



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 596  
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Ruelko, 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÊMINEA S.A.  
Rua Mostardeiro, 17  
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.5200  
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

## TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

### Programa de Residência Integrada em Saúde

*Ser ou não ser, eis a questão: Análise perfil sócio- demográfico do sujeito que do sujeito que apresenta “comportamento suicida”*

**Pesquisador Responsável: GABRIELI MACHADO**

Enfermeira Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) com ênfase em Saúde Mental (SM)

**Orientador: RAPHAEL MACIEL DA SILVA CABALLERO**

Mestre e Doutorando em Educação e integrante do EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde.

PORTO ALEGRE

Janeiro 2013

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que o suicídio é uma das prioridades globais de Saúde Pública. É considerado uma tragédia pessoal e familiar que causa sofrimento naqueles que convivem e se relacionam com a vítima. Conhecer a história pregressa de tentativa de suicídio é um importante preditor do suicídio e de novas tentativas. Este artigo apresenta o perfil sócio- demográfico de sujeitos em situação de risco que são atendidos em um serviço de emergência em Porto Alegre/ RS. Os dados foram coletados de janeiro a dezembro de 2011 e foram registrados 244 casos como tentativas de suicídio. A análise final dos resultados registra uma prevalência das tentativas em mulheres, brancas, solteiras e baixo nível de escolaridade, sendo a ingestão de medicamentos o principal método para a tentativa. A temática do suicídio demanda a atenção de profissionais de diversas áreas, necessitando assim, de uma abordagem interdisciplinar.

**Palavras chave:** Tentativa de Suicídio; Serviços Médicos de Emergência; Epidemiologia;

## INTRODUÇÃO

Ao longo da História, as formas de sentir e pensar o fim da vida, através de atos auto-inflingidos, provocados de forma voluntário e intencional, oscilaram entre um ato de liberdade, honroso e de tolerância, até a condenação. Assim, a forma como este ato é encarado que tem se modificando ao longo dos tempos.

Suicídio é a morte autoinfligida, provocada por um ato voluntário e intencional. Um ato autoinfligido, mesmo que tenha graus variáveis de intenção letal e mesmo que não se tenha clareza do motivo desse ato, pode ser indicativo de um comportamento suicida. Essa noção permite conceber o comportamento suicida como um *continuum* que inicia com pensamentos de autodestruição, passa das ameaças e gestos às tentativas de suicídio e, finalmente, consoma o ato suicida (Werlang & Botega, 2004).

Botega (2007) refere que em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Nesse período, os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para as faixas mais jovens. Na maioria dos países, o suicídio situa-se entre as 10 causas mais frequente de morte e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens.

Bertolote (2010) relata que o suicídio em âmbito mundial, atinge anualmente cerca de 900.000 casos (bem documentados), porém, se for analisado todo o contexto do comportamento suicida, este número se aproximaria a cerca de 9 a 35 milhões (estimados) de casos anuais de tentativas de suicídio.

Botega (2010) descreve o comportamento suicida através de números e refere que em de número de óbitos, o Brasil encontra-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, o que representa, em média, 24 mortes por dia. Porém, o autor afirma que estes dados estão subestimados devido a ocorrências de sub registros e subnotificações. Ainda defende que as tentativas de suicídio (TS) superam o número de suicídios em pelo menos dez vezes.

A OMS promoveu um estudo que evidenciou que, ao longo da vida, 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. De cada três pessoas que tentaram o suicídio, apenas uma foi, logo depois, atendida em um pronto-socorro (Botega et 2005). Esses dados conformam uma espécie de iceberg no qual uma pequena proporção do chamado comportamento suicida chega a nosso conhecimento. O comportamento suicida é uma grande questão de Saúde Pública, devido à frequência com que ocorre e

ao reconhecimento das taxas de tentativas de suicídio são superiores as notificadas, logo, este fenômeno deve ser abordado de maneira singular.

Destarte, é notório que os profissionais de saúde tendam integração de suas ações com a situação, visando à 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, visto que a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os modelos de saúde.

Identifico que as demandas de psíquicas, como no caso do “comportamento suicida” não devem ser tratadas como uma questão somente de saúde mental, sendo abordada como uma especialidade. A atenção de saúde em rede deve contemplar o dia-a-dia das práticas dos profissionais que acompanham e convivem próximos às realidades dos usuários. Assim sendo, a soma dos saberes das diversas profissões envolvidas no ato de cuidar tende a colaborar para que a situação seja abordada da forma mais integral possível, e que seja garantida a preservação da vida. Nesse sentido, buscou-se analisar a rede de serviços de saúde a partir do perfil do sujeito que apresenta “comportamento suicida”, apresentando o perfil sócio- demográfico de sujeitos em situação de risco que são atendidos em serviços de urgência e delineando o perfil epidemiológico de áreas de atenção em saúde onde há maior prevalência do fenômeno.

## **METODOLOGIA**

Com a finalidade de conhecer o perfil do sujeito que do sujeito que apresenta “comportamento suicida”, a pesquisa teve como enfoque metodológico a análise quantitativa, a partir de um estudo retrospectivo dos registros dos pacientes, no que se refere à atenção ao sujeito que apresenta comportamento suicida. Para tanto foi construído uma listagem de sujeitos que deram entrada no serviço de emergência entre janeiro a dezembro de 2011.

O local do estudo foi o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), sendo este um dos complexos hospitalares do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O HNSC tem a maior Emergência do Sul do país e recebe, em média, 800 pacientes por dia, vindos da Capital, Região Metropolitana e interior do Estado. O setor funciona 24 horas e todos os atendimentos são 100% SUS. Foi inaugurada em abril de 2006 e trabalha com os conceitos de acolhimento com classificação de risco (acesso as salas verde,

vermelha e laranja, conforme o estado de saúde do paciente), humanização e integralidade a atenção. Atualmente o serviço adota estratégia de acolhimento com Classificação de Risco, forma de aplicação do Protocolo de Manchester, para reorganização dos fluxos assistenciais, garantindo assim a avaliação de prioridades ao atendimento aos usuários.

A escolha do local foi intencional, devido o entendimento que atualmente os serviços de urgência e emergência passaram a ser a “porta de entrada” ao sistema de saúde, em questões limítrofes de vida, como neste estudo, o comportamento suicida.

**Foram critérios de inclusão para este estudo:**

- Residir em Porto Alegre;

**Foram critérios de exclusão para o estudo:**

- Casos não confirmados de tentativa de suicídio (TS);

Para a realização da pesquisa foi adotado a Resolução do Conselho Federal De Enfermagem – COFEN n<sup>o</sup>. 311 de 2007, que aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica), artigos 89, 90 e 91 – responsabilidades e deveres<sup>1</sup>, e artigos 94 e 98 – proibições<sup>2</sup> e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde n<sup>o</sup>. 196 de 1996, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando-se os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do GHC para apreciação e foi aprovado sob número do parecer 137.397, em novembro de 2011.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados quantitativos foram coletados no Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Utilizou-se de dados informatizados que o serviço tem como forma de registro para entrada dos sujeitos na unidade, a partir do acolhimento com classificação de risco. Nesta unidade adotou-se como protocolo de atendimento o *Manchester Triage System - MTS* (Modelo de Manchester, no Brasil, também é conhecido como “Protocolo de Manchester”). Com a implantação desse protocolo foi possível classificar riscos disparados a partir da

<sup>1</sup> Capítulo III (dos Deveres): Art. 89 – Atende as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91 – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados.

<sup>2</sup> Capítulo III (das Proibições): Art. 94 – Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art. 98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

situação e queixa inicial apresentada - sinal ou sintoma que traz o paciente ao serviço-, Santos, et al. (2012).

Assim, este método possibilita ao classificador atribuir fluxos prioritários de acordo com os sinais/ sintomas apresentados. Existe uma lista compilada que abrange, de forma geral, cinco categorias, a saber: doença clínica, lesão, criança, alteração de comportamento e trauma. Para a possível contabilização dos dados utilizou-se dois discriminadores de sintomas gerais: “autoagressão” e “overdose e envenenamento”, no entendimento de que esses sinais são prováveis para identificação de um comportamento suicida. Adotou-se o período de janeiro a dezembro de 2011 para análise dos boletins de atendimentos.

Considerando o total de 161.129 casos que deram entrada na Emergência do HNSC no ano de 2011, sendo avaliado todos os 52 discriminadores, chegou-se ao número de 298 casos para os discriminadores escolhidos (“autoagressão” e “overdose e envenenamento”), o que representa 0,18% da totalidade. Foram analisados 244 casos a partir dos discriminadores, sendo estes moradores de Porto Alegre (critério de inclusão da pesquisa).

Para descrição do perfil sócio- demográfico dos sujeitos em situação de risco do “comportamento suicida”, coletou-se as seguintes informações: sexo, cor, estado civil, escolaridade e procedência.

Nesta etapa da pesquisa, todos os sujeitos moradores na capital, que apresentaram os discriminadores autoagressão e overdose e envenenamento foram contabilizados (Tabela 1 e Tabela 2).

<b>Discriminador</b>	<b>Variável</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Total(%)</b>
<b>Autoagressão 2011</b>	<i>Sexo</i>		
	Feminino	2	66,67%
	Masculino	1	33,33%
	<i>Cor</i>		
	Branca	2	66,67%
	Preta	1	33,33%
	<i>Estado civil</i>		
	Solteiro	3	100%
	<i>Escolaridade</i>		
	1º Grau Superior	2 1	66,67% 33,33%
<i>Procedência</i>			
<i>Bairros de Porto Alegre</i>	Farrapos 2 Jardim São Pedro 1	2 1	66,67% 33,33%

Tabela 1: Descrição dos dados cadastrais da amostra do ano de 2011, discriminador: Autoagressão.

Os 3 sujeitos que apresentaram discriminador de Autoagressão no ano de 2011 foram incluídos no estudo.

O perfil do sujeito a partir do discriminador Autoagressão apresentou uma prevalência de mulheres, brancas, solteiras e com nível de escolaridade fundamental. Prevalência do bairro Farrapos no que diz respeito à procedência do usuário.

<b>Discriminador</b>	<b>Variável</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Overdose e envenenamento 2011</b>	<i>Sexo</i>		
	Feminino	170	70,54%
	Masculino	71	29,46%
	<i>Cor</i>		
	Branca	202	83,82%
	Preta	35	14,52%
	Outra	4	1,66%
	<i>Estado civil</i>		
	Solteiro	197	81,74%
	Casado	39	16,18%
	Desq/ Divorciado	4	1,66%
	Viúvo	1	0,41%
	<i>Escolaridade</i>		
	1º Grau	157	65,15%
	2º grau	54	22,41%
Não Informado (NI)	10	4,15%	
Não Alfabetizado	10	4,15%	
Superior	10	4,15%	

<i>Procedência</i>			
<i>Bairros de Porto Alegre</i>			
	Sarandi 58		24,07%
	Rubem Berta 49		20,33%
	Protásio Alves 29		12,03%
	Jardim Itu Sabará 10		4,15%
	Vila Ipiranga 9		3,73%
	Cristo Redentor 8		3,32%
	Mario Quintana 8		3,32%
	Vila Jardim 6		2,49%
	Passo D´Areia 5		2,07%
	Navegantes 4		1,66%
	Passo das Pedras 4		1,66%
	São Sebastião 4		1,66%
	Bom Jesus 3		1,24%
	Farrapos 3		1,24%
	Jardim Carvalho 3		1,24%
	Jardim Lindóia 3		1,24%
	Passo da Areia 3		1,24%
	Santa Terezinha 3		1,24%
	Centro Histórico 2		0,83%
	Jardim Floresta 2		0,83%
	Santa Maria Goretti 2		0,83%
	São João 2		0,83%
	Anchieta 1		0,41%
	Arquipélado 1		0,41%
	Boa Vista 1		0,41%
	Cavanhada 1		0,41%
	Glória 1		0,41%
	Humaitá 1		0,41%
	Independência 1		0,41%
	Jardim Botânico 1		0,41%
	Jardim São Pedro 1		0,41%
	Lageado 1		0,41%
	Lomba do Pinheiro 1		0,41%
	Medianeira 1		0,41%
	Mont Serrat 1		0,41%
	Nonoai 1		0,41%
	Partenin 1		0,41%
	São Geraldo 1		0,41%
	São José 1		0,41%
	Teresópolis 1		0,41%
	Vila João Pessoa 1		0,41%
	Vila Nova 1		0,41%

Tabela 2: Descrição dos dados cadastrais da amostra do ano de 2011, discriminador: Overdose e envenenamento.

Na Tabela 2, houve prevalência do sexo feminino, sendo 70,54% dos sujeitos, sendo em sua maioria da raça branca, 83,82%. Quanto ao estado civil a maioria dos casos era solteiros, 81,74% e prevalência de 65,15% com a escolaridade de 1º Grau. Prevalência do bairro Sarandi no que diz respeito à procedência do usuário.

A amostra estudada apresenta os resultados do perfil sócio- demográfico sendo que a tentativa de suicídio é mais frequente em mulheres, brancas, solteiras e nível de estudo 1º Grau.

O segundo momento da pesquisa se deu a partir da apreciação particularizada dos casos considerados como sujeitos de risco por apresentar um discriminador de “Autoagressão” e “Overdose e envenenamento”. Foram avaliados os registros dos 244 sujeitos da pesquisa, buscando-se a identificação de “tentativa de suicídio” elaborada a partir da triagem e classificação realizada pelos profissionais. Esses registros individuais informaram quais eram moradores de Porto Alegre – especificamente na Gerência Distrital Norte-Eixo Baltazar (NEB) – sendo esta a região onde está localizado o hospital.

Assim, foram excluídos 221 casos, nos quais as informações não mencionaram intenções suicidas relacionada ao evento de tentativas, restando 23 sujeitos (casos confirmados de TS). Desse conjunto, 16 eram usuários moradores da Gerência Distrital NEB (inclusive sendo essa a região de maior incidência), refinando-se o recorte para o bairro de maior incidência na referida região (no caso, o bairro Rubem Berta), totalizando uma amostra de 9 sujeitos.

<b>Casos confirmados de TS Gerência Distrital – NEB Bairro Rubem berta</b>	<b>Variável</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Total (%)</b>
	<i>Sexo</i>		
	Feminino	4	44,44%
	Masculino	5	55,55%
	<i>Idade</i>		
	20-29	3	33,33%
	30-39	4	44,44%
	+40	2	22,22%
	<i>Cor</i>		
	Branca	7	77,77%
	Preta	3	33,33%
	<i>Estado civil</i>		
	Solteiro	8	88,88%
	Casado	1	11,11%
	<i>Naturalidade</i>		
	Porto Alegre	9	99,99%
	<i>Escolaridade</i>		
	1º Grau	8	88,88%
	Não Alfabetizado	1	11,11%
	<i>Profissão</i>		
	Autônomo, Do lar	2	22,22%
	Caixa operadora	1	11,11%
	Doméstica	1	11,11%
	Estudante	1	11,11%
	Porteiro	1	11,11%
	Pedreiro	1	11,11%
	Promotor	1	11,11%
	Repositor de estoques	1	11,11%

	<i>Data de entrada na emergência</i>		
	<i>Abr- Jun</i>		
	<i>Jul- Set</i>	2	22,22%
	<i>Out-Dez</i>	4	44,44%
		3	33,33%
	<i>Motivo</i>		
	<i>Ingestão de medicamentos</i>	7	77,77%
	<i>Intoxicação exógena (produtos tóxicos)</i>	2	22,22%

TABELA 3: Descrição dos dados cadastrais da amostra, casos confirmado de TS, Gerência Distrital – NEB, Bairro Rubem Berta, ano 2011.

Considerando os dados cadastrais apresentados, observou-se a predominância do sexo feminino (44,44%) e idade entre 30 e 39 anos (44,44%). A cor de maior prevalência foi a branca (77,77%) e quanto ao estado civil, predominou solteiros (88,88%), apresentando 1º grau, ensino fundamental (88,88%). O mês de maior incidência foi setembro, totalizando 3 casos (33,33%). Quanto ao motivo da busca ao serviço, a grande maioria dos casos se deu por ingestão de medicamentos (77,77%), destes, todos os casos analisados foram ingestão de medicamentos psiquiátricos.

Assim, o presente estudo apresentou, de modo geral, resultados concordantes com os dados disponíveis na literatura sobre o tema. Confirmou-se o predomínio das tentativas entre o sexo feminino, em contraste com o ato suicida consumado, mais frequente no sexo masculino, com o uso de métodos mais agressivos como armas de fogo ou enforcamento (Souza, 2010).

A pesquisa encontrou mulheres jovens (até 40 anos) como principal grupo de risco. Berlote (2010) defende que em análise global, as taxas de suicídio etária acima de 65 anos são 2 a 3 vezes maiores do que abaixo de 25 anos e ressalta que nos últimos 50 anos vem ocorrendo um nítido deslocamento o pico das taxas de suicídio para faixas etárias mais jovens.

De acordo com os resultados, as tentativas de suicídios apresentou maior frequência entre as pessoas brancas que entre os negros ou de outras cor. Antonechen e Silva (2012), em uma publicação recente sobre perfil psicossocial de suicidas encontrou o predomínio da cor branca nos resultados do estudo, porém Souza (2011) demonstrou que em estudo epidemiológica o predomínio da cor parda, portanto, divergências na literatura sobre o tema. Existem contradições nos estudos da área ao considerar este aspecto para pesquisa de perfil do sujeito que apresenta o comportamento suicida.

Quanto ao estado marital, aproximadamente 90% da amostra eram solteiras. A OMS (2000) aponta que pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco

para suicídio. O casamento parece ser protetor para o sexo masculino em termos de risco de suicídio, mas não tão significativamente para as mulheres. Separação e morar sozinho aumentam o risco de suicídio.

O baixo nível de escolaridade (analfabeto e 1º grau) representou a totalidade das amostras. Neves, Corrêa e Nicolato (2010) apontam aspectos psicossociais como desemprego e queda na situação econômica como fatores associados de risco de suicídio.

Um aspecto importante da pesquisa foi à utilização de substâncias psicoativas utilizadas nas tentativas, constatou-se a facilidade de acesso aos medicamentos e produtos tóxicos. A auto-medicação, prescrição indiscriminada de drogas, armazenamento caseiro inadequado, falta de controle dos responsáveis agravam estas condições.

Houve dificuldade na pesquisa considerando que a abordagem principal foi avaliação do comportamento suicida a partir das tentativas de suicídio. A maioria das publicações contemporâneas descreve sobre o comportamento suicida, como ato consumado. O chamado comportamento suicida compreende vários fenômenos desde ideação, planos e tentativa.

Os motivos associados aos eventos de tentativas de suicídio envolvem vários fatores socioculturais, genéticos, psicodinâmicos, filosófico-existenciais e ambientais. Assim, suicídio é um fenômeno que não depende de uma única causa. Os transtornos mentais estão associados a mais de 90% de todos os casos de suicídio e pessoas com dois transtornos mentais têm um risco de tentar o suicídio 3,5 vezes mais alto do que aqueles que não têm (SOUZA 2010). Tais indicadores podem justificar a utilização de medicamentos para tentativas de autoagressão.

Entre as limitações e possibilidades desta pesquisa destacaram-se as possíveis perdas de registro de TS no momento da abordagem inicial do acolhimento, sendo que sabidamente se reconhece que as estatísticas oficiais são subestimadas; análise de dois discriminadores para avaliação, podendo haver registros de TS em demais analisadores, podendo apresentar vieses na seleção destes; possíveis negligências, desconhecimento ou medo diante deste tabu ao ser registrado que o caso se trata de TS; amostra de população pequena (0,18%) considerando o total de atendimentos da emergência; no entanto, este estudo, de caráter qualitativo, não pretendeu a generalização de seus resultados a outras populações com características semelhantes, mas sim mapear e

possibilita a visibilidade da temática em serviços de saúde não especializados diante da temática de saúde mental. Ainda como resultados, concluiu-se que muitos sujeitos são liberados dos serviços de emergência após uma TS sem avaliações ou consultorias psiquiátricas para avaliar o risco de suicídio ou condutas adequadas. Botega et al. (2004), descreve que 15 a 25% das pessoas que tentaram suicídio repetirão a tentativa em até um ano, enquanto 10% delas evoluirão para óbito por esta causa no intervalo de 10 anos, sendo assim, as instituições devem atuar na ideia de efetivação de redes, articulando serviços especializados e de urgência e emergência em saúde mental além do planejamento de políticas, prevenção e proteção efetivas, fundamentais para a redução do impacto desse agravo na população. Ressalto ainda a necessidade de melhorar a qualidade das informações contidas nos prontuários e registros eletrônicos no serviço estudado, bem como o treinamento dos profissionais ao realizarem o preenchimento dos mesmos, desta forma, garantindo uma avaliação adequada, buscando a atenção integral e prevenindo novas tentativas de suicídio.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados indicaram a necessidade de constante aprofundamento perante a temática, visto que não há uma medida singular e única diante da diversidade de fatores e problemas associados à tentativa de suicídio. Entende-se que todos os profissionais de saúde podem estar frente a pessoas com esta demanda de cuidado, e neste sentido, reforço a importância da expansão da rede de atenção à saúde, investindo na sensibilização dos atores sociais, ampliando os fluxos de comunicação e (re) construindo uma rede de atenção composta de vários dispositivos integrados e solidários, capazes de absorver as diferentes demandas, com uma variada oferta de ações, ampliando os itinerários dos usuários no encontro de uma assistência integral.

Diante desses achados, destaca-se a importância de que o trabalho com sujeitos que apresentam comportamento suicida possa extrapolar os limites dos cuidados, de tal forma que todos os profissionais de saúde tenham clareza com relação à questão comportamento suicida, particularmente, do papel das tentativas de suicídio como um fenômeno que comunica e pede ajuda para um estado de desestabilização psíquica.

Assim, as medidas e ações da prevenção do comportamento suicida devem estar pautadas no conhecimento dos fatores de risco, de forma a evitar aquilo que pode ser evitado. A temática do suicídio demanda a atenção de profissionais de diversas áreas,

núcleos distintos, que possam tratar dos riscos e das possibilidades de prevenção, necessitando logo, de uma abordagem interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES – MAZZOTTI, A. J. ; GEWANDSZNAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANTONECHEN, A. C, SILVA, L. C. **Perfil psicossocial de suicidas a partir de inquiridos policiais: casos do município de Maringá.** Anais V CIPSI - Congresso Internacional de Psicologia. *Psicologia: de onde viemos, para onde vamos?* Universidade Estadual de Maringá ISSN 1679-558X, 2010.

BERTOLOTE, J. M. Prevenção do suicídio. Suicídio no mundo. **Debates psiquiatria hoje, ABP.** Ano 2. N1. 2010.

BOING et al., Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em saúde suplementar para a região sul do Brasil. Rede de centros colaboradores em saúde suplementar. Núcleo Sul. 2007. 693 p.

BOTEGA, N. J. Prevenção do suicídio. Comportamento suicida em números. **Debates psiquiatria hoje, ABP.** Ano 2. N1. 2010.

BOTEGA, N. J.; BARROS, M. A. B.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARIN-LEÓN, L. Comportamento suicida na comunidade: fatores associados à ideação suicida. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** Ano 27. N. 1, 2005.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico/ Agência Nacional de Saúde Suplementar.** – 2. Ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 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.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio.** Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006 [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area925).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Redes de produção de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

Campos, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G. W. S., organizador. Saúde Paidéia. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

CAMPOS, G. W. S; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CARDOSO, G. M.; CELICH, K. L. S. A presença da Família à Criança durante a Indução Anestésica: Um olhar da equipe multiprofissional. Revista Enfermagem Atual. Ano 8, n. 45, 2008.

CARV, M. C. M., **Construindo o saber: fundamentos e técnicas**. 13a ed. Campinas, São Paulo: Papirius, 2002.

Carvalho, A. I. De. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**/ Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Brasília: CAPES; UAB, 2010. 82p.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ Uerj/ Cepesc/ Abrasco, 2005.

CECCIM, R. B. et al. **Conceitos operadores de apoio a uma educação em saúde suplementar: ensaio para um dicionário de especialidade**. In: Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em saúde suplementar para a região sul do Brasil. Rede de centros colaboradores em saúde suplementar. Núcleo Sul. 2007. 693 p.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. **Educação em saúde suplementar: abertura de um eixo reflexivo na Educação em Ciências da Saúde**. In: Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em saúde suplementar para a região sul do Brasil. Rede de centros colaboradores em saúde suplementar. Núcleo Sul. 2007. 693 p.

CECCIM, R. B., FERLA, A. A. **Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde**. In PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.), Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde (pp. 165-184). Rio de Janeiro: Editora da ABRASCO. 2006.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Dicionário de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 107-112. In: Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em saúde suplementar para a região sul do Brasil. Rede de centros colaboradores em saúde suplementar. Núcleo Sul. 2007. 693 p.

CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco, 2006b, p. 69-92.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, Ano 13. n. 3, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: **Conasems: teses e plano de ação**, 2005-2007. Brasília: Conasems, 2005

DESLANDES S. F. Concepções em Pesquisa Social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Vol. 13, n. 1. 1997. P. 103-07.

DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 9a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

FACHIN, O. Fundamentos de metodologia. 3a ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M .A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 a. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projet e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7 a. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teoricas y articulaciones prácticas. In: Ciência e Saúde Coletiva. Vol 8. n. 1, 2003. In Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em saúde suplementar para a região sul do brasil. Rede de centros colaboradores em saúde suplementar. Núcleo Sul. 2007. 693 p.

MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E., Onocko R., organizadora. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial; 2007. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8a ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CARVALHO, Yara Maria de et al. (org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006a, p. 149-182.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. de M; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, 2010.

NEVES, F, CORRÊA, H., NICOLATEO, R. Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer. *Rev. Bras de psiquiatria*. Ano 2. n. 5, p. 24. 2010.

Observatório da cidade de Porto Alegre. Acesso em: [2001 jan 04]. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?p\\_](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?p_).

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol, Z.; Almeida, N. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p.489-503.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão Anual - 2010. Porto Alegre: SMS/PMPA; 2010.

SILVA M. N. R. M. O. e COSTA, I. I. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** Vol 4. n 1., 2010.

SOUZA, F. G. M. Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer. Rev. Bras de psiquiatria. Ano 2. n. 5, p. 6. 2010.

SOUZA, V. S et al . Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, 2011 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852011000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000400010&lng=en&nrm=iso). access on 10 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000400010>.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde, p. 261-281, Brasília: Ministério da Saúde, 2000. In: Produção de conhecimento regional e informação técnico-científica em saúde suplementar para a região sul do brasil. Rede de centros colaboradores em saúde suplementar. Núcleo Sul. 2007. 693 p.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995.

WERLANG, B. S. G. & BOTEGA, N. J. Introdução. In: B. S. G. Werlang & N. J. Botega (Orgs) Comportamento Suicida (pp. 17-20). Porto Alegre: Artmed. 2004.