



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA**

NEILA TEIXEIRA DE MACEDO

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO NO ESTADO DE RORAIMA -RR

Boa Vista, RR

2018

NEILA TEIXEIRA DE MACEDO

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO NO ESTADO DE RORAIMA-RR

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na Linha de Pesquisa Saúde Educação e Meio Ambiente

Orientador: Dr. Calvino Camargo

Boa Vista, RR

2018

NEILA TEIXEIRA DE MACEDO

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO NO ESTADO DE RORAIMA-RR

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na Linha de Pesquisa Saúde Educação e Meio Ambiente, Defendida em 28 de Junho de 2018 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Calvino Camargo
Orientador/PROCISA-UFRR

Prof. Dr. Antônio Carlos Sansevero Martins.

Prof. Dr. Alexander Sibajev

Boa Vista, RR

2018

DEDICATÓRIA

Dedico este meu trabalho a minha mãe Valdelice, pelo amor, dedicação e esforço, e ao meu querido esposo Érico, que sempre esteve comigo, me incentivando e dando forças para prosseguir nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTO

A Deus, por iluminar o meu caminho e me dar força e perseverança;

Ào meu esposo por estar sempre ao meu lado me apoiando.

Ao **meu orientador** pelos ensinamentos valiosos, a orientação e a dedicação e por mostrar que com garra somos capazes de lutar pelo que queremos.

À Universidade Federal de Roraima/UFRR, pela oportunidade;

Aos meus amigos de curso que sempre estiveram do meu lado, obrigada por tudo!

Em especial aos **gestores e profissionais** das unidades onde realizei minha pesquisa, (Adrinelle, Roberta e Mary, pelo consentimento e apoio para realização desta pesquisa.

“O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou no caminho” (Abraham Lincoln).

RESUMO

Descrever o perfil das tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio no estado de Roraima, entre os anos de 2014 e 2016. Estudo epidemiológico de natureza documental, quantitativa e exploratória, os dados das tentativas de suicídio foram obtidos nos setores da UVE do Hospital Geral de Roraima, através do SINANNETHGR, e no município de Boa Vista no CGDT/ DVE/ SVS/BV, enquanto aqueles referentes à mortalidade por suicídio foram coletados por meio do sistema de estatística do Instituto Médico Legal (IML), no período de agosto de 2017 a janeiro de 2018, A análise foi feita por meio de estatística descritiva. Nas tentativas de suicídio, com dados do HGR, a maior frequência foi na faixa etária de 20 a 34 anos, entre indivíduos do sexo feminino, e utilizando-se como meio o envenenamento com 74,76%, 67,74% e 72,62% nos anos de 2014, 2015 e 2016 consecutivamente. Em relação ao suicídio, a taxa média de mortalidade foi de 8,04/100.000 habitantes, com maior frequência entre adultos jovens de 20 a 34 anos, do sexo masculino que corresponde a 57,14% em 2014, 47,91% em 2015 e 51,51% em 2016, por meio de enforcamento 85,71% em 2014, 95,83% em 2015 e 93,02% em 2016. Traçando um perfil dos casos temos que o indivíduo que tenta cometer suicídio em sua maioria é do sexo feminino, tem entre 20-34 anos de idade, possui nível médio completo, mora em boa vista, é pardo, e tenta cometer suicídio nos meses de maio e dezembro e utilizou o envenenamento como meio de tentativa. Já em relação ao suicídio consumado, o perfil do indivíduo mostra-se como sendo do sexo masculino, tem entre 20-34 anos de idade, é pardo e utilizou o enforcamento como meio para consumir o ato. O estado está entre os cinco estados brasileiros com maiores taxas de suicídio. Houve diferenciação entre as características do perfil das tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio, especialmente segundo o sexo, faixa etária e meios utilizados.

Palavras –Chave: Tentativa de suicídio, Perfil Sociodemográfico, Suicídio.

ABSTRACT

To describe the profile of suicide attempts and suicide mortality in the state of Roraima between 2014 and 2016. An epidemiological study of a documental, quantitative and exploratory nature, the data of the suicide attempts were obtained in the sectors of the UVE of the General Hospital of Roraima, through SINANNETHGR, and in the municipality of Boa Vista in CGDT / DVE / SVS / BV, while those referring to suicide mortality were collected through the Statistical System of the Medical Legal Institute (IML), in the period of August 2017 to January 2018. The analysis was made through descriptive statistics. In the suicide attempts, with HGR data, the highest frequency was in the age group of 20 to 34 years, among females, and using poisoning with 74.76%, 67.74% and 72, 62% in the years 2014, 2015 and 2016 consecutively. In relation to suicide, the average mortality rate was 8.04 / 100,000 inhabitants, with the highest frequency among young adults aged 20 to 34 years, males corresponding to 57.14% in 2014, 47.91% in 2015 and 51.51% in 2016, by means of hanging 85.71% in 2014, 95.83% in 2015 and 93.02% in 2016. Charting a profile of the cases we have that the individual who tries to commit suicide is mostly is 20-34 years old, has a high school diploma, lives in good condition, is brown, and tries to commit suicide in the months of May and December and uses poisoning as a means of trying. In relation to the consummate suicide, the profile of the individual is shown to be male, is between 20-34 years of age, is brown and used the hanging as a means to consummate the act. The state is among the five Brazilian states with the highest rates of suicide. There was a differentiation between the profile characteristics of suicide attempts and suicide mortality, especially according to gender, age group and means used.

Palabras -Chave: Attempted suicide, Sociodemographic Profile, Suicide.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de mortalidade no mundo por suicídio.....	18
---	----

LISTA DE TABELA

Tabela 1-Taxa de Suicídio para cada 100 mil habitantes e o Ranking de Suicídio no Estado de Roraima, nos anos de 1999 a 2013.	22
Tabela 2 - Principais fatores de risco associados ao comportamento Suicida.	25
Tabela 3 - Características de personalidade	31
Tabela 4 - Fatores de proteção.....	33
Tabela 5 - Frequência por Tentativa de Suicídio, por ano pesquisado	53
Tabela 6 - Frequência por Tentativa de Suicídio, segundo Mês da Notificação.....	53
Tabela 7 - Frequência por Lesão auto provocada segundo faixa etária	54
Tabela 8 - Frequência por Tentativa de Suicídio segundo a escolaridade.....	55
Tabela 9 - Frequência por Tentativa de Suicídio segundo a raça.	56
Tabela 10 - Frequência por Tentativa de Suicídio segundo sexo.	57
Tabela 11 - Frequência por Tentativa de Suicídio segundo Tipo de lesão.	58
Tabela 12 - Frequência por ano da notificação segundo município de residência. ...	58
Tabela 13 - Casos de Tentativa de Suicídio, segundo ano da notificação e sexo da vítima, de residentes em Boa Vista, nos anos de 2014, 2015 e 2016	59
Tabela 14 - Taxa de Tentativa de Suicídio no município de Boa Vista para cada 100 mil habitantes.	60
Tabela 15 - casos de Tentativa de Suicídio segundo o ano da notificação e idade da vítima, de residentes em Boa Vista no período de 2014 a 2016	60
Tabela 16 - casos de Tentativa de Suicídio segundo ano da notificação e raça, de residentes em boa vista no período de 2014 a 2016.....	61
Tabela 17 - casos de Tentativa de Suicídio segundo ano da notificação e escolaridade de residentes em boa vista no período de 2014 a 2016	62
Tabela 18 - casos de Tentativa de Suicídio segundo tipo de violência de residentes em boa vista no período de 2014 a 2016	62
Tabela 19 - Reincidência de tentativa de suicídio.....	63
Tabela 20 - Casos de tentativa de suicídio analisada por faixa etária SEMSA e HGR	65
Tabela 21 - Taxa de Suicídio no estado de Roraima para cada 100 mil habitantes...	66
Tabela 22 - Frequência de suicídio e a taxa segundo sexo.....	67
Tabela 23 - Distribuição da frequência de suicídio segundo faixa etária	68
Tabela 24 - Frequência de suicídio segundo raça	68
Tabela 25 - Frequência de suicídio segundo tipo de violência	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AMB - Associação Médica Brasileira

AME - Ambulatórios Médicos Especializados

CAISM - Centro de Atenção Integral em Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CVV - Centro de Valorização da Vida

CFM - Conselho Federal de Medicina

DATASUS – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DO – Declaração de Óbito

FENAM - Federação Nacional dos Médicos

HGR – Hospital Geral de Roraima

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML – Instituto Médico Legal

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

(PNH) - Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção

PSF – Programa de Saúde da Família

PROCISA- Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RAPS - Rede De Atenção Psicossocial

RUE - Rede de Urgência e Emergência

RR - Roraima

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAU – Secretária Estadual de Saúde do Estado de Roraima

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TBP - Transtorno Bipolar

TMP – Taxa de Mortalidade por Suicídio

TP – Transtorno de Personalidade

UABS – Unidades de Atenção Básica de Saúde

UFRR – Universidade Federal de Roraima

UP-HG – Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

HGR – Hospital Geral de Roraima

HCSA – Hospital da Criança Santo Antônio

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. JUSTIFICATIVA	16
4. REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1. O SUICÍDIO	17
4.1.1 Suicídio em Roraima	21
4.1.2 Fatores de Risco	23
4.1.1.1 Depressão	26
4.1.1.2 Transtorno de Humor Bipolar	27
4.1.1.3 Esquizofrenia	28
4.1.1.4 Álcool e Outras Drogas	29
4.1.1.5. Transtorno de Personalidade	31
4.1.5 Fatores de Proteção	32
4.1.6 Vulnerabilidade no Contexto do Suicídio	34
4.2. O SUICÍDIO E A COMPETÊNCIA DAS REDES DE SAÚDE	36
4.1 Rede de Atenção Psicossocial	38
4.2. O que Compete a Cada Nível de Intervenção	39
4.2.1 Nível de Intervenção Primária	39
4.2.2 Nível de Intervenção Secundária e terciária	41
4.9 LINHAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DO SUICÍDIO	43
4.5 MODELO BIOMÉDICO E MODELO PSICOSSOCIAL	44
4.7 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO	45
4.8 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO	47
5. MATERIAIS E MÉTODOS	49
5.1. NATUREZA E DESENHO DA PESQUISA	49
5.2. FONTES DE COLETA DE DADOS PARA O ESTUDO	50
5.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	50
5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	51
5.7 ANÁLISE DE DADOS	51
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
6.1. Tentativa de Suicídio	52
6.1.1. Porta de Entrada: Hospital Geral de Roraima (HGR)	52
6.1.2. Tentativas de Suicídio de Residentes na Capital do Estado Boa Vista - RR, porta de Entrada HGR, Cosme e Silva e Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA)	58
6.1.3. Tentativas de Suicídio do SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV e SINAN/NET/HGR.	64
6.2. Suicídio Propriamente dito no Estado de Roraima	65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73

1. INTRODUÇÃO

Os casos de suicídio crescem significativamente e neste contexto vem sendo considerado uma das principais causas de morte no mundo. Barbosa et al. (2011) definem suicídio (do latim sui, "próprio", e caedere, "matar") é o ato intencional de matar a si mesmo. O suicídio resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (OMS, 2000).

Um relatório divulgado pela OMS (2006) considera o suicídio como “um grande problema de saúde pública” mostrando que o tema não é tratado e prevenido de forma eficaz.

A cada ano mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo, sendo considerado a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos, representando uma taxa de suicídio global padronizada por idade de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres), (OMS, 2014).

A OMS (2014), também apontou o Brasil como o oitavo país em número de suicídios, em 2012, foram registradas 11.821 mortes, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes.

O Brasil apresenta em média 24 suicídios por dia, contudo esse número deve ser 20% maior, já que muitos casos não chegam ser registrados (ABP, 2014).

Embora a subnotificação não seja o objetivo do presente estudo, salienta-se a importância da precisão na classificação da causa do óbito, pois a prevenção e o controle mais eficaz do suicídio também depende disso, segundo o IBGE (2010) cerca 15,6% dos óbitos no Brasil não são registrados, e os que são registrados 10% são denominados como “causa externa do tipo ignorado”, deste modo, é improvável identificar se estes 10% foram por acidente, homicídio ou suicídio.

Inicialmente o interesse pelo estudo do suicídio no estado de Roraima surgiu pelo fato do suicídio ser assuntos constantes nos principais jornais do estado, noticiando o número de casos crescentes, e colocando constantemente Roraima entre os estados brasileiros com as maiores taxas de suicídio, e muitas vezes ocupando as primeiras colocações no ranking.

Os fatores psiquiátricos e os psicológicos de risco mais comuns para o suicídio são: depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar, esquizofrenia, ansiedade e transtornos de personalidade, alcoolismo, desesperança, solidão e comorbidades. Doenças depressivas em sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica constituem o mais relevante fator de risco reconhecido pelos especialistas (BRASIL, 2014).

Abreu et. al (2010) considera que diversos são os fatores de risco para o suicídio , pois o suicídio nao tem seus mecanismos bem esclarecidos.

Um fator importante que nos chama a atenção é que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), nove em cada dez casos poderiam ser evitados se fosse prestado atenção aos primeiros sinais emitidos pelo suicida.

É plausível uma discussão a respeito das características das intervenções nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, bem como as redes de atenção e seus modelos aplicados (biomédico e modelo biopsicossocial), uma vez que o atendimento em todos os níveis de atenção configura-se como um importante instrumento de prevenção, atenção e promoção a saúde, cabendo-lhe assistir o indivíduo em sua integralidade e de forma humanizada com ações que visem suas necessidades biopsicossocial.

Neste contexto destaca-se a importância dos profissionais de saúde aprofundarem seus conhecimentos sobre os fatores de risco para o comportamento suicida, seus fatores de proteção, bem como suas vulnerabilidades, de forma a exercer sua prática de modo mais efetivo, atuando preventivamente. Cabe ressaltar que existe uma vasta literatura sobre os fatores de risco, porém, necessitam de mais estudos os fatores de proteção.

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) apresentou a estratégia Nacional para Prevenção ao Suicídio através da portaria GM nº 1.876, com a intenção de diminuir as taxas de suicídios e tentativas nos diferentes níveis de atenção, na qual se destacam propostas de organizar linhas de cuidados integrais, uma rede de intervenções nos casos de tentativas de suicídio e promover a educação permanente dos profissionais.

Assim sendo, espera-se, com esse trabalho, contribuir para demonstrar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que contribuam com a promoção de saúde mental e prevenção do suicídio, possibilitando a promoção de serviços de apoio a pessoas afetadas por esse tipo de ocorrência, inclusive com a verificação da eficácia do modelo assistencial que vem sendo implantado e executado no Estado de Roraima nos moldes da portaria GM nº 1.876, visto que a tentativa de suicídio é considerado de notificação imediata no âmbito municipal, e deve seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS, conforme a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014

Portanto, a prevenção do comportamento suicida configura-se como um grande desafio para o poder público e para toda a sociedade, por se tratar de um desafio social, econômico e político.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar os casos de suicídio no Estado de Roraima – RR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico do suicídio no Estado de Roraima, bem como dos tentadores de suicídio no município de Boa Vista, e no hospital geral de Roraima, em um período de três anos, (2014, 2015 e 2016);
- Estabelecer as características dos eventos de suicídio, bem como daqueles em sua forma tentada, e sua relação com os sexos.

3. JUSTIFICATIVA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015), aproximadamente 800 mil pessoas se suicidam por ano no mundo, o que significa uma morte a cada 40 segundos, com uma taxa de 10,7 mortes por 100 mil.

A cada 3 segundos uma pessoa faz uma tentativa de suicídio (BRASIL, 2017),

e segundo (BOTEGA 2014, CFM 2014, VIDAL t al. 2013, OMS 2000) a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização.

Nesta ótica, a tentativa de suicídio configura-se como um fator de risco, assim sendo, o tratamento de pessoas reincidentes, torna-se essencial como política de prevenção ao suicídio.

Diante das evidências da literatura, torna-se imprescindível mais estudos sobre suicídios, bem como as tentativas de suicídio no estado, visto que Roraima se apresenta entre os estados com as maiores taxas de suicídio no Brasil.

A importância científica desse trabalho se dá pelos estudos em relação a prevenção do suicídio, como dito anteriormente se trata de um grave problema de saúde pública (OMS, 2006), onde medidas preventivas apresentam impacto positivo.

Além de servir como parâmetro para novas pesquisas, contribui para expressar as estatísticas sobre o suicídio no estado de Roraima.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Este referencial teórico nos traz o conceito de suicídio, e a caracterização dos casos de suicídio no Estado de Roraima, bem como a caracterização dos casos de tentativas de suicídio no estado de Roraima.

O referencial teórico desta pesquisa aborda conceitos e temáticas diferenciados, mas complementares, exemplificando claramente a proposta interdisciplinar do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde.

4.1. O SUICÍDIO

Em 2014 a OMS publicou seu primeiro relatório global sobre o suicídio no mundo, mostrou que mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, implicando uma morte a cada 40 segundos, apontou que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre as pessoas entre 15 e 29 anos de idade, o país com o maior a maior taxa de suicídios é a Guiana, com 44 suicídios a cada 100 mil hab., a Coreia do Norte vem logo em segundo, com 38,5 casos para cada 100 mil hab. (OMS, 2014).

Em termos proporcionais, em todo o mundo e em números absolutos, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. (VIDAL et al., 2013)

O relatório da OMS (2014), também apontou que a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil aumentou por 100 mil habitantes, sendo que neste estudo foi constatado uma taxa média de (5,8 casos em cada 100 mil habitantes), ou seja, 11.821 mil pessoas tiraram a própria vida, sendo que mais de 9.000 desses casos eram homens, no entanto apesar de ser um número grandioso, se considerarmos o tamanho populacional de nosso país, notaremos que essa taxa corresponde à metade da média mundial que é de (11,4 a cada 100 mil pessoas), assim sendo, o Brasil encontra-se na 112ª posição nessa lista da OMS em taxas de suicídio.

Os dados continuam a impressionar, 32 pessoas se suicidam por dia, e o suicídio foi apontado como a quarta maior causa de mortes entre jovens de 15 a 29 anos, o país ocupa a oitava posição no ranking de suicídios do planeta (OMS, 2014),

Vejam os ranking dos países com os maiores índices de suicídio, segundo o relatório (OMS, 2014): 1º – Índia (258.075 suicídios), 2º – China (120.730), 3º – Estados Unidos (43.361), 4º – Rússia (31.997), 5º – Japão (29.442), 6º – Coreia do Sul (17.908), 7º – Paquistão (13.377), 8º – Brasil (11.821), 9º – Alemanha (10.745), 10º – Bangladesh(10.167).

Figura 1. Taxa de mortalidade no mundo por suicídio

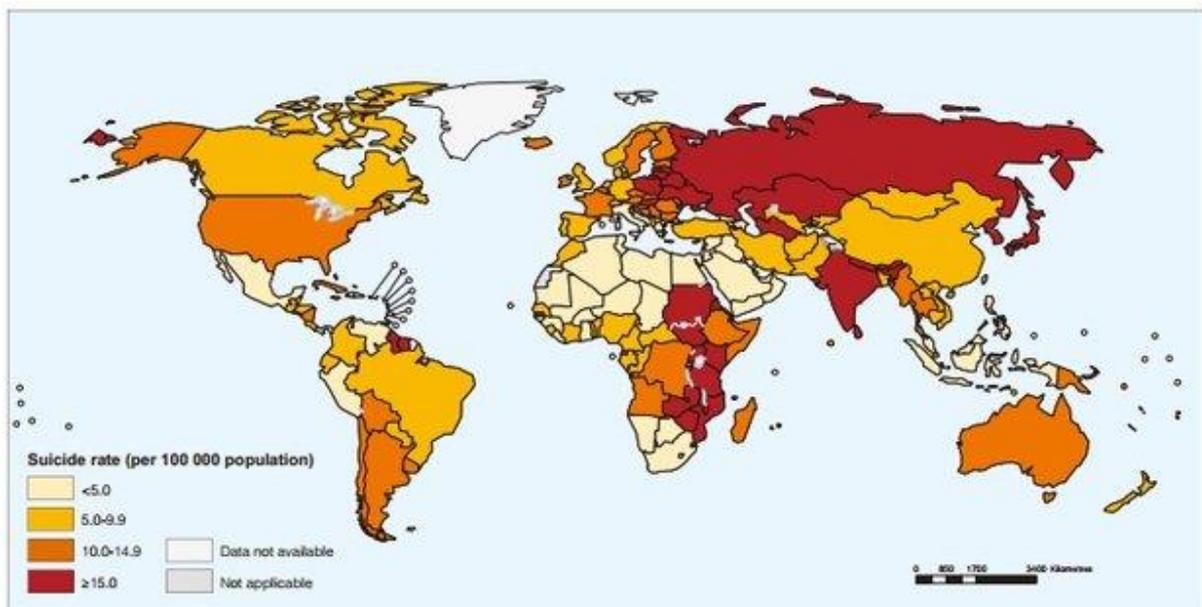


Foto: Reprodução/OMS (2014)

É notório que o comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos e, principalmente, de impacto, como podemos observar pelos dados do Sistema Nacional de Informação (SINAM) e Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM), através do boletim epidemiológico (BRASIL, 2017).

Em 2017 o governo brasileiro também realizou seu primeiro boletim epidemiológico sobre o suicídio no Brasil (BRASIL, 2017), no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015, o risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.)

O boletim também apontou que entre os anos de 2011 e 2016, foram notificadas 176.226 lesões autoprovocadas; 27,4% delas, ou seja, 48.204, foram tentativas de suicídio, e elas seguem aumentando (BRASIL, 2017).

Em relação as tentativas de suicídio, segundo o Boletim epidemiológico (BRASIL, 2017) foram notificados no SINAM 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas, desse total, 176.226 (15,0%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada, sendo 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) casos em homens e considerando somente a ocorrência de lesão autoprovocada, identificaram-se 48.204 (27,4%) casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens, no período de 2011 a 2016 (BRASIL, 2017).

Em 2014, o governo brasileiro ao reconhecer a temática do suicido como um problema de saúde pública, lançou a campanha de conscientização setembro amarelo, pois como dito anteriormente, segundo dados do Ministério da Saúde, o país é o oitavo colocado no ranking da OMS, com 31.507 casos de suicídio registrados entre os anos de 2002 a 2014 (BRASIL, 2017).

A campanha Setembro Amarelo é de extrema importância pois estima-se que nove em cada dez casos poderiam ser prevenidos com estratégias adequadas, uma vez que quase todas as pessoas que cometem suicídio dão algum tipo de sinal antes de tirar a própria vida.

Vários órgãos e entidades públicas engajam-se em divulgar as formas de prevenção, sendo uma campanha organizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em conjunto com o Centro de Valorização da Vida (CVV), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Conselho Federal de Medicina (CFM, 2014).

O suicídio vem a ser uma espécie de tentativa de resolução dos problemas, de algo que está causando sofrimento, levando o suicida a revelar sinais de angústia pelo fato de ter suas necessidades não satisfeitas, não podendo ser considerado como um ato isolado ou casual e sem finalidade (KAPLAN et al., 2002).

Para Durkheim (1983), um fato social se torna patológico quando atinge grandes dimensões e ameaçam a sociedade, aparentemente, o suicídio tem todos os atributos de um ato individual, entretanto, demonstra que se trata de um fenômeno social. Em todo o mundo e em números absolutos, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. (VIDAL et al., 2013)

Vieira e Coutinho (2008) classificam o comportamento suicida, em três categorias: Ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado.

Para Abreu et al. (2010) existem diversos fatores de risco para o suicídio que por sua vez necessitam de compreensão pois envolvem complexidade no âmbito social e de comportamento. Exemplo disso podemos citar o modelo biomédico, que entende o comportamento suicida como consequência de um transtorno psiquiátrico e com causas apenas biológicas.

Abreu et al. (2010) descreve sobre a necessidade de organização de trabalho em equipe, para favorecer um atendimento interdisciplinar, requerendo intervenções técnicas e interação entre os profissionais, para que os planos de ações sejam colocados em prática de forma coordenada.

Uma importante ferramenta para ajudar na estruturação da avaliação de risco de suicídio é caracterizar os pacientes nos aspectos sociodemográficos e clínicos ao darem entrada nos hospitais de emergência, para tratamento dos pacientes suicidas após alta médica, bem como a prevenção de novas tentativas.

4.1.1 Suicídio em Roraima

O estado de Roraima, é considerado o menos populoso da federação e o mais setentrional da região norte, e tem como limites a Venezuela ao norte e noroeste, Guiana a leste, Pará a sudeste e Amazonas a sudeste e oeste, com 514.229 habitantes, distribuídos em 15 municípios, porém aproximadamente 64% da população do estado está concentrada na capital, Boa Vista. Em relação ao tema do suicídio, Roraima está entre os cinco estados brasileiros com as maiores taxas de suicídio no Brasil.

Conforme estudo realizado por Waisenfisz (2014) entre os anos de 2002 a 2012, os estados com as maiores taxas de suicídio na população em geral foram, o Rio Grande do Sul (10,9/100.000 habitantes), Santa Catarina (8,6/100.000 habitantes), Mato Grosso do Sul (8,4/100.000 habitantes), Roraima (8,1/100.000 habitantes) e Piauí (7,4/100.000 habitantes), já na população jovem Roraima apresenta os maiores índices, com taxa (12,9/100.000 habitantes), seguida por Mato Grosso do Sul (12,1/100.000 habitantes), Acre (10,4/100.000 habitantes) e Tocantins (9,1/100.000 habitantes), o autor também aponta que entre os jovens, Boa Vista e Teresina lideram o ordenamento das capitais, com 11,8 e 10,4 suicídios por 100 mil jovens.

De acordo com Botega (2014) no ano de 2007 o estado de Roraima figurou em primeiro lugar no ranking de suicídio, onde as taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas foram observadas em Roraima (10,4), seguido de Rio Grande do Sul (9,9), Mato Grosso do Sul (8,1) e Santa Catarina (7,5).

Fundado em 2013, o site deepAsk centraliza dados, e torna os acessíveis para pesquisa, composto por uma equipe de engenheiros e analistas em Ciências da Computação, o site realizou uma série histórica com ranking de suicídios de todos os estados brasileiros, nos anos de 1999 a 2013, o levantamento foi elaborado a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Para identificação das mortes por suicídio foram levantados os óbitos por causas externas, registrados segundo o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças-10) como Lesões autoprovocadas voluntariamente (categorias X60-X84). Para cálculo do número de suicidas per capita, pela população brasileira, foram utilizadas as estimativas intercensitárias disponibilizadas pelo DATASUS que, por sua vez, utiliza fontes do IBGE. Conforme a tabela 1:

Tabela 1-Taxa de Suicídio para cada 100 mil habitantes e o Ranking de Suicídio no Estado de Roraima, nos anos de 1999 a 2013.

Ano da Notific	Suicídio	Taxa	RANKING
1999	27	10.12	2º
2000	22	6.78	4º
2001	17	5.04	10º
2002	19	5.48	9º
2003	20	5.60	9
2004	27	7.07	4º
2005	27	6.90	4º
2006	34	8.43	3º
2007	43	10.35	1º
2008	31	7.51	4º
2009	32	7.59	4º
2010	34	7.55	4º
2011	34	7.39	5º
2012	38	8.43	4º
2013	33	6.76	5º

Fonte: Deepask

Roraima durante toda a pesquisa figurou-se entre os dez estados com os maiores índices de suicídio, ficando algumas vezes em primeiro lugar no ranking.

Os dados coletados nas diversas referências analisadas revelam a prevalência do suicídio no estado de Roraima ao longo dos anos, demonstrando a necessidade de estudo para compreender a complexidade desse fenômeno no estado, bem como para evitar que vidas sejam ceifadas.

A necessidade de se discutir e alertar sobre a importância de ações preventivas, sobre a temática suicídio, na semana que compreende o dia 10 de setembro – Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, estabelecido pela OMS, fez com que Roraima incluísse no calendário Oficial do Estado, a Semana Estadual de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio, onde todos os anos, serão desenvolvidas uma série de ações educativas e de sensibilização em escolas, órgãos públicos e na iniciativa privada, através do Projeto de Lei nº 015/16 com as diretrizes que deverão orientar tal plano. Dentre os principais objetivos a serem alcançados destacam – se:

1º A Semana Estadual de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio tem por finalidade a reflexão e sensibilização em relação à temática, considerando que o estado de Roraima ocupa a segunda posição nacional nos índices de suicídio, com um total de 15 ocorrências registradas em 2015.

2º A Semana servirá como um espaço de reflexão, avaliação, encaminhamento e discussão com a sociedade, a partir de ações específicas promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria de Educação e Desporto, como também por meio de parcerias com organizações não governamentais, movimentos sociais, eclesiais e populares, que desenvolvam atividades de prevenção ao suicídio e de valorização da vida.

4.1.2 Fatores de Risco

A Organização Mundial de Saúde (2006) considera que os suicídios derivam de uma complexa relação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais, e ambientais.

Conforme Bertolote et al. (2000), de maneira geral, o comportamento suicida usa parâmetros de natureza sociodemográfica e de natureza clínica; existem também fatores genéticos (ainda sob estudo), que podem ser presumidas a partir da história familiar do indivíduo, pois de acordo com seu estudo o parentesco de primeiro grau assim como o histórico de doença de natureza psiquiatria, é um risco aumentado para o comportamento suicida.

A impossibilidade do indivíduo de perceber alternativas viáveis para a solução de conflitos, optando pela morte como uma forma de fuga esta constantemente associado ao comportamento suicida (BARBOSA et al., 2011)

Para a OMS (2000, p. 12), três características em particular são próprias do estado das mentes suicidas:

1. Ambivalência: A maioria das pessoas já teve sentimentos confusos de cometer suicídio. O desejo de viver e o desejo de morrer batalham numa gangorra nos indivíduos suicidas. Há uma urgência de sair da dor de viver e um desejo de viver. Muitas pessoas suicidas não querem realmente morrer – é somente porque elas estão infelizes com a vida. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumenta e o risco de suicídio diminui.
2. Impulsividade: Suicídio é também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso para cometer suicídio é transitório e dura alguns minutos ou horas. É usualmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o desejo suicida.

3. Rigidez: Quando pessoas são suicidas, seus pensamentos, sentimentos e ações estão constrictos, quer dizer: elas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Elas pensam rígida e drasticamente.

Como citado, a maioria das pessoas sob risco de suicídio apresentam as três características acima, pois o perfil do comportamento do suicida é muito complexo, o ato suicida resulta de muitos fatores (OMS, 2006), e pode acontecer tanto de maneira paulatina, quanto inesperada, devido à dubiedade entre querer viver e querer morrer no suicida em potencial.

São considerados fatores de risco para o suicídio os transtornos mentais; sociodemográficos; psicológicos; condições clínicas incapacitantes. Como citado anteriormente mais de 90% dos casos de suicídio ou tentativa de suicídio estão relacionados com transtornos mentais e (BRASIL, 2006) e (ABP, 2014) é categórica ao afirmar que praticamente 100% dos suicidas tinham uma doença mental, muitas vezes não diagnosticada e não tratada.

Bertolote et. al (2002) também corrobora com essa afirmação, e reforça que o suicídio e o comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável.

Neste contexto Botega (2014) e o Conselho Federal de Medicina (2014), consideram como os principais fatores de risco para a tentativa de suicídio, a tentativa prévia, sendo considerada um fator preditivo isolado mais importante, transtornos mentais como: depressão, transtorno do humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco e pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas têm um risco aumentado, ou seja, quanto mais diagnósticos, maior o risco.

A tabela 2 expressa os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014)

Tabela 2 - Principais fatores de risco associados ao comportamento Suicida.

Doenças Mentais	Aspectos Sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão; • Transtorno bipolar; • Transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias; • Transtornos de personalidade; • Esquizofrenia; • Aumento do risco com associação de doenças mentais: paciente bipolar que também seja dependente de álcool terá risco maior do que se ele não tiver essa dependência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gênero masculino; • Idade entre 15 e 30 anos e acima de 65 anos; • Sem filhos; • Moradores de áreas urbanas; • Desempregados ou aposentados; • Isolamento social; • Solteiros, separados ou viúvos; • Populações especiais: indígenas, adolescentes e moradores de rua.
Aspectos Psicológicos	Condição de Saúde Limitante
<ul style="list-style-type: none"> • Perdas recentes; • Pouca resiliência; • Personalidade impulsiva, agressiva ou de humor instável; • Ter sofrido abuso físico ou sexual na infância; • Desesperança, desespero e desamparo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças orgânicas incapacitantes; • Dor crônica; • Doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Huntington); • Trauma medular; • Tumores malignos; • AIDS.

Suicidabilidade: Ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio

Fonte: ABP, (2014).

Evidenciam – se outros fatores de risco como a desesperança, o desespero, desamparo e impulsividade, idade, gênero, doenças clínicas não psiquiátricas tais como (câncer; HIV; doenças neurológicas, como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia; doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico; doença pulmonar obstrutiva crônica; além de outras doenças como a hematológicas, o lúpus eritematoso sistêmico), bem como eventos adversos na infância e na adolescência (Maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtorno psiquiátrico familiar) História familiar e genética, Fatores sociais (CFM, 2014).

Para Vidal et al. (2013), o risco de suicídio é aumentado a medida que vão

ocorrendo as tentativas, principalmente quando o intervalo entre essas tentativas diminuem, e que para cada caso de suicídio consumado, existem pelo menos 10 (dez) tentativas que requererem cuidados médicos, sendo que as tentativas sejam cerca de até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios consumados.

Nesta mesma linha de raciocínio Botega (2009) considera como principal fator de risco a tentativa de suicídio, devendo ser tratadas com seriedade para evitar esse êxito, sendo um sinal de alerta indicando fenômenos psicossociais, dar uma atenção especial a essa pessoa é uma das estratégias principais para evitar um futuro suicídio.

Por isso vale ressaltar que a notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 horas após o atendimento, pois conforme a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, os casos de tentativa de suicídio são considerados de notificação imediata no âmbito municipal, devido à necessidade de tomada rápida de decisão como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.

Neste contexto entende-se que qualificar os profissionais de saúde para que possam desenvolver competências de identificação das situações de vulnerabilidade e fatores de risco para o comportamento suicida, são de fundamental importância.

As tentativas sucessivas representam o mais importante presságio de um suicídio completo. Por essa razão as pessoas que chegam a tentar o suicídio deve ser o principal foco das ações de vigilância dos profissionais e serviços de saúde.

4.1.1.1 Depressão

O conceito de Depressão implica necessariamente uma análise da relação entre os conceitos de depressão e melancolia ao longo do tempo (BARBOSA, et al., 2011). Neste mesmo estudo o autor ainda aponta que a depressão é a quarta doença mais presente no mundo, estimando que a doença afeta 121 milhões de pessoas, sendo que menos de 25% dos deprimidos tem acesso ao tratamento, ele

também nos diz que 5 a 10% da população mundial sofrerão ao menos um episódio de depressão ao longo da vida.

O suicídio continua sendo um dos resultados frequentes e evitáveis da depressão (OMS, 2001)

O diagnóstico mais comum em suicídios é a depressão, e quando os sentimentos são persistentes e interferem na vida de uma pessoa, eles tornam-se sentimentos depressivos e levam a um transtorno depressivo, pois todos sentem-se tristes, deprimidos, solitários ocasionalmente, contudo esses sentimentos passam (OMS, 2006)

Barbosa et al. (2011) nos dizem que a Depressão é classificada segundo os critérios: leve, moderada e grave. Nos quadros moderados e graves sempre há necessidade de se mapear se há presença de ideias de morte ou ideação suicida (planejamento).

“O transtorno depressivo ocasiona um sofrimento psíquico que interfere, significativamente, na diminuição da qualidade de vida, da produtividade e da capacitação social do indivíduo (VIEIRA et al., 2008, p. 716).

Os autores Vieira et al. (2008) também consideram que a depressão e o suicídio são sérios problemas de saúde pública, cada vez mais presentes em todos os meios sociais, sem distinção de idade, sexo, classe socioeconômica ou cultural, ocasionando sofrimento psíquico que interfere, significativamente, na diminuição da qualidade de vida, da produtividade e da capacitação social do indivíduo

A Organização Mundial de Saúde (2001), em seu *Relatório sobre a Saúde no Mundo*, nos diz que anualmente, cerca de 1 (um) milhão de pessoas consomem o suicídio, e que de dez a 20 milhões de pessoas realizam a tentativa. A OMS projeta que até 2020, a depressão será a segunda maior doença que acometerá as pessoas no mundo.

Enfim, quanto maior o entendimento a respeito da depressão e dos riscos de suicídio, maiores as chances de prevenção e tratamento.

4.1.1.2 Transtorno de Humor Bipolar

O transtorno bipolar é comum, tem apresentações clínicas complexas, causa

prejuízo funcional no paciente e sua família e cursa com elevada morbidade e mortalidade (ABP, 2011).

“Faz parte dos Transtornos de Humor e pode ser encontrado no DSM-IV sob o tipo I, quando há, pelo menos, um episódio de mania, e tipo II, quando há, pelo menos, um episódio de hipomania.” (MUSSI et al., 2013, p. 46)

É considerada uma condição psiquiátrica sendo relativamente frequente, o transtorno bipolar (TBP), com prevalência na população entre 1% e 2%. “É caracterizado por episódios de alteração do humor de difícil controle - depressão ou mania (bipolar I) ou depressão e hipomania (bipolar II)” (ALDA, 1999)

Os pacientes com transtorno bipolar apresentam altas taxas de suicídio. Possivelmente nenhum outro transtorno psiquiátrico apresenta taxas de suicídio tão elevadas quanto esta população, o comportamento suicida (ideação de suicídio, tentativa de suicídio e suicídio completo) atinge a quase totalidade desses pacientes (ABP, 2011).

Assim sendo o transtorno bipolar é uma doença de episódios, sendo conhecido pela alternância entre fases de mania e depressão, durante uma crise de depressão, pode apresentar sintomas que evidenciam o risco de suicídio, por esse motivo requer tratamento e cuidados contínuos para prevenir sofrimento e conseqüentemente o suicídio.

4.1.1.3 Esquizofrenia

“A esquizofrenia é um transtorno psicótico que tem como elementos etiológicos a associação entre fatores biológicos e psicossociais.” (ALVES, 2011). “Os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta.” (SILVA, 2006)

Oliveira et al. (2012) referem a esquizofrenia como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras.”

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2013, p. 321), os transtornos esquizofrênicos e a esquizofrenia constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual.

A OMS (2001) e o Manual de prevenção ao suicídio, (BRASIL, 2000) apontam que um número considerável de indivíduos com esquizofrenia tenta o suicídio em dado momento durante o curso de sua doença, e que esse risco aumentado se eles forem: jovens, solteiros, homens desempregados; Estão nos estágios iniciais da doença; Encontram-se deprimidos; Propensos a recaídas frequentes; Altamente instruídos; Paranoídes.

A OMS (2006), também afirma que a prevenção e o tratamento adequado, podem diminuir significativamente os índices de suicídio e o reconhecimento e o tratamento precoce, são estratégias importantes, principalmente na prevenção do suicídio.

O fato de possuir um parente com esquizofrenia é considerado um fator de risco significativo e consistente para o desenvolvimento da doença, pois a esquizofrenia é uma doença hereditária, ou seja, ela passa de geração em geração (SILVA, 2006).

Botega et al. (2009) nos diz que a prevalência da esquizofrenia fica em torno de 1% da população mundial, a brasileira fica no mesmo patamar, sendo que ao redor de 10% desses indivíduos que possuem essa patologia falecem por suicídio, e que a maneira mais eficaz para diminuir o risco de suicídio é o tratamento correto do transtorno de base.

Vale ressaltar que os aspectos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição. (SILVA, 2006)

4.1.1.4 Álcool e Outras Drogas

Ainda que o suicídio seja geralmente considerado como uma questão apenas de saúde mental, estabelecendo relação com transtornos afetivos, estudos têm mostrado que o suicídio e o comportamento suicida também são fortemente relacionados a distúrbios de dependência química, como álcool, e outras drogas. Sendo este um fator que pode desencadear o comportamento suicida (FERREIRA, 2009). Assim sendo o uso e a dependência de álcool e substâncias psicoativas constituem um grande problema de saúde pública.

Nesta mesma linha de raciocínio Gonçalves et al. (2015) referem que apesar de o suicídio ser considerado questão de saúde mental e geralmente sendo associado com transtornos afetivos, estudos mostraram que o suicídio e o comportamento suicida também são fortemente relacionados a distúrbios de dependência química, reconhecidamente para o álcool.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde, (BRASIL, 2015) reconhecem que o álcool é um dos problemas mais desafiantes a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde SUS, e que existe tendência mundial que indica o uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, sendo que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada.

O Manual de prevenção ao suicídio (BRASIL 2000, p. 7) atribui características específicas e/ou estado físicos e psicológicos em pessoas, que acompanhado de consumo de álcool, que se somam e passam a potencializar o ato da tentativa de suicídio, tais como:

- ✓ Iniciaram o consumo de álcool em idade bem jovem;
- ✓ Vêm consumindo álcool por um longo período;
- ✓ Bebem em grandes quantidades;
- ✓ Têm uma saúde física pobre;
- ✓ Sentem-se deprimidas;
- ✓ Têm vidas pessoais perturbadas e caóticas;
- ✓ Sofreram uma grande perda interpessoal recente, como separação da mulher e/ou família, divórcio ou perda da pessoa amada;
- ✓ Têm um desempenho limitado no trabalho.

Neste contexto, o álcool é considerado um depressor do sistema nervoso central, intensificando sintomas depressivos, e conseqüentemente aumentando o risco de morte por suicídio segundo a presença conjunta de alcoolismo e depressão em um indivíduo aumenta enormemente o risco de suicídio, sendo que um terço dos casos de suicídios está ligado à dependência do álcool (OMS, 2000).

É importante o reconhecimento dos efeitos maléficos do uso abusivo do álcool, pois a ingestão de bebidas alcoólicas e outras drogas é um importante fator de risco para pessoas com propensão a atentar contra a própria vida.

4.1.1.5. Transtorno de Personalidade

Morana et al. (2006) consideram o transtorno de personalidade como sendo anomalias do desenvolvimento psíquico e perturbação da saúde mental conforme a psiquiatria forense, e não doença propriamente dita, envolvendo desarmonia da afetividade e da excitabilidade com integração deficitária dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se no relacionamento interpessoal.

Conforme dados do CFM (2014) os TP elevam o suicídio em até 12 vezes para homens e 20 vezes para mulheres, em especial os transtornos de personalidade antissocial e Borderline (limítrofe), além de apresentarem associações com outros transtornos psiquiátricos, como transtorno do humor e abuso de drogas.

Nesta mesma linha de raciocínio o Manual de prevenção ao suicídio, dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL,2006) baseado em Dalgarrondo, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais, nos diz que há um maior risco de comportamento suicida em pessoas com as características de personalidade descritas no quadro a seguir:

Tabela 3 - Características de personalidade

Boderline	Narcisista	Antissocial
Relações pessoais muito. Instáveis.	Quer reconhecimento como especial ou único.	Frio, insensível, sem compaixão.
Atos auto lesivos repetitivos.	Considera-se superior.	Irresponsável, inconsequente.
Humor muito instável.	Fantasias de grande sucesso pessoal.	Não sente culpa ou Remorsos.
Impulsivo e explosivo.	Requer admiração excessiva.	Agressivo, cruel.
Sentimentos intensos de vazio.	É frequentemente arrogante.	Mente de forma recorrente.
Transtorno de identidade.		Aproveita-se dos outros.

Fonte: BRASIL, (2006).

Carvalho et al. (2010) consideram dois grandes grupos: os transtornos clínicos e os transtornos da personalidade, conforme uma das divisões mais utilizadas na área de saúde mental, para os transtornos mentais.

O CFM (2014) aponta que o abuso de drogas e a impulsividade nos pacientes com TB Boderline, estão associados ao maior número de tentativa de suicídio e que

problemas no trabalho, discórdia familiar ou dificuldades financeiras são fatores estressores desencadeantes de suicídio em indivíduos com TB.

Os transtornos de personalidade são alterações mentais bastante complexas, e que são pouco compreendidas na atual literatura e técnicas na medicina vigentes. Possuem predomínio relevante e alguns deles relacionados com os piores prognósticos de transtornos psiquiátricos do eixo, sendo que alguns transtornos mentais estão ligados intimamente há a um alto índice de suicídio, doenças clínicas e problemas familiares. (LOVATO, 2011)

De acordo com Neto (2001) os transtornos de personalidade são alterações mentais bastante complexas, e são pouco compreendidas na atual literatura e na medicina vigente. Alguns transtornos mentais estão ligados intimamente há a um alto índice de suicídio, doenças clínicas e problemas familiares.

Conforme aprendemos mais sobre a doença, as causas e os tratamentos, e principalmente os fatores de risco, aumentam as possibilidades de ajudar mais os pacientes a viverem melhor e conseqüentemente diminuir as estatísticas de suicídio, e saber identificar esses fatores podem contribuir para diminuir o risco, bem como ajudar na elaboração de estratégias de tratamento. Pois o comportamento suicida pode ser prevenido através do monitoramento dos fatores de risco, sendo este um grande desafio para toda a sociedade (BRASIL, 2013).

4.1.5 Fatores de Proteção

O Conselho Federal de Medicina (2014) considera que os fatores de proteção são menos estudados e geralmente são dados não muito consistentes, e que durante uma avaliação de risco de suicídio os fatores de proteção não devem ser usados para obscurecer aqueles fatores que identificam o risco de suicídio.

A tabela 4 expressa os principais fatores de Proteção, conhecer esses fatores é de vital importância na prevenção ao comportamento suicida, pois potencializa a construção do projeto terapêutico.

Tabela 4 - Fatores de proteção

Personalidade e Estilo Cognitivo:	Estrutura Familiar:	Fatores Socioculturais:
Flexibilidade cognitiva; Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes; Disposição para buscar ajuda; Abertura para experiência de outrem; Habilidade para se comunicar; Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade; Habilidade para solucionar problemas da vida;	Bom relacionamento interpessoal; Senso de responsabilidade em relação à família; Presença de crianças pequenas em casa; Pais atenciosos e presentes; Apoio da família em situações de necessidade;	Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos); Adesão a valores e normas socialmente compartilhados; Prática de uma religião e outras práticas coletivas (esportes, atividades culturais, artísticas) Rede social que oferece apoio prático e emocional; Estar empregado; Disponibilidade e acesso a serviços de saúde mental; Outros.

Fonte: BOTEGA (2012)

São considerados como fatores de proteção ao suicídio: pessoas que possuem bons vínculos afetivos; sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade; religiosidade; estar casado ou com companheiro fixo; ter filhos pequenos, Autoestima elevada; bom suporte familiar; laços sociais bem estabelecidos com família e amigos, senso de responsabilidade com a família; gravidez desejada e planejada; capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva, além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental (ARAÚJO et al.,2010; CFM, 2014)

Outro fator importante a destacar, é a existência de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município, pode reduzir em até 14% o risco de suicídio, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017)

Os fatores de risco têm grandes chances de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um evento indesejado, mas não sendo o fator causal, e que os fatores de proteção são recursos pessoais e ou sociais que diminuem ou anulam o impacto dos riscos (ARAÚJO et al., 2010)

Para a OMS (2012), muitas medidas podem ser utilizadas como forma de desencorajar o suicida potencial, dentre elas estão: apoio familiar, apoio da comunidade, solução de conflitos e tratamento não violento de disputas, além da busca de ajuda e acesso à assistência de qualidade para doenças mentais.

Como dito anteriormente os fatores de proteção são menos estudados, mas não menos importantes, enfatiza-se a relevância de identifica-los, visto que eles são apontados como de fundamental importância na prevenção do suicídio.

4.1.6 Vulnerabilidade no Contexto do Suicídio

A palavra vulnerabilidade é derivada do Latim, do verbo vulnerare, quer dizer “provocar um dano, uma injúria”. Em saúde, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde (NICHIATA et. al 2008).

Neste contexto Aires (2003, apud Sousa, 2010. p. 382) menciona o termo vulnerabilidade como sendo à probabilidade de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva de dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Saber identificar essas situações de vulnerabilidade amplia a atuação dos profissionais em saúde e gera reflexões para a formulação de políticas públicas.

A vulnerabilidade é determinada na confluência desses três poderes, entitlement refere-se ao direito das pessoas; empowerment, o empoderamento, que se refere à sua participação política e institucional; e a política econômica, se refere à organização estrutural-histórica da sociedade e suas decorrências Segundo Sánchez et al. (2007).

Sánchez et al. (2007) também nos diz que “a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida se organizam de maneiras distintas de acordo com os indivíduos, regiões e grupos sociais e está associado a pobreza, as crises econômicas e o nível educacional”.

Nóbrega et al. (2016) referem que do ponto de vista técnico, as vulnerabilidades estão nas dificuldades de comunicação entre os serviços, ausência de processo com fluxos para conduzir encaminhamentos e discussão de casos.

A literatura mostra que toda ameaça de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador (VIDAL, 2013), e saber identificar as situações de vulnerabilidade é imprescindível para um melhor acolhimento e tratamento.

Evidências de diferentes partes do mundo indicam que as populações "nativas" são particularmente vulneráveis a uma série de agravos a saúde, incluindo o suicídio. A taxa de mortalidade da população indígena do Brasil foi mais do que o dobro da observada na população não indígena segundo Souza e Orellana (2012).

A portaria 1.876 de 14 de Agosto de 2006 (BRASIL, 2006) considera populações vulneráveis:

Indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outras;

Conforme estudos de Machado & Santos (2015) os que mais cometem suicídio no Brasil são os indígenas, pessoas com baixa escolaridade, homens e maiores de 60 anos. E as principais causas de suicídio são enforcamento, lesões por armas de fogo e autointoxicação por pesticidas, totalizando 79,6% dos casos.

A literatura mostra que as adversidades socioeconômicas e ausência de apoio social aumentam os riscos de suicídio naqueles que são considerados vulneráveis (LOVISI et. al, 2009).

Como podemos observar, uma parcela dos suicídios está relacionada à vulnerabilidade, por isso ressalta-se a necessidade de compreensão das faces do suicídio no contexto da vulnerabilidade, e a necessidade de atendimento de cada indivíduo de forma diferenciada, para isso é importante que todos os profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio.

4.2. O SUICÍDIO E A COMPETÊNCIA DAS REDES DE SAÚDE

Tendo em vista a importância do cuidado à saúde mental por meio da assistência integrada o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) apresentou a portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E segundo Mendes (2011) os territórios sanitários e os níveis de atenção a saúde terão de ser combinados para a construção das redes de atenção a saúde.

As redes devem ser planejadas e geridas territorialmente, pois se organizam territorialmente, e sem essa territorialização as redes seriam inexistentes (FARIA, 2014).

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL,2010).

Mendes (2014) afirma que as RASs são constituídas por três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A territorialização é uma proposta ampla, uma técnica e uma política de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS (FARIA et al., 2013, p.144)

O primeiro momento, iniciado em 2004, foi da construção de uma proposta de RAS (Redes de Atenção à Saúde), cujo objetivo é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas. (CONASS, 2015, p.8)

Conforme Conselho Nacional de Secretários de Saúde – (CONASS 2015, p. 10):

A partir da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Quinderé et al. (2014) defendem as redes como prerrogativas para o funcionamento do cuidado em saúde, sendo intrínseco ao trabalho voltado para a saúde, pois considera que não há equipamento ou mesmo equipe suficiente na produção do cuidado devido à complexidade dos problemas de saúde pois envolve vários campos do saber, por causa da interdisciplinaridade e multiplicidade de atores sociais ligados a gestão do cuidado. A rede consiste em assegurar a continuidade do tratamento, articulada com serviços e profissionais especializados

Machado M.F.A.S et al. (2007), reconhecem a importância da integração de serviços por meio de redes assistenciais, em virtude da capacidade diminuída dos municípios de proverem os investimentos necessários para se prestar serviços de assistência hospitalar ou serviço especializado.

Considerando a magnitude do problema de saúde pública de comportamentos suicidas, existe uma necessidade urgente dos governos desenvolverem uma estratégia nacional abrangente para prevenção de suicídio que contextualize o problema e esboce medidas específicas que possam ser tomadas em diversos níveis. Sem uma estratégia de prevenção de suicídio, os governos não podem implantar mecanismos para tratar desta questão de forma contínua (OMS, 2012).

Numa outra ótica Liberato (2011) tem alertado que as propostas de ampliação da rede têm ficado concentradas apenas no aumento do número de CAPS, tornando-se esse o principal indicador de avanço da reforma.

Liberato (2011, p. 5) também faz um alerta da precariedade de articulação entre os setores de saúde,

Sabemos que há uma articulação precária entre os CAPS e a rede de atenção básica, que não há clareza acerca da proposta de Apoio Matricial e, pior, que há forte resistência por parte das equipes de dar esse tipo de retaguarda, compreendida como mais uma tarefa a ser inserida na rotina do CAPS. Por outro lado, há uma forte demanda cotidiana de saúde mental não acolhida na atenção básica, pois os técnicos não se sentem capacitados para tal e indicam a necessidade de apoio e instrumentalização nesse campo.

Os casos de suicídio ou tentativa de suicídio sempre nos faz refletir sobre o funcionamento da rede em saúde mental, pois sabe-se que qualificar a rede de saúde para “um olhar em saúde mental”, é um passo para o desenvolvimento, sendo crucial para melhorar a saúde da comunidade (BRASIL, 2012).

4.1 Rede de Atenção Psicossocial

O modelo de atenção à saúde mental no Brasil, que antes era centrado em internações em hospitais psiquiátricos, foi conduzido para serviços comunitários de saúde mental, promovendo e garantindo os direitos das pessoas com transtornos mentais, desde foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), (BRASIL, 2011).

A Rede de Assistência Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011 pela Política Nacional de Saúde Mental, portaria nº 3088/2011, que previa a criação, ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas, desde então a estratégia de Saúde Mental é desenvolvida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

A (RAPS) tem seus objetivos bem definidos, como o de ampliar o acesso à atenção psicossocial, articular ações entre os serviços, ações intersetoriais, regular e organizar as demandas e fluxos de assistência, sendo considerada uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011).

Nóbrega et al. (2016) também consideram a RAPS como estratégia de enfrentamento das vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as populações nas regiões que vivem, está pautada na lógica de que muitos dos elementos e fatores que geram transtorno mental estão ligados a fatores do meio no qual estão inseridos.

Conforme Brasil (2013) A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) é formada por 7 componentes:

- ✓ Atenção Básica em Saúde
- ✓ Atenção Psicossocial Especializada
- ✓ Atenção de Urgência e Emergência
- ✓ Atenção Residencial de Caráter Transitório
- ✓ Atenção Hospitalar
- ✓ Estratégias de Desinstitucionalização
- ✓ Reabilitação Psicossocial

Para ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, a portaria da RAPS propõe qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e vinculação das pessoas aos pontos de atenção da rede. (NÓBREGA, 2016, p. 42)

Pensar na rede de atenção à saúde, é primordial para o atendimento contínuo, integral e humanizado em atenção ao suicídio, trabalhando em conjunto na organização de ações e serviços na prevenção ao suicídio, pois como vimos, as redes relacionam os diferentes níveis de complexidades, e a rede Psicossocial vem para garantir uma nova forma de atendimentos a população

4.2. O que Compete a Cada Nível de Intervenção

É imprescindível considerar os níveis de intervenção na temática da prevenção ao suicídio: primária, secundária e terciária, sendo que o nível primário refere-se as pessoas que ainda não mostram sinais de tendência suicida, ou em que os transtornos são ainda muito limitados. A prevenção deve focar-se no apoio e melhoria do funcionamento em contextos interpessoais e sociais, bem como em diminuir significativamente as condições de risco emocionais, físicas e econômicas. (OMS, 2006).

Para Mendes (2011) os níveis de atenção à saúde se organizam por arranjos produtivos ajustados de acordo com as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

4.2.1 Nível de Intervenção Primária

A atenção básica funciona como porta de entrada ao sistema de saúde, (SEVERO & DIMENSTEI, 2011).

Conforme é determinado pela Política Nacional de Atenção Básica, a atenção primária ou básica é feita em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Saúde da Família é sua estratégia prioritária (BRASIL, 2012)

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014) considera como prevenção

a nível primário a Promoção e a Prevenção e as Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS).

As competências da atenção primária na atenção ao suicídio de acordo com a ABP (2014) é: Identificar, Avaliar, manejar, encaminhar, Identificação de casos; avaliação prévia de risco; manejo dos casos de baixo risco; encaminhamento para rede de saúde mental, com a certeza de atendimento e contrarreferência; e acompanhamento após encaminhamento.

E de acordo com Kohlrausch et. al (2008) os usuários com comportamento suicida procuraram auxílio na atenção primária antes de morrer, cerca de 75% que se suicidaram procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e 45% o fizeram no mês em que cometeram suicídio.

Esses dados só nos mostram o quão importantes são as ações de prevenção ao suicídio no âmbito da Atenção Primária, e considerando a importância das equipes da atenção básica o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) apresentou a estratégia Nacional para Prevenção ao Suicídio através da portaria GM nº 1.876, com a intenção de diminuir as taxas de suicídios e tentativas.

A atenção primária está organizada para promoção e prevenção em saúde e atendimento aos agravos de relevância, e dentro dela esta encluída o comportamento suicida (KOHLRAUSCH, 2008).

As características que facilitam a atuação do profissional da atenção primária na prevenção do suicídio são: Estar próximo à comunidade e poder identificar a rede local de apoio; Constituir a principal porta de entrada para o sistema de saúde; oferecer cuidado continuado; Estar integrado a uma rede de apoio Intersetorial (BERTOLOTE, et al., 2000)

Para Gomes (2012 apud Conte, 2010), o acolhimento de usuários por equipes multidisciplinares com programas comunitários consegue alcançar resultados satisfatórios, e no Brasil, a proposta de atenção integral e o atendimento de usuários em linhas de cuidado constituem um dos cenários para a organização de políticas de atenção ao suicídio, tendo em vista a integralidade e a ação Intersetorial.

Barbosa et al. (2011) aponta que uma investigação mais diligente, com adoção de instrumentos de rastreamento pode ser facilmente aplicável nas rotinas de avaliação em saúde, inclusive por enfermeiros, pode detectar sinais e sintomas de depressão, mas falta capacitação técnica e profissional dos profissionais.

As unidades de atendimento de saúde bem como os profissionais que nelas atuam, quando não acompanham os pacientes pós evento a tentativa de suicídio estão negligenciando a relevância do acompanhamento orientação e destinação do suicida em potencial, para os serviços de atenção em saúde mental (BARBOSA et.al., 2011).

A reforma psiquiátrica no Brasil implementou mudanças na lógica do cuidado em saúde mental, fazendo com que os profissionais de saúde da atenção básica entejam preparados para o atendimento em saúde mental, mesmo sendo um problema de saúde mental (KOHLRAUSCH et. al, 2008)

Não esquecendo que o modelo de redes e cuidado da atenção básica deve sempre respeitar e estar fundamentadas nos princípios do SUS e na reforma psiquiátrica, e suas ações de saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado atuando transversalmente com outras políticas específicas buscando vínculos e acolhimento (BRASIL, 2007).

Desta forma é importante destacar o papel da atenção básica no enfrentamento dessa problemática chamada suicídio, devido a proximidade com a comunidade ao qual o suicida em potencial se encontra, uma vez que as estatísticas demonstram um elevado índice de reincidência, pois cerca de 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio, tentarão se matar no ano seguinte e 10% efetivamente conseguem se matar nos próximos 10 anos (BOTEGA, 2009).

Diante deste fato, os saberes das diversas profissões envolvidas no trabalho de cuidar do suicida, convergem para que a situação seja abordada da forma mais completa possível, com o objetivo de preservar a vida

4.2.2 Nível de Intervenção Secundária e terciária

De acordo com a OMS (2000) tentativas recorrentes ou relatos de uma única tentativa de suicídio com ou sem transtornos psiquiátricos são considerados como um importante fator de Risco. Neste contexto observa-se a necessidade de prevenção secundária nestes casos, visto que uma tentativa de suicídio aumenta o risco para uma nova tentativa.

Segundo a ABP (2014) a nível terciário, o certo seria, todo grande serviço de urgência tivesse psiquiatria de plantão e leitos de observação preparados para acolher o paciente por pelo menos 48 horas, pois grande parte dessa demanda pode ser resolvido nesse intervalo sem a necessidade de internação, pois a falta de leitos e o atendimento precário são dois dos Grandes problemas da assistência mental no Brasil.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014) considera como prevenção a nível secundária os: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios gerais de psiquiatria e ambulatórios médicos especializados (AME) em psiquiatria. Devido as tentativas de suicídio superarem o número de suicídios em, pelo menos, dez vezes, e considera como nível terciário: Unidade de Emergência psiquiátrica em Pronto-socorro Gerais, Equipes de Psiquiatria do SAMU, Centro de Atenção Integral em Saúde Mental (CAISM), Hospitais Psiquiátricos Especializados, Leitos de Longa Duração.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio conforme a Portaria 1,876/2006 (BRASIL, 2006) e o manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), simbolizam o empenho políticos e da sociedade para diminuir ou acabar os efeitos negativos e desumanos das formas de tratamento até então oferecidos nas instituições psiquiátricas aos portadores de transtornos mentais e aos seus familiares. (ALVES, 2011)

O CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (BRASIL, 2015)

As equipes dos CAPS estão em posição privilegiada para avaliação da “rede de proteção social” dos pacientes em risco de suicídio e a criação de estratégias de reforço dessa rede, por estarem próximo a comunidade e em contato com os pacientes e seus familiares, e por lidarem continuamente com indivíduos em

situação de crise, são responsáveis pelo cuidado de pessoas que padecem de algum transtorno. (BOTEGA et al., 2014).

Segundo a Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde/ nº 224/1992 (BRASIL, 1992), o ambulatório, no âmbito da reforma psiquiátrica, deve seguir as diretrizes do SUS, podendo englobar unidades básicas/centros de saúde e ambulatórios especializados inseridos ou não em policlínicas. (SEVERO & DIMENSTEIN, p. 643)

São considerados de extrema importância para uma rede eficaz os ambulatórios de saúde mental, com acesso a unidades psiquiátricas em hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos, não podendo ser confundido uma unidade psiquiátrica em hospital geral (UP-HG) com simples “leitos psiquiátricos em hospital geral”, sem equipes treinadas. Sendo eficaz no tratamento e controle das doenças mentais em fase aguda e, quando combinado com a dispensação de medicamentos, mostra uma elevada taxa de resposta terapêutica com baixo custo. (BRASIL, 2006)

Conforme Guimarães et al. (2013) os ambulatórios de saúde mental são considerados serviços de média complexidade com no mínimo duas especialidades diferentes

4.9 LINHAS DE CUIDADO NO CONTEXTO DO SUICÍDIO

O atendimento em linhas de cuidado estabelece a organização de políticas de atenção ao suicídio, sendo que as decisões devem ser pautadas tendo como base o princípio da integralidade. Franco (2009) defende que por unificar as ações preventivas curativas e de reabilitação, permitindo acesso aos recursos tecnológicos que os usuários necessitam, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; as linhas de cuidados integral nos remetem a integralidade.

Em agosto de 2006 a portaria Nº 4.279 (BRASIL, 2006), estabeleceu essa necessidade de organização em rede de atenção à saúde, que garantia linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, para diminuir danos e agravos e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado.

Em 2010 a Portaria 4.279 (BRASIL, 2010), foi além ao afirmar que as linhas de cuidados visam à coordenação ininterrupto e assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais.

Convém ressaltar que as Linhas de Cuidado são estratégias de organização de serviços que compõem as RAS, e que devem ser organizadas de acordo com as necessidades de saúde do usuário.

Ainda que existam ações de prevenção à violência no Brasil, não foram encontradas referências específicas de programas de prevenção do suicídio, embora possam ser gestadas ações locais ainda não suficientemente avaliadas e divulgadas (CONTE et. al, 2017)

Por outro lado, Barbosa et al. (2011) aponta que é negligenciado a importância do encaminhamento das pessoas que tentam suicídio pelos profissionais, para o serviço de atenção em saúde mental para tratamento e aconselhamentos dos familiares, e afirma que os mesmos não costumam acompanhar esses pacientes pós eventos

4.5 MODELO BIOMÉDICO E MODELO PSICOSSOCIAL

Tendo em vista que o suicídio resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais OMS (2006). Neste sentido existe a necessidade de entendimento desses dois modelos de saúde, o modelo biomédico e o modelo psicossocial, visto que esses interferem significativamente no estado de saúde de uma população, desta forma destaco a importância da compreensão de qual modelo de saúde predomina no contexto do suicídio no Estado de Roraima, para uma maior capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde da população.

Na trajetória evolutiva das concepções e da prática sobre a saúde e a doença poderiam ser considerados alguns paradigmas que, começando com a visão mágico-religiosa, na antiguidade, termina na abordagem do modelo biomédico, predominante nos tempos de hoje (BARROS, 2002, p. 68)

Para Alves (2011) o que hoje entendemos como saúde pública seria a primeira revolução da saúde que caracterizava-se pelo emprego do modelo biomédico à prevenção das doenças.

Como podemos observar o modelo Biopsicossocial surge com uma concepção de dar relevância não só aos aspectos biológicos da saúde humana, mas também proporcionar uma visão integral do ser humano em seus aspectos psicológicos e sociais. Barros (2002. p. 69) nos fala dessa contrariedade dos modelos:

Paralelamente ao avanço e sofisticação da biomedicina foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. As críticas à prática médica habitual e o incremento na busca de estratégias terapêuticas estimulada pelos anseios de encontrar outras formas de lidar com a saúde e a doença (no seu conjunto designadas como medicina alternativas ou complementares) constituem uma evidência dos reais limites da tecnologia médica.

Nesta mesma linha de raciocínio De Marco (2006) enfatiza que a medicina geralmente defende suas formulações a partir do modelo biomédico, contemplando o referencial técnico-instrumental das biociências, e excluindo o contexto psicossocial, dos quais defende uma compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende para uma melhor efetividade.

Deste modo, entende-se, a necessidade da integralidade do cuidado prestado, sendo que uma das definições de integralidade atribui a compreensão dos sujeitos como seres sociais, biológicos, familiares, emocional, sendo que o sujeito não pode ser visto numa interpretação individualista, descontextualizada e com prisma apenas biológico.

4.7 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO

Humanização significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, humanar. Também quer dizer ser benévolo, afável, tratável. É realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde está inerente o respeito e a compaixão para com o outro (FERREIRA, 2009).

A humanização na área da saúde se remete a proposta ética, estética e política, ética por implicar em mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, onde todos passam a ser corresponsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde e estética, por buscar abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e finalmente, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

A qualidade e a humanização da assistência nos tratamentos psiquiátricos têm se tornado um fator importante, e nesta seara, Dimenstein (2004) nos mostra que o conceito de qualidade e humanização vem ocupando lugar de destaque no processo de Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica no Brasil e no discurso dos profissionais da área, orientando os caminhos por onde deve trilhar a atenção em saúde mental.

A Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) vem a ser uma estratégia de fortalecimento do sistema público de saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003, cujo propósito é de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008),

Conforme Pasche e Passos (2008) a PNH apresenta-se, então, como um dispositivo de potencialização da política pública de saúde, uma aposta radical em sua implementação e qualificação. Por definição, a PNH assenta-se em três princípios:

- **Transversalidade** – entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação, de um lado, entre políticas, programas e projetos e, de outro lado, entre sujeitos e coletivos. Uma política que aposta na afecção e na ampliação da capacidade de troca e interação entre sujeitos;
- **Indissociabilidade** entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde – entre a política e a clínica, entendidas como elementos inseparáveis, dimensões sempre presentes nas práticas de saúde. Dessa maneira, não se toma o campo das chamadas ciências da saúde – que informam as práticas e conformam o campo das

tecnicidades – como separado daquele referente à gestão, à forma de condução das organizações e definidor dos processos de trabalho. Quando se atua em um destes campos, imediatamente, se mexe no outro; e

- **Protagonismo** dos sujeitos e dos coletivos – aposta na ação transformadora dos sujeitos no mundo, que o produzem criando a si próprios.

Dimenstein (2004, pag.113) entende que:

Humanizar, portanto, implica compromisso com a pluralidade de forças que compõem a vida. Volta-se para o enfraquecimento da lógica social hegemônica que visa à produção de sujeitos como identidades privatizadas, hedonistas, massificadas pelo consumo. Aponta, também, para o fortalecimento de uma ética comprometida com a invenção de novos modos de vida, com a desmontagem de uma sociabilidade ancorada no medo, na impotência, na redução dos espaços de circulação e de enfrentamento dos dispositivos montados para reforçar cotidianamente a exclusão social, a intolerância e a discriminação.

O paciente suicida, necessita de cuidados, e qualquer tipo de preconceito deve ser abandonado, sempre desenvolver atitudes fundamentadas no respeito e na compreensão, pois esta é condição ideal para humanizar a relação de cuidado e com o suicida.

4.8 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO

A integralidade é um dos princípios do SUS conforme Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro DE 1990 (BRASIL, 1990), compreendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, preconizando o respeito à autonomia das pessoas e assistência sem privilégios.

Nesse sentido, a integralidade pressupõe uma atenção ampliada, garantindo acesso às ações integradas, com sua essência voltada para o sujeito e não a doença, Campos (2003) defende que sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde e doença.

Gutierrez (2014) enfatiza-se que é possível controlar alguns problemas existentes na tentativa de suicídio por meio de assistência adequada oferecida no âmbito hospitalar e, assim, garantir qualidade de vida para essas pessoas , e dessa

forma, entende-se, no âmbito biopsicossocial, a necessidade da integralidade do cuidado prestado.

Hartz e Contandriopoulos (2004) destacam que a integração dos cuidados abrange uma coordenação indelével das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, assegurando continuidade e totalidade dos serviços com diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Neste contexto Oliveira (2012, p 506) afirma que:

Portanto observa se que essa realidade de ações fragmentadas, redução do humano a condição estritamente biológica e desarticulação do serviço de atendimento em saúde, só poderá ser mudada após a humanização do atendimento, que só será possível após uma visão integral entre atendimento e apoio, tendo como principal pilar a humanização

Nesta conjuntura, esse problema de saúde pública, que é o fenômeno suicídio necessita de uma abordagem interdisciplinar, ou seja, trabalho em equipe, exigindo comunicação e articulação das ações para que consigam alcançar seus propósitos, pois o conhecimento das diversas categorias envolvidas no processo de cuidar contribui para que o paciente seja atendido de uma forma integral, pois esse sistema organizado e hierarquizado não consegue atender as necessidades de integralidade que cada indivíduo necessita, conforme Cecílio (2001, p.3) aponta que essa integralidade necessita ser trabalhada:

É possível adotar a ideia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que ela seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital.

Hartz e Contandriopoulos (2004) nos diz que a integralidade faz referência a integração dos serviços por meio de redes assistenciais, relatando a dependência dos atores e organizações, constatando que nenhuma delas tem autonomia e recursos suficientes para resolver os problemas da população em seus mais diferentes ciclos de vida.

Campos (2003, p. 577) fala das condições do sistema que devem estar

relacionadas para garantir o princípio da integralidade.

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos.

Poucos temas são tão multidisciplinares como o fenômeno suicida, devido a sua complexidade, devido a necessidade de mais compreensão na área da saúde pública, originadas pelas mais diversas ciências e profissionais que compõem esse quadro, que estudam a saúde mental dentro dos seus respectivos campos de atuação. (KOCH e OLIVEIRA, 2015) .

Oliveira (2012, p. 506) conclui que:

“ A humanização é intrínseca à integralidade. Ou seja, só se produzem ações humanizadas em saúde a partir de uma concepção ampliada e integral do processo saúde-doença, pois toda ação em saúde parte de uma concepção de saúde”

Neste sentido Gutierrez (2014) afirma que a integralidade do cuidado tem que ser planejada em rede, para que a equipe do serviço de saúde, por meio da articulação de suas práticas, consiga escutar e atender, da melhor maneira possível, as necessidades advindas do processo de saúde/doença trazidas pelo paciente.

Deste modo, entende-se, que existe a necessidade da integralidade do cuidado prestado com o intuito de atender de forma humanizada e individualizada o paciente.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. NATUREZA E DESENHO DA PESQUISA

A pesquisa caracterizou-se por procedimentos de natureza documental, quantitativa e exploratória, oriundos do banco de dados do setor de estatística do IML, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net) do Hospital

Geral de Roraima, bem como do banco de dados do SINAN da Secretaria municipal de Saúde de Boa Vista (SINAN/SMSA/BV). Os dados foram distribuídos através de frequência, estatística descritiva, tanto para cálculo do número da taxa de suicidas, quanto para as taxas de tentativas da população de Boa Vista e do estado de Roraima, foram utilizadas as estimativas intercensitárias disponibilizadas pelo DATASUS que, por sua vez, utiliza fontes do IBGE, construindo um desenho que caracterizou os casos de suicídio no Estado.

5.2. FONTES DE COLETA DE DADOS PARA O ESTUDO

A população estudada foi constituída pela totalidade dos registros por tentativa de suicídio, em pacientes atendidos no Hospital Geral de Roraima (HGR), na Secretaria Municipal de Saúde, dos residentes em boa vista, e por suicídio no banco de dados do IML – Instituto Médico Legal, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016.

5.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A escolha do HGR foi definida por se tratar da maior unidade de saúde do Estado de Roraima, sendo considerado unidade de referência para média e alta complexidade e a maior porta de entrada de urgência e emergência no Estado, atingindo cidades e países vizinhos.

A escolha do município de Boa Vista se deu, pois durante a pesquisa foi constatado que a maioria das pessoas que tentaram ou cometeram suicídio eram residentes na capital do estado.

O Instituto médico Legal - IML, é um órgão responsável pelas necropsias e laudos cadavéricos para Polícias Científicas de todo o estado de Roraima, cabendo ressaltar que o estado possui apenas uma unidade, localizado na capital e que atende todo o Estado.

Após a definição dos órgãos que foram utilizados como fonte de pesquisa, coletou-se os dados nos seus respectivos setores de estatística sobre os casos de tentativa e suicídio consumado, cujo informações possibilitaram sua caracterização.

5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizado levantamento junto a unidade de vigilância epidemiológica (UVE) do HGR através do (SINAN–NET) de todos os atendimentos ocorridos na Unidade de Emergência no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2016, que tiveram o diagnóstico de “lesão autoprovocada intencionalmente”.

A ocorrência de novas passagens pelo hospital de emergência nos anos subsequentes à tentativa de suicídio que justificou o atendimento no hospital de emergências foi verificada por meio de consultas ao banco de dados da secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista de residentes no município, sendo categorizado se a passagem foi ou não decorrente de nova tentativa.

A ocorrência de óbitos foi verificada no IML através do banco de dados da instituição.

Tanto no HGR, como na SEMSA foram levantados dados provenientes do SINAN NET de cada instituição, no IML foram solicitados os dados no setor de estatística do mesmo, de forma a se caracterizar os dados de identificação dos pacientes (nacionalidade, naturalidade, sexo, escolaridade, idade, cor, etnia, estado civil, profissão e filiação).

Além dos dados acima elencados também foram levantados e caracterizados os sinais característicos (tipo de lesão) além de outros tipos de sinais, caracterizaram a tentativa ou consumação do suicídio.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

Foram analisados os dados epidemiológicos sobre suicídio, no estado de Roraima de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, através do software estatístico Excel.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Tentativa de Suicídio

6.1.1. Porta de Entrada: Hospital Geral de Roraima (HGR).

No Brasil entre os anos de 2009 a 2014 foram notificados um total de 73.790 casos de lesões autoprovocadas compreendidas como tentativa de suicídio, sendo que 2.519 (6,3%) notificados em 2009 e 21.633 (10%) em 2014, o que equivale a uma variação relativa de 59,2% , no entanto é importante destacar que existem evidências de que apenas 25% dos que tentam suicídio, entram em contato com hospitais, e os que chegam a essas instituições são os que se encontram em estado grave, a maioria dos que têm comportamento suicida permanece no anonimato, tornando os casos registrados apenas como a ponta do iceberg (BRASIL, 2017).

Calcula-se que o número de tentativas de suicídio seja superior ao número de suicídios em pelo menos dez vezes, e que os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio (BRASIL, 2006).

Segundo Vidal et al. (2013) para cada suicídio, podem ocorrer até dez tentativas com gravidade para requerer cuidados médicos, e que esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados.

O Estado de Roraima, localizado na tríplice fronteira, no extremo Norte do País com população de 522.636 habitantes (estimativa IBGE/2017), possui uma população miscigenada composta por pessoas de diversos Estados da federação e de outros países, como Venezuela e Guiana Inglesa, e com alto percentual de população indígena (aldeada e não aldeada). O Estado apresentou nos últimos anos crescente taxa de tentativas de suicídios segundo dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

As tentativas de suicídio no Estado de Roraima, são representadas pelos atendimentos que deram entrada no Hospital Geral de Roraima Rubens de Sousa. Foram notificados 343 casos de tentativas de suicídio no HGR, onde percebe-se que entre 2014 e 2015 houve uma diminuição nos casos de tentativa de suicídio em torno de 10,10 %. Porém observou-se que logo no ano seguinte, houve aumento

expressivo de 27,27 % em relação a 2015, conforme pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 - Frequência por Tentativa de Suicídio, por ano pesquisado

	2014	2015	2016	TOTAL
Tentativas de suicídio	118	99	126	343

Fonte: SINAN/NET/HGR

Quando fazemos o somatório dos números de casos ocorridos em cada um dos anos estudados, percebemos que houve uma tendência a maiores casos de tentativa de suicídio, nos meses de dezembro e maio, respectivamente com 10,79 % e 10,49%.

Hipóteses podem ser levantadas para tentar justificar esses meses como os que têm as maiores incidências nas tentativas de suicídio, como por exemplo o fato do mês de maio ser considerado o mês das mães e o mês dedicados às mulheres, e no caso de dezembro podemos citar as datas comemorativas de natal e réveillon que desperta nas pessoas expectativa de resolução de seus problemas, inclusive a concretização de planos, dentro eles o suicídio. Conforme tabela 6.

Tabela 6 - Frequência por Tentativa de Suicídio, segundo Mês da Notificação

Mês da Notific	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
Janeiro	11	9,32	8	8,08%	6	4,76%	25	7,28
Fevereiro	7	5,93	12	12,12%	9	7,14%	28	8,16
Marco	13	11,02%	6	6,06%	11	8,73%	30	8,75
Abril	9	7,63%	9	9,09%	11	8,73%	29	8,45
Maio	10	8,47%	12	12,12%	14	11,11%	36	10,49
Junho	9	7,63%	3	3,03%	12	9,52%	24	6,99
Julho	3	2,54%	6	6,06%	10	7,94%	19	5,54
Agosto	12	10,17%	7	7,07%	14	11,11%	33	9,64
Setembro	9	7,63%	9	9,09%	12	9,52%	30	8,74
Outubro	10	8,47%	2	2,02%	7	5,56%	19	5,54
Novembro	12	10,17%	12	12,12%	9	7,14%	33	9,63
Dezembro	13	11,02%	13	13,13%	11	8,73%	37	10,79
Total	118	100,00%	99	100,00%	126	100,00%	343	100

Fonte: SINAN/NET/HGR

Quanto à situação da faixa etária, com o intuito de se atingir o objetivo maior deste estudo, estabeleceu-se intervalos de faixas etárias nos três anos de estudos (2014, 2015 e 2016), classificando em 5 (cinco) faixas etárias: 10-14, 15-19, 20-34,

35-49 e 50-64, conforme disposto na Tabela 7.

Tabela 7 - Frequência por Lesão auto provocada segundo faixa etária

Faixa etária	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
12-14	7	5,93%	2	2,02%	1	0,79%	10	2,91
15-19	32	27,12%	18	18,18%	34	26,98%	84	24,49
20-34	62	52,54%	55	55,56%	54	42,86%	171	49,85
35-49	13	11,02%	20	20,20%	30	23,81%	63	18,38
50-64	4	3,39%	4	4,04%	7	5,56%	15	4,37
Total	118	100,00%	99	100,00%	126	100,00%	343	100

Fonte: SINAN/NET/HGR

Notou-se que nos 3 (três) anos pesquisados, a faixa etária com maior prevalência de tentativas de suicídio foi a de 20 a 34 anos, cujo percentual excedeu a quase 50%, isto é, mais da metade dos casos de tentativas de suicídio, nos anos de 2014 e 2015, ficando um pouco mais abaixo em 2016, representando 42,86 % dos casos.

Em segundo lugar em predominância nas tentativas de suicídio nos três anos que nortearam esta pesquisa, encontrou-se a faixa etária compreendida entre 15 a 19, que se somada ao percentual da faixa etária logo anterior pesquisada, isto é 12-14, teremos um total de 27,40%, ao longo dos três anos pesquisados.

Vale mencionar que esse percentual atinge diretamente os adolescentes cuja definição encontra-se em legislação específica materializada no estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual define adolescência entre a faixa etária de 12 anos completos a 18 anos de idade (BRASIL, 2001).

Segundo Araújo et. al (2010) é na adolescência, que tanto as ideações quanto às tentativas ganham uma maior proporção, quando associadas ao quadro depressivo, embora essa situação não se restrinja somente à adolescência (ARAÚJO et al., 2010)

O interessante é que notou-se que se somarmos o percentual da faixa etária predominante em todos os anos pesquisados (20-34 anos) com a faixa etária que predomina em segundo lugar (15-19 anos), teremos para 2014 um percentual de quase 80% de todos os casos de tentativas, em 2015 de 73,74% e 2016 de 69,84, isto é, adolescentes e adultos jovens. O suicídio é a quarta maior causa de morte de jovens entre 15 e 29 anos no Brasil (BRASIL, 2017).

Em comparação ao boletim epidemiológico (BRASIL, 2017), essas faixas

etárias não seguiram o mesmo padrão, pois as maiores taxas de suicídio a nível nacional foram observadas na faixa etária de 70 anos ou mais de idade (8,9/100 mil hab.); e na população indígena (15,2/100 mil hab.), entre os anos de 2011 e 2016.

Quanto à escolaridade, observou-se que nos anos de 2014, 2015 e 2016, o maior percentual refere-se ao item Ign/Branco, (33,90%, 40,40% e 25,40%) refletindo uma deficiência no controle e no preenchimento das informações. Desta forma, em relação a esses anos mencionados, há uma predominância da escolaridade “Ensino médio completo”, com 27,12% e 21,21% respectivamente. Já em 2016, onde o campo foi preenchido corretamente, a escolaridade “Ensino médio incompleto” aparece em primeiro lugar com 20,63 % dos casos de tentativa de suicídio, conforme pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8 - Frequência por Tentativa de Suicídio segundo a escolaridade

Escolaridade	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
Ign/Branco	40	33,90%	40	40,40%	32	25,40%	112	32,65%
Analfabeto	-	-	3	3,03%	1	0,79%	4	1,17%
1ª a 4ª série incompleta do EF	-	-	3	3,03%	2	1,59%	5	1,46%
4ª série completa do EF	1	0,85%	-	-	3	2,38%	4	1,17%
5ª a 8ª série incompleta do EF	7	5,93%	15	15,15%	13	10,32%	35	10,20%
Ensino fundamental completo	9	7,63%	3	3,03%	9	7,14%	21	6,12%
Ensino médio incompleto	26	22,03%	5	5,05%	26	20,63%	57	16,62%
Ensino médio completo	32	27,12%	21	21,21%	23	18,25%	76	22,16%
Educação superior incompleta	1	0,85%	7	7,07%	8	6,35%	16	4,66%
Educação superior completa	2	1,69%	2	2,02%	9	7,14%	13	3,79%
Não se aplica	-	-	-	-	0	0,00%	0	0,00%
Total	118	100,00%	99	100,00%	126	100,00%	343	100,00%

Fonte: SINAN/NET/HGR

Fazendo a média dos três anos pesquisados, observou-se que o percentual de incidência por escolaridade tem predominância no Ensino médio incompleto, e ensino médio completo 38,78%, com idade entre 15 a 34, ou seja adolescentes e adultos jovens, e como mencionado anteriormente, essa é uma fase de indecisões de inquietações, esses dados servem para gente levantar um questionamento, será que esses dados indicam uma dificuldade de inserção no mercado de trabalho? E como os jovens lidam com a insuficiência dos postos de trabalho, as dificuldades que encontram ao tentar se inserir no mercado de trabalho e como se sentem quando não obtém êxito ?

Quanto a raça é comum aos três anos pesquisados, a predominância da raça parda, com incidência mínima de 76,98 %, tendo ocorrido em 2016, conforme tabela 9. Em relação aos indígenas, é importante frisar que o estado de Roraima possui a maior concentração de população indígena da federação.

De acordo com os dados do boletim epidemiológico (BRASIL, 2017), a taxa de mortalidade entre os índios é quase três vezes maior (15,2) do que o registrado entre brancos (5,9) e negros (4,7), indicando a vulnerabilidade dessa população.

No estudo foi verificado que 2,33% dos que tentam suicídio eram indígenas, vale ressaltar também que esses dados são de atendimentos realizados no (HGR) e que podem ser ainda mais elevados, visto que que essa população também possui uma unidade de atendimento no estado, a Casa de Saúde Indígena (Casai).

Tabela 9 - Frequência por Tentativa de Suicídio segundo a raça.

Cor/Etnia	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
ign/N/C	0	0,00	4	4,04	2	1,59	6	1,75
Branca	11	9,32	10	10,10	20	15,87	41	11,95
Preta	2	1,69	1	1,01	4	3,17	7	2,05
Parda	105	88,98	79	79,80	97	76,98	281	81,92
Indígena	0	0,00	5	5,05	3	2,38	8	2,33
Total	118	100,00	99	100,00	126	100,00	343	100

Fonte: SINAN/NET/HG

Outra característica importante a destacar, é relacionado ao sexo daqueles indivíduos que tentam suicídio, uma vez que ficou evidente também nos três anos pesquisados, que o sexo feminino é predominante no mínimo 66,18% dos casos que foram registrado (tabela 10), corroborando com os dados do primeiro boletim epidemiológico (BRASIL, 2017), a qual consta que, das 48.204 pessoas que tentaram tirar a própria vida entre 2011 e 2016, 69% eram mulheres e 31% homens, conforme tabela 10.

Essa ocorrência pode ser explicada em virtude da mulher ser mais vulnerável a depressão, a qual acomete, ao longo da vida, entre 10% a 15% das mulheres e entre 5% a 12% dos homens, onde os gravemente deprimidos, 15% cometem suicídio (BRASIL, 2006).

Em média, após somatório dos três anos pesquisados, obteve-se que o sexo feminino corresponde a 66,18% de todos os casos de tentativas de suicídio no

Estado de Roraima, sendo predominante em todos os anos dentro do universo da pesquisa. Conforme a tabela 10.

Tabela 10 - Frequência por Tentativa de Suicídio segundo sexo.

Gênero	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
Masculino	35	29,66	39	39,39	42	33,33	116	33,82
Feminino	83	70,34	60	60,61	84	66,67	227	66,18
Total	118	100,00	99	100,00	126	100,00	343	100,00

Fonte: SINAN/NET/HGR

No tocante a frequência de lesão auto provocada segundo tipo de lesão, temos que nos anos pesquisados, o enforcamento comparado com o envenenamento, caracterizou-se por índices baixos, de acordo com a Tabela 11, como nos mostra para 2014, 2015 e 2016 respectivamente 5,93%, 18,18% e 19,84%.

Já em relação aos indivíduos que tentaram suicídio através de enforcamento, temos que o sexo masculino predominou sobre o sexo feminino, havendo um empate técnico em 2015, porém com vantagem elevada principalmente no ano de 2014 quando chegou a 85,17% dos casos e em 2016 registrou 56,00% dos casos.

Em média para os três anos pesquisados (2014, 2015 e 2016), obteve-se que apenas 14,58% das tentativas de suicídio foram ocasionadas por enforcamento. No entanto, desses 14,58% das tentativas de enforcamento, a maioria mostrou-se do sexo masculino, com um percentual de 58%.

O que notou-se é que em média, as tentativas de suicídio por envenenamento ao longo dos anos pesquisados, representou 72,59 % e que deste percentual, a maioria absoluta é composta por mulheres, representando 74,76% do total de casos.

Tabela 11 - Frequência por Tentativa de Suicídio segundo Tipo de lesão.

Tipo de violência	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
ign/branco	0	-	2	2,02	2	1,59	4	1,17
Enforcamento	7	5,93	18	18,18	25	19,84	50	14,58
Envenenamento	103	87,29	62	62,63	84	66,67	249	72,59
Outros	8	6,78	17	17,17	15	11,90	40	11,66
Total	118	100,00	99	100,00	126	100,00	343	100,00

Fonte: SINAN/NET/HGR

Outro fator predominante em relação aos indivíduos que tentaram suicídio é que a maioria absoluta é residente na capital do Estado, isto é, residentes em Boa Vista, cuja a taxa mínima é de 89,80% em 2015, até o máximo de 93,65% em 2016.

Em 2014 a taxa de indivíduos que tentaram suicídio foi de 92,37%, conforme tabela 12. Em média, a predominância dos indivíduos que tentaram suicídio, é dos que residem na capital, representando 91,84% dos casos registrados.

Tabela 12 - Frequência por ano da notificação segundo município de residência.

Mun Resid RR	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
ign/branco	0	0,00%	1	1,01%	1	0,79%	2	0,58%
Alto Alegre	0	0,00%	0	0,00%	1	0,79%	1	0,29%
Amajari	1	0,85%	2	2,02%	0	0,00%	3	0,87%
Boa Vista	109	92,37%	88	88,89%	118	93,65%	315	91,84%
Bonfim	2	1,69%	1	1,01%	0	0,00%	3	0,87%
Cantá	1	0,85%	1	1,01%	1	0,79%	3	0,87%
Caracaraí	3	2,54%	2	2,02%	1	0,79%	6	1,75%
Mucajaí	0	0,00%	1	1,01%	1	0,79%	2	0,58%
Pacaraima	0	0,00%	1	1,01%	0	0,00%	1	0,29%
Rorainópolis	0	0,00%	2	2,02%	1	0,79%	3	0,87%
Caroebe	1	0,85%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,29%
Iracema	1	0,85%	0	0,00%	1	0,79%	2	0,58%
Uiramutã	0	0,00%	0	0,00%	1	0,79%	1	0,29%
Total	118	100,00%	99	100,00%	126	100,00%	343	100,00%

Fonte: SINAN/NET/HGR

6.1.2. Tentativas de Suicídio de Residentes na Capital do Estado, Boa Vista - RR, porta de Entrada HGR, Cosme e Silva e Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA).

Dentre as peculiaridades do Estado de Roraima, além de estar localizado no extremo norte do Brasil, no interior da Amazônia, em região de tríplice fronteira. A

capital Boa Vista, considerada uma Capital-Estado por concentrar em torno de 64% da população. Além dos municípios do Estado onde Boa Vista é referência, nos últimos anos aumentou o quantitativos de imigrantes, Venezuelanos, que diariamente chegam ao País, correspondendo hoje em torno de 10 % da população da capital.

Assim como nos casos notificados no Hospital Geral de Roraima Rubens de Sousa, verificou-se que no município de Boa Vista, a predominância em relação ao sexo é feminino, apresentando um percentual de 71,42% em 2014, 61,11 % em 2015 e um percentual de 68,21% em 2016, como pode ser observado na Tabela 13.

Cabe ressaltar que esses dados do município de Boa Vista foram de atendimentos realizados, no HGR, Policlínica Cosme e Silva e no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, onde são atendidas crianças de até 12 anos 11 meses e 29 dias de idade.

Tabela 13 - Casos de Tentativa de Suicídio, segundo ano da notificação e sexo da vítima, de residentes em Boa Vista, nos anos de 2014, 2015 e 2016

Ano da Notific	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
2014	32	28,57	80	71,42	112	33,8
2015	35	38,88	55	61,11	90	27,2
2016	41	31,78	88	68,21	129	39,0
TOTAL	108	32,63	223	67,37	331	100,0

Fonte: SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV

Da mesma forma, foi observado, que em média, o sexo feminino, ao longo dos três anos pesquisados, representaram uma média de 67,37% dos casos de tentativas de suicídio.

Os resultados do estudo revelaram uma elevada taxa de tentativas de suicídio no município de Boa Vista. A taxa de tentativa de suicídio a cada 100 mil habitantes em 2014 teve um número expressivo com 35,57, em 2015 foi registrado uma queda ficando em 28,06, mas em 2016 teve um aumento acentuado chegando a 39,52 tentativas para cada 100 mil habitantes, conforme podemos observar na tabela 14

Os dados indicam um alerta e a necessidade de melhorar os cuidados à saúde desses indivíduos, pois vale repetir que a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para o suicídio.

Tabela 14 - Taxa de Tentativa de Suicídio no município de Boa Vista para cada 100 mil habitantes.

Ano da Notific	População	Tentativa	Taxa
2014	314.902	112	35,57
2015	320,714	90	28.06
2016	326.419	129	39.52
TOTAL		331	

Fonte: SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV

No tocante a faixa etária, ficou característico que a predominância nas tentativas de suicídio no município de Boa Vista se concentra entre 20 a 34 anos de idade em todos os anos pesquisados, representando 50,89% em 2014, 57,78% em 2015 e 44,17% em 2016, a segunda faixa etária predominante nos anos de 2014, 2015 e 2016, pesquisados foi de 15 a 19 anos, nos mostrando um percentual de 28,57%, 18,89% e 28,33% respectivamente.

Os dados do município em relação a faixa etária corroboram com os dados no HGR, visto que mais de 90% dos casos eram de residentes na capital, conforme pode ser observado na Tabela 15.

Tabela 15 - casos de Tentativa de Suicídio segundo o ano da notificação e idade da vítima, de residentes em Boa Vista no período de 2014 a 2016

Faixa etária	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
0-4	0	0,00	0	0,00	2	1,56	2	0,61
5-9	0	0,00	0	0,00	1	0,78	1	0,30
10-14	7	6,25	1	1,11	5	3,91	13	3,94
15-19	32	28,57	17	18,89	34	26,56	83	25,15
20-34	57	50,89	52	57,78	53	41,41	162	49,09
35-49	13	11,61	16	17,78	27	21,09	56	16,97
50-64	3	2,68	4	4,44	6	4,69	13	3,94
Total	112	100,00	90	100,00	129	100,00	331	100,00

Fonte: SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV

Se somarmos as duas faixas etárias predominantes nos três anos pesquisados, isto é de 15 a 34 anos, teremos respectivamente para 2014, 2015 e 2016: 79,46%, 76,67 e 72,50%. É válido observar que na média dos três anos pesquisados, a faixa etária dos 20-34 anos representa a maioria dos casos de tentativas de suicídio com um percentual de 49,09%. Já se pegarmos a incidência de suicídio na faixa etária que compreende o adolescente, veremos que esta

corresponde a um percentual de 29,13%.

Da mesma forma que nos dados estaduais, a raça predominante nos dados do município de Boa Vista é a parda, com um total de 87,50% em 2014, 84,44% em 2015 e 72,87% em 2016. Em média, levando em conta os três anos pesquisados, observou-se que a cor parda é predominante com um percentual de 80,97%, conforme Tabela 16.

Tabela 16 - casos de Tentativa de Suicídio segundo ano da notificação e raça, de residentes em boa vista no período de 2014 a 2016.

Raça	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
ign/Branco	1	0,89%	4	4,44%	4	3,10%	9	2,72%
Branca	11	9,82%	9	10,00%	23	17,83%	43	12,99%
Preta	2	1,79%	1	1,11%	4	3,10%	7	2,11%
Parda	98	87,50%	76	84,44%	94	72,87%	268	80,97%
Indígena	0	0,00%	0	0,00%	4	3,10%	4	1,21%
Total	112	100,00%	90	100,00%	129	100,00%	331	100,00%

Fonte: SINAN/DVE/SVS/SMSA/B

Quanto à escolaridade, observou-se que nos anos de 2014, 2015 e 2016, o maior percentual refere-se ao item Ign/Branco, (34,82%, 42,22% e 27,13%) refletindo uma deficiência no controle e no preenchimento das informações. Desta forma, em relação a esses anos mencionados, houve uma predominância da escolaridade “Ensino médio completo”, com 27,68% e 23,33% respectivamente. Já em 2016, a escolaridade “Ensino médio incompleto” aparece em primeiro lugar com 20,16 % dos casos de tentativa de suicídio, conforme pode ser observado na Tabela 17.

Vale salientar que se utilizarmos a média dos três anos pesquisados, assim como nos casos obtidos no HGR, temos que a predominância de escolaridade se mostra como sendo de Ensino médio completo, seguido por ensino médio incompleto, coadunando com os dados do HGR. Conforme tabela 17.

Tabela 17 - casos de Tentativa de Suicídio segundo ano da notificação e escolaridade de residentes em boa vista no período de 2014 a 2016

Escolaridade	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
Ign/Branco	39	34,82	38	42,22	35	27,13	112	33,84
Analfabeto	0	0,00	1	1,11	1	0,78	2	0,60
1ª a 4ª série incompleta do EF	0	0,00	3	3,33	3	2,33	6	1,81
4ª série completa do EF	1	0,89	0	0,00	2	1,55	3	0,91
5ª a 8ª série incompleta do EF	6	5,36	12	13,33	13	10,08	31	9,37
Ensino fundamental completo	9	8,04	2	2,22	9	6,98	20	6,04
Ensino médio incompleto	24	21,43	5	5,56	26	20,16	55	16,62
Ensino médio completo	31	27,68	21	23,33	20	15,50	72	21,75
Educação superior incompleta	1	0,89	6	6,67	8	6,20	15	4,53
Educação superior completa	1	0,89	2	2,22	9	6,98	12	3,63
Não se aplica	0	0,00	0	0,00	3	2,33	3	0,91
Total	112	100,00	90	100,00	129	100,00	331	100,00

Fonte: SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV

Quando comparou-se os percentuais de tentativa de suicídio no HGR e SMSA-BV, verificou-se que no município de Boa Vista, a maior incidência de causas foi denominadas como “outras”, com 54,68% em média no anos pesquisados, conforme tabela 18, o que distorceu dos dados colhidos no HGR, cujo o percentual maior das tentativas de suicídio se mostrou por envenenamento, que representou 72,59 % , conforme tabela 11. Tal fato, nos remeteu novamente à deficiência no controle, bem como a falta de integração entre os órgãos

Tabela 18 - casos de Tentativa de Suicídio segundo tipo de violência de residentes em boa vista no período de 2014 a 2016

Tipo de violência	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
ign/branco	16	14,29	34	37,78	49	1,59	99	29,91
Enforcamento	6	5,36	16	17,78	24	19,84	46	13,90
Envenenamento	2	1,79	1	1,11	2	66,67	5	1,51
Outros	88	78,57	39	43,33	54	11,9	181	54,68
Total	112	100,00	90	100,00	129	100	331	100,00

Fonte: SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV

No Brasil em 2014, as lesões autoprovocadas notificadas entendidas como

tentativas de suicídio já havia ocorrido anteriormente outras vezes em 6.068 (28%) dos casos (BRASIL,2017).

No que diz respeito à cidade de Boa Vista, um fator a ser considerado é a taxa de reincidência nos casos de suicídio, que nos três anos pesquisados teve uma taxa de 30,21%, pois conforme Freitas et. Al (2014) um fator importante a ser considerado na reabilitação das recidivas das tentativas é a qualidade do atendimento.

Outra fator a ser notado é que a taxa dada como “Ign/branco” teve um percentual média de 22,05%, o que nos levou a considerar que a taxa de reincidência pode vir a ser maior do que o apresentado e que possivelmente nos revela novamente uma deficiência no controle das ocorrências, e como massificados por muitos autores, a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização, para Vidal et al. (2013), o risco de suicídio é aumentado a medida que vão ocorrendo as tentativas, principalmente quando o intervalo entre essas tentativas diminuem. Conforme pode ser verificado na tabela 19.

Tabela 19 - Reincidência de tentativa de suicídio

Violência Ocorreu outras vezes	Ano da Notificação							
	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
Ign/branco	21	18,75	24	26,67	28	21,71	73	22,05
Sim	30	26,79	17	18,89	53	41,09	100	30,21
Não	61	54,46	49	54,44	48	37,21	158	47,73
TOTAL	112	100,00	90	100,00	129	100,00	331	100,00

Fonte: SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV

A literatura mostra que a repetição de tentativas é um indicador de risco para a consumação do suicídio, a cada 3 segundos uma pessoa faz uma tentativa de suicídio (BRASIL, 2017), e segundo (BOTEGA 2014, CFM 2014, VIDAL t al. 2013, OMS 2000) a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização.

A maioria das tentativas de suicídios são atendida principalmente na emergência, lembrando que apenas 10% dessas tentativas chegam a ser atendias em hospitais. Outra característica importante a destacar é que, para cada suicídio, acredita-se que de 10 a 20 tentativas são praticadas (BRASIL, 2006).

Conforme Vidal et al. (2013), esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo.

A tentativa de suicídio é considerada a expressão de um processo de crise, que vai se desenvolvendo de forma gradual, por conseguinte temos que, uma estratégia de prevenção do suicídio é intervir precoce e adequadamente na situação, envolvendo a pessoa e seu conjunto de relações (BRASIL, 2017).

O boletim epidemiológico (BRASIL, 2017) também apontou que nos locais onde existem Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), uma iniciativa do SUS, o risco de suicídio reduz em até 14%, onde Os serviços de assistência psicossocial tem papel fundamental na prevenção do suicídio.

6.1.3. Tentativas de Suicídio do SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV e SINAN/NET/HGR.

Estudos indicam que a partir dos dados do SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV e SINAN/NET/HGR, das 350 internações relacionadas à tentativa de suicídio entre 2014 a 2016, 331 internações eram de residentes na capital, o que representa uma concentração de 96,5% dos casos, e o restante, 4,5% dos casos distribuídos entre os 14 municípios.

No entanto, considerando as especificidades da região e as relações familiares e de solidariedade entre os residentes na capital e os moradores nos municípios do interior essas informações sobre o endereço dos internados por tentativa de suicídio carecem de observações mais pormenorizadas.

Temos que em relação a faixa etária, quando somados os dados do HGR, (atendimentos a pacientes acima de 12 anos e com residências fixas distribuídas entre os 14 municípios do Estado), aos dados da SMSA-BV (atendimentos de residentes em Boa Vista, oriundos do HGR, Cosme e Silva e o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), hospital responsável pelo atendimento de crianças a partir de 29 dias de vida até 12 anos, 11 meses e 29 dias, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde) obteve-se que a taxa de maior incidência entre 20 a 34 anos de idade ou seja, adultos jovens.

Em média nos anos pesquisado, apresentou um percentual de 48,86%/, seguida pela faixa etária entre 13 a 19 anos, adolescentes, conforme pode ser

observado na tabela 20.

Tabela 20 - Casos de tentativa de suicídio analisada por faixa etária SEMSA e HGR

Faixa etária	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
até 12 anos	0		1		7		8	2,28
13 a 19 anos	39		19		35		93	26,57
20 a 34 anos	62		55		54		171	48,86
> de 35 anos	17		24		37		78	22,28
Total	118		99		133		350	100,00

Fonte: SINAN/DVE/SVS/SMSA/BV e SINAN/NET/HGR

6.2. Suicídio Propriamente dito no Estado de Roraima.

Quando abordamos os casos de suicídio, inevitavelmente temos que nos reportar ao IML – Instituto de Medicina Legal, uma vez que os casos de morte de causas não naturais, necessariamente deveriam ser comunicadas, encaminhadas e investigadas pelo Estado, dentre elas, os suicídios.

No Brasil entre os anos de 2011 e 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio, com uma taxa geral de 5,5/100 mil hab., variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015, é o oitavo país em número de suicídios, apresenta em média 24 suicídios por dia, mas esse número deve ser 20% maior, já que muitos casos não chegam ser registrados (BRASIL, 2017).

Embora a subnotificação não seja o objetivo do presente estudo, saliento a importância da precisão na classificação da causa do óbito, pois a prevenção e o controle mais eficaz do suicídio também depende disso.

Pois segundo o IBGE (2010) cerca 15,6% dos óbitos no Brasil não são registrados, e os que são registrados 10% são denominados como “causa externa de tipo ignorado”, deste modo, é improvável identificar se estes 10% foram por acidente, homicídio ou suicídio.

Botega (2014) aponta que uma larga proporção de mortes por causas externas é registrado apenas o modo da morte, não a intenção, a exemplo disso são as quedas e afogamentos que representam 10,9% de todas as mortes por causas externas, outra proporção, em torno de 9%, é registrada como mortes com intenção

indeterminada, Tais registros costumam mascarar considerável proporção de casos de suicídios.

Meneghel et al. (2004) também destacou que os óbitos por suicídio, devido ao tabu que o cerca, podem ser notificados como causa externa do tipo ignorado, induzindo a subnotificação do agravo.

O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) reconhece que ainda há subnotificação e o mau preenchimento da ficha, admitindo que capta-se a morte, mas nem sempre a causa.

Em relação a classificação dos óbitos por suicídio , a OMS (2003) aponta que os coeficientes inferiores a 5/100.000 são considerados baixos, entre 5/100.000 e 15/100.000 são médios, entre 15/100.000 e 30/100.000 são altos e acima de 30/100.000 são muito altos. O Brasil apresenta um nível médio de taxa de mortalidade por suicídio , a média nacional corresponde a 5,5 por 100 mil hab. (BRASIL, 2017) .

. Em Roraima foram registrados 126 casos de suicídio entre os anos de 2014, 2015 e 2016, logo podemos observar que a taxa de suicídio em Roraima esta bem acima da média nacional em todos os anos pesquisados, variando de 7,04 em 2014, com um aumento expressivo em 2015 para 9.49 , com uma leve baixa em 2016 para 8.36, mas sempre acima da média nacional. Vale ressaltar que devido a subnotificação esses dados podem não ser fidedignos.

Baseando-se na classificação da mortalidade por suicídio segundo a OMS, a mortalidade por suicídio em Roraima, nos anos de 2014 a 2016, os índices encontrados foram sempre superiores a 5/100.000, ou seja, considerados médios. Sendo que a média dos índices de suicídio encontrados nesse período foi também considerado médio, 8,3^o/100 mil hab., conforme observa-se na Tabela 21.

Tabela 21 - Taxa de Suicídio no estado de Roraima para cada 100 mil habitantes

Ano da Notifica	População	Suicídio	Taxa
2014	496.936	35	7,04
2015	505.665	48	9,49
2016	514.229	43	8,36
TOTAL		126	

Fonte: IML

O risco de suicídio no Brasil, no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.) (BRASIL,

2017). Papéis masculinos tendem a estar associados a maiores níveis de força, independência e comportamentos de risco. O reforço a esse papel de gênero muitas vezes impede os homens de procurar ajuda para os sentimentos suicidas e depressivos. (CFM, p. 19, 2014),

Em ambos os sexos, o risco aumentou, ao longo do período, passando de 8,4 para 9,1/100 mil hab. no sexo masculino e de 2,3 para 2,5/100 mil hab. no feminino (BRASIL, 2017)

O mesmo boletim epidemiológico (BRASIL, 2017) também apontou que no estado de Roraima foram observadas as maiores variações, em número de óbitos por 100 mil, no sexo masculino (5,1/100 mil hab.), Rondônia (3,1/100 mil hab.) e Amapá (2,2/100 mil hab.), em relação ao sexo feminino, a maior variação foi observada no Distrito Federal (1,1/100 mil hab.), seguindo-se os estados de Roraima, Amapá Piauí, cada um com 0,9/100 mil hab.

Tabela 22 - Frequência de suicídio e a taxa segundo sexo

Discriminação	Ano		
	2014	2015	2016
Pop. Masculina	254.954	259.291	263.544
Pop. Feminina	241.982	246.374	250.685
Suicídio consumado Masculino	26	35	33
Suicídio consumado Feminino	9	13	10
Taxa de suicídio por 100mil hab. – Masculino	10,20	13,50	12,52
Taxa de suicídio por 100mil hab. – Feminino	3,72	5,28	3,99

Fonte: IML

Conforme mostra a tabela 22, tem-se que a taxa de suicídio por 100mil hab. para o sexo masculino foi de 10,20, 13,50 e 12,52 respectivamente para os anos de 2014, 2015 e 2016. Da mesma tabela obteve-se que taxa de suicídio por 100mil hab. para o sexo feminino é 3,72, 5,28 e 3,99 respectivamente para os anos de 2014, 2015 e 2016.

A faixa etária dos 20 a 34 anos de idade corresponde a 57,14% em 2014, 47,92% em 2015 e 39,53% em 2016. A segunda maior faixa etária com maior taxa de suicídio consumado em todos os anos se consolida entre 15 a 19 anos,

coadunando com as tentativas. Se somarmos as duas faixas etárias, isto é de 15 a 34 anos, totalizando em 2014 77,14%, 64,58% em 2015 e 62,79% em 2016. Conforme tabela 23.

Um dado importante a destacar é que segundo a ABP (2014) Em 2012, o suicídio foi a segunda maior causa de morte entre os 15 e 29 anos de idade, em todas as regiões do mundo.

Tabela 23 - Distribuição da frequência de suicídio segundo faixa etária

Faixa etária	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
12-14	2	5,71	7	14,58	2	4,65	11	8,73
15-19	7	20,00	8	16,67	10	23,26	25	19,84
20-34	20	57,14	23	47,92	17	39,53	60	47,62
35-49	4	11,43	7	14,58	10	23,26	21	16,67
50-64	2	5,71	1	2,08	3	6,98	6	4,76
>65 anos	0	0,00	2	4,17	0	0,00	2	1,59
Ignorado	0	0,00	0	0,00	1	2,33	1	0,79
Total	35	100,00	48	100,00	43	100,00	126	100,00

Fonte: IML

A análise dos óbitos segundo a raça/ cor, mostrou que no ano de 2014 temos que 71,43% dos suicídios consumados eram pardos, em 2015 , 89,58%, em 2016, 88,37%. Quando realizamos a média desses 3 anos, evidencia-se a predominância da raça parda no perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio.

Tabela 24 - Frequência de suicídio segundo raça

Raça	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
Negro	2	5,71	1	2,08	0	0,00	3	2,38
Branco	2	5,71	0	0,00	0	0,00	2	1,59
Pardo	25	71,43	43	89,58	38	88,37	106	84,13
Indígena	6	17,14	2	4,17	4	9,30	12	9,52
Não consta/prejudicado	0	0,00	2	4,17	1	2,33	3	2,38
Total	35	100,00	48	100,00	43	100,00	126	100,00

Fonte: IML

Em relação ao meio utilizado para cometer suicídio como podemos observar na tabela 25, nos 3 anos pesquisados a maioria utilizou o enforcamento como principal meio para cometer suicídio 85,71%, 95,83% e 93,02%, e fazendo-se a

média nesses 3 anos, temos que a maioria absoluta ou seja, 92,06%, comete suicídio através do enforcamento, esses dados coadunam com os dados nacionais e internacionais, conforme o boletim epidemiológico (BRASIL, 2017), e a OMS (2014) onde os estudos também apontaram que o principal meio utilizado pelos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio foi o enforcamento .

Tabela 25 - Freqüência de suicídio segundo tipo de violência

Tipo de violência	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
Envenenamento	5	14,29	0	0,00	1	2,32	6	4,76
Arma de Fogo	0	0,00	2	4,17	1	2,33	3	2,38
Enforcamento	30	85,71	46	95,83	40	93,02	116	92,06
Outros	0	0,00		0,00	1	2,33	1	0,79
Total	35	100,00	48	100,00	43	100,00	126	100,00

Fonte: IM

O boletim epidemiológico do ministério da saúde (BRASIL, 2017) apontou que as atentivas de suicídio por meio do enforcamento, em média nacional, tiveram uma taxa de 62,00%, enquanto o estado de Roraima, ficou com uma média de 92,06%. Portanto, bem acima da média nacional.

Assim sendo, em média, temos que para o período pesquisado (2014-2016) temos que 47,62% dos que cometeram suicídio tinha entre 20 a 34 anos, 74,60% eram do sexo masculino, 84,13% eram pardos e 92,06% utilizaram o enforcamento como meio para consumir o ato.

É interessante observar que em relação ao sexo, e à forma de violência auto provocada se invertem se compararmos a tentativa e o suicídio propriamente dito, nos três anos pesquisados.

Traçando um perfil dos casos estudados nos anos de 2014, 2015 e 2016, temos que o indivíduo que tenta cometer suicídio em sua maioria é do sexo feminino, tem entre 20-34 anos de idade, possui nível médio completo, mora em boa vista, é pardo, e tenta cometer suicídio nos meses de maio e dezembro e utilizou o envenenamento como meio de tentativa.

Já em relação ao suicídio consumado, o perfil do indivíduo mostra-se como sendo do sexo masculino, tem entre 20-34 anos de idade, é pardo e utilizou o enforcamento como meio para consumir o ato.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstra a urgência de se efetivar planejamentos de políticas públicas, devido aos altos índices estatísticos encontrados, tanto nas tentativas de suicídio quanto no suicídio propriamente dito no estado de Roraima.

A partir deste estudo foi possível analisar a amplitude do suicídio, as características dos tentadores de suicídio, bem como, do suicídio, indicando um aumento crescente e consecutivo de uma mortalidade silenciosa.

Pois ao aprofundar a pesquisa, verificou-se que Roraima figura-se a quase duas décadas com os maiores índices de suicídio no país, ficando muitas vezes em primeiro lugar em taxas de suicídio.

Neste sentido faz-se necessário verificar se a prevalência dos casos de suicídio em Roraima refere-se a elevada dificuldade no acompanhamento dos casos dentro da rede de saúde mental, devido a fragilidade na rede de atenção psicossocial, pois apesar de complexo, pode ser prevenido, mas para isso as políticas públicas no estado de Roraima, precisam ser avaliadas e contextualizadas, sendo necessário uma discussão mais aprofundada no modelo de atenção à saúde utilizado, visto que o problema vem se agravando e Roraima aponta no cenário nacional entre os cinco estados com o maior número de suicídio ao ano.

Conhecer os dados caracterizados, auxilia na compreensão da magnitude desse problema de saúde pública, que por um lado, são adolescentes e adultos jovens os que mais cometem suicídio, por outro temos as mulheres jovens que chamam mais atenção para as notificações de tentativa de suicídio.

Tendo em vista a relevância e a seriedade desse problema de saúde pública que é o suicídio e de comportamentos suicidas no estado, faz-se necessário que os gestores desenvolvam estratégias eficientes para prevenção dessa prática, que abordem o problema de forma eficaz e criem medidas que possam ser tomadas em diversos níveis de complexidade.

Considera-se necessário construir, portanto, uma estratégia para promover ações de prevenção efetivas e oferecer serviços especializados para os grupos de maior risco, que no caso do estado de Roraima são os adolescente e adultos jovens, tanto nos sexos femininos quanto no sexo masculino, pois as tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta, e como falado

anteriormente é um agravo de notificação imediata, devendo ser imediatamente encaminhado, devido a necessidade de tomada rápida de decisão, devendo o profissional responsável acionar à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento (BRASIL , 2014).

Com relação ao hospital HGR e a SEMSA, onde foram realizado as pesquisas de tentativas de suicídio, salienta-se a necessidade de fundamentar vínculos entre esses dois setores de saúde, especificamente nos serviços de saúde mental e atenção primária, com o objetivo de favorecer estratégias de prevenção ao suicídio e reabilitações mais efetivas, organizando linhas de cuidados integrais com promoção, prevenção, tratamento e recuperação em todos os níveis de atenção para garantir o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, pois sem uma estratégia eficiente de combate a prevenção do suicídio, não tem como implantar mecanismos para tratar desta questão de forma contínua e eficaz.

Este estudo, nos permitiu também problematizar o modelo biomédico nesta conjuntura que envolve o fenômeno suicídio, e colocar como desafio a construção de outro modelo de atenção, o modelo biopsicossocial, pois é possível controlar alguns problemas existentes na tentativa de suicídio por meio de assistência adequada oferecida no âmbito hospitalar e, assim, garantir qualidade de vida para essas pessoas. (GUTIERREZ, 2014).

Outro aspecto importante diz respeito a inconsistência de dados identificadas neste estudo, observando a imprecisão dos registros, e muitas vezes dados ignorados ou brancos, prejudicando a análise dos dados, a OMS (2014) faz um alerta em relação a esse tema, ao afirmar que, em todo o mundo, a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio são baixas (OMS, 2014)

Portanto, este estudo foi importante para apontar a necessidade de se fazer novos estudos sobre esta temática, para aprimorar novas fontes de intervenções junto à população e aos serviços envolvidos.

REFERÊNCIAS

ABREU KP; LIMA, Mad; KOHLRAUSCH E; SOARES JF. **Comportamento suicida:** fatores de risco e intervenções preventivas. 2010.

ALDA, Martin. **Transtorno bipolar.** Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo, v. 21, supl. 2, p.14-17, Oct.1999. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Apr. 2017.

ALVES, RF. **Org. Psicologia da saúde:** teoria, intervenção e pesquisa [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 345 p. ISBN 978-85-7879-192-6. Disponível em: SciELO Books.

ARAÚJO, L.C; VIEIRA, K.F.L; COUTINHO, M.P.L. **Ideação suicida na adolescência:** um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. Disponível em: <[Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-712010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-712010000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio:** informando para prevenir. Disponível <http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em: 15 de ago. 2016>.

BARBOSA, F.O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R.M.C. **Depressão e o suicídio.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.233-243, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-8582011000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 nov. 2016.

BARROS, José Augusto C. **Pensando o processo saúde doença:** a que responde o modelo biomédico? Saúde soc., São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2016.

BOTEGA N. J; D'OLIVEIRA CF; CAIS CF, S. Stefanello. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica recursos da comunidade. São Paulo: Unicamp, 2009.

BOTEGA N.J. Prefácio. In. Estellita-Lins, C (org.) et al. **Trocando Seis por Meia Dúzia:** o suicídio como emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2012; 9-11.

_____. **Comportamento suicida:** epidemiologia. Psicologia USP, 25(3), pág. 234, 2014.

BERTOLETE J. M; VIJAYAKUMAR L; EKEBERG O; LONNQVIST J; SCHLEBUSH L; VARNIK A, et al. **Prevenção do suicídio:** um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS; 2000.

_____. José Manoel; MELLO Santos, Carol ina de; BOTEGA, Neury José. **Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica**. Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, Oct. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Abr. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasil, 2006. Disponível em: http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em 17 out. 2016.

_____. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 32 dez., 2011.

_____. **Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica**. n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf > Acesso em: 27 Mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Esquizofrenia**. Brasília, 2013.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio**. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006a.

_____. **Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Portaria nº 1.876, De 14 De Agosto De 2006.

BRASIL, Lei Nº 8.080, de 19 De Setembro DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 SET. 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm> Acesso em: 03 abr. 2017

_____. **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.** Diário Oficial da União; jun. 2014. 9(108): seção I, p. 67.

_____. **Política Nacional de Humanização.** Cadernos Humaniza SUS: saúde Mental. Vol. 5; Brasília: MS; 2015.

_____. **Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica.** n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf> Acesso em: 27 Mar. 2017.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciênc. saúde coletiva, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARVALHO, L. F; BARTHOLOMEU, D.; SILVA, M. C. R. **Instrumentos para Avaliação dos Transtornos da Personalidade no Brasil.** Aval. psicol. Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 289-298, ago. 2010.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção em saúde.** In R. Pinheiro & R. A Mattos (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (pp. 113-126). Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

CONTE, M. et al. **Programa de prevenção ao suicídio:** estudo de caso em um município do sul do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-2026. 2012.

Conselho Federal de Medicina 2014: **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília: 2014.

Conselho Federal de Psicologia: **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia.** Brasília: CFP, 2013. 1ª Edição, pág. 132.

De Marco MA. **Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial:** um projeto de educação permanente. Rio de Janeiro: v.30, nº 1, jan./abr. 2006.

DIMENSTEIN, M. **A Reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência.** Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, v. 24, n. 4, p. 112-117, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932004000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Ago. 2016.

DURKHEIM, E. **O suicídio.** São Paulo: Abril Cultural, 1983.

FARIA, R. M. de. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Uberlândia, Hygeia, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** Editora Positivo. Curitiba: 2009.

FERREIRA, C.L.; **Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do IPEC. Dissertação (Mestrado)** – Manguinhos/RJ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

FRANCO, Camila Maia. FRANCO, Tulio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde.** São Paulo: 2009.

FREITAS, Ana Paula Araújo de e BORGES, Lucienne Martins. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2014, vol.14, n.2 [citado 2018-06-11], pp. 560-577. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-4281.

GONÇALVES EMG, et al, **Uso de álcool e suicídio.** *Saúde, Ética & Justiça.*20(1): 9-14. 2015.

GUIMARÃES, S. B.; OLIVEIRA, I. F.; YAMAMOTO, O.H. **As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental.** *Psicol. Soc. Belo Horizonte*, v. 25, n. 3, p. 664-673, 2013.

GUTIERREZ, B. A. O. **Assistência hospitalar na tentativa de suicídio.** *Psicol. USP*, São Paulo: dez. 2014; 25(3). Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros".** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acessado em 18 nov. 2015..

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compendio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica.** 7 ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 2002.

KOCH, Daniel Buhatem; OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo. **As políticas para prevenção de suicídios** *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais.* v.2, n.2, dois:

10.14210/rbts.v2.n2.p161-172. 2015.

KOHLRAUSCH E; LIMA Mads, ABREU KP; SOARES JSF. **Atendimento ao comportamento suicida**: Concepções de enfermeiras de Unidades de Saúde. Cienc. Cuid Saúde 2008 Out/Dez; 7(4): 468-475.

LIBERATO, M. **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, ##plugins.citationFormat.abnt.location##, 1, ago. 2011. Disponível em: <<http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1016>>. Acesso em: 27 Mar. 2017.

LOVISI, Giovanni Marcos et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2009, vol.31, suppl.2, pp.S86-S93. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>. Acesso em: Mar. 2017.

LOVATO, Lucas. **Transtornos da Personalidade**. Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo: v. 33, n. 3, p. 314, Sept. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000300020&lng=en&nrm=iso>. Access on 11 Apr. 2017.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. **Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012**. J. bras. psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, Mar. 2015.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS**: uma revisão conceitual. Ciência saúde coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul**. Rev. Saúde Pública. São Paulo: v. 38, n. 6, p. 804-810, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária**, 2014. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude/>> Acesso em: 20 Dec. 2016

MORANA, Hilda C P; STONE, Michael H and. ABDALLA-FILHO, Elias. **Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2006, vol.28, suppl.2, pp.s74-s79. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000600005>.

MUNOZ SANCHEZ, A. I. and BERTOLOZZI, M. R. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.2, pp.319-324. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>. Acesso em: 03 abr. 2017

MUSSI, S. V.; SOARES, M. R. Z.; GROSSI, R. **Transtorno bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento**. Rev. bras. ter. comport. cogn., São Paulo: v. 15, n. 2, p. 45-63, ago. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 03 abr. 2017.

NÓBREGA, et al. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: **Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica**. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2.

NICHIATA, L. Y. I et al. **A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 923 - 928, Oct. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso no 27 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>.

OLIVEIRA I; LRA Cutolo. Humanização como expressão de integralidade. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo 2012; 36(3):502-506.

OPAS 2001. **Relatório sobre a Saúde mental no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OPAS/OMS, 2001.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS; 2000.

_____. **Prevenção do Suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: 2001.

_____. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2006.

_____. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2009.

_____. **Ação de saúde Pública Para a Prevenção de Suicídio**: uma Estrutura. Três esferas de gestão: 2012. Portaria nº 1.876, De 14 De Agosto De 2006.

PASCHE, D.F., Passos, E. (2008) **A Importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina.

Florianópolis. V. 1, n. 1, jan./jun.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. **Rede de Atenção Psicossocial** S. B.; FRANCO, T. B.: qual o lugar da saúde mental? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [1]: 253-271, 2014.ok

RORAIMA. Assembleia Legislativa. **Projeto de Lei Nº 015/16**. Que Inclui, no Calendário Oficial do estado de Roraima, a Semana Estadual de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio. Disponível em: <file:///C:/Users/SAMU/Downloads/diario_ale-rr_ed.2302_16.06.2016.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2017. Texto Original.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. **Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial**: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300015&lng=en&nrm=iso> acesso em: 27 Mar. 2017.

SILVA, R. C. B. **Esquizofrenia**: uma revisão. *Psicol. USP*, São Paulo: v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SOUSA PKR, Miranda KCL, Franco AC. **Vulnerabilidade**: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev. Bras Enferm.* Brasília: 2011 mar-abr; 64(2): 381-4.

SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. **Suicídio em indígenas no Brasil**: um problema de saúde pública oculto. *Rev. Bras. Psiquiatria*. São Paulo: v. 34, n. 4, p. 489-490, Dec. 2012.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, Lúcia A. **Tentativas de suicídio**: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v. 29, n. 1, p. 175-187, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Dec. 2016.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. **Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 4, p. 714-727, 2008.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2014 – **Os Jovens do Brasil**. Brasília, 2014. Disponível em:<<http://www.mobilizadores.org.br/textos/mapa-da-violencia-2014-osjovens-brasil-2/?eixo=cidadania>> Acesso em: 20 Dec. 2016

WHO. (2014). **Preventing suicide: a global imperative**. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779>.