



Chamar atenção? Atravessando julgamentos diante da tentativa de suicídio infantojuvenil em prontos-socorros na perspectiva profissional

Drawing attention? Going through judgments regarding child and adolescent suicide attempts in emergency rooms from a professional perspective

¿Llamar la atención? Recorriendo juicios sobre intentos de suicidio de niños y adolescentes en urgencias desde una perspectiva profesional

Como citar este artigo:

Souza DM, Guedes DMB, Boska GA, Miranda NC, Rossato LM. Drawing attention? Going through judgments regarding child and adolescent suicide attempts in emergency rooms from a professional perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230281. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0281en>

-  Danton Matheus de Souza¹
-  Danila Maria Batista Guedes¹
-  Gabriella de Andrade Boska²
-  Niflyer Costa Miranda³
-  Lisabelle Mariano Rossato⁴

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To understand the perceptions of the multidisciplinary team of an emergency department regarding the care of children and adolescents who have attempted suicide. **Method:** An exploratory-descriptive, qualitative study, in light of the Symbolic Interactionism theoretical framework. Thirteen professionals from the multidisciplinary team from two emergency rooms (children and adults) of a secondary hospital in São Paulo participated. Data were collected between August and September 2018 using semi-structured interviews, analyzed using thematic content analysis complemented by the IRAMUTEQ® software. **Results:** Two central categories emerged: Multidisciplinary team perceptions regarding attempted suicide care; and Multidisciplinary team perceptions regarding the possibilities for improving attempted suicide care. From these, professional perceptions of care, risk factors, emotional reactions, limitations of emergency rooms and strategies for improving practice were observed. **Conclusion:** Professionals perceived suicide attempt care from a biomedical and reductionist perspective, with an approach marked by stigma, judgment and lack of preparation.

DESCRIPTORS

Suicide, Attempt; Emergencies; Child Health; Child; Adolescent; Health Personnel.

Autor correspondente:

Danton Matheus de Souza
Av. Valdemar Ferreira, 150, Butantã
05501-000 – São Paulo, SP, Brasil
danton_souza@usp.br

Recebido: 28/08/2023
Aprovado: 14/12/2023

INTRODUÇÃO

A saúde mental infantojuvenil representa um desafio à saúde pública. Há estimativas mundiais de que mais de 20% das crianças e dos adolescentes vivenciam algum problema de saúde mental, com taxa aproximada de mais de mil visitas a serviços especializados a cada 100 mil crianças e adolescentes⁽¹⁾. Esse número ainda pode estar subestimado, considerando que, com frequência, esse público só adentra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) após a vivência de uma crise ou situações de emergência psiquiátrica, como nas tentativas de suicídio (TS)⁽²⁾.

A TS pode ser definida como qualquer comportamento suicida não fatal, com intencionalidade de acabar com a vida, sendo um fenômeno multifatorial resultante de uma interação de fatores biológicos, psicológicos, culturais e ambientais^(2,3). A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que, anualmente, mais de 700.000 pessoas se suicidam, e estima que a cada morte existem mais de 20 TS (estimado mais de 14 milhões de TS). Ainda, o suicídio é a terceira e segunda causa de morte entre adolescentes de 10 e 19 anos e de 15 e 19 anos, respectivamente⁽⁴⁾.

No Brasil, em estudo transversal, realizado com o sistema de informação hospitalar com crianças entre cinco e nove anos, demonstrou que, de 2006 a 2017, ocorreram 1.994 hospitalizações por TS⁽⁵⁾. Em adolescentes, investigação semelhante indicou que, entre 2007 e 2016, 12.060 jovens entre dez e 19 anos foram hospitalizados por TS no Brasil⁽⁶⁾. Outro estudo realizado em um departamento de urgência e emergência durante cinco anos identificou 88 adolescentes que foram atendidos por TS⁽²⁾. Apesar de a violência autoprovocada ser de notificação compulsória, no Brasil, ainda há subnotificação ou uso de códigos relacionados ao meio utilizado para a tentativa, como intoxicações ou traumas (acidentes), o que contribui para uma estimativa pouco fidedigna⁽²⁾. Parte desse aspecto ocorre pela dificuldade do reconhecimento social de que o público infantojuvenil pode ter intenção de tirar a própria vida⁽⁷⁾.

A representação social das crianças, vistas como figuras angelicais, bondosas e alegres, pode ser uma das razões para que a TS não seja identificada, sendo “incompatível” com essa fase de vida^(2,5). Já os adolescentes, apesar de vivenciarem uma etapa de transição, com mudanças psicológicas (construção da identidade, originalidade e autoimagem) e sociais (busca por autonomia, aceitação e ocupação em espaços coletivos), que podem levar a comportamentos impulsivos, ainda são percebidos como “problematizados” pela fase da “aborrecência”⁽⁸⁾.

Reconhecendo a importância da temática, o Brasil avançou com políticas públicas, porém ainda se faz necessário investir na implementação das diretrizes previstas nas políticas tanto no contexto da RAPS quanto na interlocução com outros setores. No âmbito da saúde mental, há a Política de Saúde Mental Infantojuvenil (PSMIJ), pautada nas diretrizes de cuidado individual, acolhimento universal, encaminhamento implicado e responsável, construção permanente da rede com intersetorialidade, territorialização e construção compartilhada das necessidades de saúde mental⁽⁹⁾. Especificamente na TS, há a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que visa à promoção de saúde mental, prevenção e posvenção dos fenômenos, além de notificação e articulação na rede intersectorial para um cuidado integral⁽¹⁰⁾. Contudo, a formulação de

políticas não garante um cuidado qualificado; é necessário um esforço coletivo, sendo a pesquisa científica vital para a tradução das políticas à prática clínica.

Apesar de a atenção primária e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIJ) serem ordenadores da rede, como porta de entrada na RAPS aos cuidados de saúde mental de crianças e adolescentes⁽⁹⁾, aproximadamente um terço desse público é inicialmente atendido nos prontos-socorros (PS) por TS. Esse aspecto já é reconhecido nas políticas, sendo os serviços de urgência e emergência dispositivos da RAPS⁽¹¹⁾, sendo necessário explorar o cuidado à TS nesses espaços, essencialmente as percepções dos profissionais de saúde, que são figuras essenciais na condução de um cuidado digno e de qualidade que fortalece a rede de atenção.

A literatura científica já explorou previamente as percepções de TS de profissionais de saúde da atenção primária e secundária^(12,13). É imperioso a continuidade do avançar na literatura, com este estudo se voltando aos profissionais atuantes no PS. Em um contexto onde os serviços de saúde mundiais têm como meta a redução da TS, visando atingir uma saúde de qualidade com bem-estar da população (terceiro objetivo do desenvolvimento sustentável)⁽¹⁴⁾, e o Brasil se reestruturando após um retrocesso nas políticas de saúde mental, é emergente a visibilidade à TS infantojuvenil. Reconhecer as percepções dos profissionais permite guiar estratégias para a ressignificação do contexto e o avanço para a garantia desses aspectos. Assim, emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: quais são as percepções de profissionais de saúde diante do cuidado à TS de crianças e adolescentes no PS? Este estudo objetivou compreender as percepções da equipe multiprofissional de um departamento de urgência e emergência diante do cuidado à criança e ao adolescente por TS.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, pautado nas orientações do guia *CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative research⁽¹⁵⁾.

LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2018 em um departamento de urgência e emergência de um hospital escola público do município de São Paulo. O departamento é composto por dois PS, sendo um infantil (recém-nascidos e adolescentes com 15 anos incompletos) e um adulto (15 anos completos e 19 anos incompletos). Participaram profissionais da equipe multiprofissional (equipe de enfermagem; médicos e assistentes sociais) atuantes nos setores e que prestavam apoio em caso de TS.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram incluídos profissionais da equipe multiprofissional que já vivenciaram o cuidado direto à criança ou adolescente por TS no departamento de urgência e emergência (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais). Os profissionais elegíveis eram questionados se já haviam atendido

no mínimo um caso de TS infantojuvenil no PS. Foram excluídos os discentes, estagiários e residentes, considerando que não fazem parte da equipe fixa do setor, além das chefias de setor, por estarem afastadas do cuidado, e os profissionais que estavam de férias ou licença no período da coleta.

COLETA DE DADOS

A amostragem foi conduzida pela técnica de conveniência, em dias que a pesquisadora estava disponível para estar presente no serviço, com abordagem individual a cada profissional de saúde, com apresentação do objetivo do estudo e convite àqueles que se enquadravam nos critérios de elegibilidade. Em caso de aceite, agendou-se o encontro para a coleta de dados, pessoalmente. No dia agendado, o chefe do participante era avisado sobre a sua ausência no setor para a condução da entrevista. Após liberação, o profissional era encaminhado para um local privado, fornecido pela instituição coparticipante.

Inicialmente, aplicava-se um questionário com variáveis de caracterização profissional (sexo, idade, tempo de formação e formação complementar). Após, iniciava-se uma entrevista semiestruturada, conduzida pela seguinte questão norteadora: como é para você atender uma criança ou adolescente por TS? Com a exploração do discurso de acordo com as respostas dos participantes, permitiu-se a abordagem do cuidado, fatores de risco, sentimentos gerados, limitações e percepções quanto a mudanças. A questão norteadora emergiu por meio de um consenso entre os pesquisadores com base no objetivo do estudo. As entrevistas foram realizadas por uma pesquisadora do sexo feminino, doutoranda em ciências da saúde, com experiência prévia em condução de pesquisas qualitativas. Ressalta-se que a pesquisadora não possuía vínculo prévio com os participantes. Os áudios foram gravados por um aparelho eletrônico, gerando sete horas totais, com tempo de entrevista entre 17 e 45 minutos, e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Não houve nenhuma recusa de participação, nem entrevistas repetidas, e as transcrições não foram enviadas aos participantes. A coleta de dados foi finalizada no momento em que o objetivo do estudo foi atingido, sem novos acréscimos de temas, conforme a técnica de saturação teórica dos dados⁽¹⁶⁾. É digno de nota que a saturação foi acordada, previamente, pelos pesquisadores do estudo, por meio de um consenso.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para compreender a percepção dos profissionais, optou-se pela análise dos dados à luz do Interacionismo Simbólico⁽¹⁷⁾, que permite explorar o fenômeno com base na sua construção simbólica, por meio das interações que o profissional vivencia em uma dinâmica social a qual está imerso, influenciando suas ações, definições e crenças. Nessa imersão, o profissional é visto como um agente participante das suas próprias experiências. Por meio das interações sociais (contexto de urgência e emergência, criança ou adolescente atendidos por TS, familiares e acompanhantes, outros profissionais), da ação humana (cuidado à TS), do *self* (construção das crenças, opiniões e percepções) e da mente (interpretação do fenômeno), constroem-se os símbolos (percepções sobre a TS).

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo de Bardin⁽¹⁸⁾. Foram realizadas a leitura flutuante dos dados (cinco a 10 vezes), a extração de códigos e unidades de significado e posterior agrupamento em categorias teóricas e subcategorias. Ressalta-se que essa primeira análise foi realizada em pares, de forma independente, com posterior discussão e deliberação da categorização em conjunto aos demais pesquisadores, chegando a um consenso. De forma a complementar a análise, os dados foram tratados por intermédio do *software Interface de R pour les Analyse Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ[®]), com uma análise lexical, permitindo um olhar quantitativo ao dado qualitativo. Para tal, os dados foram organizados em *corpora* textuais, identificando segmentos de texto com agrupamento das palavras com diferença estatística ($p < 0,05$). Para a apresentação, optou-se pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), por intermédio do Teste Qui-Quadrado (χ^2), com a organização das palavras em classes, e pela análise de similitude (AS), com a representação visual das conexões entre as palavras⁽¹⁹⁾. Ressalta-se que a análise temática e a análise lexical, sob à luz interacionista, integraram-se, permitindo uma exploração aprofundada. Assim, as categorias teóricas (análise temática de conteúdo) e classes (IRAMUTEQ[®]) foram nomeadas de forma semelhante.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), sob Parecer n° 2.712.870 de 14 de junho de 2018, e da instituição coparticipante, sob Parecer n° 2.778.446 de 20 de julho de 2018. Os profissionais que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, e foram identificados pelas letras iniciais da profissão, como AS (assistente social), E (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem) e M (médico), além do respectivo número em ordem crescente de inclusão.

RESULTADOS

Participaram 13 profissionais, incluindo cinco enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois assistentes sociais e três médicos. Onze eram do sexo feminino; a idade variou de 26 a 61 anos, com média de 36 anos; o tempo de profissão e imersão no local do estudo variou de cinco a 30 anos, com média de 15 anos. Nove tiveram formação *lato sensu*, e cinco, *stricto sensu*. A análise lexical gerou 95 segmentos de texto, com aproveitamento de 72,6%, com 2.721 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), interligando as duas categorias teóricas geradas pela análise temática de conteúdo, com subcategorias interligadas (Figura 1).

CATEGORIA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DIANTE DO CUIDADO À TENTATIVA DE SUICÍDIO

Os profissionais percebem que os atendimentos ($p < 0,05$) à TS por crianças e adolescentes cresceram nos últimos anos e que a equipe o conduz de forma adequada. Referiram que o cuidado é refletido por enfoque ao físico com o objetivo de salvar a vida. Entretanto, a palavra “não” ($p < 0,05$) foi associada à falta de

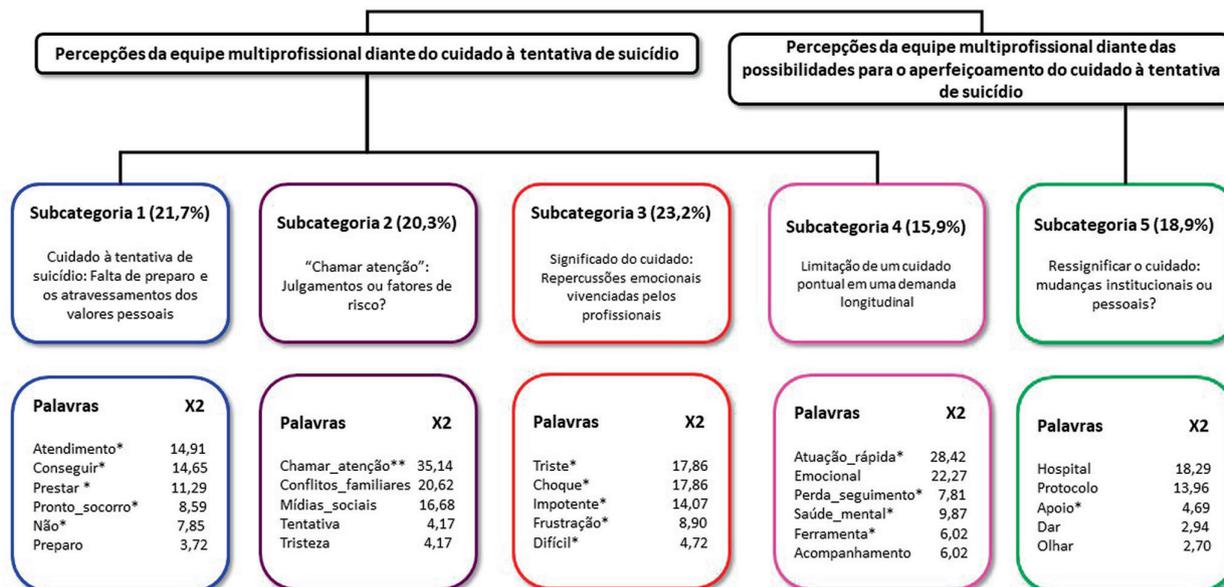


Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente com interligação das categorias principais e suas subcategorias – São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Nota: X² – Teste Qui-Quadrado; **p < 0,001; *p < 0,05.

conhecimento e preparo para a condução de um acolhimento ao sofrimento mental. O reconhecimento dessa limitação refletiu na abordagem de afastamento da criança e do adolescente, ou uma abordagem permeada por estereótipos: *“É corriqueiro as pessoas falarem coisas do tipo: “você é uma pessoa muito bonita, muito boa, tá estudando, pra que fazer isso?!” (AS5)”*. Ao justificar as condutas, os profissionais percebem o PS (p < 0,05) como um local de promoção da vida, e, ao atenderem a TS, os valores pessoais se sobressaem. Ainda, os profissionais referiram que o acolhimento depende de uma característica pessoal e não uma ação que permeia a equipe (Subcategoria 1: Cuidado à tentativa de suicídio: falta de preparo e os atravessamentos dos valores pessoais) (Quadro 1).

Na subcategoria 2: “Chamar atenção”: julgamentos ou fatores de risco? (Quadro 1), os profissionais indicaram suas percepções sobre os fatores desencadeantes da TS em crianças e adolescentes. Nota-se que o reconhecimento da dor emocional não resultou em cuidado em saúde, mas sim em mais julgamento, sendo o “chamar atenção” (p < 0,001) associado à causa da TS. Ainda, indicaram que a TS ocorre pela ausência de controle emocional, pela criança ou adolescente querer se comportar como um adulto e ter um imediatismo na busca de realização na vida e baixo limiar à frustração, o que leva a uma minimização do sofrimento mental associado à TS. O julgamento segue a família, que é tida como culpada por não buscar serviços previamente ou não fazer represálias ao filho.

Os profissionais definiram o cuidado à TS como desafiador, por repercutir em reações emocionais pessoais, como a frustração (p < 0,05), a impotência (p < 0,05), a angústia, a tristeza (p < 0,05), o choque (p < 0,05), a revolta e as dúvidas. Apenas um profissional indicou satisfação no cuidado ligado ao sucesso clínico, e outro que indicou pouca repercussão emocional por experiências prévias no cuidado (Subcategoria 3: Significado do cuidado: repercussões emocionais vivenciadas pelos profissionais) (Quadro 2).

Na subcategoria 4: Limitação de um cuidado pontual em uma demanda longitudinal (Quadro 2), apenas um profissional indicou o PS como um local potencial para atuar sobre as demandas de sofrimento mental, enquanto outros 12 percebem que a “atuação rápida” (p < 0,05) e pontual da emergência psiquiátrica limitava o cuidado. Quando realizavam acolhimento, referiram que ocorreu de forma rápida, pela falta de preparo, privacidade, espaço, presença da família ou entendimento de que apenas profissionais especializados em saúde mental (p < 0,05) poderiam fazer essa abordagem. Solicitavam interconsultas com psiquiatras, demandando o deslocamento da criança ou adolescente até outro serviço que, frequentemente, é específico para cuidado de adultos e idosos, e, ao retornarem, observavam que as condutas principais eram encaminhamento para a RAPS e medicalização. Após o cuidado, os profissionais percebiam uma perda de seguimento (p < 0,05), com indicação de que não há retorno do que foi feito em outros serviços, com falta de articulação entre as redes de atenção.

CATEGORIA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DIANTE DAS POSSIBILIDADES PARA O APERFEIÇOAMENTO DO CUIDADO À TENTATIVA DE SUICÍDIO

Os profissionais percebem construção de um protocolo institucional (p < 0,05), busca ativa de crianças e adolescentes com fatores de risco, apoio (p < 0,05) de profissionais de saúde mental, educação continuada, com aulas, cursos, simulações, acolhimento psicológico à equipe e formulação de uma única equipe para prestar o cuidado como estratégias para o aperfeiçoamento do cuidado. Ademais, os profissionais refletiram que, pelo acolhimento do sofrimento mental ser uma atitude pessoal, tais medidas poderiam não ter efeitos na prática (Subcategoria 5: Resignificar o cuidado: mudanças institucionais ou pessoais?) (Quadro 3). A Figura 2 traz a árvore da similitude, que demonstra as conexões das palavras.

Quadro 1 – Discursos profissionais referentes às subcategorias 1 e 2 – São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Categoria: Percepções da equipe multiprofissional diante do cuidado à tentativa de suicídio
Subcategoria 1: Cuidado à tentativa de suicídio: falta de preparo e os atravessamentos dos valores pessoais
<i>Aqui é perfeito. Tem uma equipe humanizada. (...) os médicos salvam bastante. (TE10)</i>
<i>Na parte emocional, não temos ferramentas. Cada um age da forma que acha melhor. (...) tem profissional que trata a TS como um problema, mas outros, falam que é falta de vergonha na cara, de apanhar, de puxar a orelha. (E2)</i>
<i>É difícil. Não é o melhor atendimento que você gosta de dar. Gostamos de atender pessoas que estão realmente sofrendo por alguma doença, algo que você busca sanar. Aquele que tenta suicídio, você (profissional) vai só tomar uma conduta para tirá-lo daquele caos que ele se encontra. Mas não é uma satisfação, você fala: “Porra, veio aqui trazido por alguém que está angustiado”. É uma falta de responsabilidade do adolescente. Uma alienação total das implicações. (...) você faz o atendimento por obrigação, porque é a sua função. (M11)</i>
<i>Eu sempre costumo falar comigo: tanto velhinho com doença incurável lutando para viver e uma criança, que tem a vida inteira pela frente, querendo tirar a própria vida. (E2)</i>
<i>Eu observo e me aproximo da criança. Eu vejo como algo integrante da minha função. Acolher esse tipo de queixa. É uma dor emocional que merece respeito e atendimento adequado. (E13)</i>
Subcategoria 2: “Chamar atenção”: julgamentos ou fatores de risco?
<i>Eu não tenho esse conhecimento de psicologia básica para poder diferenciar se a criança tem uma ideação ou se está chamando a atenção. (M7)</i>
<i>Fomos falar com a mãe. Ela disse que não era a primeira vez, que a adolescente sempre fazia isso para chamar a atenção. (TE10)</i>
<i>Os fatores desencadeantes alegados pela criança são banais. (M7)</i>
<i>Não dá para classificar como TS; na verdade, se aproxima mais de ‘tentativa de chamar a atenção’. Eles (adolescentes) avisam, falam o que fizeram, e quem quer se suicidar não faz isso. (M11)</i>
<i>Eu acho que falta atenção da família. (E2)</i>

Quadro 2 – Discursos profissionais referentes às subcategorias 3 e 4 – São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Categoria: Percepções da equipe multiprofissional diante do cuidado à tentativa de suicídio
Subcategoria 3: Significado do cuidado: repercussões emocionais vivenciadas pelos profissionais
<i>Eu te confesso que eu não entendia o porquê a pessoa procurava um hospital se queria morrer, porque aqui a gente está trabalhando para salvar vidas, e quem quer tirar a vida, vêm. Isso me trazia incomodo, porque eu estava ocupada com outras demandas. (E13)</i>
<i>No início, era bem chato, eu ficava revoltada. (...) eu entrava na sala de emergência irritada: “Mas gente, que merda, a vida é tão boa e essa pessoa vai destruir a vida”. (E6)</i>
<i>É frustrante. O atendimento significa que várias coisas falharam para chegar ali. (M7)</i>
<i>Causa bastante impacto. (...) não me causa sofrimento, porque eu já estou preparada, manejo situações assim há muitos anos, me dando estruturas para lidar. (AS4)</i>
Subcategoria 4: Limitação de um cuidado pontual em uma demanda longitudinal
<i>A gente faz aquilo que um pronto-socorro pode fazer. (...) vamos fazer os procedimentos e, em seguida, fazemos o acolhimento se o cenário permitir. (E13)</i>
<i>O adolescente tem um primeiro atendimento no pronto-socorro, e é isso. Teoricamente, é isso que ele precisa aqui (atendimento clínico). (TE8)</i>
<i>É importante uma interligação na rede. Eles são atendidos no pronto-socorro, mas é pontual. (AS4)</i>

Quadro 3 – Discursos profissionais referentes à subcategoria 5 – São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Categoria: Percepções da equipe multiprofissional diante das possibilidades para o aperfeiçoamento do cuidado à tentativa de suicídio
Subcategoria 5: Ressignificar o cuidado: mudanças institucionais ou pessoais?
<i>Eu acho que tinha que ser feito algo para avaliar até que ponto essa pessoa realmente tem uma ideação suicida ou está chamando a atenção de uma maneira errônea. (M7)</i>
<i>Aqui a gente funciona muito a base de protocolos. (TE9)</i>
<i>É preciso um protocolo com envolvimento interdisciplinar. (...) para que você tenha um pouco mais de certeza de que, quando for embora, não vão ocorrer novas tentativas. (E3)</i>
<i>Falta de preparo, temos em muitos âmbitos. Eu posso ter falta de preparo para fazer um curativo, atender uma parada, mas faço um treinamento e posso melhorar. O que eu percebo na prática é que as pessoas não se importam em aprender o que podem fazer. Então, depende mais dela se sensibilizar de forma empírica e fazer o cuidado que todas deveriam. (E13)</i>

DISCUSSÃO

Os profissionais deste estudo perceberam que o cuidado inicial à TS é marcado por limitações no acolhimento e no cuidado longitudinal. Reflete-se que essa percepção do fenômeno é resultado das interações sociais⁽¹⁷⁾, onde esses profissionais podem ter sido influenciados pela visão estigmatizante da saúde mental, com julgamentos e moralismos diante de crianças e adolescentes, com demandas para além do cunho físico, atendidos em um PS. Observa-se a atribuição dessa percepção a dificuldades organizacionais, institucionais e desconhecimento sobre a atuação no fenômeno.

De fato, o serviço de PS não é um local promissor para ações a longo prazo, principalmente pelas intervenções em saúde mental demandarem atenção, escuta ativa e formação de vínculo, desafios aos profissionais da emergência pelo enfoque biomédico, intercorrências e rotatividade de pacientes. Contudo, o acolhimento pode e deve ser iniciado neste local, já reconhecido como dispositivo da RAPS. Assim, questiona-se: por que os PS não são vistos como lugares potentes para a realização de acolhimento em saúde mental de crianças e adolescentes no cuidado à TS?

A PSMIJ reconhece, em seu princípio de acesso universal, que acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade de uma busca de

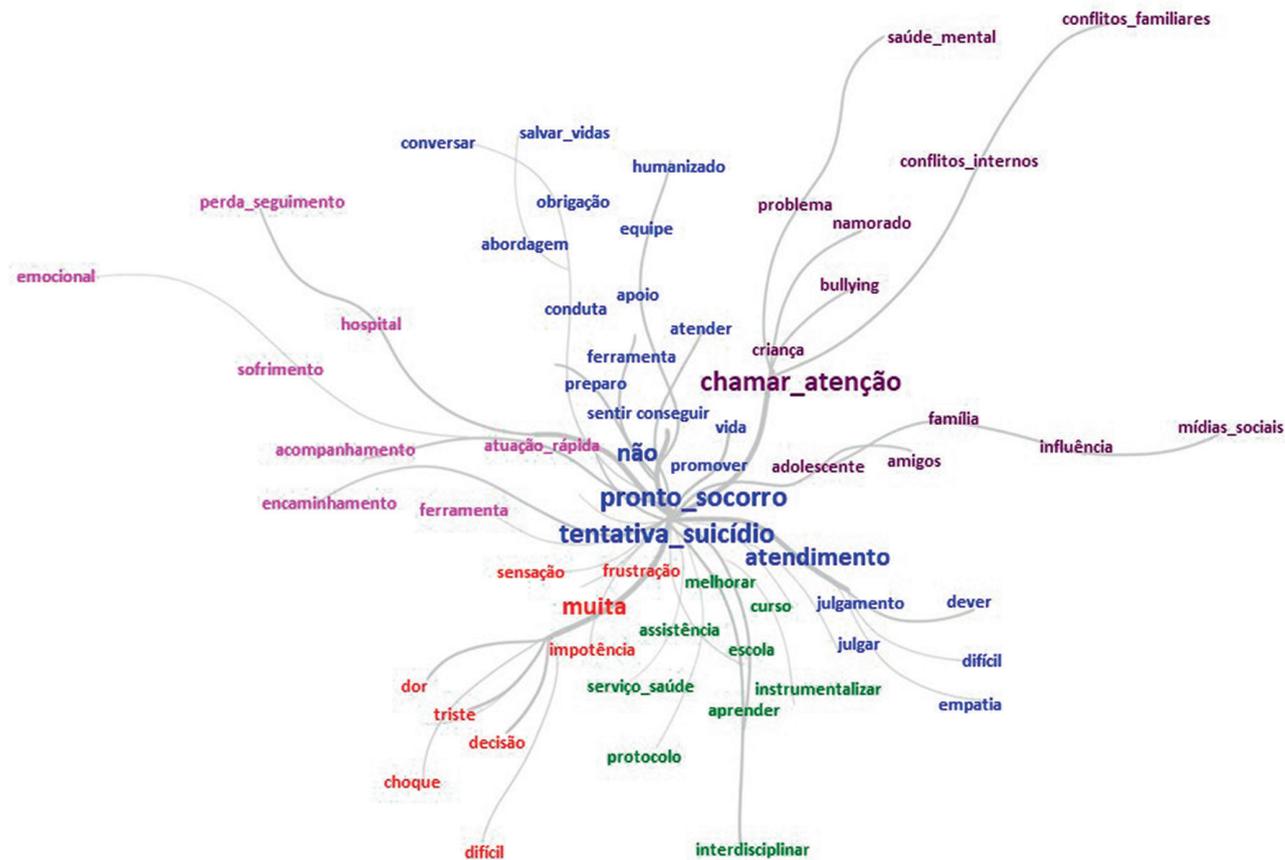


Figura 2 – Árvore de similitude – São Paulo, SP, Brasil, 2018.

atendimento é uma forma de cuidado⁽⁹⁾, corroborando a OMS, que reitera que o acolhimento à TS deve ser iniciado no PS⁽⁴⁾, sendo esse serviço reconhecido como um dispositivo da RAPS⁽¹¹⁾. O primeiro acolhimento é um diferencial, pois permite que a criança e o adolescente reconheçam o serviço de saúde como uma fonte de apoio ao sofrimento mental^(2,12).

A ausência do acolhimento reflete na adesão às intervenções, com taxas de perda de seguimento da criança e do adolescente com TS entre 25 e 80%⁽²⁰⁾. Em contrapartida, aqueles que fazem acompanhamento em um CAPIJ referem que, inicialmente, inúmeras reações emocionais os fizeram se afastar do serviço, porém, com o tempo e com as intervenções acolhedoras, o serviço foi visto como um local potencializador a mudanças, com adesão⁽²¹⁾.

Há necessidade de refletir sobre formas de acolher em um PS. Investigação metodológica, com construção e validação de diretrizes para o cuidado multiprofissional à TS infantojuvenil no PS, indicou que o acolhimento deve ser feito com prontidão e qualidade, em uma sala privada, com escuta ativa, sem a necessidade de conselhos ou falas, com postura empática, sem minimizar a dor emocional, iniciado desde a primeira anamnese clínica pós-estabilização do quadro clínico físico e mental, identificando os fatores de risco e de proteção. Essa abordagem pode ser realizada por diferentes membros da equipe, sem a necessidade de um profissional especialista como mediador, visto que pode iniciar uma intervenção terapêutica breve, com orientações de prevenção de recidivas e olhar ao binômio⁽³⁾.

Na teoria, as diretrizes citadas podem parecer simples e fáceis de serem articuladas na prática clínica, porém, sem ações para sua tradução efetiva, o cuidado à TS seguirá marcado pela falta de preparo, intervenções limitadoras e julgamento. Neste estudo, nota-se que os profissionais não se reconhecem como instrumentos de cuidado, desvalorizando tecnologias leves em detrimento de tecnologias duras, manifestando a necessidade de instrumentos e protocolos para guiar a conduta clínica na TS.

Como prevê o Interacionismo Simbólico, a ação do indivíduo ocorrerá de acordo com o significado que o fenômeno tem para si⁽¹⁷⁾; nesse caso, os profissionais olham a TS como um peso, uma obrigação, e não uma demanda real de cuidado emergente em saúde, assim, não dispõem esforços para intervenções terapêuticas. Ainda, indica que indivíduos diferentes podem definir uma mesma situação de maneiras distintas⁽¹⁷⁾, como visto no Quadro 1, ao comparar discursos do M11 e E2 com o E13, que demonstra uma visão empática ao sofrimento mental dos adolescentes, mostrando-se disponível para o acolhimento inicial. Neste estudo, a maioria dos profissionais demonstra julgamento à TS, o que permeia sua conduta, com a indicação de seguimento em uma rede de atenção com a expectativa de que a busca autônoma será suficiente para um cuidado com medicalização.

As práticas de cuidado à TS seguem influência história hospitalocêntrica⁽²¹⁾. O encaminhamento precisa ser redefinido: de irresponsável a implicado, onde o profissional deve se responsabilizar pelo endereçamento da solicitação, garantindo que o serviço indicado será capaz de acolher a criança e o adolescente,

inserindo-se em uma rede que, de fato, atuará em um seguimento da conduta inicial do PS⁽⁹⁾. Ainda, a medicalização do cuidado é tida de forma precoce, com uso de fármacos como forma de tratar aspectos emocionais sem refletir que seus efeitos são tidos a longo prazo, sendo necessária uma adesão à terapêutica que, por si só, sem integração em um contexto amplo, não será capaz de minimizar o sofrimento mental⁽¹³⁾.

Outro aspecto é a visão de que demandas de saúde mental devem ser atendidas, de forma exclusiva, por psicólogos ou psiquiatras. Porém, os profissionais de diferentes formações podem ser promissores no cuidado em saúde mental, desde que se empenhem para um acolhimento livre de julgamentos^(4,22). Por exemplo, a comunicação é indicada, por *guideline* internacional, como uma competência essencial do profissional de saúde em todos os contextos de atuação⁽²³⁾. Na prática clínica, notam-se inúmeros esforços das equipes para a capacitação nessa habilidade, porém sempre com enfoque em diagnósticos e comunicação de más notícias, não dando enfoque à comunicação terapêutica.

No presente estudo, o “chamar atenção” foi atribuído como fator desencadeante à TS. Contudo, reflete-se: o que é chamar atenção? Teoricamente, sabe-se que a TS é resultante de um intenso sofrimento mental, porém, neste estudo, é reduzido à ideia patológica da infância e adolescência⁽¹³⁾, com a transição entre fases “problemáticas” onde qualquer expressão emocional é tida como uma tentativa desesperada de chamar a atenção de um adulto, ou reduzido à ideia de que “essa fase é assim mesmo”, minimizando as demandas de saúde mental, a cunho de comportamentos transicionais^(5,22). Essa ideia perpassa todas as subcategorias, podendo ser associado ao Interacionismo Simbólico, onde o indivíduo não responde ao mundo como ele é, mas sim com base na realidade definida por si⁽¹⁷⁾, com os profissionais atribuindo crenças do senso comum à sua atuação, como a visão de que represálias familiares seriam necessárias para reduzir as tentativas de “chamar atenção”. Ainda, essas crenças podem permear a visão de outros atores da sociedade, como os familiares.

Em estudo realizado com familiares de crianças por TS, notou-se que esses não conseguiram distinguir as necessidades de saúde mental e os comportamentos do filho⁽³⁾. Essa pode ser uma realidade corriqueira, não devendo ser rotulada como negligência, pois, assim como os profissionais não demonstram conhecimento sobre a temática, as famílias também vivenciam o mesmo, como visto no discurso da TE10 (Quadro 1). Ademais, a família e a rede de apoio têm um papel crucial no processo de cuidar na TS, tanto como participante ativa, com foco de ações de cuidado, quanto cuidadora, que intermediará a entrada dos filhos nos serviços de saúde com a longitudinalidade^(1,2,22), devendo ser instrumentalizadas. É necessário mediar esforços coletivos para transmutar a ideia de “chamar atenção” para um sinal de alerta para problemas de saúde mental que estão sendo manifestados e devem ser acolhidos⁽⁶⁾.

Apesar da publicação dos direitos das crianças hospitalizadas, neste estudo, observa-se a necessidade de tradução desses direitos à prática clínica, contemplando o direito à proteção, vida e saúde sem qualquer forma de discriminação, recebendo todos os recursos terapêuticos disponíveis e contando com as tecnologias leves de cuidado⁽²⁴⁾. O julgamento ainda é dominante, sendo reflexo da construção histórica da estigmatização do indivíduo com problema de saúde mental⁽¹⁾. Esse aspecto pode contribuir para a

autoestigmatização e afastamento dos serviços, aspecto referido como uma das principais barreiras para a procura de cuidados^(1,25).

Um dos princípios norteadores da PSMIJ indica a construção permanente da rede, que pressupõe a ideia de que o cuidado não se limite às intervenções técnicas ou especializadas, com a necessidade de interligação em uma rede ampla com serviços intersetoriais⁽⁹⁾. Para tal, as reflexões aqui listadas também devem ser integradas nesses serviços, visando evitar maior afastamento da criança e do adolescente da RAPS. Porém, a literatura demonstra que os profissionais desses serviços também passam por limitações, como visto em estudo qualitativo brasileiro realizado com 12 profissionais da atenção primária e de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde referiram que não se sentiam preparados no cuidado à TS, não havendo a completude de profissionais com experiência de atuação. Ainda, referiram impasses na organização da rede de atenção, com falta de profissionais, inexistência de comunicação entre os níveis de atenção e descontinuidade do cuidado⁽¹²⁾, discursos que corroboram este estudo. Esse aspecto demonstra que o problema diante do acolhimento à TS está para além do cuidado no PS.

Espera-se que crianças e adolescentes sejam acolhidos em CAPIJ, porém esses só existem em cidades com mais de 70 mil habitantes; quando não presentes na rede, esse público é encaminhado para os CAPS que assistem adultos⁽¹²⁾. É válido refletir como cidades brasileiras que não possuem esse aparato na rede se organizam, assim como outros equipamentos do território onde a criança está imersa, sendo necessário novos estudos. Aqui, a instituição coparticipante está na região central de SP, com a disponibilidade de CAPSIJ, sendo possível a articulação com matriciamento, gerenciamento e encaminhamento implicado. Ressalta-se que ambos os dispositivos fazem parte da RAPS, sendo sua articulação uma premissa fundamental das políticas públicas⁽¹¹⁾.

Outro enfoque deve ser dado às reações emocionais geradas na equipe pelo processo de atender à TS. Neste estudo, as reações emocionais relatadas podem estar associada ao PS, que possui sua arquitetura e corpo profissional constituídos para promoção da vida^(2,3). Ainda, os profissionais percebem que “salvar a vida” é sinônimo de um bom cuidado, sem refletir os aspectos posteriores. Uma profissional (AS4, Quadro 2) indica que o tempo foi um aspecto importante para amenizar suas reações emocionais. Em uma perspectiva interacionista, observa-se que o passado fornece subsídios para as ações presentes⁽¹⁷⁾, porém são necessários novos estudos, uma vez que não ter reação também pode ser transmitido à prática com a frieza de um cuidado marcado por indiferença e afastamento.

O Interacionismo Simbólico indica que os significados atribuídos a um fenômeno podem ser modificados por meio de um processo interpretativo usado pelo indivíduo para lidar com o contexto⁽¹⁷⁾. Assim, reflete-se quanto às estratégias de mudança indicadas pelos profissionais que, se trabalhadas, podem ser preditoras para a mudança. Os profissionais, em sua maioria, indicam protocolos institucionais como a estratégia-chave, todavia implementar um protocolo que indique ações de acolhimento, sem preparar a equipe e manter uma constância de educação e ressignificações práticas e pessoais, pode não ter resultado. Outro ponto é a indicação de uma única equipe de acolhimento, o que é uma medida de caráter restritivo.

A educação permanente se mostra essencial, já reconhecida pela OMS como um pilar do *guideline Live Life*⁽⁴⁾. Reflete-se que deve ser iniciada no período da graduação⁽²⁶⁾, porém, na prática, observa-se que os docentes tendem a restringir a abordagem da TS com discentes por receio de gatilhos, porém já se reconhece na literatura que o fato é ao contrário, pois falar sobre a temática pode ser uma oportunidade para discussão e redução da ansiedade de indivíduos diante de pensamentos suicidas⁽²⁷⁾. Iniciar o aperfeiçoamento do discente pode ser um preditor para um cuidado futuro qualificado, com continuidade quando se tornar profissional, proporcionando a transformação das experiências com uma nova interação diante do fenômeno⁽¹⁷⁾. Ademais, como refletido na subcategoria: Resignificar o cuidado: mudanças institucionais ou pessoais?, se o profissional não identificar sua abordagem à TS como um problema e se motivar a mudar sua visão, a prática seguirá permeada de estigmas.

Torna-se imprescindível refletir estratégias para qualificar o cuidado em saúde mental infantojuvenil nos serviços de urgência e emergência. Caminhos já foram percorridos, porém a promulgação de textos legais não opera por si só às mudanças necessárias, sendo as pesquisas de implementação de vital importância, buscando a potência da RAPS como uma política de atenção integral interligada ao território, superando os resquícios manicomial e sustentando a condição da criança e do adolescente como sujeitos de direitos que merecem ser cuidados e respeitados, independentemente da condição e do setor. No contexto atual de saúde brasileira, mostra-se necessário e

promissor o estudo desta temática como o início de uma linha de investigações que vise proporcionar mudanças práticas.

Este estudo apresenta como limitação a coleta de dados realizada em apenas uma instituição e com maior representatividade da equipe de enfermagem, podendo reduzir o fenômeno à percepção de um grupo cultural de profissionais. Outra limitação foi a ausência de análises que considerassem as diferenças entre os perfis e características dos profissionais diante da compreensão do cuidado a TS, o que poderia contribuir com novos dados para a discussão proposta.

CONCLUSÃO

Os profissionais dos serviços estudados compreendem o cuidado a crianças e adolescentes por TS com perspectivas permeadas de julgamento, falta de conhecimento, despreparo e uma abordagem estritamente biomédica. Perpetuou-se uma visão estigmatizante do fenômeno, com a minimização do sofrimento mental, sendo o “chamar atenção” o conjunto de palavras mais frequente nos discursos e apontado como o principal fator desencadeante da TS. Referem a reações emocionais, como a frustração, conseqüentes do cuidado que é visto como um recorte pontual de uma demanda longitudinal. Indicam estratégias de mudança, porém refletem até que ponto as mudanças devem ser institucionais ou pessoais. Espera-se que este estudo possa proporcionar reflexões ao leitor quanto à prática clínica e estratégias para mudanças dos paradigmas, tornando o cuidado à TS uma prioridade emergente.

RESUMO

Objetivo: Compreender as percepções da equipe multiprofissional de um departamento de urgência e emergência diante do cuidado à criança e ao adolescente por tentativa de suicídio. **Método:** Estudo exploratório-descritivo, qualitativo, à luz do referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Participaram 13 profissionais da equipe multiprofissional de dois prontos-socorros (infantil e adulto) de um hospital secundário de São Paulo. Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2018 utilizando entrevista semiestruturada, analisados pela análise temática de conteúdo com complementação do *software* IRAMUTEQ[®]. **Resultados:** Emergiram duas categorias centrais: Percepções da equipe multiprofissional diante do cuidado à tentativa de suicídio; e Percepções da equipe multiprofissional diante das possibilidades para o aperfeiçoamento do cuidado à tentativa de suicídio. A partir dessas, observaram-se as percepções dos profissionais diante do cuidado, fatores de risco, reações emocionais, limitações dos prontos-socorros e estratégias para aperfeiçoamento da prática. **Conclusão:** Os profissionais perceberam o cuidado às tentativas de suicídio sob uma ótica biomédica e reducionista, com abordagem marcada por estigma, julgamento e falta de preparo.

DESCRIPTORIOS

Tentativa de Suicídio; Emergências; Saúde da Criança; Criança; Adolescente; Pessoal de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las percepciones del equipo multidisciplinario de un servicio de urgencia y emergencia sobre la atención de niños y adolescentes por intento de suicidio. **Método:** Estudio exploratorio-descriptivo, cualitativo, a la luz del marco teórico del Interaccionismo Simbólico. Participaron trece profesionales del equipo multidisciplinario de dos salas de emergencia (infantil y de adultos) de un hospital secundario de São Paulo. Los datos fueron recolectados entre agosto y septiembre de 2018 mediante entrevistas semiestructuradas, analizados mediante análisis de contenido temático complementado con el software IRAMUTEQ[®]. **Resultados:** Emergieron dos categorías centrales: Percepciones del equipo multidisciplinario sobre la atención al intento de suicidio; y Percepciones del equipo multidisciplinario sobre las posibilidades de mejorar la atención al intento de suicidio. A partir de ellos, se observaron percepciones de los profesionales sobre la atención, factores de riesgo, reacciones emocionales, limitaciones de las salas de emergencia y estrategias para mejorar la práctica. **Conclusión:** Los profesionales percibieron la atención al intento de suicidio desde una perspectiva biomédica y reduccionista, con un enfoque marcado por el estigma, el juicio y la falta de preparación.

DESCRIPTORIOS

Intento de Suicidio; Urgencias Médicas; Salud Infantil; Niño; Adolescente; Personal de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Saade S, Lamarche AP, Khalaf T, Makke S, Legg A. What barriers could impede access to mental health services for children and adolescents in Africa? A scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):348. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09294-x>. PubMed PMID: 37024835.
2. Fogaça VD, Souza DM, Silva L, Guedes DMB, Domingues F, Trinquinato I, et al. Suicide attempts by adolescents assisted in an emergency department: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(2):e20220137. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0137>. PubMed PMID: 37042925.

3. Scheibe S, Luna IJ. Development of guidelines for hospital care of suicide attempts in adolescence. *Cien Saude Colet.* 2023;28(3):863–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023283.10182022en>. PubMed PMID: 36888869.
4. World Health Organization. Live Life: an implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado em 2023 Jul 29]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341816>
5. Avanci JQ, Pinto LW, Assis SG. Notifications, hospitalizations and deaths from self-harm in children in Brazil's national health systems. *Cien Saude Colet.* 2021;26(suppl 3):4895–908. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.35202019>. PubMed PMID: 34787184.
6. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Adolescent intentional self-harm notifications and hospitalizations in Brazil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(2):e2019060. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742020000200006>. PubMed PMID: 32401879.
7. Kim H, Ryu JM, Kim HW. Characteristics and trends of suicide attempt or non-suicidal self-injury in children and adolescents visiting emergency department. *J Korean Med Sci.* 2020;35(33):e276. doi: <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e276>. PubMed PMID: 32830466.
8. World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents [Internet]. Geneva. 2020 [citado em 2023 Jul 29]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565375/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2005 [citado em 2023 Jul 22]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf
10. Brasil. Lei Nº 13.819 de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário oficial da União [Internet]. 2019 [citado em 2023 Out 14]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/13819.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial às crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Conselho Nacional do Ministério Público [Internet]. 2014 [citado em 2023 Out 13]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
12. Sousa KA, Ferreira MGS, Galvão EFC. Multidisciplinary health care in cases of childhood suicidal ideation: operational and organizational limits. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 1):e20190459. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0459>. PubMed PMID: 32667473.
13. Pavani FM, Wetzel C, Olschowsky A. Clinics at Psychosocial Care Center for Children and Adolescents: diagnoses on adolescence is written in pencil. *Saúde Debate.* 2021;45(128):118–29. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202112809>
14. Bhutta ZA, Yount KM, Bassat Q, Arikainen AA. Revisiting child and adolescent health in the context of the Sustainable Development Goals. *PLoS Med.* 2020;17(10):e1003449. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003449>. PubMed PMID: 33125368.
15. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
16. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018;52(4):1893–907. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s1135-017-0574-8>. PubMed PMID: 29937585.
17. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction an interpretation, an integration. 10. ed. Boston: Prentice Hall; 2010.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014. 406 p.
19. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03353. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>. PubMed PMID: 30304198.
20. Lachal J, Grandclerc S, Spodenkiewicz M, Moro MR. Methods to improve suicidal adolescents' compliance to care after emergency discharge: a literature review. *Encephale.* 2018;44(5):465–70. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2018.01.004>. PubMed PMID: 29580702.
21. Rossi LM, Marcolino TQ, Speranza M, Cid MFB. Crisis and mental health in adolescence: the story from the perspective of those who live it. *Cad Saude Publica.* 2019;35(3):e00125018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00125018>. PubMed PMID: 30864614.
22. Reis LB, Pereira CM. Family perceptions about a Children's Mental Health network. *Psicologia (Cons Fed Psicol).* 2023;43:1–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003254081>
23. Maniscalco J, Gage S, Teferi S, Fisher ES. The Pediatric Hospital Medicine Core Competencies: 2020 Revision. *J Hosp Med.* 2020;15(7):389–94. DOI: 10.12788/jhm.3391
24. Brasil. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da União [Internet]. 1995 [citado em 2023 Jul 23]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm>
25. Hiscock H, Connolly AS, Dunlop K, Perera P, O'Loughlin R, Brown SJ, et al. Parent perspectives on children and young people's mental health services in Victoria - What's wrong and how to fix it: a multi-site qualitative study. *J Paediatr Child Health.* 2020;56(7):1114–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jpc.14835>. PubMed PMID: 32100422.
26. Souza DM, Boska GA, Oliveira MSR, Oliveira MAF. Construction of mental health care based on the experiences of a nursing student. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(suppl 3):e20200401. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0401>. PubMed PMID: 34076194.
27. World Health Organization. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado em 2023 Jul 29]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548922>

EDITOR ASSOCIADO

Thiago da Silva Domingos



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.