fundamental prevention strategy, because these patients constitute the group at the highest risk of suicide^{15,16,17}.

Each year, death by suicide is increasing in Brazil, with 11,821 deaths due to suicide in 2012, according to data from the World Health Organization³. One of the main risk factors to be considered is having a history of attempted suicide, since, according to Botega¹⁸, it is estimated that the risk increases by at least 100 times in relation to the indices in the general population, which makes it fundamental, for prevention strategies, to know the profile of suicide attempt cases. However, so far, the data available about the municipality of Rio Branco and the State of Acre is found in the Mortality Information System (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM) and the Disease Notification Information System (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN) of the Ministry of Health; there is a lack of studies aimed at identifying the prevalence of suicides and attempts in the region, as well as prophylaxis actions.

In this context, this study aims at characterizing the profile of suicide attempts recorded in the database of a public hospital in the city of Rio Branco, from 2007 to 2016, as a way to help recognize patients who are considered to be at risk, who may be hiding an attempt to commit suicide, and contribute to the expansion of reports of self-harm cases by the Epidemiological Surveillance, as well as assisting in the development of public policies and suicide prevention strategies.

METHODS

This was a descriptive-retrospective study, with secondary data, about the suicide attempts records stored in the Integrated System for the Computerization of Hospital Environments (Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar - HOSPUB / DATASUS) of a public hospital in the municipality of Rio Branco - Acre state, from 2007 to 2016. Data was provided in electronic spreadsheets, without the personal identification data of patients, with the authorization from the Department of Education and Research of

the State Secretary of Health of Acre (Departamento de Ensino e Pesquisa da Secretária Estadual de Saúde do Acre - SESACRE) and the hospital directors.

Out of the 688 records of suicide attempts, only the non-institutionalized cases of patients residing in the city of Rio Branco were selected, excluding 75 records from other municipalities or neighboring states, and 31 patient records from penitentiary and socio-educational institutions. Five cases were removed due to the lack of identification of the municipality of the patient, another five were removed due to the information that the record had been canceled, and three were removed due to age (two, five and seven years old) associated with the reasons for the hospitalization (fall/suicide attempt), which suggest a possible typing error. The final sample was composed of 569 cases.

In order to find out the frequency of the geographic distribution of suicide attempts, due to the large number of neighborhoods in the municipality, it was decided that an adapted version of the Regional Division of the Municipal Secretariat of Social and Community Articulation (Divisão por Regionais da Secretaria Municipal de Articulação Comunitária e Social - SEMACS) would be used, which presents the urban perimeter of the municipality of Rio Branco, divided into ten areas. New neighborhoods, that were not included in any Region, were included to the closest location.

For the data analysis, five variables related to the profile available in the system were used: treatment year, age, gender, neighborhood of residence, and method used in the suicide attempt. For the statistical analysis, the Kruskal Wallis and Student's T tests were applied, using the GraphPad Prism 6.0 software, considered with statistical significance when $p < 0.05$.

RESULTS

The sample consisted of 569 records of suicide attempts from 2007 to 2016, of which 297 (52.2%) were from the female gender, and 262 (47.8%) from the male gender; distributions per year of hospitalization and gender are shown in figure 1.

However, from 2013, there is an increase in the record of women's hospitalizations, and there is a graphic inversion in the follow-up of the general curve, which then goes on to be followed by variations of the female gender.

This significant change occurred after a change in the HOSPUB (Public Hospital) in 2014, when the Suicide Prevention Center, implanted by the hospital's Psychology Service, asked the head of the Information Technology Department to include new hospitalization reasons to the system, so that suicide attempts could be better identified at the time of registration, since many were being registered as accidents or only as an attempt to commit suicide, without having any more precise information about the method used.

This change proposal happened after it was perceived that there was a divergence between the numbers of cases treated by the psychology service compared to the amount registered in the system, which led to the elaboration of a "Risk List", which included the main hospitalization reasons that could be covering up suicide attempts. This list was included in HOSPUB by duplicating the main hospitalizations considered to be "accidental", associated with the "/Attempted Suicide" add-on. The following new reasons started to exist in the system: Melee Weapon/Attempted Suicide, Firearm/Attempted Suicide, Exogenous Poisoning/Attempted Suicide, Medication Intoxication/ Attempted Suicide, Chemical Poisoning/Attempted Suicide, Poison Intoxication/Attempted Suicide, Fall from Heights/Attempted Suicide, Burn/Attempted Suicide, and Suture/Attempted Suicide.

The impact of this change in the HOSPUB can also be observed in the statistical analysis by gender, to enable visualization, the total period was divided, from 2006 to 2017 (Figure 2A) into three blocks so that the years after the change in the system (2014 to 2016) could be observed separately. In this way, the period from 2014 to 2016 was represented in figure 2D, since it characterized the last three years of this study, and the previous years, 2006 to 2013, were divided randomly into two groups, the first being from 2007 to 2009 (Figure 2B), the second from 2010 to 2013 (Figure 2C) and the last from 2014 to 2016 (Figure 2D), when there was a significant difference ($p < 0.001$) between genders only in the period from 2014 to 2016, after the change in HOSPUB, because the frequency of females was almost double the one of males.

Suicide attempts, without specifying the method used, continued to be recorded in the system; however, new entries associated with methods enabled the existence of more detailed records, by specifying, in the medical records, suicide attempts that occurred due to

poisoning, falls from heights, burns, sutures, melee weapon and firearm wounds. Before the change in the system in 2014, it was not possible to obtain this information through the database. Thus, in addition to enabling the increase in the number reports of suicide attempts, it was also possible to know the methods used and their variations, as shown in figure 3.

As for the methods, it was observed that there were more reports of Medication Intoxication, with significant differences ($p < 0.001$) compared to all other methods. The second most used method was Poison Intoxication, which as well as presenting a significant difference in relation to Medication Intoxication ($p < 0.001$), also revealed a statistically significant difference ($p < 0.05$) in relation to Chemical Poisoning, Fall from Heights, Burn, Melee Weapon and Firearm Injuries (Figure 3).

When comparing the sum of all intoxications with the general total of the other methods, there is a statistical significance ($p < 0.001$), as well as in relation to the female gender ($p < 0.001$), revealing that there is a predominance of intoxications by women in comparison to the other methods, according to figure 4.

In addition, the analysis of data by gender in relation to the reasons included in the system, reveals that the frequency of new cases in the female gender (77%) is more than triple in relation to the male gender (23%), with the predominance of women in relation to all kinds of intoxications (Medication - 79%, Poison - 84%, Exogenous - 78%, Chemical - 75%), and to other methods (Fall from Heights - 80% and Burn - 100%), while in men, the frequency was higher only in the use of Melee Weapons (67%) and Firearms (100%).

In relation to the age ranges, there was a greater general frequency in the 20-29 year-old range, corresponding to 48% of the total and of ten to 19 years old, with 23%, totalizing more than 70% of the suicide attempts in the age range from ten to 29 years, constituting the greater risk group for both genders. However, among women, a peak was observed in the age group of ten to 19, with 65% of the cases, and among men, two peaks were observed,

both in the elderly; the first was in the age group of 60-69, with 87.5% of the cases, and the second in the range above 70 years old, with 75%, totaling more than 83% of the attempts in men over 60 years old, in comparison to women in this same age group, as explained in figure 5.

As for the geographic distribution of patients' places of residence, it was verified that the four regions with the highest number of cases treated at the hospital came from areas that are near the health center of the study, located in the region of the Cadeia Velha neighborhood; the largest number of cases came from the Region of the Estação Experimental neighborhood. The three regions that presented the lowest number of suicide attempt cases treated at the hospital are precisely the three most geographically distant: Region of the Calafate, Vila Acre and Belo Jardim neighborhoods (Figure 6). Apart from this, it is important to highlight that in two of these regions with the lowest number of records, there are Emergency Care Units (Unidades de Pronto Atendimento - UPA).

DISCUSSION

This study evaluated the profile of the hospitalizations for suicide attempts and found that, in the distribution of the number of records per year and gender, there was initially a predominance of the male gender, which is not in line with most of the findings in other studies, indicating that the attempts are more frequent in women¹⁹⁻²⁵. However, after a change in the system in 2014, which made it possible to better detail the hospitalizations due to suicide attempts, the number of records of the female gender practically doubled in relation to the male gender, in line with data found in literature¹⁹⁻²⁵. This inversion may have occurred due to the new possibility of recording hospitalizations due to suicide attempts which used less lethal methods and that were going unnoticed among records that were considered accidental, such as intoxications, falls from heights and burns. This indicates that

before the change in the system, only the most serious cases were registered, and/or the ones that left no doubt in relation to being a case of self-violence. This would also explain the greater number of men found in the attempts recorded before the change in the system, since, according to literature, they tend to use more aggressive methods^{6,12,13,18,24}.

As for the methods, the findings in this study also confirm data from other studies, indicating the use of intoxications by medication and poisons as the most frequent in suicide attempts, especially among women^{13,20,21,25-29}.

As for the at risk age range found in this study, it reaffirms the severity pointed out in the literature about the high rate of suicide attempts among teenagers and young adults^{21,24,25,28-30}, of both genders, since more than 70% of the suicide attempts occurred in people under the age of 29, although gender analysis shows some differences in the age range, with ten to 19 years having more cases among women and over 60 among men.

In the analysis of the geographical location, the greater frequency of cases came from regions closer to the hospital of the study, and those that presented smaller frequencies, besides being more distant, have Emergency Care Units (Unidades de Pronto Atendimento - UPA) that also handle suicide attempts, showing that the choice of patients of a closer health unit to their home could probable have influence the percentage of treatments registered and the studied hospital. Thus, for it to be possible to analyse the existence of other relations between the number of cases of suicide attempts and patient's place of residence, it would be necessary to analyse the socio-demographic characteristics of each region, making it necessary to carry out new researches that are willing to broaden the comprehension of this issue..

Furthermore, some limitations should be pointed out in this study, since only the suicide attempts recorded as such in the system were analyzed, without considering the cases mistakenly registered as accidents, either due to registration failures or to information

omissions by patients and their family, who prefer not to declare a suicidal behavior. Secondly, due to the use of secondary data, it was not possible to detail the studied profile, only the information contained in the system bulletins was analysed. And thirdly, the fact that only one health unit was informed did not allow for the creation of a profile of the suicide attempts of the Rio Branco municipality as a whole. On the other hand, the strengths of this research include the fact that, so far, there are practically no other published studies on suicide attempts in the State of Acre, and the representativeness of the sample because it is a ten year analysis of the records of the health unit, which is the main gateway of the municipality for urgency and emergency cases.

In conclusion, this study points out that suicide attempts in the municipality of Rio Branco - Acre state are more frequent among teenagers and young adults of both genders, in the age group from ten to 29 years, and medication intoxication is the most used method, especially among women. The alteration in the system, as well as increasing the registration of cases, contributed to the identification of suicide attempts, giving greater visibility to less lethal attempts, but no less important, regarding the need for mental health care. And, considering that the previous suicide attempt is the greatest predictor^{17,18,24,25} for the risk of suicide, new studies and the correct identification of these entries among cases that are considered accidental are fundamental to offer more adequate care to patients and to improve suicide prevention strategies.

REFERENCES

1. WHO. World Health Organization - World report on violence and health. Dahlberg LL, Biroux B, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen WB, editors. Geneva: WHO; 2002.
2. WHO. World Health Organization - Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.

3. Brasil. Ministério de Saúde. Estatísticas vitais, mortalidade. Brasília: MS, 2013.
4. Organização Mundial de Saúde. Saúde pública: ação para a prevenção de suicídio – uma estrutura. Geneva: OMS; 2012.
5. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford textbook of suicide and suicide prevention. Oxford, Oxford University Press; 2009.
6. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS, OPAS, UNICAMP; 2006.
8. Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II – Mortes por causas externas. Rev Bras Epidemiol. 2002;5:212-3.
9. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31:86-93.
10. Minayo MCS. A autoviolência: objeto da sociologia e problema de saúde pública. Cad Saúde Pública. 1998;14: 421-8.
11. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20:1161-8.
12. Magalhães APN, Alves VM, Comassetto I, LPC, Faro ACM, Nardi AE. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. J Bras Psiquiatr. 2014;63:16-22.
13. Vieira LP, Santana VTP, Suchara EA. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. Cad Saúde Colet. 2015;23:118-23.
14. Botega NJ, Garcia LSL. Brazil: the need for violence (including suicide) prevention. World Psychiatry. 2004;3:157-8.

15. Neves MCL, Meleiro AS, Souza FGM, Silva AG, Corrêa, H. Suicídio: fatores de risco e avaliação. *Brasília Med.* 2014;51:66-73.
16. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel, K. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine.* 2016;13:e1001968.
17. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:2632-8.
18. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP.* 2014;25:231-6.
19. Zhao CJ, Dang XB, Su XL, Bai J, Ma LY. Epidemiology of suicide and associated socio-demographic factors in emergency department patients in 7 general hospitals in Northwestern China. *Med Sci Monit.* 2015;21:2743-9.
20. Simsek Z, Demir C, Er G, Munir KM. Evaluation of attempted suicide in emergency departments in Sanliurfa province, southeastern Turkey. *Z Gesundh Wiss.* 2013;21:325-31.
21. Alves VM, Francisco LC, Melo AR, Novaes CR, Belo FM, Nardi AE. Trends in suicide attempts at an emergency department. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017;39:55-61.
22. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência Psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:87-95.
23. Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30:139-43.
24. Vidal CEL, Gontijo ECD, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública.* 2013;29:175-87.

25. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22: 2201-6.
26. Canner J, Giuliano K, Selvarajah S, Hammond E, Schneider E. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006–2013. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27: 94-102.
27. Ignjatović-Ristić D, Radević S, Djoković D, Petrović D, Kocić S, Ristić B, et al. Epidemiological characteristics of suicidal patients admitted to the psychiatric clinic in Kragujevac: A ten-year retrospective study. *Srp Arh Celok Lek*. 2011;139: 26-32.
28. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:1366-72.
29. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:2064-74.
30. Ramdurg S, Goyal S, Goyal P, Sagar R, Sharan P. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters. *Ind Psychiatry J*. 2011;20: 11-16.

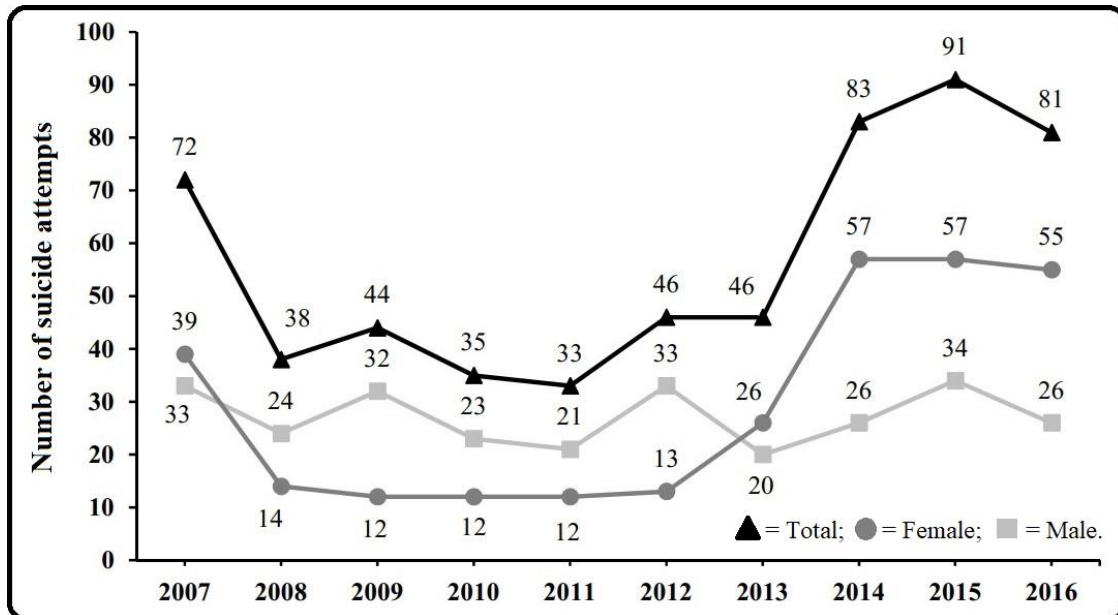


Figure 1. Distribution of suicide attempts per year and gender.

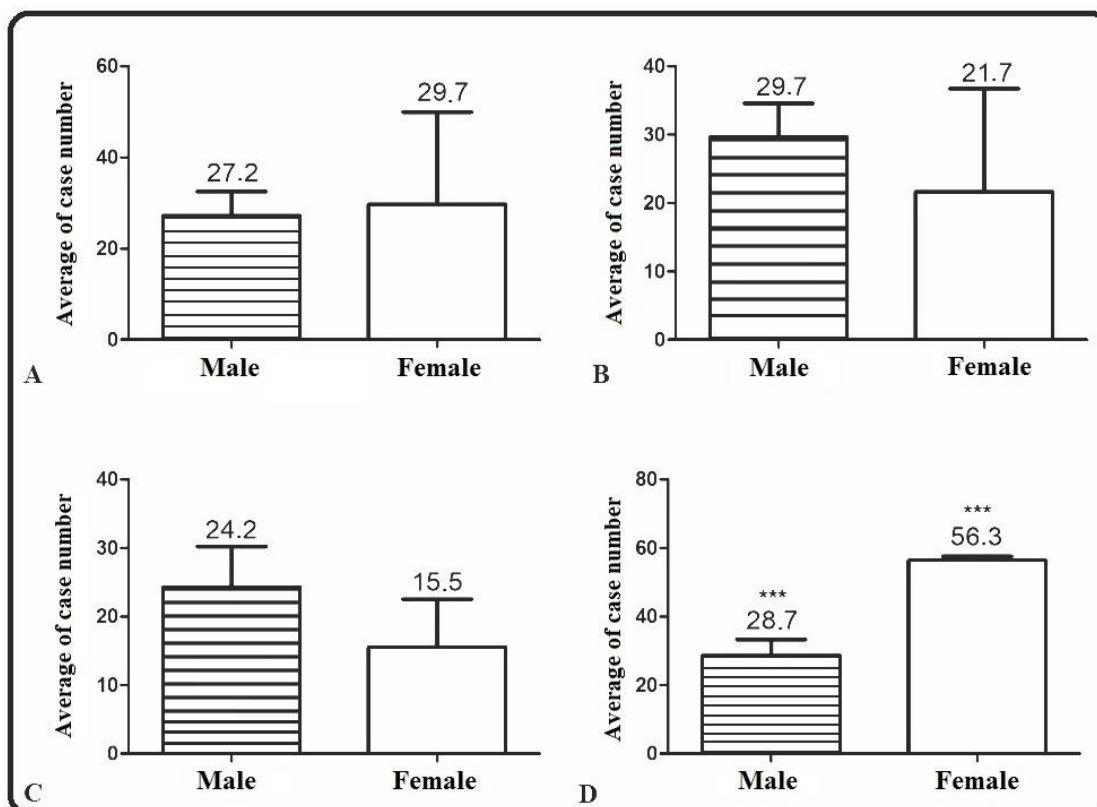


Figure 2. Comparison of mean number of cases by male and female gender. A = Total Period: 2007 to 2016; B = Period: 2007 to 2009; C = Period: 2010 to 2013; D = Period: 2014 to 2016 - after the change in the system. *** $p < 0.001$.

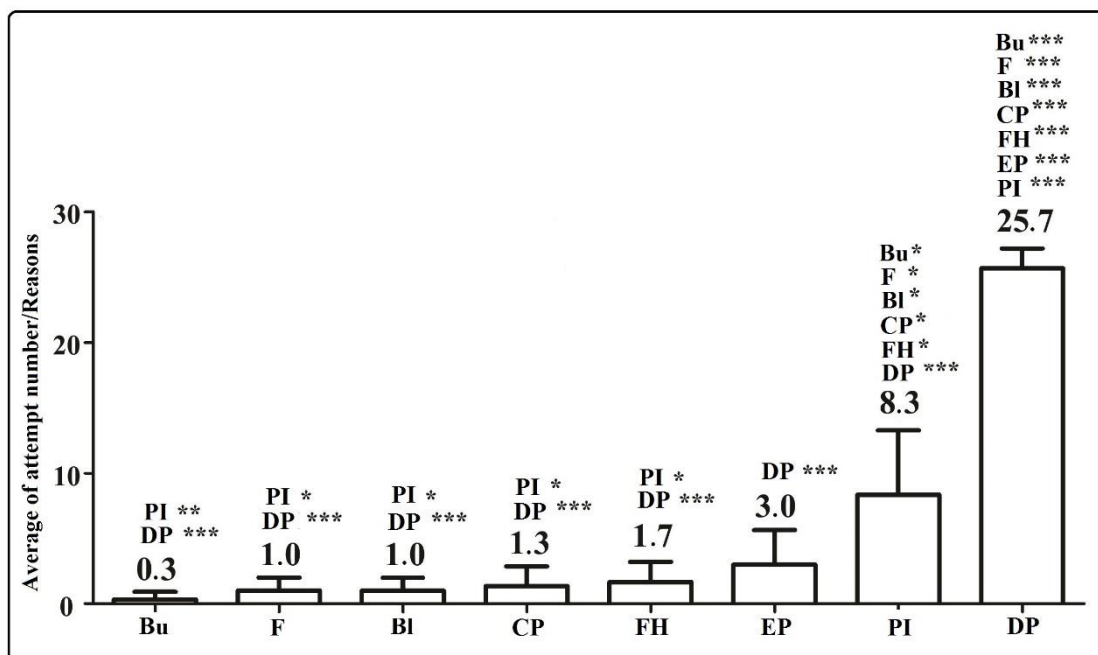


Figure 3: Average number of suicide attempts in the period from 2014 to 2016, distributed for new hospitalization reasons. B = Burn; F = Firearm; Bl = Blade; CP = Chemical Poisoning; FH = Fall from Heights; EP = Exogenous Poisoning; PI = Poison Intoxication; DP = Drug Poisoning. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

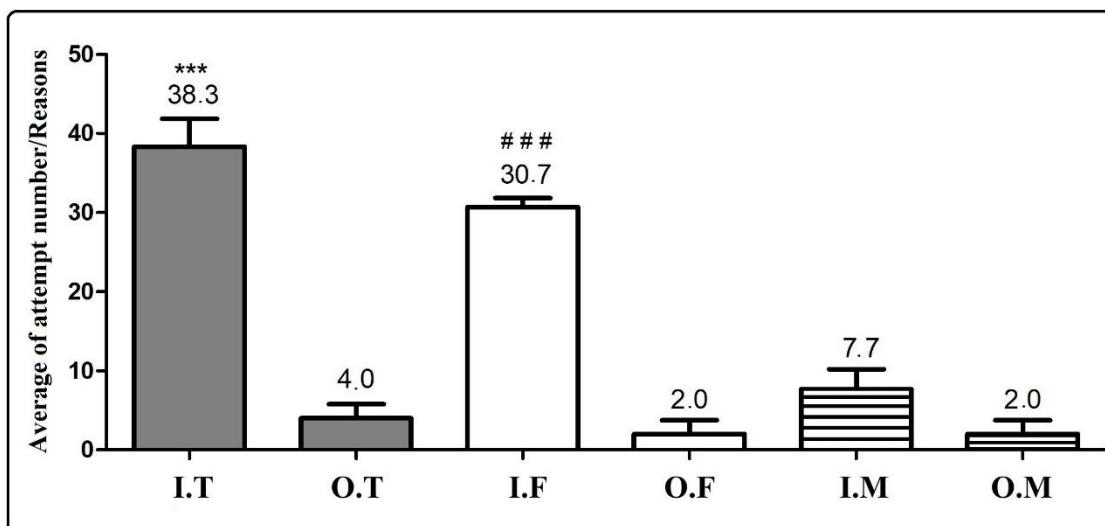


Figure 4: Comparison between intoxications and other methods of suicide attempts in the period from 2014 to 2016. I.T = Intoxications - Total; O.T = Other methods - Total); I.F = Intoxications Female; O.F = Other methods Female; I.M = Intoxications Male; O.M = Other methods Male.

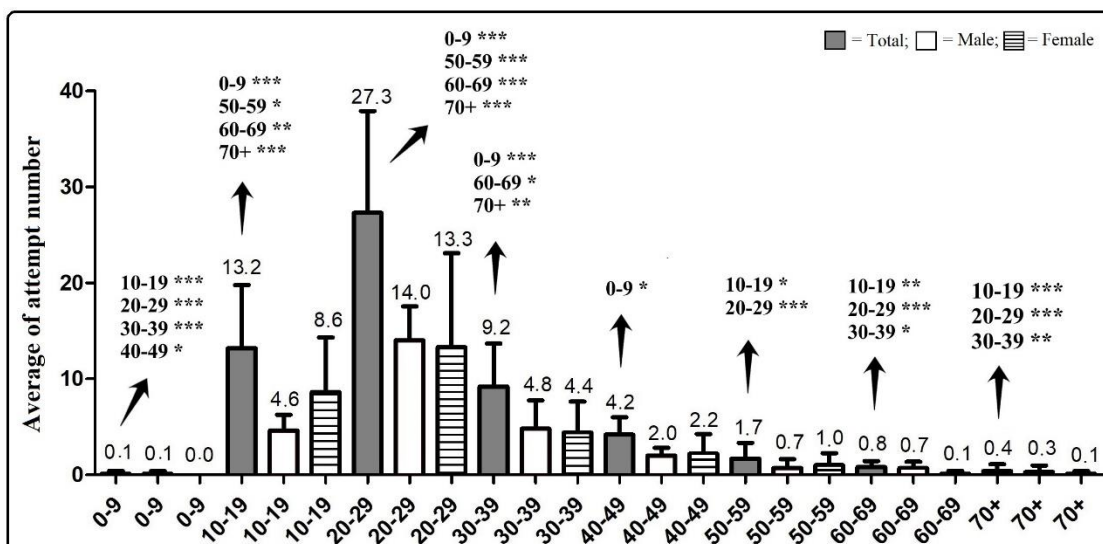


Figure 5: Average suicide attempts by age group and gender, from 2014 to 2016.

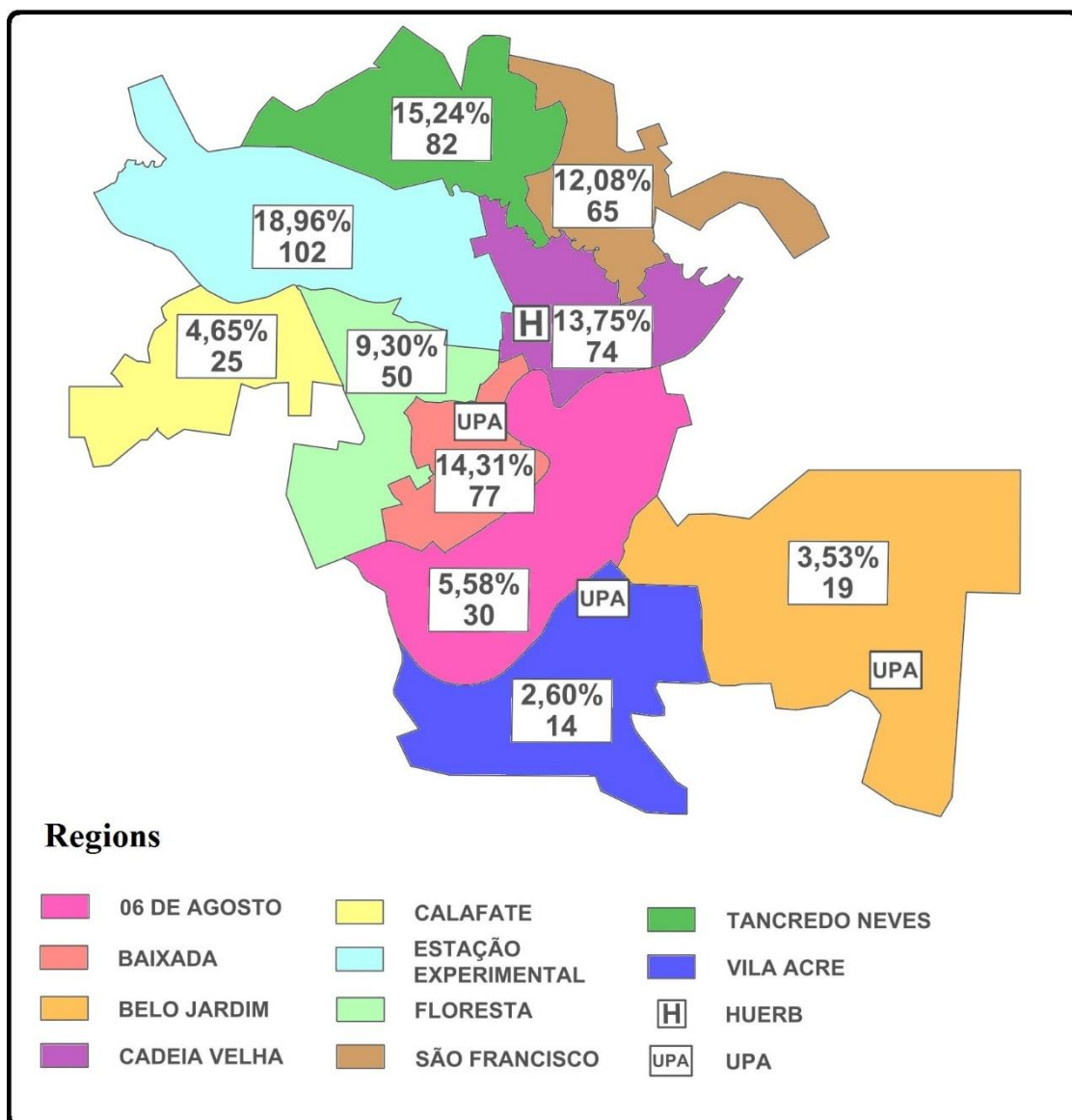


Figure 6. Geographic distribution of suicide attempts by Regions in the period from 2014 to 2016.

8.8 CERTIFICADO DA PALESTRA APRESENTADA NO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO



XVIII CONGRESSO MINEIRO DE PSIQUIATRIA

I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DA ABEPS
IX SIMPÓSIO DE ESTIMULAÇÃO CEREBRAL DA ABECer
XII JORNADA SUDESTE DE PSIQUIATRIA
AMMG – Belo Horizonte, 16 a 18 de junho de 2016

Certificado

Certificamos que

Andrea Cristina Vilas Boas

ministrou a palestra


A Importância das Ações de Prevenção e Atenção na Redução do Número de Óbitos por Suicídio, da


Mesa Redonda 03: Políticas e Estratégias de Prevenção do Suicídio, do

I Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio da ABEPS

realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, de 16 a 18 de junho de 2016.

Belo Horizonte, 18 de junho de 2016


Dr. Maurício Leão de Rezende
Presidente da AMP


Dr. Humberto Correa
Presidente da Comissão Científica

realização:



UFMG

apoio:



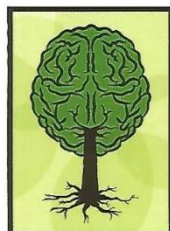
8.8.1 RESUMO ACEITO PARA A APRESENTAÇÃO ORAL (PALESTRA) REALIZADA NO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO

A importância das ações de atenção e prevenção na redução do número de óbitos por suicídio

*Andreia Cristina Vilas Boas (UFAC), Josiane Furtado da Rocha (HUERB – Sesacre),
Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti (UFAC)*

O Núcleo de Prevenção de Suicídio do Serviço de Psicologia do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) foi implantado em 2014 com o objetivo de realizar estudos, assistência e ações de prevenção devido à identificação de um crescente número de pacientes que entravam nesta unidade de saúde devido às tentativas de suicídio, assim como um crescente número de óbitos por suicídio verificados por meio de informações anuais do Instituto Médico Legal (IML) do município de Rio Branco, tendo havido 29 óbitos em 2012, 31 em 2013 e 37 em 2014. E mesmo diante do crescente aumento no número de suicídios, acredita-se que muitos desses óbitos poderiam ser evitados. Desta forma, para ampliar as ações de prevenção, foi criado um Plantão Psicológico no Núcleo de Prevenção do HUERB, para atender pessoas com histórico de tentativa, ideação, automutilação, depressão grave ou em situações de crise que poderiam indicar algum tipo de risco. E, após a criação do plantão psicológico, foi elaborado um folder, que foi distribuído internamente e em outras instituições, aumentando assim o alcance do serviço. Além disso, no segundo semestre, aderindo à Campanha do Setembro Amarelo, foram realizadas várias palestras de prevenção nas unidades de saúde e instituições de ensino, assim como ampla divulgação nos meios de comunicação para estimular o debate sobre os fatores de risco, de proteção, onde buscar ajuda e a importância das ações de prevenção e como resultado foram realizados um total de 538 atendimentos no ano de 2015. E, ao se verificar no IML o número de óbitos por suicídio referentes a 2015, foi possível constatar que houve uma queda de 13,5% em comparação ao ano de 2014, baixando de 37 para 32 óbitos. Embora seja cedo para afirmar que esta redução no número de suicídios aconteceu em decorrência das ações do Núcleo do HUERB, ela coincide exatamente com o período em que foram intensificadas as estratégias de atenção e prevenção no município de Rio Branco.

8.9 CERTIFICADO DA PÔSTER APRESENTADO NO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO



XVIII CONGRESSO MINEIRO DE **PSIQUIATRIA**

I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO DA ABEPS
IX SIMPÓSIO DE ESTIMULAÇÃO CEREBRAL DA ABECer
XII JORNADA SUDESTE DE PSIQUIATRIA
AMMG – Belo Horizonte, 16 a 18 de junho de 2016

Certificado

Certificamos que o trabalho

TENTATIVA DE SUICÍDIO OU ACIDENTE? UMA PROPOSTA DE UTILIZAÇÃO DO SISTEMA,

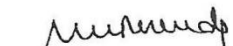
de autoria de ANDREIA CRISTINA VILAS BOAS, JOSIANE FURTADO DA ROCHA,
PROF. DR. DIONATAS ULISES DE OLIVEIRA MENEGUETTI,

foi apresentado em forma de pôster no

I Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio da ABEPS

realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, de 16 a 18 de junho de 2016.

Belo Horizonte, 18 de junho de 2016


Dr. Mauricio Leão de Rezende
Presidente da AMP


Dr. Humberto Correa
Presidente da Comissão Científica

realização:



apoio:



8.9.1 RESUMO ACEITO PARA A APRESENTAÇÃO DO PÔSTER NO I CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO




Tentativa de suicídio ou acidente? Uma proposta de utilização do sistema de banco de dados das unidades de saúde como ferramenta de identificação das tentativas de suicídio

Andreia Cristina Vilas Boas (UFAC), Josiane Furtado da Rocha (HUERB – Sesacre), Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti (UFAC)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o suicídio caracteriza-se por um ato intencional de um indivíduo de cessar a própria vida e uma das grandes dificuldades encontradas consiste justamente em determinar a intencionalidade do ato, tanto no suicídio consumado quanto nas tentativas, o que leva a um sub-registro e, conseqüentemente, à subnotificação, pois estas entradas acabam sendo registradas nas unidades de saúde ou nos institutos médicos legais como acidentais. Esta dificuldade foi constatada pelo Serviço de Psicologia do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB), a partir de 2012, quando teve início uma maior atenção às tentativas de suicídio atendidas na unidade, através da coleta de informações no sistema de banco de dados do hospital (HOSPUB) e também da realização de busca ativa nos leitos com os pacientes internados. Durante os anos de 2012 e 2013, foi possível constatar que havia uma significativa diferença entre os dados disponíveis no sistema e o quantitativo de casos registrados pelo Serviço de Psicologia. Na análise destas informações, verificou-se que muitas tentativas não apareciam no sistema por terem sido cadastradas dentre uma série de motivos diferentes, tais como intoxicações, suturas, quedas de altura, tendo sido identificadas apenas posteriormente através da busca ativa. Em 2014, com o objetivo de aumentar a identificação das tentativas de suicídio, foi solicitado ao responsável pela Tecnologia da Informação (T.I) que incluísse novos motivos de entrada no HOSPUB, duplicando os que poderiam fazer parte dessas entradas consideradas de risco com a inclusão do termo “tentativa de suicídio” logo após cada um, passando a constar, por exemplo, sutura e sutura/tentativa de suicídio. Esta simples alteração no sistema dobrou a identificação das tentativas de suicídio, minimizando o sub-registro e revelando-se como uma ferramenta fundamental para auxiliar as unidades de saúde no desenvolvimento das estratégias de cuidado e prevenção.

9. APÊNDICE

9.1 FICHA DE REGISTRO ELABORADA QUE PODERÁ SER UTILIZADA NOS ATENDIMENTOS DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO – PÁGINA 1/3

 <p>HUERB Hospital de Urgência Emergência de Rio Branco</p>	 <p>Governo do Estado do Acre Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB</p>	 <p>PSICOLOGIA</p>
REGISTROS DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO		
1 - Serviço/Enfermaria: _____		
<input type="checkbox"/> Comportamento de Risco: _____ <input type="checkbox"/> Enlutado: _____		
<input type="checkbox"/> Auto-mutilação	<input type="checkbox"/> Ideação	<input type="checkbox"/> Histórico de Tentativa(s) Anterior(es)
		<input type="checkbox"/> Tentativa Atual
<input type="checkbox"/> Consumado		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		Idade: _____
Profissão: _____		
Faixa Etária: <input type="checkbox"/> Infância (0/11) <input type="checkbox"/> Adoles (12/20) <input type="checkbox"/> Jovem Adulto (21/40) <input type="checkbox"/> Meia Idade (41/65) <input type="checkbox"/> 3ª Idade (+65)		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Ignorado		
Nome da mãe: _____		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/união estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Ignorado		
Cor/Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado		
Religião: <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Afros <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Sem religião <input type="checkbox"/> Ignorado		
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> 1º Grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º Grau completo <input type="checkbox"/> 2º Grau incompleto		
<input type="checkbox"/> 2º Grau completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado		
Endereço: _____		Bairro: _____
Município: _____	Telefone de contato: _____	
Naturalidade: _____	Reside: <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Outros:	
Familiar/pessoa de referência 1: _____	Telefones: _____	
Familiar/pessoa de referência 2: _____	Telefones: _____	
HISTÓRIADO EVENTO ATUAL		
I - Atendimento Iniciado no HUERB: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso negativo, pular para o item II)		
Setor de Atendimento no HUERB:		
<input type="checkbox"/> Consultório/Ambulatório	<input type="checkbox"/> Observação Adulto	<input type="checkbox"/> Clínica Médica Feminina
<input type="checkbox"/> Emergência Cirúrgica/Trauma	<input type="checkbox"/> Observação do Trauma	<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica A
<input type="checkbox"/> Emergência Clínica	<input type="checkbox"/> Plantão Psicológico	<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica B
<input type="checkbox"/> Emergência/Observação Pediátrica	<input type="checkbox"/> Leitos de Saúde Mental	<input type="checkbox"/> Sala de Gesso
<input type="checkbox"/> Unidade de Dor/Torácica	<input type="checkbox"/> Clínica Médica Masculina	<input type="checkbox"/> UTI
		<input type="checkbox"/> Outro: _____
Data de Entrada no HUERB:	Data de Saída do HUERB:	Motivo da Saída:
Hora: _____	Hora: _____	<input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Manhã (06:00 às 11:59)	<input type="checkbox"/> Manhã (06:00 às 11:59)	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Tarde (12: às 17:59)	<input type="checkbox"/> Tarde (12: às 17:59)	<input type="checkbox"/> Transferência
<input type="checkbox"/> Noite (18:00 às 23:59)	<input type="checkbox"/> Noite (18:00 às 23:59)	<input type="checkbox"/> Desistência
<input type="checkbox"/> Madrugada (24:00 às 05:59)	<input type="checkbox"/> Madrugada (24:00 às 05:59)	<input type="checkbox"/> Extraviado
Tempo de Permanência no HUERB: _____		<input type="checkbox"/> Evasão
Motivo de Atendimento registrado no HOS PUB: _____		<input type="checkbox"/> Óbito
II - Atendimento de Outra Unidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> UPA: _____ <input type="checkbox"/> Contato pessoal/via telefone (conhecido)		
<input type="checkbox"/> URAP: _____ <input type="checkbox"/> Clínica/Consultório Particular		
<input type="checkbox"/> UBS: _____ <input type="checkbox"/> Instituição de Ensino: _____		
<input type="checkbox"/> CAPS: _____ <input type="checkbox"/> Município: _____		
<input type="checkbox"/> USF: _____ <input type="checkbox"/> IML: <input type="checkbox"/> Rio Branco <input type="checkbox"/> Cruzeiro do Sul		
<input type="checkbox"/> CRAS/CREAS: _____ Outra: _____		
Data do Atendimento: _____	Hora: _____	Data do Encaminhamento p/ HUERB: _____




9.1 FICHA DE REGISTRO ELABORADA QUE PODERÁ SER UTILIZADA NOS ATENDIMENTOS DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO – PÁGINA 2/3

III - Data do Agravo Atual (que levou ao atendimento): <input type="checkbox"/> Não se aplica		Hora: <input type="checkbox"/> Ignorado
Dia da semana: <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo		
Data Comemorativa importante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica Qual?		
Local do Evento: <input type="checkbox"/> Residência do paciente <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Outro:		
Método: <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Enforcamento		
<input type="checkbox"/> Fogo/Fumaça	<input type="checkbox"/> Gás cozinha	<input type="checkbox"/> Pesticida (chumbinho, DDT, etc):
<input type="checkbox"/> Impacto de veículo	<input type="checkbox"/> Objeto cortante:	<input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado:
Medicamentos:		Como obteve acesso ao medicamento?
<input type="checkbox"/> Analgésico	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Pertencia ao próprio paciente
<input type="checkbox"/> Ansiolítico	<input type="checkbox"/> Diversos não especificados	<input type="checkbox"/> Pertencia a familiares
<input type="checkbox"/> Anticonvulsante	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Pertencia a amigos
<input type="checkbox"/> Antidepressivo	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Comprou para este fim (suicídio)
<input type="checkbox"/> Estabilizante de humor		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica
No momento do agravo, o paciente estava sob efeito de:		
Álcool <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Droga ilícita <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Medicamento <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Intencionalidade atribuída pelo paciente: <input type="checkbox"/> Sem intenção <input type="checkbox"/> Intenção de suicídio <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Houve planejamento prévio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Comunicou alguém sobre a intenção de TS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Quem?		
Solicitou ajuda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Quem o(a) socorreu? <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmã(o) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(s) <input type="checkbox"/> Outro familiar <input type="checkbox"/> Amigo(s)		
<input type="checkbox"/> Vizinho(s) <input type="checkbox"/> Colega de Trabalho <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Veio com o SAMU? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Principal desencadeador alegado:		
Quando foi a última consulta/atendimento do paciente com um profissional de saúde (qualquer que tenha sido o motivo da consulta), antes desse agravo? _____ dias/ semanas/meses atrás. <input type="checkbox"/> Ignorado.		
Natureza da consulta (médico, psicólogo, etc.):		<input type="checkbox"/> Ignorado.
Motivo da consulta:		<input type="checkbox"/> Ignorado.

FATORES DE RISCO

Marque quantos existirem:		Caso não tenha estas informações, coloque como Ignorado.
A) Vivências Potencializadoras:		
<input type="checkbox"/> Conflito familiar/conjugal	<input type="checkbox"/> Doença crônica/limitante/incapacitante	
<input type="checkbox"/> Violência doméstica	<input type="checkbox"/> Desemprego/Aposentadoria	
<input type="checkbox"/> Conflito/problema sexual	<input type="checkbox"/> Problema financeiro	
<input type="checkbox"/> Abuso sexual	<input type="checkbox"/> Separação amorosa (casamento, namoro)	
<input type="checkbox"/> Agressão física	<input type="checkbox"/> Viuvez/Luto	
<input type="checkbox"/> Conflito no ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> Mudança recente de residência	
<input type="checkbox"/> Conflito no ambiente educacional/Bullying	<input type="checkbox"/> Mudança recente de emprego	
<input type="checkbox"/> Automutilação	<input type="checkbox"/> Facilidade de acesso aos meios	
<input type="checkbox"/> Isolamento social/Solidão	<input type="checkbox"/> Outra: _____	
<input type="checkbox"/> Desesperança/Desespero	<input type="checkbox"/> Ignorado	
B) História de tentativas anteriores: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Data da primeira tentativa: / /		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica
Método:		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica
Idade da primeira tentativa: <input type="checkbox"/> Infância (0/11) <input type="checkbox"/> Adolescência (12/20) <input type="checkbox"/> Jovem Adulto (21/40) <input type="checkbox"/> Meia Idade (41/65)		
<input type="checkbox"/> 3ª Idade (+65) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Data de início da ideiação: <input type="checkbox"/> Infância (0/11) <input type="checkbox"/> Adolescência (12/20) <input type="checkbox"/> Jovem Adulto (21/40) <input type="checkbox"/> Meia Idade (41/65)		
<input type="checkbox"/> 3ª Idade (+65) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
C) Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
Em caso afirmativo, qual? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outra: _____		
D) Possui algum tipo de transtorno mental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
Quando houver, especifique o Transtorno Mental: <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Síndrome do Pânico <input type="checkbox"/>		
Transtorno de Ansiedade <input type="checkbox"/> Transtorno Bipolar <input type="checkbox"/> Outro:		

9.1 FICHA DE REGISTRO ELABORADA QUE PODERÁ SER UTILIZADA NOS ATENDIMENTOS DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO – PÁGINA 3/3

 HUERB Hospital de Urgência Emergência de Rio Branco	 Governo do Estado do Acre Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – HUERB	 PSICOLOGIA
E) História de internação psiquiátrica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Quantas?		
Motivo:		
Data da última internação: / / <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
F) Faz uso de psicofármacos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Quais?		
Quem prescreve? <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Outro:		
G) Possui algum problema de saúde crônico ou incapacitante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Qual?		
Faz acompanhamento de rotina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
H) Atualmente faz acompanhamento com psicólogo(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Nome do profissional:		Telefone:
I) Atualmente faz acompanhamento com psiquiatra? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Nome do profissional:		Telefone:
J) Dependente de droga ilícita <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
K) Dependente de álcool. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
L) História de TS na família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Grau de parentesco:		
M) História de suicídio na família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Grau de parentesco:		
SÍNTESE DA AVALIAÇÃO		
Presença de pensamentos de morte: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Mantém ideação suicida: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica		
Relata ter plano concreto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica Qual?		
CONDUTA:		
<input type="checkbox"/> Em atendimento <input type="checkbox"/> Atendido e Encaminhado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Não se aplica		
<input type="checkbox"/> Outra:		
<input type="checkbox"/> Acompanhamento psicológico durante o período de internação.		
<input type="checkbox"/> Acompanhamento familiar durante o período de internação.		
ENCAMINHAMENTOS:		
<input type="checkbox"/> Avaliação Psiquiátrica: <input type="checkbox"/> LSM <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> Outro: _____		
<input type="checkbox"/> Psicoterapia - Local: _____		
<input type="checkbox"/> Serviço Social do HUERB.		
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
Realizado orientações (vigilância permanente e restrição do acesso a medicamentos ou meios letais) para o(s) seguinte(s) familiar(es):		
Realizado contato telefônico com:	Data: / /	
Realizado contato telefônico com:	Data: / /	
Notificação na Ficha do Sinan e entrega à Coordenação da Vigilância do Município em: / /		
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:		
DATA	NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL COM CARIMBO	Nº CONSELHO