

O suicídio e a rede de atenção psicossocial em uma capital no sul do Brasil

Suicide and psychosocial attention network in a capital in the southern Brazilian capital

El suicidio y la red de atención psicossocial en una capital del sur de Brasil

**Alan Cristian Rodrigues Jorge^I, Adriana Aparecida Paz^{II}, Annie Jeannine Bisso Lacchini^{III}
Graciele Fernanda da Costa Linch^{IV}**

Resumo: Objetivos: analisar a progressão do coeficiente de mortalidade por suicídio e a oferta de serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) no atendimento de pessoas com risco ou tentativa de lesões autoprovocadas intencionalmente. **Método:** estudo de série histórica, entre 2001 a 2017, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Utilizaram-se dados secundários oriundos dos sistemas de informação e de relatório da gestão. **Resultados:** o coeficiente anual de suicídio foi de 6,51/100.000 habitantes. Predominou o sexo masculino (77,26%), faixa etária de 20 a 59 anos (76,18%) e raça branca (86,70%). A RAPS em parte atende as necessidades e demandas, com destaque para 183 leitos hospitalares e 12 Centros de Atenção Psicossocial. **Conclusões:** as ações de prevenção do suicídio precisam ser sinérgicas em todos os níveis de atenção à saúde, com profissionais de saúde qualificados por meio da educação permanente para atender essa complexidade do sofrimento psíquico.

Descritores: Suicídio; Saúde mental; Psiquiatria; Assistência ambulatorial; Serviços de saúde mental

Abstract: Aim: to analyze the progression of the suicide mortality coefficient and the provision of psychosocial care network services (PCNS/RAPS in Portuguese) during the care service for people at risk or attempting intentional self-harm. **Method:** a historical series study, from 2001 to 2017, based on the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Data from information and management reporting systems were used. **Results:** the annual suicide rate was 6.51 / 100,000 inhabitants. Prevalence was of males (77.26%), age group of 20 to 59 years (76.18%) and white ethnicity (86.70%). RAPS partially meets the needs and demands, which refers, mainly, to 183 hospital beds and 12 Psychosocial Care Centers. **Conclusions:** Suicide prevention actions need to be synergistic at all levels of health care, with qualified health professionals through lifelong education to address this complexity of psychic suffering.

Descriptors: Suicide; Mental health; Psychiatry; Ambulatory care; Mental health services

I Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Serviço de Enfermagem Psiquiátrica - Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre-RS, Brasil. E-mail: ajorge@hcpa.edu.br ORCID: 0000-0002-6591-3287

II Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre-RS, Brasil. E-mail: adrianap@ufcspa.edu.br ORCID: 0000-0002-1932-2144

III Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre-RS, Brasil. E-mail: annieb@ufcspa.edu.br ORCID: 0000-0002-3938-1256

IV Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre-RS, Brasil. E-mail: gracielelinch@ufcspa.edu.br ORCID: 0000-0002-8802-9574

Resumen: **Objetivos:** analizar la progresión del coeficiente de mortalidad por suicidio y la oferta de servicios en la red de atención psicossocial (RAPS) para la atención de personas en riesgo o intento de lesiones autoinfligidas intencionalmente. **Método:** estudio de serie histórica (2001-2017) en la ciudad de Porto Alegre (capital del Rio Grande do Sul, Brasil). Se utilizó datos secundarios de los sistemas de información y de informe de gestión. **Resultados:** el coeficiente anual de suicidio fue de 6,51/100.000 habitantes. Predominó: sexo masculino (77,26%), franja etaria 20-59 años (76,18%) y raza blanca (86,70%). La RAPS atiende en parte las necesidades y demandas, contando con 183 hamacas hospitalarias y 12 Centros de Atención Psicossocial. **Conclusiones:** las acciones de prevención del suicidio necesitan ser sinérgicas en todos los niveles de atención a la salud y deben estar a cargo de profesionales cualificados mediante educación permanente para atender la complejidad del sufrimiento psíquico. **Descriptores:** Suicidio; Salud mental; Psiquiatría; Atención ambulatoria; Servicios de salud mental

Introdução

Por conta do expressivo impacto socioeconômico e cultural que provoca, o suicídio converteu-se em um grave problema de saúde pública com magnitude global, já que aproximadamente um milhão de pessoas, no mundo, efetivam a ideação e o plano suicida (o que representa uma morte a cada 45 segundos). Além disso, nos casos em que a autolesão não é fatal, as tentativas podem se repetir de 10 a 20 vezes.¹⁻²

Diante desse contexto, o documento “*National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*”, publicado em 2018, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatizou a necessidade de se encorajarem as pessoas a conhecer e monitorar potenciais vítimas de lesões autoprovocadas intencionalmente, de modo a promover a conscientização pública. Entre essas estratégias, destacam-se: promulgar da semana de prevenção e do mês de fortalecimento da prevenção do suicídio; implementar na educação primária e secundária as discussões sobre medidas de prevenção; divulgar informações precisas sobre a autolesão fatal e fenômenos atrelados a esse desfecho de mortalidade; e promover campanhas de conscientização pública sobre depressão. Em 2017, o Dia Mundial da Saúde utilizou o *slogan* “Vamos conversar?” fazendo alusão ao problema da depressão e suas consequências frequentes nos casos de suicídio.³

Discutir sobre os transtornos mentais e comportamentais (TMC) é um imperativo global. Existem evidências de que nove em 10 casos de suicídio têm em sua origem algum TMC tratável. Reconhecendo isto, óbitos e tentativas de autolesão fatal poderiam ser evitados se houvesse uma cobertura adequada de serviços de apoio psicossocial, profissionais de saúde qualificados, participação social e comunitária na identificação das possíveis vítimas.^{1,4}

No Brasil, a mortalidade por essa causa cresceu 29,5% nas duas últimas décadas, sendo predominante em homens, idosos, indígenas, habitantes de cidades de pequeno/médio porte populacional, com a coexistência de patologias de TMC.² Um estudo apontou que o coeficiente nacional foi de 6,6 por 100.000 habitantes no Brasil, ao passo que outra pesquisa, realizada no período de 2000 a 2012 observou uma maior incidência na região Sul do Brasil (9,8/100.000 habitantes).⁴⁻⁵ Estudos tentam explicar essa prevalência regional histórica apontando duas hipóteses principais: o uso de pesticidas nas lavouras (sendo uma região com tradição agropecuária secular) e a influência cultural dos imigrantes europeus, principalmente eslavos e germânicos (povos com padrões culturais etiológicamente mais rígidos).^{2,4-5}

De fato, a mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente é preocupante e assustadora pela ocorrência de mortes prematuras do ponto de vista socioeconômico, de saúde e da própria rede familiar. Diante do agravamento de doenças por TMC, o Ministério instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria nº 3.088/2011, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde 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).⁶ Cabem aos diversos serviços que constituem a RAPS antever usuários com potencial risco de suicídio que frequentam os serviços de menor complexidade (e densidade) tecnológica, de modo que as ações de cuidado evitem a agudização psíquica e emocional, possibilitando prevenir a execução do plano suicida.

Considerando-se o exposto e a magnitude desse problema instalado na sociedade, este estudo tem como questões norteadoras: Quais são as características das pessoas que cometeram lesões autoprovocadas intencionalmente? Quais são os serviços oferecidos pela RAPS no município de Porto Alegre e o quantitativo desses para atender essa população em situação de risco e tentativas de suicídio? Centrada nestas questões, o objetivo desta pesquisa consiste em analisar a progressão do coeficiente de mortalidade por suicídio e a oferta de serviços da rede de atenção psicossocial no atendimento de pessoas com risco ou tentativa de lesões autoprovocadas intencionalmente.

Método

Trata-se de um delineamento de série histórica do período de 2001 a 2017, realizado com base em dados secundários e indicadores do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) nas áreas “Demográficas e socioeconômicas” geradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), “Epidemiológicas e morbidades” do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), “Estatísticas vitais” do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e da RAPS disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.⁷⁻¹⁰ O cenário do estudo abrange o município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

A população deste estudo foram os dados de casos de óbitos por suicídio, organizados em uma ferramenta denominada de “VITAIS: análises em saúde” (VITAIS), que utiliza as informações do SIM.⁹ Essa ferramenta é um banco de dados gerenciado pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA) de acesso público para gestores, profissionais e usuários. Em relação às internações hospitalares, os dados foram oriundos do SIH-SUS e da estimativa populacional do IBGE.⁷⁻⁸ O período de coleta de dados foi determinado pela disponibilidade dos dados na ferramenta

VITAIS, a partir de 2001. A fonte de dados do quantitativo da RAPS foi o Relatório de Gestão 2017, publicado pela SMS-POA.¹⁰

A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2019, sendo selecionadas as seguintes variáveis no banco de dados por residência: área geográfica Porto Alegre, período de 2001 a 2017, população residente, sexo, faixa etária, raça, causa “X60-84 Lesões autoprovocadas intencionalmente”, número de internações hospitalares totais e por TMC.⁷⁻⁹ Para os dados dos serviços que constituem a RAPS, utilizou-se matriz diagnóstica da rede de atenção psicossocial.⁶

Para organização e interpretação dos dados, utilizou-se a planilha de Excel da Microsoft®, sendo utilizada a análise estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, coeficiente, média, desvio padrão, mediana e percentis 25-75). O coeficiente de mortalidade foi calculado pelo número de óbitos ocorridos no período (numerador), dividido pela estimativa populacional no mesmo período (denominador), multiplicado por uma constante definida em 100.000 (equivalente a 100.000 habitantes).

Os resultados são apresentados em figuras e tabela de acordo com o período definido pela disponibilidade dos dados no VITAIS, que ocorreu a partir de 2001. Por serem dados de domínio público, não foi necessária a aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa. Entretanto, esta investigação respeita os preceitos éticos com base na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.¹¹

Resultados

No período de 2001 a 2017, ocorreram 1.587 óbitos pelo grupo de causas “X60-84 Lesões autoprovocadas intencionalmente” em Porto Alegre, sendo observados 1.235 (77,82%) do sexo masculino. Em relação à razão dos sexos, observou-se que as autolesões fatais ocorreram 3,72 vezes para sexo masculino em comparação ao feminino.

A Figura 1 apresenta o coeficiente anual de mortalidade por suicídio e a frequência entre os sexos.

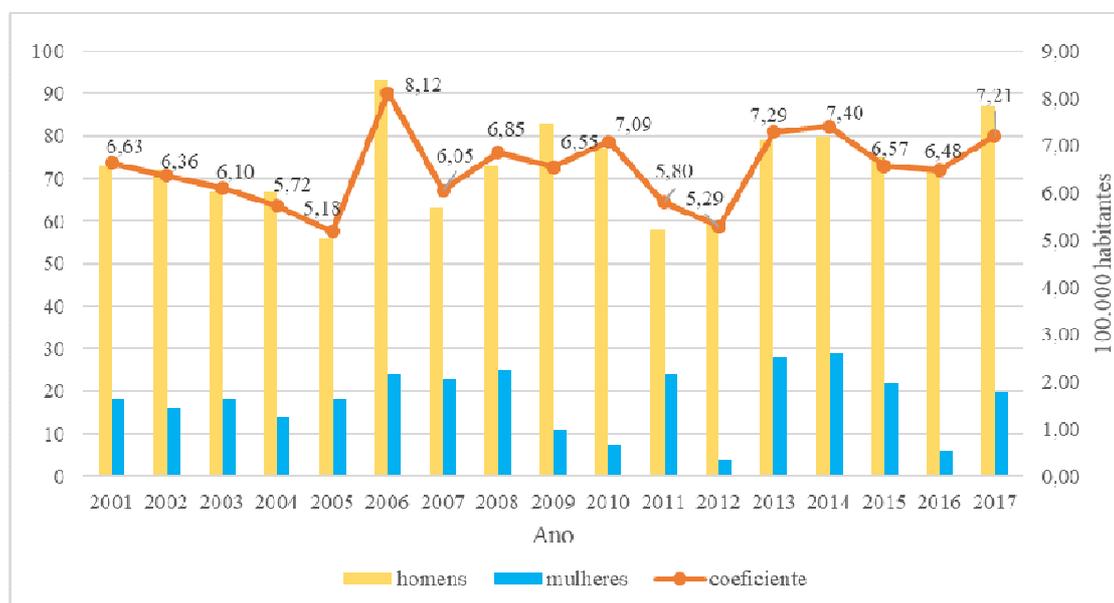


Figura 1 – Coeficiente anual de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente e a distribuição de sexos, no período de 2001 a 2017, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Fonte: SIM/VITAIS/CGVS/SMS-POA (2019)

Observou-se uma flutuação no coeficiente de mortalidade por suicídio de 5,18 a 8,12/100.000 habitantes, no período de 2001 a 2017. A média da série histórica foi de $6,51 \pm 0,78$ mortes para cada 100.000 habitantes em Porto Alegre. Em relação à ocorrência de óbitos por sexo, a média anual masculina foi de $72,65 \pm 10,17$ e a feminina foi de $20,71 \pm 5,01$ casos.

A Figura 2 apresenta a distribuição da ocorrência da mortalidade e a faixa etária, no período de 2001 a 2017, dos 1.587 óbitos. No grupo etário de adultos, ocorreram 1.209 (76,18%) mortes, sendo 287 idosos (18,08%), 90 infantes e adolescentes (5,67%) e 1 caso (0,06%) de idade ignorada por falta de registro em 2006.

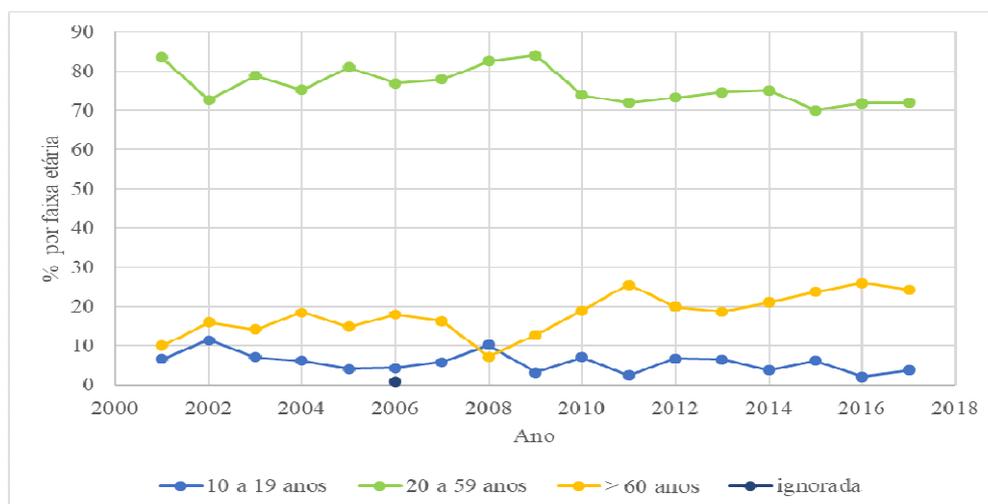


Figura 2 – Mortalidade proporcional por lesões autoprovocadas intencionalmente segundo a faixa etária, no período de 2001 a 2017, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Fonte: SIM/VITAIS/CGVS/SMS-POA (2019)

Os dados revelam na série histórica uma ascendência da mortalidade proporcional por lesões autoprovocadas no grupo etário com 60 ou mais anos, enquanto observou-se um breve declínio nas faixas etárias de 10 a 19 anos e 20 a 59 anos. A média anual foi de $5,71 \pm 2,52$ óbitos no grupo etário de 10 a 19 anos, na capital gaúcha. Constatou-se maior expressão no intervalo de idade de 20 a 59 anos, $76,25 \pm 4,41$, seguido da faixa etária ≥ 60 anos, que foi de $17,99 \pm 5,32$ anos.

A Figura 3 apresenta a distribuição da ocorrência da mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente em relação à raça, no período de 2001 a 2017. Entre todas as ocorrências de óbitos por autolesão fatal e raça, observou-se que 1.376 (86,7%) eram brancos, 116 (7,31%) pretos, 81 (5,1%) pardos, 2 (0,13%) amarelos, e 12 (0,76%) como raça ignorada. O número de casos sem o registro e considerados como “ignorados” para a caracterização da raça denota a falta de atenção dos profissionais ao preencher a declaração de óbito, em que todos os itens deveriam estar completamente registrados, de modo a contribuir para a qualidade da informação no SIM.

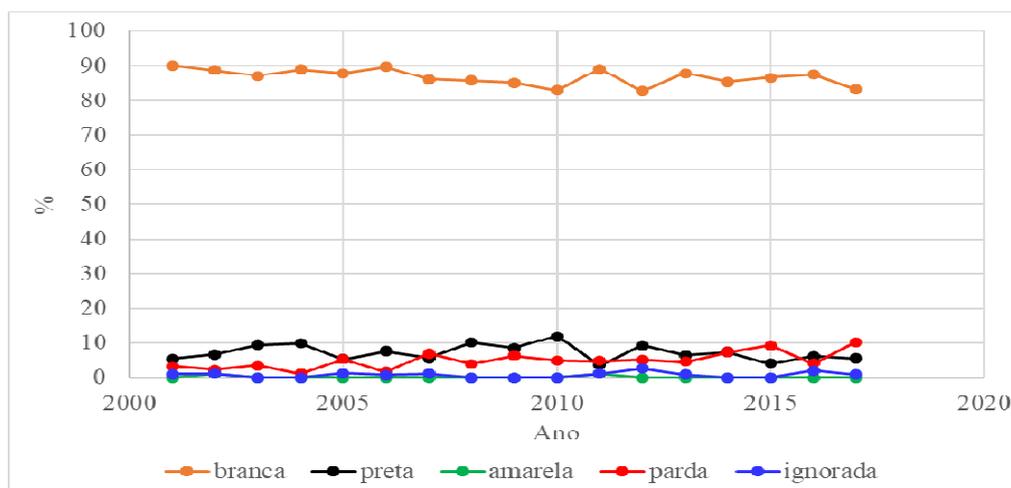


Figura 3 – Mortalidade proporcional por lesões autoprovocadas intencionalmente segundo a raça, no período de 2001 a 2017, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Fonte: SIM/VITAIS/CGVS/SMS-POA (2019)

A série histórica da mortalidade por suicídio relacionado à raça apresenta discreta elevação da raça parda, e um breve declínio da preta e branca, em Porto Alegre. A média anual foi de 80,94±10,77 mortes para a raça branca, 6,82±2,32 na raça preta e na raça parda a mediana anual foi de 4 (2-6).

A RAPS municipal abrange três níveis de complexidade dos serviços, que são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Rede de serviços de saúde conforme o Relatório de Gestão 2017, do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

Nível de Atenção		N	
Baixa Complexidade			
Unidade Básica de Saúde		140	
Atenção Básica em Saúde	Estratégia de Saúde da Família (equipes)	237	
	Consultório na Rua	2	
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	8	
	Média Complexidade		
Atenção Ambulatorial	Psicossocial	Saúde Mental Adulto (equipe)	8
		Saúde Criança e Adolescente (equipe)	8
		Ambulatório Especializado Hospital Geral	3
Atenção Estratégica	Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) AD III	3
		CAPS AD II	2
		CAPS II	4
		CAPS Infância	3
Estratégia de Reabilitação Psicossocial		Oficina de Trabalho e Geração de Renda	1

Alta Complexidade		
Atenção de Urgência e Emergência	Pronto Atendimento de Saúde Mental	2
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	1
Atenção Hospitalar	Leitos em Hospital Geral e Especializados	183
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Comunidade Terapêutica	2
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico	2
	Programa de Volta para Casa (beneficiários)	102

Fonte: Relatório de Gestão 2017/SMS-POA.

Esse quantitativo de serviços de saúde da capital gaúcha é distribuído em oito gerências distritais (GD), as quais organizam os serviços de saúde para uma população estimada em 1.481.019 habitantes (estimativa populacional de 2017). Os fóruns da RAPS ocorrem em seis GD, desde 2013. O município conta ainda com dois fóruns ampliados da RAPS nas temáticas específicas de Álcool e outras Drogas, e Infância e Adolescência.

A Figura 4 apresenta as internações hospitalares por TMC e a proporção em relação ao número total de internações hospitalares, ocorridas em Porto Alegre, no período de 2001 a 2017.

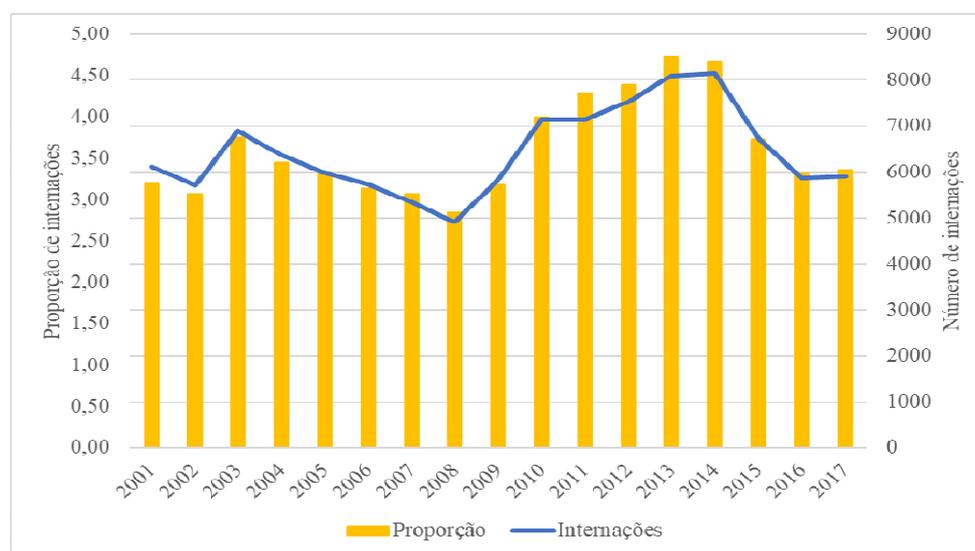


Figura 4 – Internações hospitalares por ocorrência em transtornos mentais e comportamentais, no período de 2001 a 2017, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Fonte: SIH-SUS/DATASUS (2019)

As morbidades hospitalares por TMC apresentam uma média anual de $3,62 \pm 0,58$ internações, ou seja, de três a quatro pacientes para cada 100 internações hospitalares de

diferentes morbidades. Essas internações foram ascendentes até o ano de 2014, sendo que posteriormente constatou-se um declínio acentuado em um ponto em relação à média anual.

Coletaram-se os dados de internações hospitalares por TMC, por se reconhecer a existência de algum transtorno associado tratável e pela inexpressiva representatividade como causa de lesões autoprovocadas intencionalmente no período de 2001 a 2017. As tentativas de suicídio, em sua maioria, são diagnosticadas por meio de outras patologias, podendo ser do grupo de causa TMC, ou de outros grupos conforme a avaliação médica. Em todo o período, foram encontrados 22 casos de internações por autolesão provocada. Desses casos, no ano de 2001, foram encontrados 7, e em 2002, foram 15 as internações. Esse inexpressivo número de internações não permite entender a representatividade da problemática vivenciada pelos profissionais nos serviços de saúde.

Discussão

Os resultados deste estudo revelaram a progressão do coeficiente de mortalidade por suicídio e a oferta de serviços da RAPS no atendimento de pessoas com risco ou tentativa de lesões autoprovocadas intencionalmente. Deste modo, analisar as tendências epidemiológicas da mortalidade por essa causa torna-se relevante para a elaboração de um planejamento em saúde para prevenção das tentativas bem sucedidas e frustradas de pessoas com ideação suicida. Em se tratando de dados oficiais, o resultado “ignorado(a)” nas características demográficas denota a falta de atenção do profissional que registra a declaração de óbito, prejudicando a qualidade dos dados, por consequência, o planejamento de estratégias de prevenção.^{2,12}

Os resultados apresentam uma flutuação do coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente de 2000 a 2017, o que fomenta a proposição de pesquisas de cunho histórico socioeconômico e dos serviços de saúde, para se entenderem os motivos para a ocorrência da redução em determinado período, como em 2004, em que se obteve o menor

coeficiente de 5,18/100.000 porto-alegrenses. Em estudo que avaliou as taxas de suicídio de 1990 e 2015, observou-se um declínio de 19% de casos fatais, partindo-se de uma média de 8,1(7,5-8,6) para 6,6(6,1-7,9)/100.000 brasileiros, respectivamente.⁵ Ainda no mesmo estudo, dentre todas as unidades federativas avaliadas, o Estado do RS liderou o *ranking* nacional da mortalidade por autolesão fatal de 13,4 para 10,5/100.000 gaúchos, respectivamente, 1990 e 2015.⁵ No ano de 2015, o coeficiente avaliado em Porto Alegre foi semelhante à média nacional, mas inferior à média estadual em 37,4%.

As ações preventivas para a redução desse coeficiente são propostas pela OMS como uma forma de orientar gestores e profissionais de saúde para enfrentar esse grave problema de saúde pública, destacando: oferecer apoio psicossocial nas diversas situações que impele o usuário a agir contra a própria vida; restringir o acesso aos lugares e a substâncias químicas consideradas perigosas à saúde; orientar a família para uso da tecnologia da informação e comunicação (jogos, grupos virtuais, mensagens/avisos, entre outros); instrumentalizar os cuidadores, famílias e profissionais de saúde para identificação e manejo da ideação e tentativa de suicídio; ampliar/divulgar os serviços da RAPS do município; e conscientização pública.³

Para de fato instituir essas ações preventivas e de cuidado às pessoas em risco ou tentativa suicida, evidenciou-se a necessidade de educação permanente da equipe de enfermagem e interprofissional, pois se observou a fragilidade no conhecimento dos profissionais acerca do comportamento suicida para definirem e realizarem as intervenções na ambiência hospitalar (emergências e unidades clínico-cirúrgicas), e, assim, tornarem efetivo esse momento de cuidado diante do sofrimento psíquico.^{2,13-14}

Os resultados demonstraram uma variação média anual masculina de 62 a 82 casos de óbitos como predominante neste estudo, e a variação média anual feminina de 15 a 25 casos. Estudos apontam que, como o sexo masculino prevalece sobre o feminino em atos consumados, tal grupo configura-se como de alta vulnerabilidade, sendo 3,7 vezes mais frequente.^{4-5,12} Tal fato

traz à discussão o fato de que outros estudos apontam que os homens quase não procuram o atendimento na unidade de saúde por diferentes motivos.¹⁵⁻¹⁶ O estigma relacionado ao suicídio pode ser uma barreira ao acesso aos serviços de saúde, impossibilitando que o profissional de saúde possa identificar sinais de sofrimento psíquico e assim reverter uma ideação ou plano suicida.³

Quando se verificam os dados estratificados em grupos etários e mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente, observa-se que Porto Alegre apresentou a maior proporção entre as pessoas que tinham a idade de 20 a 59 anos, sendo o intervalo de idade semelhante ao reproduzido em outros países.¹⁻³ Em estudo realizado em 2015, observou-se a maior frequência na faixa etária adulto jovem de 20 a 34 anos.⁵ Esse grupo etário de 20 a 59 anos encontra-se em idade laboral ativa, confirmando que a autolesão fatal, além de ser reconhecida com um grave problema social, também pode ser decorrente de um mosaico de situações complexas insatisfatórias de ordem familiar, econômica, de saúde, afetiva e laboral.^{1,4-5,12-14,17}

Observou-se uma tendência para a ocorrência de suicídio na faixa etária ≥ 60 anos, o que é preocupante, já que este se trata de um dos grupos mais vulneráveis no mundo.^{1-2,5,14} O estudo que avaliou os dados de 2012 para esse grupo etário observou um coeficiente de 16/100.000 habitantes idosos.⁴ Outra investigação apontou que houve 34.166 tentativas suicidas registradas por autoenvenenamento em uma população de idosos, no período de 2005 a 2013. A subnotificação das tentativas de autolesão por pessoas idosas prejudica o reconhecimento da gravidade desse problema para inserção de ações protetivas na agenda política.¹⁴

Na população de infantes e adolescentes, a família, a escolas e os serviços de saúde precisam estar mais atentos na identificação de sinais que possam evidenciar o sofrimento psíquico, já que as tentativas de autolesão estão ocorrendo cada vez mais precocemente.^{1,10,13} Ademais, adolescentes estão em plena capacidade fisiológica, intelectual e produtiva, de forma que abreviar a própria vida resulta em custos inestimáveis, tanto individuais como coletivos, na

esfera social, familiar e socioeconômica.^{1,4-5} O município de Porto Alegre, em 2017, publicou uma nota técnica garantindo o acesso irrestrito às emergências para os casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes via Plantões de Saúde Mental. Essa ação permitiu 67 acolhimentos em um CAPS Infância nesse mesmo ano, sendo predominante de adolescentes.¹⁰

Em se tratando de um município de colonização europeia, em que predomina a raça branca, Porto Alegre difere de estudos realizados em outras áreas geográficas, como Norte e Nordeste (em que predominam pardos e pretos). Em uma investigação nacional, constatou-se, em 2000, a prevalência da mortalidade por autolesão fatal da raça indígena (8,6/100.000), seguida da amarela (6,4/100.000) e branca (5,4/100.000), ainda evidenciou a elevação em 2012 da raça indígena (14,4/100.000), da parda (5,9/100.000) e a redução da amarela (2,2/100.000).⁴ Estudo realizado em Itapeçerica-Minas Gerais observou a mortalidade por suicídio prevaleceu entre brancos (72,7%), seguida de pardos (18,2%) e pretos (9,1%).¹² Em outro estudo realizado nas capitais brasileiras por meio do inquérito do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), observou-se que, em um período de 30 dias, em 2014, os atendimentos de vítimas de lesões autoprovocadas em emergência foram de 62,4% de pretos e pardos, e 34,3% de brancos.¹⁷

No período avaliado neste estudo, observou-se que o município de Porto Alegre enfrentou um aumento significativo de internações por TMC desde 2009 até 2014, ocorrendo posteriormente o declínio, o que pode ser resultante do fato de que os usuários conseguiram efetivar a autolesão fatal (visto a elevação do coeficiente de mortalidade em 2017). Tal fato também pode ser resultado de ações de monitoramento e articulação dos serviços, visando à redução do número das internações e possibilitando a inclusão e vinculação dos usuários em outros serviços da RAPS (observado que o coeficiente de mortalidade se manteve na média anual em 2015 e 2016).¹⁴

Para atender a todas estas internações por TMC, Porto Alegre conta atualmente com 183 leitos em hospitais especializados e gerais, ou seja, 2,81 vezes mais leitos do que o preconizado

pela OMS (um leito para cada 23.000 habitantes).⁶ Cabe destacar que nesses leitos estão computadas as internações em Hospitais Psiquiátricos, com dois ainda em funcionamento no município, contrariando a Lei da Reforma Psiquiátrica.¹⁰

Em uma situação de tentativa de suicídio, a pessoa é encaminhada para o primeiro atendimento em unidades de emergências, onde geralmente não há atendimento especializado de saúde mental e nem estabelecidos os fluxos para notificação, embora se reconheça a importância do monitoramento.¹⁴ Nesse cenário, o acolhimento quase sempre é realizado pela enfermagem, sendo que muitas vezes, esses profissionais não têm o conhecimento suficiente para manejar e propor intervenções efetivas diante da dor psíquica.^{10,13}

A unidade de emergência, após a estabilização clínica realiza o encaminhamento da pessoa para o atendimento psicossocial no CAPS. Entretanto, é necessário que se estabeleça também a comunicação da situação para a unidade de saúde para que os profissionais da atenção básica tenham o conhecimento e, assim, todos os pontos da RAPS possam agir simultaneamente a favor da preservação da vida. Em um estudo realizado com idosos que foram atendidos em emergências por conta de tentativa de autolesão intencional, os achados revelam que o modelo de atenção ainda é centrado no biomédico, e que a substituição por um modelo de Clínica Ampliada poderia contribuir para prevenção do suicídio (mas que ainda não está consolidada na organização dos serviços e nos processos de trabalho).^{2,14}

O Ministério da Saúde orienta que para realizar a cobertura da atenção psicossocial é necessário viabilizar para cada 100.000 habitantes pelo menos um CAPS II, um CAPS-Infância e um CAPS-Álcool e Drogas (AD), e a cada 150.000 habitantes, um CAPS III ou AD III.⁶ De acordo com os serviços atuais nessa modalidade de CAPS, anteriormente apresentados na Tabela 1, em Porto Alegre poderia ser ampliada essa oferta de serviços de atenção psicossocial, o que contribuiria para a redução internações hospitalares por TMC e da mortalidade por autolesões fatais. Logo, utilizando-se a estimativa populacional de 2012, observou-se que para existir a

plena cobertura dos CAPS em Porto Alegre, é preciso que haja um CAPS Infância (369.603 infantes/adolescentes), e um CAPS II para atender os adultos e idosos.

Entende-se que os esforços para ampliar as ações de prevenção da autolesão fatal requerem coordenação e colaboração de diversos serviços intersetoriais da sociedade para além da RAPS. Porém, é preciso que essa participação se agregue a essa rede para que, de forma abrangente, integrada e sinérgica, possa atender essa situação complexa, reduzir o obstáculo do estigma relacionado ao suicídio.¹²⁻¹⁴ A OMS afirma que para criar uma mudança social no enfrentamento desse sofrimento psíquico são necessários três fatores: conhecimento (científico e informado por prática e dados), apoio público (vontade política) e uma estratégia social (metas) de conscientização pública e intersetorial para a redução dos casos de autolesões fatais.^{1,3}

CONCLUSÃO

O coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente apresentou a média anual 6,51/100.000 habitantes em Porto Alegre, sendo semelhante aos estudos realizados no Brasil, mas inferior ao calculado no Estado do RS. As características prevalentes das pessoas que cometeram lesões autoprovocadas intencionalmente foram sexo masculino, faixa etária de 20 a 59 anos e raça branca. Tais características podem ser distintas quando comparadas a outros grupos demográficos e temporalidade, em decorrência de fatores biológicos, psíquicos, socioeconômicos, familiar, entre outros. Esse estudo revelou um componente essencial para o serviço de saúde: a necessidade de se ampliarem e atualizarem meios para um monitoramento eficaz em tempo real de autolesões fatais e de tentativas de suicídio. Isto pode otimizar os esforços para a prevenção nos diversos pontos da RAPS.

Face ao exposto, entende-se que ter dados reais dessa problemática é oportunizar a compreensão desse fenômeno com maior precisão, de modo a se desenvolver e implementar um planejamento de saúde com estratégias eficazes para a RAPS atender esses usuários que possuem uma condição de negligenciados no sistema de saúde. Para fortalecer essas ações de

monitoramento da RAPS em Porto Alegre, evidencia-se a constante atualização de todos os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que realizam o acolhimento, em todos os níveis de complexidade, por meio da educação permanente com abordagem da saúde mental. Esse espaço de socialização de conhecimento precisa reforçar a discussão no que tange ao registro, à referência e à atenção dos usuários com sinais de ideação suicida, assim como o acompanhamento destes após tentativa frustrada de findar a própria vida.

Embora o município de Porto Alegre atenda quase a totalidade populacional do que é preconizado pela OMS e Ministério da Saúde, por meio de um total de 183 leitos hospitalares e de 12 serviços de CAPS, ainda carece de incentivos para melhorar a assistência aos usuários em emergências psiquiátricas e no atendimento ambulatorial especializado, incrementando mais duas unidades na modalidade de atenção psicossocial. Desta maneira, pode-se viabilizar a redução do coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente. Logo, o declínio desse coeficiente poderá reconhecer os esforços dos gestores e profissionais para a prevenção do suicídio e da qualidade da assistência em todos os pontos da RAPS ao acolher esse usuário em sofrimento psíquico.

As limitações deste estudo são decorrentes do uso de fontes oficiais de dados secundários disponibilizados para acesso público, os quais são preenchidos, coletados e digitalizados por diferentes profissionais, em momentos distintos, podendo existir subnotificações, ou por diagnósticos e registros por outras causas para o óbito ocorrido. Além disso, os dados de internações por convênio privado não são agregados ao SIH/SUS, sistema que contempla a autorização de internação hospitalar, para a qual é realizado o repasse financeiro do SUS. Entretanto, ao avaliar esses números oficiais, evidencia-se a possibilidade de refletir e encontrar respostas para contribuir no planejamento de saúde necessário na produção de cuidados aos usuários com capacidade potencial para autolesão fatal, assim como a proposição de novos estudos em diferentes pontos da RAPS para ampliar a compreensão deste agravo à saúde.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [acesso em 2019 fev 23]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf
2. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol USP [Internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 18];25(3):231-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
3. World Health Organization (WHO). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 2019 fev 22]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>
4. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 20];64(1):45-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
5. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovoçadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do estudo carga global de doença, 1990 e 2015. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 15];20(1):142-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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) [Internet]. 2011 [acesso em 2019 fev 19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
7. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de saúde. Demográficas e socioeconômicas. População residente [Internet]. 2019 [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptrs.def>
8. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de saúde. Epidemiológicas e morbidades. Morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS) [Internet]. 2019 [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mirs.def>
9. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS), Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Eventos vitais: análises em saúde. Sistema de Informação de Mortalidade [Internet]. 2019 [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: https://public.tableau.com/profile/eugenio.lisboa5167#!/vizhome/porto_alegre_mortalidade/MORT
10. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS), Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de gestão 2017 [Internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 21]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag.pdf

11. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde (BR). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. 2013 [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Vieira VAS, D'Alessandro FCS, Silva FMR, Coelho KR, Quadros KAN. Caracterização dos indivíduos que realizaram prática/tentativa de autoextermínio em Itapeçerica, Minas Gerais, Brasil. Rev Enferm Cent Oeste Min [Internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 27];7:e1681. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1681>
13. Reisdorfer N, Araujo GM, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 26];4(4):718-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216790>
14. Conte M, Cruz CW, Silva CG, Castilhos NRM, Nicolella ADR. Encontros ou desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 25];20(6):1741-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02452015>
15. Miranda TN, Teixeira JC, Oliveira ACR, Fernandes RTP. Fatores que influenciam negativamente na assistência integral ao usuário da atenção básica na saúde do homem. J Health Connect [Internet]. 2018 [acesso em 2019 fev 25];2(1):30-43. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/journalhc/article/view/4062/47964818>
16. Chaves JB, Fernandes SCS, Bezerra DS. A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da teoria da ação planejada. Estud Interdiscip Psicol [Internet]. 2018 [acesso em 2019 fev 24];9(3):38-57. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236-64072018000300004&lng=pt&nrm=iso
17. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 24];22(9):2841-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>

Autor correspondente

Alan Cristian Rodrigues Jorge

E-mail: ajorge@hcpa.edu.br

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, sala 401A, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

CEP: 90050-170

Contribuições de Autoria

1 – Alan Cristian Rodrigues Jorge

Contribuições: concepção e planejamento do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

2 – Adriana Aparecida Paz

Contribuições: concepção e planejamento do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

3 – Annie Jeanninne Bisso Lacchini

Contribuições: análise e interpretação dos dados, revisão crítica.

4 – Graciele Fernanda da Costa Linch

Contribuições concepção e planejamento do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Como citar este artigo

Jorge ACR, Paz AA, Lacchini AJB, Linch GFC. O suicídio e a rede de atenção psicossocial em uma capital no sul do Brasil. UFSM. 2019 [Acesso em: Anos Mês Dia];vol.9, e69: 1-19. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769227862>