
O DESENHO DA RAPS EM BOA VISTA: O ENFRENTAMENTO AO SUICÍDIO DO PRÉ-HOSPITALAR AO PÓS-HOSPITAL
RAPS DESIGN IN BOA VISTA: FACING THE SUICIDE FROM PRE-HOSPITAL TO POST-HOSPITAL

COUTINHO, Helen Mara de Melo¹; MUNER, Luana Comito²

¹Graduando do Curso de Psicologia – Faculdade Cathedral; ² Docente do curso de Psicologia da Faculdade Cathedral e Doutoranda em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie.

luanamuner@gmail.com

RESUMO. O suicídio tem sido um problema de saúde pública e que envolve questões complexas e das mais diversas ordens: socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o suicídio como uma prioridade de saúde pública. No boletim epidemiológico sobre o perfil das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil, publicado em 2017, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no país. O município de Boa Vista tem destaque expressivo nos números de vítimas de autolesão e suicídio no cenário nacional. Diversos estudos têm demonstrado a complexidade dos atos de autoextermínio, os quais exigem um enfrentamento com políticas de abordagem ampla e multissetorial. Esse estudo objetivou analisar de que forma a Rede de Atenção Psicossocial exerce o enfrentamento ao suicídio no município de Boa Vista, de modo a identificar seus equipamentos e serviços existentes, tendo o apoio estatístico do nível pré-hospitalar ao pós-hospitalar. Para a realização desse estudo se utilizou método descritivo e pesquisa bibliográfica. Identificou-se a base jurídica a nível federal responsável por fomentar as políticas de enfrentamento ao suicídio. Todavia, ficou clara a fragilidade da rede assistencial local, pela ausência de serviços assistenciais estratégicos. A análise dos relatórios estatísticos locais demonstrou um número expressivo de vítimas de autolesão e mortes decorrentes de suicídio, principalmente entre a população jovem, indo ao encontro das tendências mundiais e nacional, reforçando a urgência do tema. O estudo evidenciou uma necessidade de medidas mais eficazes para o enfrentamento ao suicídio e suas consequências.

Palavras-chave: suicídio, autolesão, políticas públicas e rede assistencial.

ABSTRACT. Suicide has been a public health problem that involves complex and diverse issues: socio-cultural, historical, psychosocial, and environmental. World Health Organization (WHO) recognizes suicide as a public health priority. In the epidemiological bulletin published in 2017, related to the profile of suicide attempts and deaths in Brazil, 55,649 suicide deaths were recorded in the country in the period from 2011 to 2015. The municipality of Boa Vista/RR stands out in the numbers of victims of self-harm and suicide on the national scene. Several studies have demonstrated the complexity of self-extermination attempts, which demand a confrontation with policies of broad and multisectoral approach. This study aimed to know how the Psychosocial Care Network copes with suicide in the city of Boa Vista/RR, in order to identify its existing equipment and services, with statistical support from the pre-hospital to the post-hospital level. To carry out this study, descriptive method and bibliographic research were used. The federal legal basis responsible for promoting policies to combat suicide was identified. However, the fragility of the local assistance network was

clear, due to the absence of strategic assistance services. Local statistical reports analysis showed an expressive number of victims of self-harm and deaths resulting from suicide, especially among young people, meeting global and national trends, strengthening the urgency of the topic. This study highlighted the need for more effective measures to cope with suicide and its consequences.

Keywords: assistance network, mental health, public policy; self-harm.

INTRODUÇÃO

O suicídio tem sido um problema de saúde pública que envolve questões complexas e das mais diversas ordens: socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais. Diversos estudos apontam que o fenômeno do suicídio é complexo, influenciado por vários fatores, e que generalizações de fatores de risco são contraproducentes, conforme versa o Relatório Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil, publicado em 2017 (BRASIL, 2017a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o suicídio como uma prioridade de saúde pública, e, para fundamentar a questão, aponta que mais de 800 mil pessoas se suicidam no mundo anualmente (BRASIL, 2017b). Reforçando o tema a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2018, p.01) cita que “o suicídio ocorre durante todo o curso de vida e foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo no ano de 2016”, o que consolida a necessidade de priorização do tema como uma questão de saúde pública no mundo, bem como, no nosso país.

Ainda sobre a folha informativa da OPAS, ela ressalta que o suicídio é uma das linhas prioritárias do programa de saúde da OMS chamado de “*Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP)”. O intuito do programa é fornecer aos países membros da organização toda orientação com bases científica como forma de subsidiar a ampliação de serviços voltados para o cuidado de pessoas com transtornos mentais. (OPAS, 2018). E, para subsidiar os países-membros da OMS foi desenvolvido um plano de ação em saúde mental, “com enfoque integral e multissetorial, com coordenação dos serviços dos setores sanitário e social, e concede atenção especial para a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, atenção e recuperação.” (OMS, 2013, p. 07).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2014) destaca que o primeiro relatório sobre suicídio no mundo da OMS “Prevenção do suicídio: um imperativo global”, publicado em 2014, teve como objetivo conscientizar sobre a importância do suicídio e das tentativas de suicídio para a saúde pública e fazer da prevenção uma alta prioridade na agenda global de saúde pública, evidenciando de forma veemente a necessidade de assegurar, promover e proteger, o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais de usuários de serviços de saúde mental.

A organização ressalta ainda que a taxa de mortalidade por suicídio é um indicador da meta 3.4 dos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” da OMS, ou seja, até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, bem como, promover a saúde mental e o bem-estar. Logo, falar do tema, sem alarmismo e enfrentando os estigmas, bem como, conscientizar e estimular sua prevenção pode contribuir para reverter a situação crítica que o mundo enfrenta (BRASIL,2017).

Conforme dados da Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020 “no Brasil ocorrem cerca de 10 mil

mortes por suicídio por ano” (BRASIL, 2017a), com uma taxa bruta de 5,5/100 mil em 2015, sendo que, a nível mundial, ficou em 10,7/100 mil, conforme evidenciado no mesmo documento. No boletim epidemiológico sobre o perfil das tentativas, bem como, os óbitos por suicídio no Brasil, publicado em 2017, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no país, indo ao encontro do exposto na agenda supracitada.

Materiais jornalísticos locais relataram, em 2019, que o estado de Roraima apresenta a parcela de 7% do montante nacional das mulheres que tiraram suas vidas, já na análise que faz uso dos índices habitacionais, o estado de Roraima também lidera com 122,2% em relação aos maiores aumentos para o sexo feminino. Nos casos envolvendo homens, Roraima está em segundo, registrando 15,4%, conforme apontou estudo do Ministério da Saúde que se baseou a matéria midiática¹.

Desde o ano de 2000 o município de Boa Vista/RR apresenta uma elevação no número de óbitos por suicídio por cada 100 mil habitantes, 8,97 óbitos, enquanto a média nacional registra 3,99 óbitos. Em 2013 os índices se mostraram acima da média nacional, sendo registrados 5,50 (óbitos/100mil/hab.) em Boa Vista, e, a média nacional registrou índice de 5,01 óbitos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2017b) Assim, este estudo se voltou para o desenho da Rede de Assistência Psicossocial (RAPS) em Boa Vista especialmente ao que se refere ao enfrentamento ao suicídio na concepção de rede de atenção à saúde que tem como principal proposta à atenção em saúde mental, no sentido de identificar a oferta de serviços de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental frente ao suicídio refletindo a capacidade de articulação das ações em distintos níveis de complexidade dentro desta rede assistencial.

Mais especificamente, o estudo foi norteado pela inquietude em saber de que forma a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) exerce o enfrentamento ao suicídio no município de Boa Vista, com seus equipamentos e serviços existentes com apoio estatístico do nível pré-hospitalar ao pós-hospitalar. Pois cabe destacar, no Brasil e no resto do mundo, o número de suicídios e de tentativas não diminuiu. Pelo contrário, tem aumentado ou encontra-se estabilizado (LIZARDI; STANLEY 2010, *apud* VIDAL; GONTIJO, 2013). Logo, promover estudos e discussões sobre o tema é de suma importância para fomentar possíveis melhoramentos da rede.

Sobre o suicídio

É importante que se compreenda primeiramente que a palavra suicídio se origina na expressão latina ‘*sue caedere*’ que significa matar-se (RODRIGUES, 2015, p.21). Sendo assim, entende-se que qualquer ato auto infligido que resulte em morte. A sociedade contemporânea tem vivenciado o suicídio como um problema de ordem social e de significância para a saúde pública tendo em vista o número de pessoas que tiram sua própria vida. Como destacado por Camus (2008 *apud* RODRIGUES, 2015, p. 21) “só há um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio”. Sob uma perspectiva ampla do sentido do termo, Silva e Colucci Neto (2020) reforçam a caracterização da OMS, de forma mais pontual, como sendo um ato de violência voltado à própria pessoa, podendo ser subdividido em dois tipos: comportamento suicida e conduta auto lesiva.

Destaca-se que o suicídio, sob a perspectiva da saúde pública, estabelece um paradoxo, justamente diante da evolução e conquistas que a ciência vem obtendo no sentido

¹ Matéria veiculada na Internet: <https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Roraima-e-o-segundo-estado-no-ranking-de-suicidio/57472>

da manutenção da vida humana nas últimas décadas, em contrassenso, milhares de pessoas, através de várias maneiras, seja pelo enforcamento, pela ingestão de substâncias nocivas, automutilação, entre outras formas, consomem a decisão de tirar a própria vida, sendo o desfecho final para a solução de problemas e angústias. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

O suicídio percorre algumas fases que origina um complexo processo, surge a partir da ideia de pôr fim a própria existência, e tem grande amplitude. Na literatura destaca-se que a idealização tem um *continuum* de pensamentos e atos que podem ser compostos por várias etapas, sendo estas classificadas em até sete categorias (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Diversos estudos têm demonstrado que a complexidade do ato de autoextermínio tem diversas nuances no cenário biopsicossocial da pessoa. Dantas (2019) salienta tal concepção supracitada, tem na sua idealização o impacto direto de fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais. Frisando ainda, que “os usuários de serviços de saúde mental não são reconhecidos como ‘sujeitos de direitos’ e vivenciam diversas formas de violação de direitos humanos, de estigma, de discriminação e de invalidação.” (OPAS, 2013, p. 01).

Suicídio em números

A partir dos dados, da Organização Mundial de Saúde, divulgado no primeiro Relatório Global para a prevenção do Suicídio, identifica-se que mais de 800 mil pessoas tiram sua própria vida por ano, o mesmo relatório revela ainda que 79% ocorrem em países pobres ou em desenvolvimento (OPA/OMS, 2018). Porém, se considerar na contagem os números os comportamentos suicidas, conforme salientou Bertolote (2010) tem-se um universo estimado de 9 a 35 milhões de pessoas, ampliando de forma exponencial a problemática de saúde pública a nível mundial.

A OPAS (OPAS/OMS, 2018) citou em sua nota informativa sobre o tema alguns destaques relacionados ao suicídio, primeiramente, reforçando o que já foi exposto anteriormente, ou seja, para cada suicídio consumado, há muito mais pessoas que tentam o suicídio a cada ano. Reforçando a importância do reconhecimento das tentativas de suicídio como o principal fator de risco para que o ato seja concluído. Ressaltou ainda, que a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, base da pirâmide populacional, que está no início da produtividade econômica, tendo um percentual de anos potenciais de vida perdidos (APVP) altos, o que coloca a temática dentro das prioridades da OMS com a devida preocupação. Pois considerar tal indicador classifica as principais causas de óbito da população de forma segura. Segundo Werneck e Reichenheim (1995 *apud* PEIXOTO; SOUZA, 1999), o uso do indicador APVP, explicitando o total de anos potenciais de vida perdidos para cada óbito, “qualifica” as mortes e introduz um critério técnico para a seleção de prioridades.

Outro ponto de destaque da nota é que 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda. Em suma a grande maioria dos casos é consumada por meio de ingestão de pesticidas, cerca de 20% do total, bem como, enforcamento e armas de fogo formam o conjunto maior dos métodos mais comuns de suicídio em nível global. (OPAS/OMS, 2018)

Sobre a questão de comparação, no que tange o sexo das vítimas, entre os óbitos por suicídio, Bertolote (2010) salienta que as taxas de suicídio dos homens são maiores comparados com das mulheres, numa proporção de 3,5 a 5 por 1, ocorrendo a maior taxa em

países industrializados e as menores, em países de baixa renda. A OMS salienta ainda que, com tais números, é possível inferir que ocorra um óbito por suicídio a cada 40 segundos (OMS, 2014).

Conforme dados da Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020 “no Brasil ocorrem cerca de 10 mil mortes por suicídio por ano” (BRASIL, 2017a, p. 09), com uma taxa bruta de 5,5/100 mil em 2015, sendo que, a nível mundial, ficou em 10,7/100 mil, conforme evidenciado no mesmo documento. No boletim epidemiológico sobre o perfil das tentativas, bem como, os óbitos por suicídio no Brasil, publicado em 2017, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no país. No mesmo relatório, verifica-se maior detalhamento dos dados, conforme destaca:

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.). 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. O perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio foi semelhante entre os sexos, com maiores proporções entre solteiros(as), viúvos(as) ou divorciados(as) (masculino 60,3%; feminino 60,7%) e entre os que usaram o enforcamento para perpetrar o ato (66,1% e 47,0%, respectivamente)[...] As maiores variações da taxa, em número de óbitos por 100 mil, no sexo masculino, foram observados nos estados de Roraima (5,1/100 mil hab.), Rondônia (3,1/100 mil hab.) e Amapá (2,2/100 mil hab.). No sexo feminino, a maior variação foi observada no Distrito Federal (1,1/100 mil hab.), seguindo-se os estados de Roraima, Amapá e Piauí, cada um com 0,9/100 mil hab. [...] (BRASIL, 2017b) (Grifo dos autores).

Dentro do destaque anterior salientam-se os números observados em Roraima, o que evidencia a problemática do suicídio no referido estado. Em olhar mais pontual a capital Boa Vista, desde o ano de 2000, apresenta uma elevação no número de óbitos por suicídio por cada 100 mil habitantes, 8,97 óbitos, enquanto a média nacional registra 3,99 óbitos. Em 2013 os índices já se mostravam acima da média nacional, sendo registrados 5,50 (óbitos/100mil/hab.) em Boa Vista, e, a média nacional registrou índice de 5,01 óbitos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2017b)

Um estudo epidemiológico sobre o tema, feito pela Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS/SMSA) do município de Boa Vista, demonstra números de registro de lesões autoprovocadas, no período de 2016 a 2020, que destaca:

No município de Boa Vista, no período de janeiro de 2015 até agosto de 2020, constam no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, o registro de 1251 notificações classificadas como “Lesão autoprovocada”, sendo o ano de 2019 com o maior número registrado (n=463), representando um aumento de 94% em relação ao ano de 2018. (SVS/SMSA, 2020, p. 02)

Quanto à Taxa de Mortalidade por Suicídio, entre os anos de 2015 e 2020, no ano de 2016 foi observado uma taxa de 11,22 (óbitos/100mil hab.). Taxa bem acima da média Mundial que segundo relatório da OMS, está em torno de 10,5 (óbitos/100 mil hab.), com uma redução de 9,8% entre os anos de 2010 a 2016. Sobre os números apresentados, o relatório demonstra dados parciais sobre os registros do ano de 2020, destacando que 52% das ocorrências registradas como “lesões autoprovocadas” tinham reincidência, sugerindo, conforme aponta o relatório, a possibilidade da condição do isolamento social, devido a pandemia, ser um agravante das idealizações suicidas. Observando a distribuição dos casos,

segundo a faixa etária, observa-se que o número de casos está concentrado na faixa etária de 15 a 39 anos, população economicamente ativa, sendo o número maior na faixa etária de 20 a 29 anos (460 casos); seguida da faixa etária de 15 a 19 anos (366 casos) e da faixa etária de 30 a 39 anos (233 casos). (SVS/SMSA, 2020).

Sobre outra perspectiva de análise, números demonstrados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da capital Boa Vista – SAMU BV 192, referente aos atendimentos dos casos de tentativa de autoextermínio, no primeiro semestre de 2019 em comparação com o mesmo período de 2020 apontam um número considerável de atendimentos, reforçando ainda mais a importância do tema em saúde pública. (SAMU, 2020)

Ao verificar os dados, que tem como base o primeiro semestre dos anos de 2019 e 2020, é possível inferir alguns pontos, sendo o primeiro sobre os números absolutos de atendimentos nas tentativas de suicídio, cenário que se mostra em leve queda, pois se registrou no ano passado 59 acionamentos do SAMU; já, neste ano, registrou-se 54, com variação de -8,47% nos números gerais. Na verificação por gênero percebe-se, em 2019, que os homens atingiram a taxa de 29% do total registrado, que contabiliza 17 eventos, contra 71% da taxa feminina que representa 42 eventos. Uma proporção feminina de 2,44:1 em relação aos homens (SAMU, 2020).

Ao analisar o período de 2020 há alteração nas proporções, onde se observa a taxa dos homens atingindo 31%, com o mesmo número de eventos, ou seja, 17 ocorrências. No caso das mulheres, a taxa reduziu para 69%, com o registro de 37 ocorrências. Logo a proporção dos casos envolvendo mulheres em comparação aos homens ficou em 2,22: 1, uma redução proporcional de 9% entre os períodos (SAMU, 2020).

Na análise por idade (Tabela 01), verifica-se a composição de grupos de faixa etária, sendo elas: grupo 01 (0-14 anos); grupo 02 (15-39anos); grupo 03 (40-69 anos); grupo 04 acima de 70 anos. Dentre os grupos a divisão do total de tentativas de suicídio fica da seguinte forma: grupo 01 (1,7%); grupo 02 (79,7%); grupo 03 (18,6%) e grupo 04 (0,0%) no ano de 2019, o que mostra o grande impacto no grupo 02, composto por jovens entre 15 e 39 anos, com 47 registros no ano. Na mesma percepção obteve em 2020, uma proporção de 74% dos casos, com 40 eventos. Os demais grupos obtiveram 9,3% (grupo 01), 16,7% (grupo 02), o grupo três novamente não teve registros de atendimentos.

Tabela 1 - Perfil dos atendimentos de suicídio realizados pelo SAMU de Boa Vista em 2020 por faixa etária.

FAIXA ETÁRIA		TOTAL 2020	n	%	Variação	TOTAL 2019	n	%
Grupo 01	MENOR DE 1 ANO	0	5	9,26	-8,47%	0	1	1,7
	1 A 4	0				0		
	5 A 9	0				0		
	10 A 14	5				1		
Grupo 02	15 A 19	7	40	74,07		10	47	79,7
	20 A 29	19				19		
	30 A 39	14				18		
Grupo 03	40 A 49	4	9	16,67		9	11	18,6
	50 A 59	3				2		
	60 A 69	2				0		
Grupo 04	70 A 79	0	0	0		0	0	0,0
	80 OU MAIS	0				0		

TOTAL	54	100,00	59	100,0
-------	----	--------	----	-------

Fonte: Relatório SAMU Boa Vista – Setor de estatística / agosto de 2020.

Tais números vão ao encontro das estatísticas mundiais, conforme já evidenciado pela OMS e relatado neste estudo. Estudos apontam que geralmente, o suicídio predomina em homens, numa proporção aproximada de 3:1, porém, referencia-se uma relação inversa quanto às tentativas de suicídio, ou seja, a proporção pende para as mulheres; porém o mesmo estudo demonstra tendência de diminuição destas diferenças. (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2009 *apud* BORTOLOTE; MELO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Conforme se percebe nos números evidenciados da estatística do SAMU (2020), vale destacar que aqui não foi aprofundada as questões puramente estatísticas, por não ser objeto direto do estudo, mas sim para melhor esboçar o panorama do cenário na cidade de Boa Vista sobre a temática “suicídio”.

Das políticas de saúde

O suicídio é uma das condições prioritárias do “Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)” (programa de saúde mental da OMS), que fornece aos países orientação técnica baseada em evidências para ampliar a prestação de serviços e cuidados para transtornos mentais e de uso de substâncias (OPAS/OMS, 2018). Para fazer frente a este cenário foi desenvolvido o Plano de Ação em Saúde Mental, da própria OMS, para o período compreendido entre os anos de 2013-2020, no qual os países membros se comprometeram com uma meta de redução de pelo menos 10% da taxa global de suicídio (OMS, 2014).

Ainda em 2013, outro grande marco para as políticas de saúde voltada para a saúde mental foi o Consenso de Brasília resultante da “I Reunião Regional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares”, evento promovido pela OPAS e Ministério da Saúde do Brasil que contou com a participação de representantes de Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, e Suriname, em sua maioria representantes de associações e organizações de usuários dos serviços de saúde mental e familiares (OPAS, 2013), que teve como destaque:

Compromisso dos Estados é assegurar, promover e proteger, o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais de usuários de serviços de saúde mental, com adoção de medidas necessárias para a equiparação de oportunidades, para o exercício da capacidade legal” [...]

Que seja garantido aos usuários de serviços de saúde mental, em igualdade de condições, o direito à cidade e à cidadania plena, destacando-se o acesso a: moradia, trabalho, educação, cultura, transporte, e lazer [...] (OPAS, 2013, p. 01)

Diante dessa realidade e, considerando a saúde mental como parte integrante das redes prioritárias do Ministério da Saúde aqui no país, foi instituída, ainda em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com missão primária na criação, ampliação e articulação de ações a saúde das pessoas com sofrimento emocional e necessidades que decorrem do uso e abuso de drogas. (BRASIL, 2011)

Neste contexto ressalta-se a Atenção Primária à Saúde como “linha de frente de acompanhamento a população nos diferentes ciclos da vida, sendo justamente os arranjos familiares e as situações familiares, o mais importante vínculo de acesso do paciente suicida ao sistema de saúde” (BRASIL, 2019, p.13). No entanto, na prática, a maior parte das equipes

da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Atenção Básica atribui tal abordagem, em saúde mental, aos serviços de pronto-atendimento em serviços voltado para a Atenção Psicossocial por acreditarem ser o mais adequado, o que fomenta ainda mais o tabu da discussão sobre o tema.

Conforme Vidal e Gontijo (2013, p. 02), a “maioria dos casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio”, o que demonstra que todos os serviços podem atender uma paciente que tentou suicídio. Conforme salientaram Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010, p. 13) “estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional de casos de tentativa de suicídio.” Logo intensificar as políticas públicas em saúde com foco no tema fica evidentemente imperioso.

Cabe salientar que o Ministério da Saúde em 2019 lançou a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Dentro os objetivos propostos no Art. 03 da referida lei, destaque para os itens:

- I - Prover a saúde mental;
- II - Prevenir a violência autoprovocada;
- III - Controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV - Garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio [...] (BRASIL, 2019).

E em 2020, visando reforçar as ações para a implementação da política supracitada, foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) o Decreto 10.225, de 5 de fevereiro, o qual institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, tendo como missão regulamentar a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, bem como, estabelecer normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada (BRASIL, 2020a). Digno de destaque neste decreto é a interação de vários ministérios do governo federal no enfoque para regulamentar a política em tela, por meio de um Comitê Gestor, o que evidencia a percepção do enfrentamento com abordagem multissetorial, conforme versa o Art.04:

Art. 4º O Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio é composto por representantes dos seguintes órgãos:

- I - Um do Ministério da Saúde, que o coordenará;
 - II - Um do Ministério da Educação;
 - III - Um do Ministério da Cidadania; e
 - IV - Um do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.
- (BRASIL, 2020a)

Além de outras instituições convidadas para fomentar as discussões para a implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, sendo este comitê um órgão de assessoramento para os entes da federação na missão de promover o fortalecimento desta política a nível local. (BRASIL, 2020a) Para tanto, há a necessidade de identificar a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o enfrentamento do suicídio, em Boa Vista, logo elencar os estabelecimentos que ofertam serviços na área psicossocial. Verifica-se no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como serviço especializado em Serviço de Atenção Psicossocial (Cód. 115), os seguintes equipamentos (Quadro 1) (BRASIL, 2020b).

Quadro 1 - Equipamentos cadastrados no CNES, no município de Boa Vista, em 2020.

Tipo de Serviço	CNES	Estabelecimento
Ambulatorial	6902669	CENT DE ATEN PSICOSSOCIAL CAPS II DONA ANT DE MATOS CAMPOS
	6259170	CENTRO DE AT PSICOSSOCIAL ALCOOL E OUTRA DROGAS CAPS AD III
	3068692	CENTRO DE ATEN PSICOSSOCIAL EDNA MACELLARO M SOUZA CAPS III
	3221172	CENTRO DE REF DA SAUDE DA MULHER MARIA LUIZA CASTRO PERIN
	2320673	CENTRO MUNICIPAL INTEGRADO DE EDUCACAO ESPECIAL
	6966829	CENTRO SOCIOEDUCATIVO CSE HOMERO DE SOUZA CRUZ FILHO
	2589915	CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
	2320681	HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO
	9472339	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES
	2319659	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR
	2566168	HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH
	5545501	NUCLEO ESTADUAL DE REABILITACAO FISICA 05 DE OUTUBRO
	7339194	REDE CIDADANIA ATENCAO ESPECIAL
Hospitalar	2320681	HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO
	9472339	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES
	2319659	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR
	2566168	HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH

Fonte: BRASIL, 2020b.²

Destaca-se que foram elencados apenas aqueles estabelecimentos com atuação específica no SUS, como intuito de perceber a assistência universal, integral e equânime na área de atenção psicossocial. Logo, diante do exposto, a forma como ocorre a operacionalidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no enfrentamento ao suicídio é a questão norteadora do estudo, dentro do que preconiza toda a base referencial supracitada.

METODOLOGIA

Para a realização da pesquisa utilizou-se o método descritivo e a técnica de pesquisa bibliográfica, que tem como finalidade conhecer, identificar e analisar de forma sistematizada a literatura usada em língua portuguesa. Para tanto, utilizou-se uma análise temática na qual se deve "ouvir o autor" e aprender o conteúdo de sua mensagem, sem intervir nela (SEVERINO, 2006, p. 143).

Utilizaram-se alguns critérios para que se pudesse ir ao encontro do objetivo, como: Sites disponíveis na Internet acessados em 2020; Livros, artigos publicados, procurados através das palavras-chave como: Rede Atenção Psicossocial; suicídio; enfrentamento.

Após a delimitação do estudo, uma busca aprofundada foi realizada acerca do tema. O referencial desta pesquisa foi composto por artigos científicos que foram publicados na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde/Psicologia (BVS-PSI); Periódicos Eletrônicos (PEPSIC); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LICACS); dados do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e suas publicações com o tema suicídio e prevenção, bem como, documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a temática.

² <http://cnes.datasus.gov.br/>

O desafio para este estudo bibliográfico está em estabelecer um processo baseado em evidências documentais, e, suficientemente amplo para, na perspectiva do SUS, definir a falta de políticas públicas no âmbito municipal e estadual que incorporem as necessidades assistenciais voltadas para prevenção do suicídio.

Diante deste desafio, segundo Severino (2006), o método de leitura analítica é aquele que favorece a compreensão e interpretação crítica dos textos. Para isso, é necessário preparar o texto, identificando sua estrutura (análise textual), compreender o tema central e as ideias secundárias (análise temática), para então extrair as informações necessárias para o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro do cenário desenhado pelo referencial supracitado, considera-se que o suicídio é um fenômeno bastante complexo com suas diversas facetas (BRASIL, 2017a; DANTAS, 2019; VIDAL; GONTIJO, 2013; OPAS, 2013). E, para intensificar ainda mais a problemática, o Brasil está entre os dez países com as maiores taxas de mortalidade decorrentes de suicídio no mundo (BRASIL, 2017a), e, por seguinte, o estado de Roraima aparece em destaque entre todos os entes federativos, refletindo de forma explícita a urgência de medidas eficazes para a problemática (BRASIL, 2017b; SAMU, 2020; SVS/SMSA, 2020).

Pois sem distorções, em comparação com os números mundiais e o nacional, no que tange o perfil epidemiológico das vítimas de suicídio, bem como, das vítimas de autolesão, tem-se a grande maioria concentrada na população jovem, como pontuou os dados municipais da SVS/SMSA (2020), que demonstra que a parcela, referente ao número de jovens acometidos, é a grande maioria da população impactada, no período de 2016 e 2020, com uma proporção de 84% de todo o registro do referido intervalo de tempo. Números estes que vão ao encontro dos registros apontados pelo SAMU Boa Vista, que no relatório estatístico da instituição, sobre os atendimentos dos casos de suicídio e autolesão, do primeiro semestre de 2019 em comparação com o mesmo período de 2020, demonstrou que a faixa etária das vítimas que necessitaram de socorro foi também a população jovem, com idade entre 15 e 39 anos, obtendo registros de 79,7% em 2019, e 74,07% em 2020.

Um ponto que chamou a atenção foi o baixo número de atendimentos do SAMU, em 2019, que registrou no primeiro semestre 54 eventos com acionamento primário envolvendo o suicídio, sendo que no mesmo ano, a SVS identificou 463 registros com a mesma natureza, o que sugere uma baixa procura da assistência, à nível pré-hospitalar, para situações que envolvam a tentativa de suicídio (SAMU, 2020). Tal observação tem apoio dos estudos pesquisados, no que se refere ao estigma sofrido pela pessoa que tenta suicídio, bem como, pela sua família, já que a exposição pública da situação é imediata e evidente quando ocorre um atendimento com as ambulâncias do SAMU, evidenciando o tabu social que recrimina a pessoa que atentou contra a própria vida, e, conseqüentemente, forçando muitas famílias a procurar assistência por meios próprios, e que pode desfavorecer fatalmente as chances de sobrevivência da vítima pela demora do primeiro atendimento médico (OMS, 2014).

Pode-se levantar, neste momento, o questionamento sobre a falta de referencial técnico ou jurídico para fomentar as políticas públicas para o enfrentamento ao suicídio. Mas ficou evidente, que neste sentido, não há falta de material para qualquer trabalho de desenvolvimento de políticas para a temática. Tal consideração tem apoio com o enfoque que a Organização Mundial de Saúde³, tem sobre o tema, oferecendo uma gama de material

³ Endereço eletrônico https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1

técnico para fomentar a construção de fluxos de trabalho e atendimento, bem como, subsidiar a construção de políticas públicas para o enfrentamento do problema, como apontou os estudos pesquisados, favorecendo muito os direcionamentos necessários para uma robusta construção de políticas públicas consistentes e aplicáveis conforme a realidade local. Em apoio nesta seara, ainda é possível destacar a página virtual da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)⁴, sendo uma organização vinculada à OMS, tendo uma maior proximidade com os problemas dos países sul-americanos, referenciando seus instrumentos e matérias para realidade dessa região.

No Brasil, percebe-se o embasamento jurídico principalmente depois da promulgação da portaria ministerial nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, conhecida como RAPS, que fomentou a construção da rede de cuidado, com o intuito de manter o respeito aos direitos humanos com equidade respeitando a autonomia e liberdade do indivíduo, bem como, fomentando a oferta de serviços dentro do território com inclusão social, da família e da sociedade. Destacando ainda a organização da rede de atenção em saúde, estimulando a referência e contra referência do paciente o que reflete em integridade do cuidado (BRASIL, 2017b).

Em 2019 foi promulgada a Lei nº 13.819 que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio – PNPAS, visando construir uma estratégia permanente do poder público para a prevenção do suicídio e autolesão. Observa-se dentre seus objetivos a intenção de promover a saúde mental, prevenindo a violência autoprovocada, atentando para os fatores determinantes e condicionantes diretamente ligados com a saúde mental. Também destaca a garantia de acesso, com abordagem da pessoa com ideação suicida e seus familiares, como também, sensibilizar a sociedade para a relevância do tema combatendo o tabu social. (BRASIL, 2019)

E para intensificar as ações para a implementação desta política, em 2020, houve a publicação, no Diário Oficial da União (DOU), do Decreto nº 10.225, que o institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, tendo como missão regulamentar a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, bem como, estabelecer normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada (BRASIL, 2020a).

Destaca-se neste decreto a evidenciação da necessidade de abordagem multissetorial, tendo em vista a composição do comitê, o que fortalece ainda mais a importância da temática não só como problema de saúde, mas como um problema social com consequências muito além da questão apenas de saúde. Ou seja, há todo o cerne jurídico que dá embasamento necessário para a promoção de políticas públicas para a prevenção da violência autoprovocada, como um olhar voltado para o cenário no qual o indivíduo está inserido, considerando os condicionantes e determinantes da saúde mental, fomentando o apoio necessário de forma multissetorial, com cuidado, atenção e tratamento adequados.

Em relação aos aparelhos de saúde, que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), voltados para a saúde mental, toma-se como base o que evidencia a Lei nº 3.088/11 quanto aos componentes da RAPS. No que tange o serviço especializado, é basicamente formado por centros de referência, conhecidos como CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), unidades de acolhimento, comunidades terapêuticas, enfermarias especializadas, serviço hospitalar de referência e serviços residenciais terapêuticos.

⁴ Endereço eletrônico

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=845&Itemid=839

Dentro desta proposta fica caracterizada uma gama considerável de serviços que compõem, ou podem compor a rede de atenção psicossocial em Boa Vista, conforme observado no CNES e demonstrado anteriormente (BRASIL, 2020b). Porém, algumas ausências importantes são percebidas, como as unidades de acolhimento (UA Adulto e Infantil), serviço de cuidado contínuo de saúde, com funcionamento ininterrupto, com ambiente acolhedor com característica residencial para pessoas com grande vulnerabilidade social ou que necessitem de acompanhamento terapêutico.

Outro equipamento de saúde ausente é Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) (BRASIL, 2020b), por ser um serviço que atendimento voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, bem como, aqueles que são usuários de drogas e álcool. Logo, a população menor de dezoito anos, atualmente, não tem a oferta deste importante aparelho de assistência, o que preocupa, tendo em vista as estatísticas que mostram a número expressivo de adolescentes acometidos pelo suicídio.

Serviços residenciais terapêuticos também não foram identificados nos registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020b), tais serviços atuam em moradias inseridas na comunidade, com o intuito de acolher as pessoas provenientes da internação de longa permanência, em suma, provenientes dos hospitais. Não há neste estudo como inferir qual o impacto da falta deste estabelecimento de saúde, mas é importante registrar que como componente da RAPS, há tal ausência e que um estudo mais aprofundado seria de grande interesse científico.

No que tange os centros de convivência se configura como uma unidade em articulação com os demais aparelhos da RAPS, com intuito primário de ofertar espaços de sociabilidade, produção e intervenção cultural como forma de apoiar a socialização, bem como, combater o estigma preconceituoso sofrido pelas pessoas com problemas psiquiátricos por meio da integração social. Tais centros são considerados estratégicos para a inclusão social por fomentar a construção de vínculo na comunidade, combatendo o isolamento social, abrindo espaço para a cidadania das pessoas, algo muitas vezes esquecido.

Diante destas pendências, a formação da rede de atenção psicossocial está evidentemente incompleta, o que pode ser um fator preponderante para explicar os números expressivos dos registros de pessoas que tentam o suicídio e de tantas outras que efetivam sua tentativa em morte nos últimos anos, considerando a deficiência da rede assistencial.

Vale salientar que o Brasil assinou o Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 da OMS que tem como objetivo diminuir as mortes por suicídio em 10% até o final do ano de 2020, sendo muito cedo para saber se haverá sucesso. No entanto, mesmo que haja a redução esperada, o combate no enfrentamento ao suicídio deve continuar, logo, a necessidade de uma rede de cuidados em saúde mental é primordial para tal enfrentamento.

Cabe ainda desconsiderar a importância da linha de trabalho voltado para sensibilizar a sociedade sobre a relevância do tema, bem como, a importância da atuação da família, sociedade e instituições das mais diversas áreas para a atenção constante com as pessoas com algum problema psicológico, com a intenção de promover o rápido acolhimento e encaminhamento ao suporte social e psicológico para impedir a progressão para mais um suicídio. Como também combater o estigma social que impacta negativamente aqueles que precisam de ajuda e seus familiares.

CONCLUSÃO

Dada a complexidade do fenômeno do suicídio evidenciada no presente estudo, derivada dos diversos fatores que predisõem pessoas a essa atitude, como conflitos familiares, perdas recentes, problemas financeiros, entre outros, não há surpresa quando se depara com os altos índices de suicídio no estado de Roraima e também no Brasil. No entanto, a União tem demonstrado, na seara jurídica e técnica, várias ações para fomentar a luta contra este mal que consome tantas vidas todos os anos, tendo o tema ganhado relevância nos últimos anos com a criação de leis e decretos que buscam orientar gestores na promoção de políticas públicas que visem a qualidade da saúde mental na sociedade.

A categorização das vítimas por sexo e faixas etárias releva a importância da estatística para compreender o fenômeno estudado e gerar informações mais claras sobre o tema, no entanto, ainda há a necessidade de realização de estudos mais aprofundados, com a avaliação de um maior número de elementos e variáveis, de forma que seja dado aos gestores a possibilidade de combater o suicídio com mais rapidez e eficiência, ampliando os resultados positivos. Diante dos elevados índices de suicídio e autolesão no Brasil e especialmente no município de Boa Vista, fica evidente a importância da ampliação da discussão desse problema social que traz consequências não apenas para as vítimas.

No que se refere à formação da rede de atenção psicossocial em Boa Vista, ficou constatada sua incompletude, pela ausência de alguns serviços, como exemplo as Unidades de Acolhimento e o CAPS Infantil, o que pode ser um fator preponderante para explicar os números expressivos registrados nos últimos anos, revelando a deficiência ou fragilidade da rede assistencial local.

Por fim, foi possível concluir que a rede assistencial voltada para o enfrentamento ao suicídio em Boa Vista/RR requer mais atenção, com vistas a ampliar a oferta de serviços com ênfase na identificação, prevenção, como também, no acolhimento e tratamento das pessoas com qualquer ideação suicida, sempre mantendo o enfoque multissetorial.

REFERÊNCIAS

BERTOLETE, J. M. O suicídio no mundo. **Debates: Psiquiatria hoje**, Rio de Janeiro, a. 2, n. 1, p.15-16, jan./fev. 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020**. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Página 21 da Seção 1 do Diário Oficial da União (DOU) de 6 de fevereiro de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



<http://ensaios.usf.edu.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 23 dez 2011; republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde, [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES:** Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em:
http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=115&VListar=1&VEstado=14&VMun=140010&VComp=00&VTerc=00&VServico=115&VClassificacao=&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=. Acesso em: 23/08/2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

DANTAS, E. S. O. **Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?** Revista Physis, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290303, 2019.

ORGANIZACION MUNDIAL SALUD - OMS. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.** Salud mental. 1. ed. Genebra: OMS, 2013. p. 1-54.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Prevenção do suicídio: um imperativo global.** Genebra: OMS, 2014. p. 1-4.

SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA de; **Direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e familiares.** Brasília: Consenso de Brasília, 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE BRASIL - OPAS/OMS Brasil. **Folha informativa: Suicídio, 2018. Disponível em** https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 23/08/2020.



PEIXOTO, H. C. G.; SOUZA, M. L. O. **Indicador anos potenciais de vida perdidos e a ordenação das causas de morte em Santa Catarina, 1995.** Inf. Epidemiologia. SUS, Brasília, v. 8, n. 1, p. 17-25, mar. 1999.

RODRIGUES, D. S. **O suicídio no conto brasileiro contemporâneo.** 2015. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015. 111f.

SILVA, C. M. D; COLUCCI NETO, V. **O suicídio: uma reflexão sobre medidas preventivas.** Archives of health investigation, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 80-86, jan. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA. Superintendência de Vigilância em Saúde. SVS/SMSA. **Relatório do Perfil Epidemiológico das Notificações de Violência Autoprovocada e Óbitos por suicídio em residentes de Boa Vista, no período de 2015 a 2020.** Boa Vista: Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista 2020. p. 1-8.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE BOA VISTA - SAMU/PMBV. **Relatório estatístico sobre os atendimentos de vítimas de suicídio em residentes de Boa Vista, no primeiro semestre de 2019 e 2020.** [não publicado]. Boa Vista: SAMU/PMBV, 2020.

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

Publicado em 24/02/2022