



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MELÂNIA SOUZA GOMES
TAÍSE DANTAS COSTA

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SERGIPE
NO PERÍODO DE 2015 A 2017**

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2018.1

Melânia Souza Gomes

Táise Dantas Costa

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SERGIPE
NO PERÍODO DE 2015 A 2017**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos

Orientadora

SÃO CRISTÓVÃO/SE

2018.1

Melânia Souza Gomes

Táise Dantas Costa

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SERGIPE
NO PERÍODO DE 2015 A 2017**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção da graduação de Serviço Social.

Aprovada em: 17 de Setembro de 2018.

Prof.^a Dra.^a Vânia Carvalho Santos

Orientadora

Prof.^a Dra.^a Rosangela Marques dos Santos

Examinadora

Prof.^a Dra.^a Vera Núbia Santos

Examinadora

As coisas mais importantes são as mais difíceis de expressar. São coisas das quais você se envergonha, pois as palavras as diminuem - as palavras reduzem as coisas que pareciam ilimitáveis quando estavam dentro de você à mera dimensão normal quando são reveladas. Mas é mais que isso, não? As coisas mais importantes estão muito perto de onde seu segredo está enterrado, como pontos de referência para um tesouro que seus inimigos adorariam roubar. E você pode fazer revelações que lhe são muito difíceis e as pessoas o olharem de maneira esquisita, sem entender nada do que você disse nem por que eram tão importantes que você quase chorou enquanto estava falando. Isso é pior, eu acho. Quando o segredo fica trancado lá dentro não por falta de um narrador, mas de alguém que compreenda.

(Outono da Inocência, Stephen King).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pela conclusão de mais uma etapa, pelos sonhos que se concretizam. Por não me deixar desistir em meio a tantas dificuldades durante o caminho percorrido.

Aos meus pais, Hamilton e Josefa, e a minha irmã, Helayne, que me acompanharam por toda essa jornada, e sempre me apoiam em minhas decisões e torceram por mim.

A minha dupla, Taíse, que me acompanha desde o início da minha vida acadêmica, e pela compreensão e paciência diante dos obstáculos na construção deste projeto.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho, que nos acompanha nesta produção desde pré-projeto contribuindo com conhecimento na construção deste trabalho.

As professoras, Rosângela Marques e Vera Núbria, as quais aceitaram o convite para participar da banca de avaliação.

Sou grata também a Marcelo Henrique de Andrade, da Secretária Estadual de Saúde de Sergipe, que nos ajudou na obtenção de dados, disponibilizando o seu tempo e conhecimento para contribuir com nossa pesquisa.

Aos professores do Departamento de Serviço Social que contribuíram para minha formação profissional.

Aos meus colegas de classe, principalmente ao meu “bonde”, Taíse, Erica, Mayara, Bianca, Jully Anne, Luana, Angela, Jociane, Tatiane, que estiveram comigo desde o início da graduação, cuja relação de amizade perpassa os limites da universidade, levarei por toda a vida. A universidade não teria sido a mesma sem vocês!

As minhas melhores amigas, Vanessa e Amanda, que mesmo distantes, me ajudaram bastante nesta etapa, e sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos.

Enfim, a todos que foram fundamentais para a realização de mais uma etapa importante em minha vida.

Muito obrigada!

Melânia Souza Gomes

Todo ponto de vista é a vista de um ponto

Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.

Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura. A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação.

Sendo assim, fica evidente que cada leitor é coautor. Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita.

Leonardo Boff

Agradecimentos

Agradecer significa reconhecer que não estamos sozinhos, que a vida é construída por meio de diversas relações, que nos constituem enquanto sujeitos e nos transformam, por meio de palavras, respeito, solidariedade, cumplicidade, amizade e amor. Assim, reconheço a importância de tantas vidas que fizeram essa trajetória mais serena.

Agradeço a grandiosidade da Vida e pelas distintas possibilidades que nos apresenta, mas que às vezes por inúmeros motivos não percebemos, por a idealizarmos de modo diferente.

A minha orientadora Vânia, por todo apoio, empatia, orientações, incentivo, na sala de aula e em pesquisas. Saliento a forma interessada, extraordinária e pertinente como acompanhou as críticas construtivas e observações fundamentais ao longo de toda a trajetória deste trabalho.

Agradeço imensamente a Melânia, seu nome chega a ser redundante, por ser tão doce e meiga. Obrigada por compartilhar inquietações, anseios e alegrias no decorrer não só deste trabalho, mas também das pesquisas de iniciação científica sobre saúde mental.

Agradeço aos meus amados pais, Maria Aparecida e José, sujeitos determinantes para a minha formação humana. Obrigada por terem me envolvido no amor mais puro e por ter vivenciado o respeito mútuo.

Ao meu porto seguro, irmãs Mônica e Elaine, esta que me presenteou com Jorginho, a criança mais feliz que conheço, seu carisma irradia nossas vidas.

A Gilson Júnior, amado e querido noivo, por todo apoio e companheirismo no decorrer desses anos.

Aos meus familiares, agradeço o apoio e admiração, em especial as minhas primas, Sônia, Patrícia e Aline por serem para mim referências de pessoas íntegras e por estimularem essa conquista.

Agradeço as amigas do período escolar Hédila, terapeuta ocupacional e Tainara, enfermeira, que mesmo de longe, fazem-se presentes. Obrigada por todos os debates interdisciplinares e palavras de incentivo.

Um agradecimento carinhoso ao grupo de amigas que foi formado desde os primeiros dias de aula da graduação, além de dividirmos o espaço acadêmico,

compartilhamos momentos especiais fora dela, são minhas queridas: Melânia, Erica, Mayara, Tatiane, Joiciane, Bianca, Luana, Ângela e Jully Anne, obrigada por todas as energias e afetos no decorrer desse tempo, de tudo ficará e em mim, ficou muito de vocês. Sem vocês não seria o mesmo!

À Prof.^a Dra. Rosângela, por todos os ensinamentos em sala de aula e também por todo conhecimento repassado no GEPS. Obrigada por aceitar a avaliar nosso trabalho.

À Prof.^a Dra. Vera Núbia, agradeço pelas partilhas de conhecimento na época em que fui integrante do GEPSO, especialmente pelas reflexões sobre o momento em que se deu a tragédia do reitor da UFES e por aceitar a fazer parte da banca avaliadora.

A Walter, funcionário da PROSS, por ser sempre muito gentil enquanto esperávamos nosso momento de orientação.

A Marcelo Andrade por mostrar-se solícito e um gestor comprometido com o seu trabalho.

Ao movimento estudantil e por todas as pessoas inseridas nesta árdua luta que diretamente ou indiretamente contribuiu para a minha formação.

Às pessoas que vivem com ideação suicida, em especial as crianças e adolescentes que desde cedo estão desacreditadas da vida ou com transtorno mental, a vocês eu dedico esse trabalho! Obrigada por disseminarem em mim o desejo de entender esta ideação, bem como de seguir propagando este problema para que a luta por políticas preventivas se ampliem e que vocês consigam viver bem, apesar das adversidades impostas e do sofrimento psíquico.

Muito Obrigada!

Táise Dantas Costa

RESUMO

O presente projeto tem como objetivo geral analisar as tentativas de suicídio e sua influência na saúde pública. Como objetivos específicos foram delineados mapear as bases teóricas que abordam sobre o tema, identificar a conformação histórica da rede de saúde pública em Sergipe, identificar os sujeitos que cometeram tentativas de suicídio e por fim explicar os diversos fatores que levam a tentativa de suicídio e suicídio. Nesse sentido, a pesquisa tem por finalidade analisar os fatores de risco que levam a criança/adolescente atentar contra a própria vida e como a saúde pública intervém através dos fatores de proteção, seguindo o método de análise materialismo histórico dialético. O estudo é de caráter bibliográfico, documental e de campo, efetivaram-se por meio de leitura de portarias, leis, artigos, livros, bem como a coleta de dados do Sistema de Informação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. Realizamos desdobramentos desde conceito histórico de suicídio, na perspectiva de alguns filósofos, fatores de risco e sociais e como o ato afeta a sociedade. De acordo com o resultado da pesquisa, pode-se identificar que o sexo feminino tem uma maior predominância em relação ao masculino, entretanto, este tem com relação ao ato consumado. Foi observado durante a obtenção dos dados o número de subnotificações é relativamente alto, além do preenchimento incompleto da ficha de notificação. Visto isso, torna-se necessário uma política mais ampla com enfoque maior em tentativa de suicídio, a qualificação dos profissionais no atendimento deste, e uma política efetiva de prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Tentativa de Suicídio; Saúde Pública; Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

The present project has as general objective to analyze the suicide attempts and its influence in public health. As specific objectives were outlined to map the theoretical bases that approach on the subject, to identify the historical conformation of the public health network in Sergipe, to identify the subjects who committed suicide attempts and finally to explain the various factors that lead to the suicide attempt and suicide. In this sense, the research aims to analyze the risk factors that lead the child / adolescent to attempt against life itself and how public health intervenes through the protection factors, following the method of historical dialectical materialism analysis. The study is a bibliographical, documentary and field study, carried out through the reading of ordinances, laws, articles, books, as well as the data collection of the Health Information System of the State Health Department of Sergipe. We have unfolded from the historical concept of suicide, from the perspective of some philosophers, risk and social factors and how the act affects society. According to the result of the research, it can be identified that the female sex has a greater predominance in relation to the masculine, however, this one has with regard to the consummated act, however, it was observed during the data collection the number of underreporting is relatively in addition to incomplete completion of the notification form. This is not possible in the approach of suicide to the complete of suicide to the complete of suicide to the complete of suicide to the prevention of prevention.

KEYWORDS: Suicide attempt; Publichealth; Children and Youth

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS- Centro de Atendimento Psicossocial

CEPS- Centro de Educação Permanente em Saúde

CESI- Comissão Intersectorial de Saúde Indígena

CID- Classificação Internacional de Doenças

CIOSP-Centro Integrado de Operações de Segurança Pública

CONANDA- Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS-Centros de Referência de Assistência Social

CREAS- Centros de Referência Especializado de Assistência Social

CVV - Centro de Valorização a Vida

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

DIPLAN- Diretoria de Planejamento Gerência de Informações e Estatísticas

DSEI-Distritos Sanitários Especiais Indígenas

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

HOSPUB- Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar

HUSE- Hospital de Urgências de Sergipe

IML- Instituto Médico Legal

OCDE- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS- Organização Mundial de Saúde

NAPS- Núcleo de Apoio Psicossocial

NEST/SES- Núcleo Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SESAI-Secretaria Especial de Saúde Indígena

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPAs- Substâncias Psicoativas

SUS-Sistema Único de Saúde

SVS- Secretaria de Vigilância em Saúde

TM- Transtornos Mentais

TS- Tentativas de Suicídio

VIVA- Vigilância de Violências e Acidentes

VE- Vigilância Epidemiológica

LISTA DE TABELAS

- Tabela nº 01- Ordenamento dos Países Segundo Taxas de Suicídio Total- 2008 a 2012.....p. 21
- Tabela nº 02- Ordenamento dos Países Segundo Taxas de Suicídio Jovem- 2008 a 2012..... p. 23
- Tabela nº 03- Taxas de Suicídio (por 100 mil) na População Jovem por UF e Região Brasil 2002/2012p. 23
- Tabela nº 04- Número e maiores taxas- em 2012 - de suicídios na População Jovem nos 100 municípios com mais de 15.000 Jovens. Brasil, 2008/2012 p.24

LISTA DE FIGURAS

Figura nº 01- Diagnósticos Psiquiátricos e Suicídio.....	p.29
Figura nº 02- Brasil, Uso de Agrotóxica Quantidade Utilizada das Regiões Brasileiras (2012-2014)	p.31
Figura nº 03- Brasil, Intoxicação por Agrotóxico de Uso Agrícola, Circunstância- por Unidades da Federação (2007-2014)	p.32
Figura nº 04- Figura Nº 04: Brasil, Intoxicação por Agrotóxico de Uso Agrícola, Tipo de Intoxicação- por Unidades da Federação (2007-2014)	p.33
Figura nº 05- Brasil, Crianças Intoxicadas por Agrotóxico (0 a 14 anos) - por municípios (2007-2014)	p.34
Figura nº 06- Figura nº 06: Nordeste, Intoxicação por Agrotóxico de Uso Agrícola- por Unidades da Federação (2007-2014)	p. 35
Figura nº 07: Sergipe, Intoxicação por Agrotóxicos de Uso Agrícola- por Municípios (2007-2014)	p.36
Figura nº 08: “Hotspots de suicídios”	p.40
Figura nº 09: Estimativa das cinco principais causas de mortes na adolescência por regiões da OMS, 2015	p. 50
Figura nº 10: Estimativa das cinco principais causas de morte na adolescência por sexo e idade, 2015	p.51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 01-TS por Sexo	p. 62
Gráfico nº 02- TS por Idade 2015	p. 63
Gráfico nº 03-TS por Idade 2016	p. 63
Gráfico nº 04- TS por Idade 2017	p.64
Gráfico nº 05- TS por Município de Residência em 2015	p.65
Gráfico nº 06- TS por Município de Residência em 2016	p.66
Gráfico nº 07- TS por Município de Residência em 2017	p.67
Gráfico nº 08- TS por Gestante	p. 68
Gráfico nº 09- TS por Escolaridade	p. 69
Gráfico nº 10-TS por Situação Conjugal	p.70
Gráfico nº 11-TS por Deficiência/ Transtorno	p. 71
Gráfico nº 12-TS por Local de Ocorrência	p. 72
Gráfico nº 13- TS por Reincidência	p. 73
Gráfico nº 14- TS por Raça/ Cor	p. 74
Gráfico nº 15-TS por Ocupação	p.74
Gráfico nº 16-TS por Agentes Utilizados SIM	p. 75
Gráfico nº 17-TS por Encaminhamentos	p.76
Gráfico nº 18- TS por Dias da Semana	p.77
Gráfico nº 19- TS por Violência Sexual	p.78

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I – SUICÍDIO	20
1.1 Conceito de suicídio, suicídio assistido e a influência dos fatores sociais na consumação do ato	20
1.2 Fatores risco	27
1.3 Populações com maior risco de cometerem suicídio	37
1.4 Desenvolvimento do Capitalismo e Adoção de Medidas Econômicas na Vida Social	42
CAPÍTULO II- TENTATIVA DE SUICÍDIO	45
2.1 Políticas de Prevenção	46
2.2 Infância e Adolescência: um período de transição e amadureci- mento	48
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	55
3.1 Justificativa	56
3.2 Objetivos	57
3.3 Método	58
3.4 Hipóteses	59
CAPÍTULO IV- RESULTADOS: PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DO PÚBLICO INFANTO JUVENIL QUE TENTOU SUICÍDIO EM SERGIPE NO PERÍODO DE 2015 A 2017	60
4.1 Coleta de dados	60
4.2 Sistemas de Informação em Saúde (SIS)	61

4.3 Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 62

4.4 Perfil do Público Infanto-Juvenil em Tentativa de Suicídio 62

CONSIDERAÇÕES FINAIS 80

REFERÊNCIAS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta como objeto de estudo as Tentativas de Suicídio e sua relação com a Saúde Pública, tendo como referência os elementos que o ocasionam. A escolha deste objeto ocorreu tendo em vista a relevância da temática, uma vez que o número de Tentativas de Suicídio Infanto-Juvenil no estado de Sergipe é bem expressivo (18,7%) nos anos de 2015, 2016 e 2017, além da inserção em pesquisas com a temática em saúde mental, o que trouxe uma visão mais aguçada sobre temas desse eixo temático, bem como a elaboração de um pré-projeto de pesquisa realizada na disciplina Pesquisa em Serviço Social II.

Aliado ao fato de termos conhecido um usuário com ideação suicida, onde fazemos estágio não obrigatório, e presenciado um caso de suicídio através de enforcamento ocorrido em um município de Sergipe, por conhecermos algumas pessoas adultas com essa ideação, muitas delas, demonstra ser reflexo de problemas não resolvidos na infância, com agressão por parte de terceiros ou com vínculos familiares fragilizados.

A princípio por sermos oriundas de cidades interioranas, o que traz um “choque” ainda maior, por que na maioria das vezes as conhecemos, com isso deixam de serem apenas números e sim pessoas, com toda uma subjetividade, relações estabelecidas e o tema é repercutido de forma a realçar o senso comum, como tabu, questões culturais naturalizados e por fim a sensação de inquietação de não poder intervir/ esclarecer de uma forma que alcance muitas pessoas, além de que o número de tentativas de suicídio é ainda maior que o ato consumado.

Ademais, foram realizadas pesquisas sobre a existência de trabalhos sobre tentativas de suicídio no Brasil como, monografias, dissertações, teses e artigos e identificamos uma escassez de literatura sobre o conteúdo tratado, principalmente no estado de Sergipe.

No mundo, segundo a OMS (2015), ocorreram cerca de 800 mil suicídios, sendo a principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, representando 1,4% de todos os óbitos. Além disso, setenta e cinco por cento

das mortes ocorrem em países de média e baixa renda. Para cada pessoa que consoma o ato, existem muitas pessoas que tentam, entretanto os dados são escassos, considera-se que supere dez vezes em números de suicídio.

A monografia encontra-se dividida em quatro capítulos estruturados a partir da lógica do capitalismo e distribuídos da seguinte maneira: O capítulo I aborda o conceito de suicídio desde sua origem, em 1737, o suicídio assistido como um auxílio de quem quer tirar a própria vida, mas não tem coragem, com o acompanhamento de profissionais. Abordamos sobre a influência dos fatores sociais na consumação do ato.

A influência dos fatores sociais, do capitalismo e do patriarcado, que de acordo com Karl Marx e Emile Durkheim, a sociedade está adoecida, e buscam o suicídio como uma fuga por diante da incapacidade para lidar com as situações postas no meio social. Além dos fatores de risco e as populações com maior risco de consumir o ato.

O capítulo II retrata a tentativa de suicídio e a dificuldade do atendimento deste público em hospitais gerais, a implementação da política de prevenção. Além disso, a abordagem literária do público infanto-juvenil, o abuso sexual, que é predominante nessa faixa etária, e a garantia de direitos da criança e adolescente.

No capítulo III, traz os procedimentos metodológicos para a construção desta pesquisa, sendo eles: os objetivos, geral e específico, hipóteses, justificativas, e o método do projeto.

A metodologia da coleta de dados e discussão dos resultados são tratadas no capítulo IV, bem como apresentações de sistemas do Ministério de Saúde, especialmente o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual se faz necessário para a redução das tentativas de suicídio e entre outros agravos, com a construção e aprimoramento de políticas públicas. Em seguida apresentamos as principais conclusões do estudo.

Capítulo I - SUICÍDIO

O suicídio no meio social provoca um grande impacto, por se tratar de uma morte inesperada e muitas vezes deixando perguntas que provavelmente ficarão sem respostas. Esse ato tem repercussões para os familiares e amigos podendo ocasionar mudanças comportamentais e psicológicas. Segundo a OMS (2014), “cada suicídio é uma tragédia pessoal que leva prematuramente uma vida, tem uma onda expansiva contínua e afeta enormemente a vida de familiares, amigos e da comunidade”.

1.1 Conceito de suicídio, suicídio assistido e a influência dos fatores sociais na consumação do ato.

O termo suicídio surgiu em 1737, utilizado primeiramente por Desfontaines. A sua origem vem do latim – sui (si mesmo) e caderes (ação de matar), busca a morte como refúgio para dar fim no sofrimento passado. Em geral, é um ato voluntário e intencional, onde o indivíduo provoca a sua própria morte. Sendo realizado de diversas formas, como enforcamento, o uso de veneno e remédios em alta quantidade, por isolamento, entre outros. Vidal e Gontijo (2013, p.109) afirmam que:

As manifestações associadas ao comportamento auto lesivo são amplas e conceituadas dentro de um continuum de pensamentos e atos que englobam sete categorias: 1) suicídio completo; 2) tentativa de suicídio; 3) atos preparatórios para o comportamento suicida; 4) ideação suicida; 5) comportamento auto agressivo sem intenção de morrer; 6) automutilação não intencional e 7) automutilação com intenção suicida desconhecida.

De acordo com a OMS (2000), o suicídio é um ato violento contra si mesmo, com a intenção de morrer. E constata que compreende uma das 20 maiores causas de morte no mundo, atinge diversas idades. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio.

Conforme dados de 2008 a 2012 provenientes da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Mapa de Violência 2014- Os Jovens do Brasil verifica-se a taxa de suicídio geral e de jovens de 90 países, o Brasil ocupou a colocação de 63º e 60º respectivamente, nesta comparação este apresenta relativamente

baixas taxas. Os países que lideram o ranking são República da Coreia e Lituânia, superando 30 casos para 100 mil habitantes em dados gerais; entre os jovens, os países Rússia, Cazaquistão e Bielorrússia ultrapassam 25 casos por 100 mil habitantes, conforme demonstram as tabelas abaixo.

Tabela nº 01: Ordenamento dos países segundo Taxas de Suicídio Total. Último disponível entre 2008 e 2012

País	Ano	Taxa	Pos.	País	Ano	Taxa	Pos.
República da Coreia	2011	32,6	1º	Maurício	2011	9,5	46º
Lituânia	2010	30,5	2º	Portugal	2011	9,5	47º
Bielorrússia	2009	28,3	3º	Quirguistão	2010	9,2	48º
Suriname	2009	24,5	4º	El Salvador	2009	8,4	49º
Hungria	2012	23,5	5º	Porto Rico	2010	7,7	50º
Rússia	2010	23,5	6º	Argentina	2010	7,2	51º
Japão	2011	23,0	7º	Costa Rica	2011	7,1	52º
Letônia	2012	21,8	8º	Espanha	2011	6,9	53º
Cazaquistão	2010	21,2	9º	Aruba	2010	6,8	54º
Guiana	2009	20,6	10º	Reino Unido	2010	6,8	55º
Eslovênia	2010	20,3	11º	Itália	2010	6,7	56º
Ucrânia	2012	20,1	12º	Inglaterra e Gales	2011	6,5	57º
Montserrat	2010	19,5	13º	Equador	2010	6,2	58º
Bélgica	2010	18,6	14º	Nicarágua	2011	6,0	59º
Croácia	2012	18,1	15º	Panamá	2009	5,3	60º
Estônia	2012	17,8	16º	Israel	2011	5,2	61º
Finlândia	2011	17,3	17º	Colômbia	2009	5,2	62º
Sérvia	2012	17,0	18º	BRASIL	2010	5,0	63º
Trinidad e Tobago	2008	16,2	19º	Belize	2009	4,9	64º
Polônia	2011	16,0	20º	Malta	2011	4,8	65º
França	2010	16,0	21º	México	2010	4,4	66º
Montenegro	2009	15,9	22º	Fiji	2011	4,3	67º
República Checa	2012	15,7	23º	Dominica	2010	4,1	68º
Uruguai	2009	15,6	24º	Guatemala	2009	3,9	69º
Austria	2011	15,3	25º	Chipre	2011	3,7	70º
Cuba	2010	14,0	26º	Paraguai	2010	3,5	71º
Irlanda do Norte	2010	13,5	27º	Catar	2011	3,2	72º
Chile	2009	12,9	28º	Bahrain	2009	3,1	73º
EUA	2010	12,7	29º	Venezuela	2009	2,9	74º
Suécia	2010	12,5	30º	Armênia	2012	2,7	75º
Nova Zelândia	2009	12,1	31º	Geórgia	2010	2,6	76º
Alemanha	2012	12,1	32º	Filipinas	2008	1,9	77º
Romênia	2011	11,8	33º	Bermudas	2008	1,5	78º
Hong Kong SAR	2011	11,8	34º	Bahamas	2008	1,3	79º
Eslováquia	2010	11,6	35º	Brunei Darussalam	2011	1,3	80º
Canadá	2009	11,6	36º	Kuwait	2011	1,2	81º
Bulgária	2012	11,4	37º	Peru	2010	0,9	82º
Islândia	2009	11,3	38º	África do Sul	2009	0,8	83º
Austrália	2011	11,1	39º	Oman	2010	0,5	84º
Luxemburgo	2011	11,0	40º	Barbados	2008	0,4	85º
Noruega	2012	11,0	41º	Jordânia	2009	0,2	86º
Irlanda	2010	10,9	42º	Arábia Saudita	2009	0,2	87º
Dinamarca	2011	10,8	43º	Egito	2011	0,2	88º
Escócia	2011	10,1	44º	Malásia	2008	0,2	89º
Holanda	2011	9,9	45º	Marrocos	2011	0,2	90º

Fonte: WAISELFSZ, J. J. **Mapa da Violência 2014**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso, UNESCO, 2014.

Tabela nº 02: Ordenamento dos países segundo Taxas de Suicídio Jovem. Último disponível entre 2008 e 2012

País	Ano	Taxa	Pos.	País	Ano	Taxa	Pos.
Rússia	2010	26,6	1º	Luxemburgo	2011	7,5	46º
Cazaquistão	2010	25,6	2º	Romênia	2011	7,2	47º
Bielorrússia	2009	25,2	3º	Alemanha	2012	7,0	48º
Suriname	2009	21,9	4º	Guatemala	2009	7,0	49º
Guiana	2009	21,5	5º	Eslováquia	2010	6,9	50º
Lituânia	2010	20,9	6º	México	2010	6,7	51º
Irlanda do Norte	2010	20,1	7º	Paraguai	2010	6,0	52º
República da Coreia	2011	19,3	8º	Reino Unido	2010	6,0	53º
Finlândia	2011	18,5	9º	Cuba	2010	5,9	54º
Ucrânia	2012	18,3	10º	Dinamarca	2011	5,7	55º
Japão	2011	18,1	11º	Sérvia	2012	5,6	56º
Nova Zelândia	2009	17,1	12º	Malta	2011	5,6	57º
Chile	2009	16,4	13º	Bulgária	2012	5,6	58º
Trinidad e Tobago	2008	16,3	14º	Islândia	2009	5,6	59º
Uruguai	2009	16,1	15º	BRASIL	2010	5,5	60º
Letônia	2012	16,0	16º	Inglaterra e Gales	2011	5,3	61º
El Salvador	2009	13,6	17º	Dominica	2010	5,2	62º
Irlanda	2010	13,3	18º	Porto Rico	2010	5,0	63º
Fiji	2011	13,0	19º	Catar	2011	4,8	64º
Estônia	2012	12,8	20º	Israel	2011	4,8	65º
Austrália	2011	12,6	21º	Venezuela	2009	4,1	66º
Maurício	2011	12,5	22º	Itália	2010	3,5	67º
Bélgica	2010	12,3	23º	Montenegro	2009	3,3	68º
Quirguistão	2010	12,3	24º	Filipinas	2008	3,2	69º
EUA	2010	11,9	25º	Bahrain	2009	3,1	70º
Equador	2010	11,6	26º	Espanha	2011	2,9	71º
Argentina	2010	11,5	27º	Brunei Darussalam	2011	2,8	72º
Escócia	2011	11,5	28º	Portugal	2011	2,8	73º
Noruega	2012	11,5	29º	Kuwait	2011	1,7	74º
Eslovênia	2010	11,5	30º	Geórgia	2010	1,5	75º
Polônia	2011	11,3	31º	Chipre	2011	1,5	76º
Canadá	2009	10,9	32º	Peru	2010	1,3	77º
Suécia	2010	10,5	33º	Bahamas	2008	1,3	78º
Nicarágua	2011	10,1	34º	Armênia	2012	1,3	79º
Belize	2009	9,8	35º	África do Sul	2009	1,2	80º
Croácia	2012	9,8	36º	Oman	2010	0,5	81º
Hungria	2012	9,7	37º	Jordânia	2009	0,4	82º
Áustria	2011	9,3	38º	Arábia Saudita	2009	0,3	83º
Costa Rica	2011	9,2	39º	Egito	2011	0,3	84º
República Checa	2012	8,6	40º	Marrocos	2011	0,2	85º
Colômbia	2009	8,4	41º	Malásia	2008	0,2	86º
Hong Kong SAR	2011	8,3	42º	Aruba	2010	0,0	87º
Panamá	2009	7,9	43º	Barbados	2008	0,0	88º
França	2010	7,7	44º	Bermudas	2008	0,0	89º
Holanda	2011	7,5	45º	Montserrat	2010	0,0	90º

Fonte: WAISELFSZ, J. J. **Mapa da Violência 2014**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flaco, UNESCO, 2014.

No Brasil, as tentativas de suicídio e consumação do ato vêm aumentando, sendo considerado, segundo a OMS (2014), o oitavo país em números de suicídios em relação a sua dimensão continental. Segundo dados analisados entre 2011 e 2016, foram 27,4% lesões autoprovocadas, ou seja, 48.204 pessoas tentaram suicídio. Na região Sul concentrou 33,4% das tentativas no período de 2011 a 2016, no Sudeste, de acordo com dados foram 44,8 %. Na região Norte e Centro-Oeste dados mostram 4,52 e 4,64 a cada 100.000 habitantes, segundo Ministério da Saúde. No Nordeste a taxa é de 4,3 casos para cada 100 mil (BRASIL, 2015) e Sergipe registrou 1.560 pessoas que

tiraram a própria vida em um intervalo de 15 anos (2000 a 2015), segundo dados retirados do SIM/DATASUS.

No que tange aos dados Nacionais e UF, mostraram um percentual significativo da população jovem em taxas de suicídio por 100 mil habitantes. A Região Centro-Oeste lidera o *ranking* no ano de 2012 com uma taxa de 7,5, seguida da Região SUL com 7,1, a Região Norte com 6,7, já a Região Sudeste tem uma taxa de 5,0 e a Região Nordeste com um menor número de 4,6. Como mostra a tabela a seguir.

Tabela 03: Taxas de suicídio (por 100 mil) na População Jovem por UF e Região. Brasil. 2002/2012

UF/REGIÃO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ%	
												02/12	11/12
Acre	5,7	7,7	9,7	3,0	6,3	8,1	5,4	7,8	7,5	6,4	10,4	83,0	61,6
Amapá	12,4	13,2	12,2	11,9	6,8	6,2	10,8	9,0	7,3	9,0	4,7	-62,5	-48,4
Amazonas	4,8	4,9	5,3	4,6	5,2	7,6	9,1	8,2	8,7	9,5	9,5	100,6	0,5
Pará	3,8	3,2	3,3	3,5	3,2	3,3	4,5	3,7	3,3	3,9	4,7	23,7	20,6
Rondônia	4,7	6,0	5,9	6,1	3,9	3,8	7,7	8,6	6,4	6,6	5,2	11,2	-20,7
Roraima	11,6	6,6	14,6	12,0	14,9	20,3	14,9	10,6	14,2	13,9	12,9	11,4	-7,2
Tocantins	4,8	6,6	7,3	5,9	6,3	7,5	8,4	8,1	7,8	8,0	9,1	90,9	14,2
NORTE	4,8	4,9	5,3	4,8	4,6	5,5	6,7	6,1	5,9	6,3	6,7	38,9	5,0
Alagoas	4,3	2,5	4,3	2,6	4,1	4,2	5,1	5,0	4,1	3,7	4,3	0,4	14,3
Bahia	2,1	2,6	2,1	2,7	3,1	3,5	2,3	2,7	3,3	3,2	3,5	66,3	11,3
Ceará	7,3	7,9	7,6	8,6	7,2	7,4	7,0	6,4	7,3	8,0	6,3	-12,7	-20,7
Maranhão	2,9	2,2	2,3	1,8	3,5	3,3	4,0	3,0	4,4	4,7	4,2	43,2	-9,7
Paraíba	2,4	2,8	2,0	2,9	4,1	4,5	4,3	4,6	3,4	4,5	5,1	109,7	12,0
Pernambuco	4,2	5,2	3,8	4,1	4,5	4,8	5,1	4,0	4,3	4,4	3,9	-6,3	-11,8
Piauí	5,9	7,3	8,1	7,2	6,0	8,2	8,1	8,2	8,9	8,5	7,9	32,9	-7,3
Rio Grande do Norte	4,7	5,2	3,7	5,3	5,9	4,4	4,6	4,8	3,4	5,9	3,8	-18,2	-34,6
Sergipe	4,2	6,3	4,1	5,7	4,7	7,2	5,2	6,1	7,9	7,4	5,6	33,7	-23,5
NORDESTE	3,9	4,3	3,9	4,3	4,5	4,9	4,6	4,4	4,8	5,1	4,6	18,1	-9,3
Espírito Santo	4,3	4,0	4,3	4,1	4,4	3,7	3,0	4,1	4,1	3,6	6,5	50,2	83,7
Minas Gerais	5,4	5,6	5,8	5,1	6,0	5,4	5,8	5,6	5,9	7,3	6,4	17,5	-12,7
Rio de Janeiro	3,4	2,6	2,4	2,4	2,2	2,0	1,7	2,0	2,7	2,6	2,5	-25,5	-5,5
São Paulo	4,7	4,8	4,3	4,1	4,6	4,7	5,0	5,5	5,5	5,7	5,2	10,7	-8,2
SUDESTE	4,6	4,6	4,3	4,0	4,5	4,3	4,5	4,8	5,0	5,4	5,0	9,3	-6,7
Paraná	6,8	7,8	8,5	8,1	6,7	7,0	7,0	6,9	6,4	5,7	6,7	-2,3	16,6
Rio Grande do Sul	8,7	8,8	8,9	9,4	8,5	7,8	9,8	8,4	8,0	8,1	8,0	-7,8	-0,4
Santa Catarina	7,6	6,6	6,8	7,0	6,6	7,2	7,9	7,0	7,2	6,9	6,5	-13,8	-5,3
SUL	7,7	7,9	8,3	8,3	7,4	7,4	8,3	7,5	7,2	6,9	7,1	-7,5	3,8
Distrito Federal	6,2	4,5	5,5	5,2	6,6	7,3	7,2	6,8	6,5	5,8	5,0	-19,2	-12,9
Goiás	7,4	7,1	7,4	6,8	5,2	6,0	6,6	6,0	6,0	5,5	7,1	-4,8	29,1
Mato Grosso	6,6	8,6	7,9	5,8	5,0	5,7	7,7	8,1	5,3	5,9	7,1	7,5	20,0
Mato Grosso do Sul	12,4	12,1	12,9	12,5	12,2	11,7	12,7	10,4	11,8	11,6	12,1	-2,7	4,0
CENTRO-OESTE	7,8	7,7	8,1	7,2	6,6	7,1	8,0	7,3	6,9	6,7	7,5	-4,0	13,0
BRASIL	5,1	5,2	5,1	5,0	5,0	5,2	5,5	5,3	5,5	5,7	5,6	8,9	-2,7

Fonte: WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso, UNESCO, 2014.

Em relação aos 100 municípios brasileiros com maior taxa em suicídio na população total no ano de 2012, Nossa Senhora da Glória ocupou a 83^o posição, com a taxa de 15,0. Quanto à taxa na população jovem, São Cristóvão apresenta-se na 60^o colocação com taxa de 12,7, seguida de Itabaiana com 11,7, na 77^o posição. Conforme as tabelas abaixo.

Tabela 04: Número e maiores taxas- em 2012 -de suicídios na População Jovem nos 100 municípios com mais de 15.000 Jovens. Brasil, 2008/2012.

Município	UF.	Jovens 2012	Número de óbitos					Taxa 2012	Posição
			2008	2009	2010	2011	2012		
Moju	PA	21.859	0	0	4	2	9	41,2	1
Cruz Alta	RS	15.098	3	1	3	2	6	39,7	2
Tabatinga	AM	16.077	10	15	8	8	6	37,3	3
Alfenas	MG	19.487	2	0	2	4	5	25,7	4
Venâncio Aires	RS	16.035	4	0	1	1	4	24,9	5
Mineiros	GO	16.235	4	0	1	0	4	24,6	6
Bacabal	MA	28.891	5	2	4	2	7	24,2	7
Piripiri	PI	16.861	3	1	0	1	4	23,7	8
Avaré	SP	21.629	1	2	6	3	5	23,1	9
Itaberaba	BA	17.558	0	0	0	1	4	22,8	10
Nova Lima	MG	22.023	3	4	1	2	5	22,7	11
Francisco Beltrão	PR	22.290	1	3	2	2	5	22,4	12
Iguatu	CE	26.808	3	3	3	6	6	22,4	13
Lins	SP	18.083	4	0	0	0	4	22,1	14
Barbacena	MG	32.124	8	1	1	5	7	21,8	15
Gurupi	TO	23.421	5	2	3	0	5	21,3	16
Parauapebas	PA	56.613	5	5	2	4	12	21,2	17
Trindade	GO	29.394	2	0	0	0	6	20,4	18
Dourados	MS	56.205	14	6	10	9	11	19,6	19
Canindé	CE	21.037	0	6	4	5	4	19,0	20
Gravatá	PE	21.113	0	2	0	3	4	18,9	21
Surubim	PE	16.157	0	0	2	0	3	18,6	22
Aquiraz	CE	22.090	1	2	2	0	4	18,1	23
Ubá	MG	27.765	3	1	1	3	5	18,0	24
Catanduva	SP	28.065	2	7	7	1	5	17,8	25
Parintins	AM	29.410	0	2	0	1	5	17,0	26
Colatina	ES	29.842	1	3	3	1	5	16,8	27
Tefé	AM	17.977	2	5	2	3	3	16,7	28
Santa Cruz do Sul	RS	30.241	2	0	5	8	5	16,5	29
Mogi Guaçu	SP	36.417	1	1	1	3	6	16,5	30
Guaíba	RS	24.288	2	0	1	1	4	16,5	31
Chapecó	SC	55.666	5	6	3	11	9	16,2	32
Lavras	MG	24.968	1	4	3	2	4	16,0	33
Conselheiro Lafaiete	MG	31.796	3	0	2	3	5	15,7	34
Balneário Camboriú	SC	31.878	3	4	1	1	5	15,7	35
Araxá	MG	25.713	4	1	4	4	4	15,6	36
Brusque	SC	32.249	1	1	3	1	5	15,5	37
Viana	ES	19.543	0	1	0	0	3	15,4	38
Varginha	MG	32.792	4	4	2	1	5	15,2	39
Santa Isabel do Pará	PA	19.682	2	2	0	3	3	15,2	40
Caraguatatuba	SP	26.287	0	0	0	2	4	15,2	41
Caldas Novas	GO	19.730	0	1	2	2	3	15,2	42
Muriae	MG	26.408	1	0	0	1	4	15,1	43
São Roque	SP	19.955	1	3	1	3	3	15,0	44
Lajeado	RS	19.969	2	3	3	5	3	15,0	45
Uberaba	MG	80.008	8	7	6	12	12	15,0	46
Sobral	CE	60.659	7	5	7	9	9	14,8	47
São João del Rei	MG	20.532	1	3	2	1	3	14,6	48
Teófilo Otoni	MG	35.625	2	0	2	8	5	14,0	49
Ponta Porã	MS	21.765	0	2	3	1	3	13,8	50

(continua)

Município	UF.	Jovens 2012	Número de óbitos					Taxa 2012	Posição
			2008	2009	2010	2011	2012		
Barretos	SP	29.052	2	2	2	3	4	13,8	51
Itaituba	PA	29.229	1	4	2	0	4	13,7	52
Sarandi	PR	22.624	0	1	2	0	3	13,3	53
Cacoal	RO	22.853	1	2	0	0	3	13,1	54
Bezerros	PE	15.241	0	0	1	1	2	13,1	55
Pacatuba	CE	22.940	1	3	3	0	3	13,1	56
Montenegro	RS	15.544	2	1	0	0	2	12,9	57
Arapiraca	AL	62.251	5	7	6	3	8	12,9	58
Pedro Leopoldo	MG	15.639	0	0	2	1	2	12,8	59
São Cristóvão	SE	23.635	2	3	1	2	3	12,7	60
Itapetininga	SP	39.424	0	3	3	5	5	12,7	61
Apucarana	PR	31.628	3	2	2	1	4	12,6	62
Franco da Rocha	SP	39.592	3	1	2	3	5	12,6	63
Esmeraldas	MG	16.028	0	0	1	0	2	12,5	64
Vitória da Conquista	BA	89.052	4	8	2	3	11	12,4	65
Pesqueira	PE	16.494	0	1	3	1	2	12,1	66
Cabedelo	PB	16.629	1	0	0	0	2	12,0	67
Goianésia	GO	16.637	1	0	1	1	2	12,0	68
Mococa	SP	16.736	2	2	1	0	2	12,0	69
Passo Fundo	RS	50.502	8	7	11	10	6	11,9	70
Palmares	PE	16.854	2	1	0	3	2	11,9	71
Boa Vista	RR	92.839	9	8	13	12	11	11,8	72
Cachoeiro de Itapemirim	ES	50.691	0	3	4	2	6	11,8	73
Ipatinga	MG	67.808	2	5	5	5	8	11,8	74
Jequié	BA	42.554	2	4	0	2	5	11,7	75
Cataguases	MG	17.026	0	1	1	1	2	11,7	76
Itabaiana	SE	25.675	1	0	7	1	3	11,7	77
Navegantes	SC	17.378	0	2	1	2	2	11,5	78
Farroupilha	RS	17.406	0	0	3	1	2	11,5	79
Sinop	MT	34.872	2	3	2	1	4	11,5	80
Pirassununga	SP	17.606	1	1	2	3	2	11,4	81
Concórdia	SC	17.654	2	2	4	3	2	11,3	82
Guarapuava	PR	44.554	4	3	4	4	5	11,2	83
Icó	CE	17.972	1	1	1	0	2	11,1	84
Piraquara	PR	27.109	0	2	1	4	3	11,1	85
Balsas	MA	27.205	3	1	1	3	3	11,0	86
Santo Ângelo	RS	18.596	2	6	2	2	2	10,8	87
Ibiúna	SP	18.665	2	1	1	3	2	10,7	88
Bebedouro	SP	18.838	2	1	0	1	2	10,6	89
Palmeira dos Índios	AL	18.845	0	1	0	1	2	10,6	90
Novo Repartimento	PA	18.860	0	0	1	0	2	10,6	91
Cajamar	SP	19.147	2	1	2	1	2	10,4	92
Bragança Paulista	SP	38.311	5	2	2	4	4	10,4	93
Teresina	PI	249.851	30	20	26	23	26	10,4	94
Três Lagoas	MS	28.913	2	0	3	2	3	10,4	95
Horizonte	CE	19.344	0	0	0	1	2	10,3	96
Curvelo	MG	19.652	1	1	1	2	2	10,2	97
Janaúba	MG	19.674	0	0	4	1	2	10,2	98
Itabira	MG	29.728	2	1	2	1	3	10,1	99
Sapiranga	RS	19.988	1	5	2	2	2	10,0	100

Fonte: WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso, UNESCO, 2014.

Além das categorias que manifestam o comportamento auto lesivo, há o suicídio assistido, no qual é considerado um tabu ao redor do mundo, um problema moral relevante, tornando justificável o suicídio de pacientes terminais.

Entretanto, este método ainda é criticado na sociedade, devido a conceitos morais valorizados pela sociedade.

Consiste no auxílio de pessoas que não conseguem tirar a própria vida. Para concretizar o ato, é realizada a prescrição e ajuda ingestão de medicamentos em doses letais, ou via venosas, e também no apoio e encorajamento para o ato. Este método foi considerado morte digna e defendida em vários países a partir de 1990. (KOVÁCS, 2015)

Em sua realização não existe o processo de eutanásia, a diferença entre eles, é o desejo da pessoa em aliviar o sofrimento. Há o pedido do paciente, e o acompanhamento até o ato consumado, podendo desistir a qualquer momento.

Ressaltamos que tanto na eutanásia, quanto no suicídio assistido a voluntariedade é elemento essencial. Nos dois casos se o paciente não é quem decide é considerado assassinato, mesmo que cometido para aliviar sofrimento ou por outras razões não tão nobres, como liberação de leitos. (KOVÁCS, 2015, P. 75)

Em alguns lugares no mundo, esse procedimento é liberado, e realizado em diversas clínicas legalizadas no estado de Oregon nos Estados Unidos em 1998, na Holanda em nos anos 2000, e na Bélgica em 2002. No Brasil, o suicídio assistido é visto como crime, previsto no Código Penal prescrito no artigo 122, a pessoa que auxilia este ato é considerado assassino.

Em relação a esse fenômeno, Karl Marx (1846) contribuiu de forma significativa para o entendimento do suicídio como um fenômeno social. Marx escreveu sobre o suicídio com fundamento nos documentos de um ex-arquivista policial francês Peuchet, que percebeu o alto índice de casos de suicídio.

O autor foi instigado pelo tema concomitante com a oportunidade de expor sua análise da sociedade burguesa, ressalta o modo de viver da sociedade na época, considera o suicídio um sintoma de uma sociedade desigual, que necessitava de mudanças. Ao que concerne, Marx (2006, p.26) interpreta o fenômeno:

Como se explica que, apesar de tantos anátemas, o homem se mate? É que o sangue não corre do mesmo modo nas veias de gente desesperada e nas veias dos seres frios, que se dão o lazer de proferir todo esse palavrório estéril. ** O Homem parece um mistério para o Homem; sabe-se apenas censurá-lo, mas não se o conhece. Quando se vêem a forma leviana com que as instituições, sob cujo domínio a

Europa vive, dispõem do sangue e da vida dos povos, a forma como distribuem a justiça civilizada com um rico material de prisões, de castigos e de instrumentos de suplício para a sanção de seus desígnios incertos; quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonados na miséria, e os párias sociais, que são golpeados com seu desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incômodo de ter que arrancá-los de sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos, nossas leis e nossos costumes em geral.

Marx evidencia o indício de uma sociedade adoecida, a mercê de um Estado que reforça a solidão coletiva e a miserabilidade das pessoas, reflexo de uma luta social a qual alguns conseguem, e outros não, por não saberem mais lidar com a situação posta.

Os fatores sociais influenciam na decisão de retirar a própria vida, entretanto, há vários fatores de risco que desencadeiam o ato consumado. É necessário o reconhecimento desses e a prevenção com a ajuda da família para que não ocorra uma fatalidade. Estes são considerados: transtornos mentais, sócio demográficos, psicológicos, condições clínicas incapacitantes.

1.2 Fatores de risco

Fator de risco são elementos que podem levar a uma doença ou para o risco de adoecimento, é utilizado para doenças não infecciosas. (DUARTE, 2004). Dentre os fatores de risco do suicídio, destaca-se a reincidência das tentativas de suicídio. Diversos registros mostram o índice baixo de tentativa de suicídio, devido ao diagnóstico médico quando o paciente é atendido. Em estudos feitos, apontam que indivíduos que tentaram o suicídio tentam novamente a efetivar o ato. Segundo Vidal e Gontijo (2013, p.108):

Considera-se ainda que, para cada tentativa documentada, existam outras quatro que não foram registradas. É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade. Mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços de emergência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos.

Ademais os fatores de risco são constituídos por diversos tipos de transtorno mental, psicológico, condições clínicas incapacitantes. A depressão é um desses fatores que mais matam pessoas no mundo, existem vários fatores

que podem desencadear a essa doença, como violência doméstica, *bullying*, abuso sexual, morte de um familiar ou amigo próximo, que podem ter surgimento em fatores sociais. Qualquer circunstância pode desencadear o problema. De acordo com a OMS (2014), utilizado durante a pesquisa de Mooz e Vieira (2016, p. 1824):

Em diferentes regiões do mundo, destacou-se que de quase 16 mil suicídios, em apenas 3% não foi possível fazer um diagnóstico psiquiátrico. Portanto, nota-se que nenhuma outra doença psíquica é tão presente no ato suicida quanto à depressão, atingindo mais de 350 milhões de pessoas em todo mundo.

De acordo com estudos realizados no mundo, segundo a OMS (2014), a depressão e o suicídio estão associados, é a principal causa para consumação do ato, seguido do abuso de álcool e drogas, e transtorno de personalidade. Essa doença se apresenta normalmente na adolescência, notada por algumas atitudes. Dentre elas, o humor triste e fácil irritabilidade, baixa autoestima, dificuldade interação e aprendizagem, isolamento. Como sintomas físicos surgem perturbação no sono, alterações alimentares, ainda podendo manifestar agitações, explosões de raiva e agressividade.

A importância da comorbidade na elevação do risco de suicídio também está bem estabelecida. Um estudo finlandês de autópsia psicológica, numa amostra aleatória de 229 suicídios, revelou que 93% tinham um diagnóstico psiquiátrico de Eixo I. Apenas 12% dos casos receberam tão somente um diagnóstico de Eixo I, sem outra doença coexistente. Quase metade dos casos (44%) tinha dois ou mais diagnósticos de Eixo I. Os transtornos mais prevalentes foram depressão (59%) e dependência ou abuso de álcool (43%). Um diagnóstico de transtorno de personalidade (Eixo II) foi aventado para 31%, e um diagnóstico de doença não psiquiátrica (Eixo III) para 46% dos casos de suicídio. (CHACHAMOVICH, et al, 2009, P.2).

Assim como a depressão, outros transtornos mentais, como transtorno bipolar, esquizofrenia, influenciam ato suicida, quase todos os suicidas possuíam algum tipo de doença mental não diagnosticada (OPAS/OMS, 2006).

Figura nº 01: Diagnósticos Psiquiátricos e Suicídio



Fonte: Apud Bertolote et al. (2002). Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir (2014, p. 17).

A esquizofrenia é considerada um transtorno mental grave, de acordo com a OPAS/OMS afeta mais de 23 milhões de pessoas no mundo. Normalmente seu início se dá no fim adolescência ou no início da fase adulta, afetando a realização de atividades, como trabalhar ou estudar, dentre seus sintomas há:

distorções no pensamento, percepção, emoções, linguagem, consciência do “eu” e comportamento. As experiências psicóticas comuns incluem alucinações (ouvir, ver ou sentir coisas que não existem) e delírios (falsas crenças ou suspeitas firmemente mantidas mesmo quando há provas que mostram o contrário). (OPAS/OMS, 2018, online).

Atenta-se também para a influência do manuseio de agrotóxicos que constitui um fator de risco para o suicídio, sendo um agente tóxico (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015) um fator de risco para os trabalhadores que manejam a substância, percebemos a gravidade do assunto para a sociedade, bem como o meio ambiente e a importância de conhecimento sobre o uso indiscriminado e as políticas de conjuntura que favorecem a mesma. A regulamentação de agrotóxicos desde os seus primórdios apresenta lacunas, sabe-se ainda, que mesmo com uma legislação recente, na prática não há

resultados significativos, pois a fiscalização de venda e uso é falha. Salienta-se que alguns aspectos agravam a situação, como incentivos fiscais a venda de agrotóxicos e contratos de empresas com agricultores para produção regulada pelos financiadores.

Conforme o site The Greesnest Post, no ano de 2016 foram constatados no Brasil mais de 14 tipos de agrotóxicos os quais já foram proibidos mundialmente por oferecerem riscos à saúde humana, como por exemplo, alguns tipos de Câncer, malformações congênitas, doenças neurológicas, as quais ressaltaram, pois inúmeros casos de tentativa de suicídio e o ato consumado estão ligados a essa questão, o modo de ação dos agrotóxicos pode se efetivar através de contato; ação externa, ingestão; ação interna e sistêmica; penetrando e transcolando-se nas vias metabólicas. Pode-se entender a gravidade da utilização de tais substâncias, porventura há a Lei nº 7.802/89 que regulamenta e fiscaliza os agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências, porém a fiscalização é mínima.

Cabe ressaltar que o ramo da agricultura é extremamente lucrativo e é um dos setores da economia do Brasil mais importantes. É a partir dessa reflexão que percebemos que o lucro se sobrepõe ao tipo de agrotóxico utilizado e como é manejado pelos agricultores/trabalhadores e absorvido pelo meio ambiente. Conforme o Art. 3º da Lei 7.802/89:

Os agrotóxicos, seus componentes e afins, de acordo com definição do art. 2º desta Lei, só poderão ser produzidos, exportados, importados, comercializados e utilizados, se previamente registrados em órgão federal, de acordo com as diretrizes e exigências dos órgãos federais responsáveis pelos setores da saúde, do meio ambiente e da agricultura.

Entretanto, este ano a ANVISA autorizou o Benzoato de Emamectina, agrotóxico considerado agressivo por ter uma taxa elevada de neurotoxicidade, e que em 2013 foi proibido nacionalmente, o que não atrapalhou o uso contínuo. Segundo o Secretário da Defesa Agropecuária, Luís Rangel, o agrotóxico foi analisado e está apto para entrar no mercado e que a sua proibição anos atrás causou prejuízo de mais de 11 bilhões de reais.

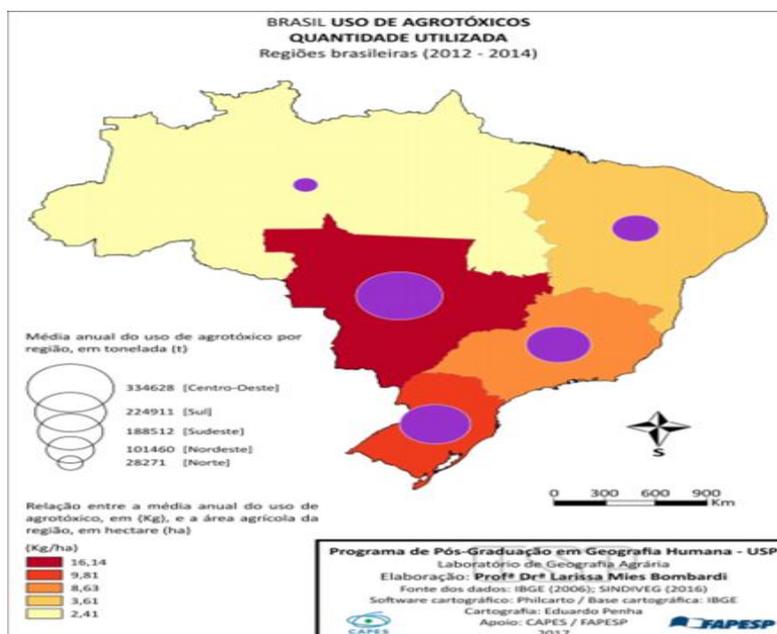
Ressalta-se, ainda, que o projeto de lei nº 6.299 de 2002 do Senado Federal, voltou a ser discutida em 2016 e que agregou 28 propostas defendidas

pelo setor de agronegócio na câmara. Este projeto altera os artigos 3º e 9º da Lei nº 7.802/89 e foi aprovada pela Câmara dos Deputados em junho de 2018. O projeto altera a nomenclatura de agrotóxicos para produtos fitossanitários ou defensivos agrícolas, as análises dos produtos e autorização de registros passam a serem realizados pelo Ministério da Agricultura, os registros podem ser temporários, desde que possuam especificações idênticas em três dos 37 países que participam da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), entre outros.

A seguir, encontram-se figuras de mapas, que elaborados pela professora de geografia agrária da USP, Larissa Mies Bombardi, cujas imagens demonstram a gravidade da questão.

A região centro-oeste com um maior número de uso de agrotóxico sabe que a mesma tem uma parcela significativa no cenário nacional quanto à produção da agricultura, de cunho agroexportador. Destaca-se principalmente o cultivo de milho, algodão, arroz, amendoim e soja.

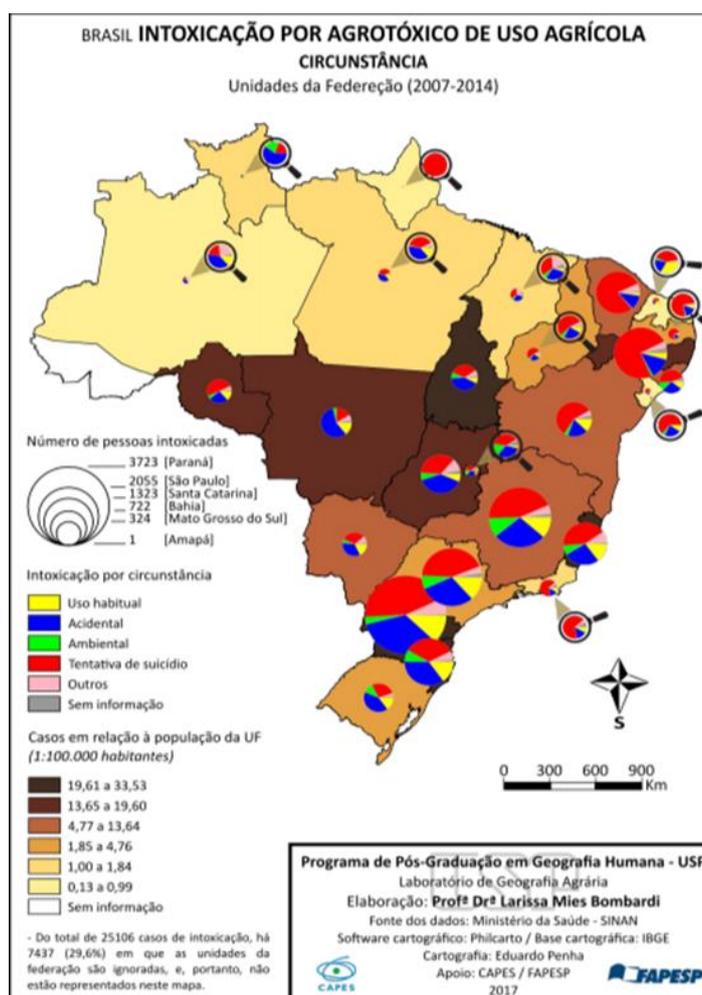
Figura Nº 02: Brasil, Uso de Agrotóxicos Quantidade Utilizada- por Regiões Brasileiras (2012-2014).



Fonte: Bombardi, Larissa Mies - Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Européia/Larissa Mies Bombardi. – São Paulo: FFLCH- USP, 2017.

Nas intoxicações por circunstâncias, a que chama mais atenção é o número acentuado de tentativas de suicídio provocadas por agrotóxicos de uso agrícola, presente em todas as regiões, porém mais presente nas regiões nordeste, sudeste, sul e na região norte um destaque importante, o estado do Acre uma exceção, não possui informações e o Amapá com 100% de tentativas de suicídio. (Figura nº 06).

Figura Nº 03- Brasil, Intoxicação por Agrotóxico de Uso Agrícola, Circunstância por Unidades da Federação (2007-2014).

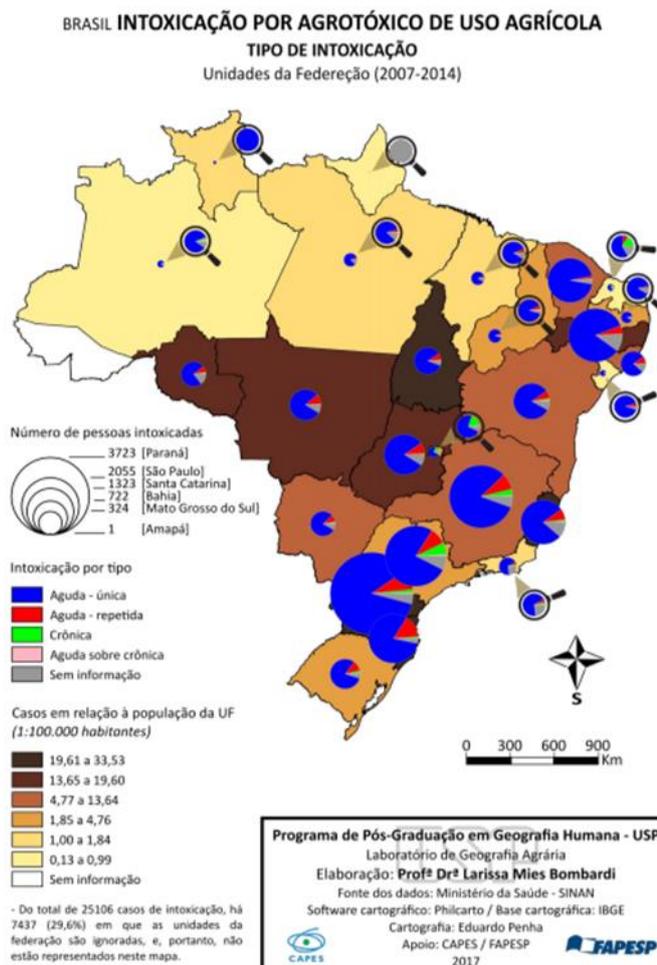


Fonte: Bombardi, Larissa Mies- Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Européia/Larissa Mies Bombardi. – São Paulo: FFLCH-USP, 2017.

A intoxicação por agrotóxicos pode desencadear implicações futuras na saúde do trabalhador e de quem o maneja. A figura a seguir, revela os tipos de intoxicação, a mais perceptível é a aguda, momentânea, entretanto, a aguda repetida, o que pode tornar um ciclo sem fim, a crônica, a aguda sobre crônica

quase não percebida no gráfico e um dado preocupante é que se imagina que a população de uma maneira geral esteja desinformada sobre os efeitos para a saúde.

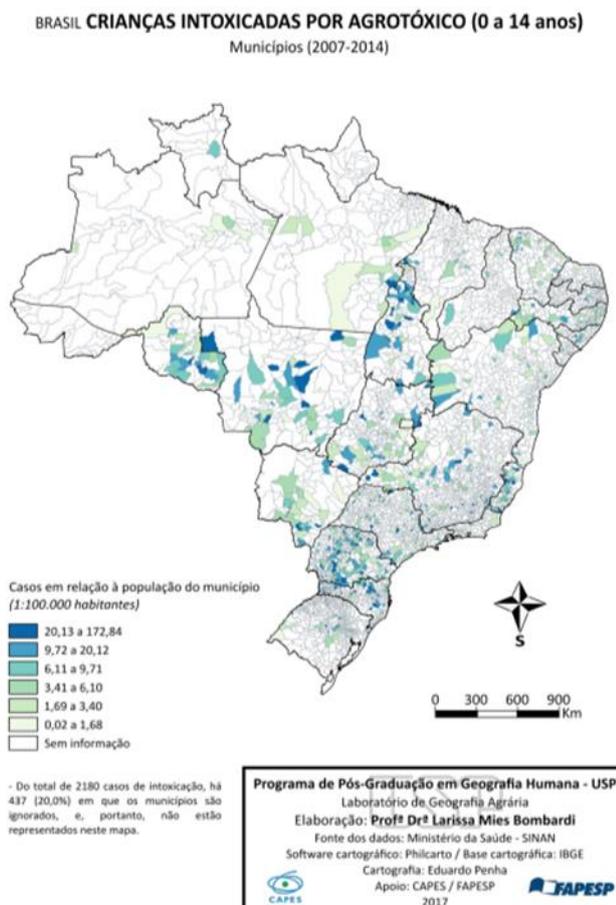
Figura Nº 04: Brasil, Intoxicação por Agrotóxico de Uso Agrícola, Tipo de Intoxicação- por Unidades da Federação (2007-2014).



Fonte: Bombardi, Larissa Mies- Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Européia/Larissa Mies Bombardi. – São Paulo: FFLCH-USP, 2017.

As crianças intoxicadas por agrotóxicos apresentam um predomínio na região centro oeste, conforme a figura nº 08. O período de exposição a agrotóxicos pode acarretar em sérios problemas futuros, principalmente porque esse público reside e estuda em regiões de lavouras, o que facilita a contaminação por ar, água, solo, sem contar a possibilidade de trabalho precoce, que ajudem os seus genitores em seus pequenos empreendimentos, o que pode desencadear uma exposição variada e contínua.

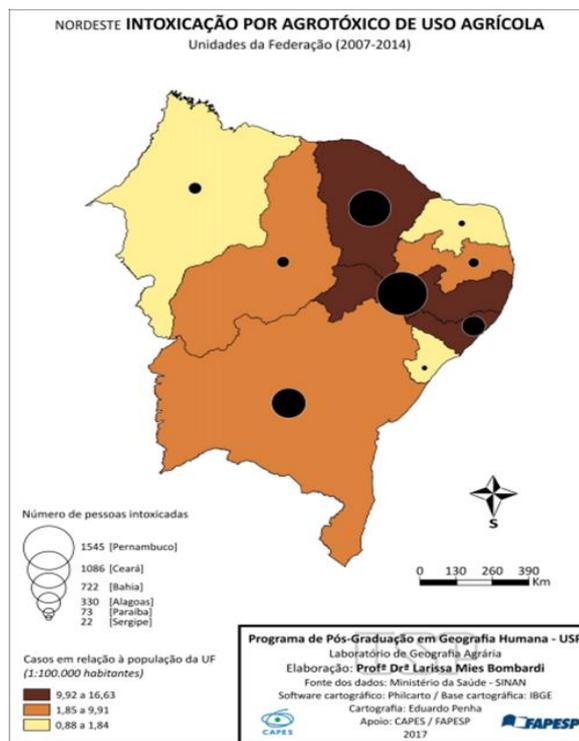
Figura nº 05: Brasil, Crianças Intoxicadas por Agrotóxico (0 a 14 anos) - por municípios (2007-2014).



Fonte: Bombardi, Larissa Mies- Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Européia/Larissa Mies Bombardi. – São Paulo: FFLCH- USP, 2017.

Na Região Nordeste destaca-se os estados de Pernambuco e Ceará, onde também há o predomínio da agricultura que comumente não são fiscalizadas. Os agricultores com baixo nível de escolaridade são induzidos a trabalhar sem equipamentos de proteção necessários, ou quando possuem não manuseiam de forma adequada, por não saber da dimensão da gravidade no decorrer de alguns anos.

Figura nº 06: Nordeste, Intoxicação por Agrotóxico de Uso Agrícola- por Unidades da Federação (2007-2014).



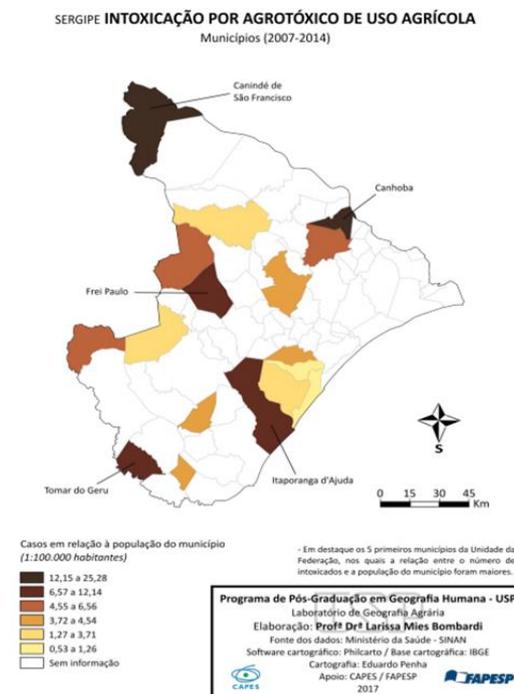
Fonte: Bombardi, Larissa Mies- Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Européia/Larissa Mies Bombardi. – São Paulo: FFLCH-USP, 2017.

Em Sergipe, a Empresa de Desenvolvimento Agropecuário (EMDAGRO) exerce o papel de fiscalizar se os estabelecimentos possuem registros junto ao mesmo e se os produtos possuem receita agrônômica. Ainda convém salientar, que o quarto maior município de Sergipe, Itabaiana possui um dos comércios mais fortes da região, com predomínio da agricultura e venda de produtos agrícolas para diversas partes do estado. Segundo o Ministério Público de Sergipe, foi realizada em janeiro de 2018, uma operação com o objetivo de fiscalizar pontos de revenda de agrotóxicos ilegais neste município, impulsionados pelos promotores Amilton Brito e Cláudia Calmon em parceria com a polícia militar, EMDAGRO e Administração Estadual do Meio Ambiente (ADEMA), resultou em prisão de alguns comerciantes. Conforme narrativas dos promotores (2018) no site de notícias do Ministério Público de Sergipe, “Estamos trabalhando para implantar, em Sergipe, um laboratório, para que a análise de resíduos de agrotóxicos seja feita com regularidade”, abordou a promotora.

Informaram ainda que, pretendem instaurar alguns inquéritos civis aos vários fatores que envolvem o tema e um laboratório para que a análise de resíduos ocorra regularmente, bem como implantar um programa de controle no Estado. Essas medidas envolvem a necessidade de um financiamento, entretanto o processo de mediação com o mesmo é árduo e se estende há alguns anos. Nesse contexto, pode ser inferido uma relação com a Tabela Nº 04, que expõe Itabaiana no ranking dos municípios com as maiores taxas de suicídios na população jovem.

Em Sergipe destacam-se os municípios de Canindé de São Francisco e Canhoba, o primeiro com a agricultura de milho, feijão, algodão e entre outros, como uma das principais receitas do município que provêm da irrigação, através das águas do Rio São Francisco, o segundo tem como pilar da economia a plantação de mandioca, milho e arroz que também banha-se pelo Rio São Francisco e também pelo Rio Salgado. Seguidos de Frei Paulo, Itaporanga d'Ajuda e Tomar do Geru, com cultivo respectivamente de milho e mandioca, manga e mangaba e por fim o plantio de feijão e laranja.

Figura nº 07: Sergipe, Intoxicação por Agrotóxicos de Uso Agrícola- por Municípios (2007-2014).



Fonte: Bombardi, Larissa Mies, Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Européia/Larissa Mies Bombardi. – São Paulo: FFLCH-USP, 2017.

1.3 Populações com maior risco de cometerem suicídio

O suicídio é um problema de saúde pública grave, em dimensão epidemiológica e em relevância social, pois atinge não só quem tenta como também os seus familiares e pessoas próximas. É necessário um rastreamento rigoroso para conhecer as populações com maior risco, para que sejam encaminhados aos serviços devidos, bem como ampliação de investimentos públicos nos mesmos e em políticas de redução. O público mais atingido são os idosos, homens, indígenas e usuários (as) de substâncias psicoativas.

- **Idosos**

A população idosa é uma das que mais cometem suicídio no mundo, dados mostram que na faixa etária a partir de 70 anos é de 8,9 a cada 100.000 habitantes, sendo a média nacional 5,5 para cada 100.000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). No Brasil, assim como no mundo, o número de idosos vem aumentando consideravelmente, com isso, é necessário atentar-se aos problemas sociais e de saúde que lhes afetam. Entretanto, o suicídio de pessoas idosas não tem a atenção merecida. Existem diversos fatores que ocasiona este ato, dentre eles,

As causas que levaram os idosos a desenvolverem ideações e cometerem atos suicidas foram: aposentadoria, depressão, transtorno do humor, doenças crônicas, conflitos familiares tanto relacionados à violência contra os idosos, separação pela morte de um familiar próximo. (MEDEIROS et al, 2015, p.8).

Normalmente, os homens idosos cometem mais suicídios com métodos mais letais e raramente comunicam ou demonstram a intenção suicida, e cerca da metade das tentativas terminam em óbitos.

Essa situação pode ser constatada inclusive no Brasil, onde, apesar de as taxas de suicídio ser relativamente baixas, as que se referem à população na faixa etária acima de 60 anos é o dobro das que a população em geral apresenta, principalmente devido ao aumento crescente das taxas relativas ao grupo de homens idosos. (MINAYO; CAVALCANTE, 2010, p.751)

Nessa faixa etária comumente ocorre isolamento social, as mudanças do contexto cultural e social, fazem com que se sintam sem nenhuma utilidade, perdendo seu papel na sociedade com a vinda da aposentadoria, a invalidez

devido a doenças. A ausência de apoio e brigas familiares nesta fase também contribui para que isso ocorra, o idoso expõe a sua vontade em suicidar-se através de falas e gestos.

No caso da manifestação verbal, a pessoa idosa pode ir diretamente ao assunto, confidenciando a pessoas próximas ou respondendo a alguém que a agride que quer morrer. Muitas vezes, porém, a pessoa idosa apenas insinua seu desejo de morte, comentando sobre isso com familiares, amigos e companheiros. (MINAYO; CAVALCANTE, 2010, p.752)

- **Homens**

O sexo masculino comete mais suicídios no mundo, independente de sua faixa etária, escolaridade, situação conjugal e ocupação. Pondera-se que a masculinidade seja um fator responsável, devido ao fato do homem considerar superior a mulher, carece serem fortes, racionais, dominantes, e que devem resolver seus problemas sozinhos, não considerando nenhum tipo de ajuda.

Isso ocorre porque naturalmente o sexo masculino por ter dificuldades em demonstrar sentimento em algumas situações, podem apresentar tendências emocionais mais agressivas, e por não conseguir lidar com emoções mais complexas podem ter atitudes mais severas ou agressivas. (CUNHA; BAPTISTA; CARVALHO, 2016, p.218).

Segundo dados da OMS (2012), oito em cada 100.000 mulheres cometeram suicídio, enquanto 15 em cada 100.000 homens decidiram fazer o mesmo. Esse número justifica o fato de que, os problemas acarretados entre os homens, como depressão, o desemprego, doença, e também as reconfigurações de papéis entre o masculino e feminino os afeta.

Os homens, historicamente, procuram exercer o domínio sobre as mulheres. Entretanto, diante da atual conjuntura, em que as mulheres reivindicam seu lugar na sociedade, eles se sentem fora do controle e utilizam-se das tentativas de suicídio para retomá-lo. Utilizam-se normalmente de métodos mais duros e fatais, porém depende também dos fatores culturais e de acesso. Nos suicídios consumados, é mais comum que os homens usem armas de fogo (56%), seguido de enforcamento, envenenamento, salto de um lugar alto e cortes. (CLAYTON, [201-])

- **Indígenas**

Os motivos elencados sobre o suicídio indígena marcam sobre a colonização, demarcação de terras, discriminação, desemprego, fascínio pela cidade, abuso de álcool e drogas, exigências do mundo moderno, como escolarização e profissionalização, desassistência à saúde e educação indígena, violência sexual e abuso de poder.

A população indígena desde o início da colonização foi negligenciada, considerados pobres, foram marginalizados e esquecidos. Segundo o Censo IBGE (2010) estão em volta de 896.917 pessoas, destes, 324.834 residem em cidades e 572.083 em áreas rurais.

O Brasil nos últimos anos intensificou o seu modelo econômico de exploração e exportação de bens naturais, reforçando as marcas de desigualdades sociais e continuando com o processo de deterioração do meio ambiente. Em meio a esse agravante, o número de projetos para instalação de mineradoras, hidrelétricas no Amazonas cresce em ritmo desordenado, o que perpetua impactos na vida da população ribeirinha, indígena, bem como os que estão em áreas isoladas.

Pertinente aos Estados com maior incidência é importante frisar que, segundo dados do Distrito Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Mato Grosso do Sul, o número de suicídio continua alto, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) registrou entre os anos de 2000 a 2015 um total de 752 casos. Em 2015, 45 casos indígenas, destes 37% na faixa etária de 15 a 19 anos, seguido de 24% de 10 a 14 anos. A figura a seguir apresenta os locais com maior incidência de suicídio indígena.

Figura nº 08: “Hotspots de suicídios”



Fonte: RELATÓRIO, **Violência contra os Povos Indígenas no Brasil**-Dados de 2015.

Considerando a gravidade da questão, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Amazonas, coordenado pela Secretaria do Estado de Saúde (SUSAM) juntamente com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Instituto Federal do Amazonas (IFAM) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS) de São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga, elaboraram um projeto que logo em seguida foi aprovado e que se tornou a Portaria Nº 1.315, de 11 de maio de 2018 do Diário Oficial da União, que trata do incentivo financeiro apenas aos estados do Amazonas, Mato Grosso do Sul, Roraima, Piauí, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, que são consideradas prioritárias. A referida portaria,

Habilitam Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. (BRASIL, 2018).

Essa ação configura-se como um passo importante para minimizar o número cada vez mais crescente, apesar de não atingir todas as áreas indígenas. Segundo o Ministério da Saúde, até 2020 o plano é reduzir 10 % deste contingente.

- **Usuários (as) de Substâncias Psicoativas**

No decorrer da história o uso de substâncias psicoativas (SPAs) modificou-se, em aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos, que se entrelaçam de forma complexa, destaca-se que, levaram à marginalização de quem usa e o proibicionismo das substâncias. Souza (2013) elucida que essa questão é uma das maiores problemáticas sociais e de saúde.

Geralmente os usuários de SPAs não se afirmam enquanto dependentes químicos, por entenderem o impasse do preconceito e discriminação da sociedade, que perpassam de cada contexto histórico aos usuários. O usuário é considerado uma pessoa com imagem depreciativa, entretanto o seu uso é utilizado de diversas formas e por diferentes classes sociais.

Além disso, é relevante destacar a forma como o sujeito se relaciona com a SPA e dos efeitos que a mesma traz ao organismo humano e em seu ambiente social. Como afirmam Silva et al. (2012, p. 22), “Elas podem ser compreendidas a partir de uma perspectiva biopsicossocial, em que estão implicados tanto os efeitos individuais quanto os efeitos subjetivos do uso.”.

Desse modo, é pertinente apontar que nem todo uso de SPAs se dará de forma problemática e abusiva, por isso, faz-se necessário compreender para intervenção nas motivações do uso, pois pode ser em decorrência de vínculos quebrados, acúmulo de contextos difíceis em diferentes fases da vida. Entretanto, pessoas dependentes também costumam ter alto risco para o suicídio, pois se afastam das pessoas, o que contribui para o seu isolamento social, está englobado entre os indivíduos com maior risco, segundo as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio da Portaria nº 1. 876, de 2018.

1.5 Desenvolvimento do Capitalismo e a Adoção de Medidas Econômicas na Vida Social

Neoliberalismo modelo econômico expandido por Margareth Thatcher, que defende a liberdade do mercado e restrição da intervenção do Estado, a primeira é que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum, a segunda com a perspectiva de reconfiguração do Estado, tornando-se mínimo para o social como redução de políticas sociais e crescimento de privatizações e máximo para o capital, através das políticas de ajustes fiscais.

Conforme Bisneto (2007, p. 41), no Brasil há um conjunto de quatro fatores sociais: capitalismo monopolista, globalização financeira e mercantilista, neoliberalismo e a reestruturação produtiva. Eles causam diversas dificuldades na ordem do Serviço Social e da Saúde Mental, o que trouxeram reflexo nas políticas sociais que são reduzidas ou repassadas para o setor privado.

As políticas neoliberais estão geridas para garantir o lucro dos empresários e manter a hegemonia da classe que detém o poder e riqueza. O impacto na política pública é o desmonte de áreas como a saúde, previdência, educação, segurança, justiça e entre outros. Já na Saúde Mental é a medicalização desregrada, através da indústria farmacêutica que lucra bilhões e a tendência do aumento de diagnósticos e julgamento de comportamentos não considerados padrão pela sociedade vigente.

O capitalismo incide na ideologia patriarcal e reforça o sistema de opressão, que tem cunho econômico e político, essa parceria limita o exercício da liberdade da mulher e adia a emancipação humana. As relações de poder, influência e dominação do sexo masculino sobre o feminino, fazem parte da dinâmica familiar de parte da sociedade, que faz a mulher sentir-se inferior ao marido, ou ainda possuir características imutáveis e únicas, como a sensibilidade, fragilidade em oposição à força física e intelectual masculina. Apesar de haver novas constituições de família, o patriarcado continua presente, pois o sistema ainda é predominante, pode ser visto em diversos âmbitos no tratamento as mulheres no contexto social, familiar e mercado de trabalho.

Segundo Mészáros, (2011, p.273):

Em outras palavras, é preciso enfrentar a questão do tipo de igualdade viável para os indivíduos em geral, e para as mulheres em particular, na base material de uma ordem de reprodução sociometabólica controlada pelo capital, em vez de se discutir como se poderiam redistribuir os recursos disponíveis nas presentes circunstâncias dentro das margens que se encolhem. Os limites estruturais de qualquer sistema de reprodução geralmente também determinam seus princípios e seu modo de distribuição.

A luta pela igualdade de gênero vai muito além da liberdade feminina, é uma luta que deve ser articulada com muitas outras lutas que formam a totalidade desta sociedade e que também anseiam a liberdade de diversas opressões a fim de instaurar a emancipação humana. Entretanto, o capitalismo atua de forma contrária, coisificando a sociedade, dificultando o processo de igualdade masculina e feminina.

Na atual conjuntura, o jovem tem a necessidade de expor tudo àquilo que é vivenciado nas mídias sociais, mostrar uma vida perfeita, sobre o que tem, mas exhibe a aparência. Esse fenômeno é explicado através do fetichismo da mercadoria, para melhor compreensão é primordial conhecer o significado de fetichismo. É a adoração ou culto de fetiches, que são objetos aos quais se atribui poder sobrenatural e que pode ser animado ou inanimado.

Então, para Karl Marx (1994), é como se a mercadoria tivesse vontade própria independente dos seus produtores. A relação social entre homens se transforma em uma relação social entre os produtos do seu trabalho. E como resultado uma relação direta entre as coisas e não entre pessoas.

Na produção de mercadorias, a troca de mercadorias é a única maneira na qual diferentes produtos relacionam entre si. Portanto, o valor das mercadorias é determinado independente do seu produtor, e cada produtor deve produzir mercadorias para satisfazer as necessidades alheias. Com isso, a mercadoria parece determinar a vontade do produtor.

Segundo Marx (1994), o fetichismo da mercadoria é algo intrínseco, pois na sociedade capitalista, o processo de produção é independente da vontade do ser humano. Essa autonomia só desaparecerá quando o homem controlar conscientemente o processo de produção. Sendo reificação, no marxismo, é uma forma particular de alienação, onde é expressa a relação social entre coisas. E pode ser entendido com essência de todo o sistema econômico.

Relacionando ao fato que, os princípios da sociedade no século XXI, com objetivo de empoderamento social, a situação ainda não é diferente, mostrando como o jovem deve se vestir, qual tecnologia atual deve ser utilizada, como se comportar perante o outro, perpetuando assim, o desgaste físico, emocional para participar e ser deste padrão.

O resultado é a coisificação das pessoas, invertendo suas relações sociais, causando a dependência de produtos, que foram naturalizados para tornarem-se necessário para sua liberdade, porém este padrão leva-o a estímulos depressivos e diversos transtornos mentais. Aliado ao fato do modelo econômico imposto pelo capitalismo, para regular as relações econômicas e sociais.

Capítulo II- Tentativa de suicídio

A tentativa de suicídio geralmente vem do desespero em acabar com o sofrimento sentido, encontrando essa como a única solução. Antes da consumação do ato, o indivíduo tenta de diversas maneiras buscarem apoio para solução do problema, ou também realiza o ato impulsivo por conta de uma crise passada momentaneamente, sem intenção que seja consumado. Mooz e Vieira (2016, p.1821) lembram que:

“Diante dessas definições atesta-se que o suicídio é um gesto de autodestruição, realização do desejo do indivíduo de morrer ou dar fim à própria vida. Esta escolha, no entanto, possui graves implicações sociais, principalmente o impacto traumático do suicídio na família.”

A tentativa não é penalizada nas leis do Brasil, porém ajudar uma pessoa em estado terminal, mas que não possua as condições necessárias para cometê-lo é crime previsto em lei. Entretanto, o seu número aumenta consideravelmente a cada ano.

Aproximadamente um milhão de pessoas tentam cometer suicídio todos os anos. O número de tentativas é cerca de 15 a 20 vezes maior do que o número de suicídios consumados. Muitas pessoas tentam cometê-lo repetidamente. Contudo, apenas entre 5 e 10% das pessoas que cometem uma tentativa de suicídio acabam falecendo por causa dele. A tentativa de suicídio é especialmente comum entre meninas adolescentes. As meninas com 15 a 19 anos de idade cometem cem vezes mais tentativas de suicídio que os meninos na mesma faixa etária. Em todas as faixas etárias, mulheres tentam o suicídio duas ou três vezes mais que os homens; no entanto, os homens têm quatro vezes mais probabilidade de morrerem em suas tentativas. As pessoas idosas cometem quatro vezes o número de tentativas de suicídio para cada suicídio consumado. (CLAYTON, [201-], online)

Além disso, há dificuldade abordar o assunto, devido ao escasso referencial teórico que aborda a temática, dificulta categorizar a ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio, mesmo semelhantes. Envolve uma discussão determinada pela diferenciação das pessoas que tentam suicídio e das pessoas que efetuam o ato, embora sejam populações que fazem parte do mesmo conjunto.

Outro problema existente é a dificuldade vivenciada nos hospitais gerais em identificar o que realmente ocorreu com os pacientes e se tem problema psicológico, alguns profissionais tratam com indiferença esse tipo de situação,

por considerar que há pacientes mais graves do que aqueles que tentam tirar a própria vida. Conforme Vidal e Gontijo (2013, p. 113):

Esses profissionais, especialmente os médicos, não estão preparados adequadamente para atender pacientes suicidas, o que pode gerar opiniões desfavoráveis, reações negativas e intolerância, prejudicando o processo terapêutico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016, online) define a Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Nesta concepção, quando um paciente dá entrada no hospital, é necessário avaliar o seu estado de forma integral.

2.1 Políticas de Prevenção

A rede de urgência e emergência apresenta dificuldades no atendimento às tentativas de suicídio, conforme afirmativa de Vidal e Gontijo (2013, p. 113) a respeito da necessidade de aprimoramento do atendimento:

Os usuários sugeriram que a melhora dos serviços deve estar associada a mais informações sobre comportamento auto agressivo para os próprios pacientes, familiares e população, mais treinamento da equipe e melhora no acesso aos serviços para continuidade do tratamento.

Para que a prevenção do suicídio tornasse uma política pública, foi percorrido um longo caminho de lutas e conquista até os dias atuais. A priori, considera-se a relevância de dois eventos importantes ao propiciaram marcos para o processo de Reforma Sanitária, assim como a Reforma Psiquiátrica. O primeiro ocorreu em Camboriú (SC), no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, o evento transformou-se em um debate político sobre o modelo assistencial psiquiátrico brasileiro. O segundo, no I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições com participação de líderes da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do Movimento Psiquiatria Democrática e da antipsiquiatria, como Franco Basaglia.

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com ativa e significativa participação da sociedade e contribuíram para a construção de novas políticas de saúde no país, particularmente para a construção do SUS.

Em 1988, marco histórico para a saúde brasileira, com a Constituição, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com articulação entre a gestão federal, estadual e municipal e gradualmente o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado. Que tem como princípios a universalização, integralidade, descentralização e participação popular, e seu processo de implementação inicia-se com as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Por consequência, são formadas frente a este contexto, condições para a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 1991, instituída através no Ministério da Saúde.

Em 2001, a Lei nº 10.216 conhecida como Paulo Delgado, regulamentou os direitos da pessoa com transtornos mentais e preconizou o modelo assistencial em saúde mental. Em 2002, a Portaria nº 336/ GM foi promulgada e regulamentados serviços de atenção psicossocial, quando foi abandonada a sigla Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e os serviços substitutivos passaram a ser chamados de CAPS, subdivididos em três categorias; CAPS I, CAPS II, CAPS II-I, CAPS II-AD CAPS III. Foi instituído o programa De Volta para Casa pela lei 10.708, de 31 de julho de 2003 que conta com cerca de três mil participantes. A atenção psicossocial é um importante fator de prevenção do suicídio, segundo o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil (2017), apontou que nos locais onde existem Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), o risco de suicídio reduz em até 14%.

Em 2005, a portaria GM Nº 2.542 instituiu o “grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio”. No ano seguinte a portaria GM Nº 1.876/06 institui Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, no I Seminário Nacional de Prevenção de Suicídio que estabeleceu entre outros, cuidados de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, acrescenta-se ainda, que:

Diante o crescente índice, as tentativas de suicídio tornaram um grande problema de saúde pública e passou a ser notificado no âmbito municipal, posteriormente nas esferas de gestão do SUS estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS, conforme a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014. Ainda no mesmo ano, a campanha de Setembro Amarelo foi criada pela Associação Internacional de Prevenção do Suicídio e que foi instituída na agenda nacional do Ministério da Saúde.

Enfatiza-se a importância do órgão sem fins lucrativo Centro de Valorização da Vida (CVV) do terceiro setor, no atendimento a pessoas com

intenção de suicídio e contabilização de números, o qual funciona desde 1962. No ano de 2017, realizaram mais de dois milhões de atendimentos em 23 estados mais o Distrito Federal. Esses contatos ocorram pelo telefone 188 (24 horas), que não possui custo de ligação no Brasil, pessoalmente (nos 72 postos de atendimento) ou pelo site www.cvv.org.br via chat, VoIP (Skype) e e-mail.

Em junho de 2018, foi realizado um convênio entre o Ministério da Saúde e a entidade, e inserido de um sistema de PABX Virtual em todo o Brasil, o sistema possibilita o encaminhamento das chamadas para um voluntário que esteja acessível em qualquer parte do país, antes os telefonemas eram realizados apenas para a região.

2.2 Infância e Adolescência: um período de transição e amadurecimento

A infância é o período importante no desenvolvimento humano, é nela que se inicia o processo de aprendizagem e educação, uma série de antecipações da vida adulta, porém, protegida e auxiliada pelos adultos. É a fase que antecede a puberdade, e tem várias características específicas.

Durante este processo, a família tem um papel importante sendo um espelho influenciador, como comportamentos, valores, costumes, linguagens, atitudes, hábitos, para transformá-las em seres humanos capaz de relacionar em meio físico e social, e com isso responder às demandas de adaptação ao mundo. Porém, existem diversos tipos de seio familiar que podem atrapalhar este desenvolvimento.

Assim com a família, a escola tem a sua importância nesta fase, visto que a criança passa a maior parte de sua vida e começa a interagir com um novo ciclo de pessoas. É neste período que aprende a socialização, a diferença existente entre pessoas, conhece novas culturas e começam a aderir às regras da sociedade para o comportamento moral.

Entretanto, é na escola também que ocorre o desenvolvimento do preconceito, do *bullying*, *cyberbullying*, a exclusão, portanto, é neste momento que a família e a escola devem estar unidas para interceder neste problema, que pode se tomar maior proporção na adolescência.

A adolescência é o período de transição da infância para a vida adulta, De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), este período consiste entre

10 a 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 a 24 anos. No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 1990, considera a adolescência a faixa etária de 12 a 18 anos. (EISENSTEIN, 2005).

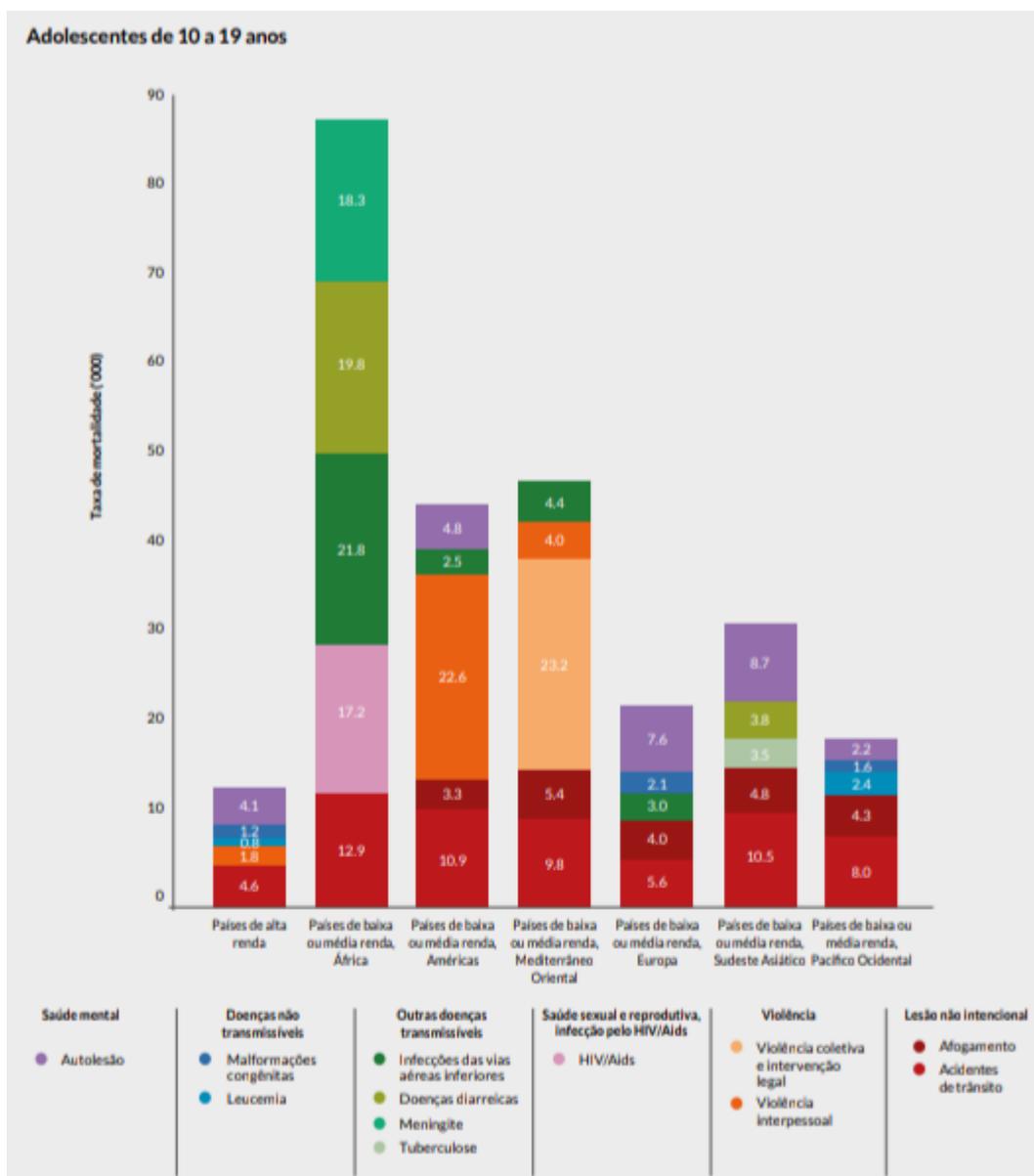
Neste período de transição ocorre a transformação social, comportamental e psicológica, com isso, o surgimento do *bullying*, a pressão da aceitação social, a descoberta da sexualidade. Trata-se do amadurecimento do sujeito, assumindo mais responsabilidades, tornando-se autônomo em suas escolhas, existe a necessidade de ser ouvido pela sociedade.

Os padrões criados pela sociedade neste período deixam os adolescentes frustrados, sente a necessidade de ser incluído neste meio. Há o surgimento de diversos grupos sociais, de diferentes classes sociais, com a busca de sua identidade. Durante este processo existem conflitos sociais, culturais, os quais impulsionam a exclusão dos grupos os quais os adolescentes fazem parte.

As redes sociais são de grande influência neste período, mostram vidas “perfeitas”, construindo uma autoimagem baseada nas opiniões alheias. Além da disseminação de jogos, como Baleia Azul, que tem sua finalidade, estimularem o suicídio dos jogadores. Essas questões podem desencadear problemas emocionais e comportamentais, como depressão, transtorno bipolar, síndrome do pânico e até o suicídio. Diante do aumento de casos de tentativas suicídios e suicídio, representando 7,3% da taxa de morte em jovens, esse evento constitui uma das 05 principais causas de morte na adolescência, tornando-se um problema de saúde pública.

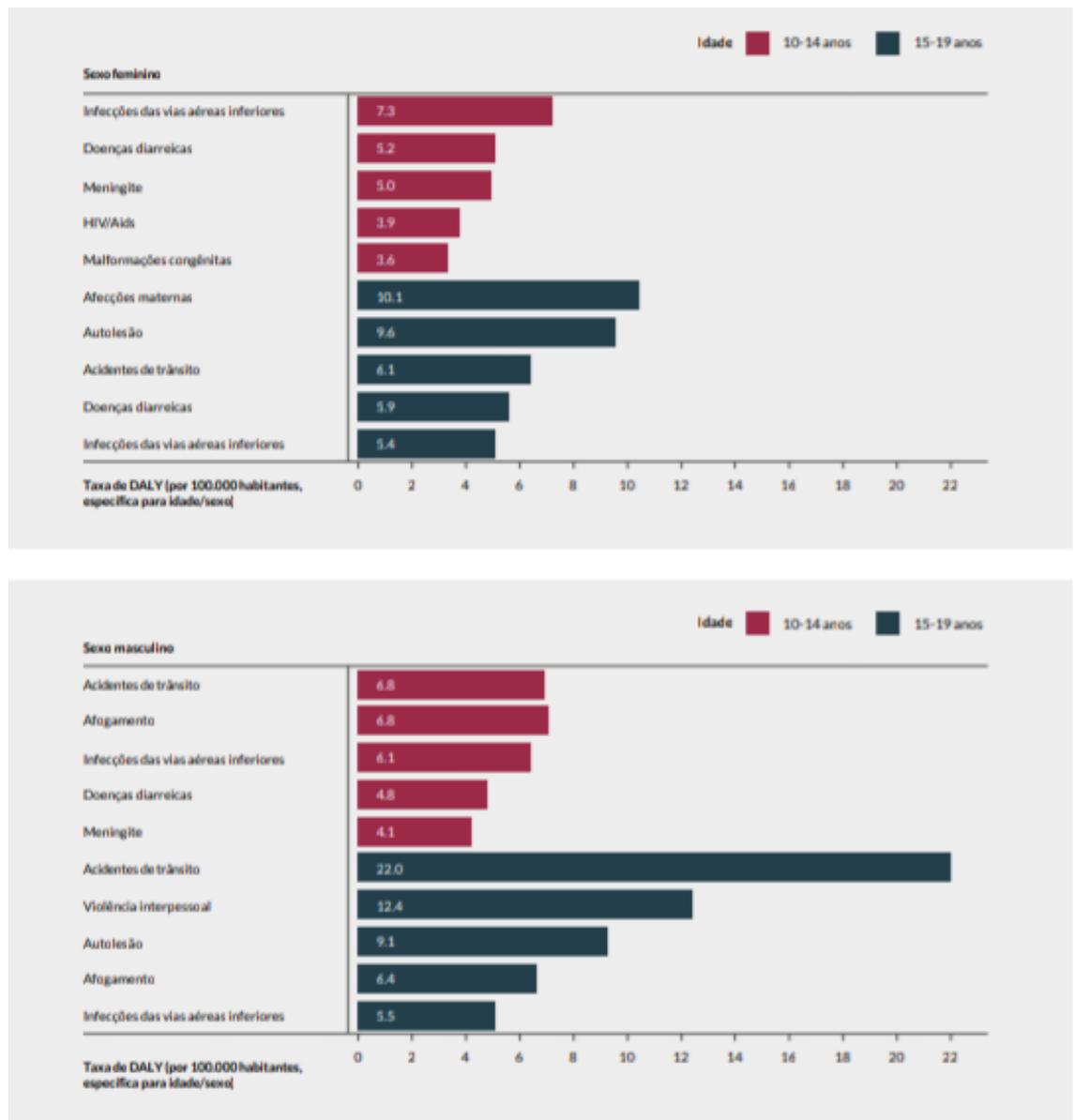
Muitas das doenças elencadas na figura nº 12, são devido à vivência em ambientes inadequados como, a ausência de saneamento básico, água não tratada, falta de uma alimentação balanceada, acesso a substâncias psicoativas e armas, acidentes de trânsito, muitas vezes ocorridas por uso de álcool.

Figura nº 09: Estimativa das cinco principais causas de mortes na adolescência por regiões da OMS, 2015.



Fonte: Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA), Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países.

Figura nº 10: Estimativa das cinco principais causas de morte na adolescência por sexo e idade, 2015.



Fonte: Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA), Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países.

Alguns adolescentes podem sofrer o abuso sexual, que é um fenômeno complexo que atinge o mundo de forma contundente, seu termo é utilizado de forma ampla para categorizar, ato, exploração, relação heterossexual ou homossexual de crianças e adolescentes por um adulto, adolescente ou uma criança mais velha, que haja visando o prazer, pelo uso do poder.

As consequências podem ser físicas e/ou psicológicas, como doenças sexualmente transmissíveis, lesões genitais, hematomas, gestação, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, afetivos e amorosos, distúrbios alimentares, uso de drogas, prostituição, dificuldades de adaptação e sono, entre outros. Estes podem surgir a curto e longo prazo, com isso é importante reconhecer as fases para poder distinguir possíveis maus-tratos. Conforme a Cartilha de Orientações para o Combate ao Abuso Sexual Contra Crianças e Adolescentes, da Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude (2006, p. 10) acentua que:

O abuso sexual infantil pode ser um fator de risco para distúrbios emocionais mais graves. Convém lembrar, entretanto, que um número considerável de vítimas não apresenta sintomas. A presença isolada de indicadores não é suficiente para a interpretação de abuso sexual.

Ao constatar a situação de abuso, deve-se encaminhar a vítima a delegacia e comunicar ao Conselho Tutelar, visto que a legislação preconiza a penalização para os que praticam, e também para os que o omitem. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 em seu artigo 5º dispõe que:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Em 1990, no Brasil entrou em vigor a Lei Federal Nº 8.069 no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), um importante fator de proteção, que vem para modificar a visão dos direitos fundamentais da criança e do adolescente. O preceito solicita o compromisso do Estado para com a família e sociedade civil, para garantir a efetivação dos direitos fundamentais da criança e do adolescente Conforme o artigo 4º do ECA,

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Esses aspectos são essenciais para a formação física, mental e social do referido público, entretanto embora garantidos por uma legislação moderna e bem elaborada como o ECA, é um processo árduo para garantir total compromisso do Estado e sociedade civil, mesmo diante de diversas notificações.

O fortalecimento da família da criança e do adolescente tem um importante papel para o desenvolvimento das mesmas, como propulsoras da inclusão na sociedade. É por meio da família, que a criança adquire comportamentos, habilidades e valores de sua determinada cultura, experiências e vivências. No que tange ao que a família deve proporcionar, devem ser apropriadas para a idade, um ambiente tranquilo e respeitoso com a autonomia destas, bem como o entendimento de normas, que possibilita assim um melhor desempenho social.

No que concerne à família como espaço privilegiado para a convivência social, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) motivaram-se a criar o Plano Nacional de Promoção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à convivência familiar (PNCFC) e comunitária publicado em 2006, que dispõe que a família,

Está em constante transformação e evolução a partir da relação recíproca de influências e trocas que estabelece com o contexto. As mudanças nas configurações familiares estão diretamente relacionadas ao avanço científico e tecnológico bem como às alterações vividas no contexto político, jurídico, econômico, cultural e social no qual a família está inserida. (PNCFC, 2006, p.29)

Conforme as mudanças das famílias no decorrer dos anos, pode-se entender que nem todas possuem um fortalecimento e potencialidades, a partir desse entendimento é necessária à ação de políticas sócio familiar para auxiliar no desenvolvimento e inserção em novos espaços, que contribuirá para uma qualidade melhor de vida. Ao que dispõe sobre,

Os espaços e as instituições sociais são, portanto, mediadores das relações que as crianças e os adolescentes estabelecem, contribuindo para a construção de relações afetivas e de suas identidades individual e coletiva. (PNCFC,2006, p.32).

É a partir dessa reflexão, que se sustenta a necessidade para a redução de tentativas de suicídio nessa faixa etária, tendo em vista que a educação, o cuidado à saúde e desmistificação de preconceitos e tabus, deve ser compartilhada nesta rede social, como importante fator de transformação.

CAPÍTULO III – Metodologia

A pesquisa teve caráter exploratório descritiva, tendo como objetivo dar maior familiaridade ao tema, uma vez que, [...] tem por objetivo estudar as particularidades de um grupo: sua classificação por idade, sexo, procedência, município de residência, incidência, reincidência, nível de escolaridade [...], ao mesmo tempo em que se aproxima do tipo exploratório, uma vez que visa apreender, tornar claro e amplo o conhecimento obtido no processo de estudo, “[...] como objetivo principal o aprimoramento de ideias [...].” (GIL, 2010, p. 41).

Tem o objetivo de proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, [...] e também na descrição das características de determinada população. (GIL, 2010, p.27)

Além disso, foi realizada a *pesquisa documental* através de consultas em leis e portarias. É considerada uma pesquisa qualitativo-quantitativa por analisarmos a causa e consequência do problema através da perspectiva do contexto social e seus números. Minayo (2001, p.21) conclui que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Ao mencionar a pesquisa bibliográfica, fundamenta-se a análise qualitativa de dados. Durante o processo de pesquisa foram utilizadas palavras-chave, como: suicídio, tentativa de suicídio, com objetivo de encontrar livros, artigos científicos, cartilhas que abrangem esta temática. Na base dessas ideias, Gil (2002, p.89), argumenta que há três fases:

A primeira é a pré-análise, onde se procede à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para a análise. A segunda é a exploração do material, que envolve a escolha das unidades, a enumeração e a classificação. A terceira etapa, por fim, é constituída pelo tratamento, inferência e interpretação dos dados.

Para obtenção dos elementos que subsidiaram esse estudo foi realizado a pesquisa de literaturas que retratavam o tema em discussão, porém a literatura é escassa, o que dificultava o melhor entendimento do objeto de estudo. Em relação à obtenção de dados, existiu uma dificuldade na busca dos sistemas de

notificação, devido aos sistemas como, DATASUS estarem desatualizados, sobrecarregados ou não forneciam dados suficientes para o embasamento deste projeto. Os dados utilizados nesta pesquisa foram obtidos na Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN).

Em relação ao universo da pesquisa, foi constituído por o público infanto-juvenil que foi atendido por alguma unidade de atendimento no decorrer dos anos de 2015 a 2017, tendo em vista obter dados mais atualizados. Assim, foi utilizado o banco de dados em sua totalidade, com 55 notificações.

Ao concluir todas as fases da tabulação e análise, os resultados mostraram que há registros significativos de Ignorados e em Brancos, comprometendo aos números reais de tentativas de suicídio, devido ao não preenchimento de itens importantes da ficha de notificação, essas limitações impedem possibilidades de implantação e execução de projeto de intervenção para reversão do quadro.

3.1 Justificativa

Apresentar para o centro das discussões as tentativas de suicídio no público infanto-juvenil e mostrar como ele pode vir a impactar diretamente a maneira como os indivíduos vivem sua cultura, anseios, medos e situações exógenas que, podem ser passos decisivos para a sua formação, como violência intra e extrafamiliar, bem como o uso de agrotóxicos em longo prazo. Discutir as consequências das tentativas de suicídio e suas relações com idade, sexo, abuso sexual, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, agentes, dias da semana, entre outros.

Com isso, a apreensão de produzir medidas que possam solucionar/amenizar essa situação, principalmente os governantes, que devem buscar recursos para implantação de políticas e com isso a população pode beneficiar-se da redução dos níveis de tentativas de suicídio neste público, corroborando para o desenvolvimento social, educacional, familiar e posteriormente profissional desses indivíduos.

Por outro lado, não dar ênfase a esse tema pode ser prejudicial, pois, além de questões humanas como a saúde mental da vida de quem tenta e dos seus familiares pode seguir gerações. É necessário ainda, perceber os custos que essas pessoas podem acarretar em várias políticas sociais e serviços de saúde, com isso é importante ir além da imediatividade e tratar a questão mais a fundo, articulando e fortalecendo as redes quando necessário e estendendo políticas de prevenção para muitos âmbitos.

3.2 Objetivos

Segundo Lakatos e Marconi (2001, p. 102), “o objetivo geral está ligado a uma visão global e abrangente do tema, relacionando-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenômenos e eventos, quer das ideias estudadas”. Leite (2004), por sua vez, afirma que objetivo geral é o que se pretende alcançar. Refere-se a uma visão global e abrangente do problema. Tendo como objetivo geral analisar a perspectiva da tentativa de suicídio infanto-juvenil e sua influência na saúde pública. Pois, trata-se de uma faixa etária com maiores chances de tentativas de suicídio porque desencadeia desde a infância e pode permanecer até a fase adulta, quando não tratada. Pode ser um segmento populacional que vivencia uma situação de pobreza e transtorno mental. Isso resulta numa adaptação às precárias condições de vida que possuem.

Severino (2002) diz que nos objetivos o autor expõe quais os resultados que o trabalho visa atingir relacionados com a contribuição que pretende trazer. São as metas que serão estabelecidas para que possamos alcançar nosso propósito no decorrer de nossa pesquisa, o mesmo surge da análise de nossos problemas, nos propiciando assim criar metas que sejam cumpridas no desenvolvimento de nosso trabalho. Como objetivos específicos foram delineados: mapear as bases teóricas que abordam sobre o tema Tentativa de suicídio de crianças e adolescentes; Identificar e analisar o quantitativo dos sujeitos que cometeram tentativas de suicídio; Explicitar os diversos fatores que levam a tentativa de suicídio e suicídio. Como afirma Minayo (2001, p.17), a pesquisa é uma:

[...] atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza

frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula o pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido em primeiro lugar, um problema da vida prática.

3.3 Método

O método utilizado na monografia foi orientado pelo materialismo histórico dialético, que subsidiou na análise dos dados, partindo do pressuposto de investigação, para não precipitar-se ao senso comum. Segundo Tonet (2016), a teoria para Marx é o real reproduzido e interpretado teleologicamente. O pesquisador que se baseia neste método deve ultrapassar a aparência fenomênica e imediata do objeto e que para averiguar é preciso estar atento em sua totalidade, para assim produzir o conhecimento em sua essência. Para conhecer um objeto concreto, faz-se necessário conhecer suas várias determinações, envolvendo a universalidade, singularidade e particularidade. (NETTO, 2011, p. 45). Ao que cerne a totalidade, Netto (2011, p.57) expõe que:

A totalidade concreta e articulada que é a sociedade burguesa é uma totalidade dinâmica- seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica. Sem as Contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, mortas- e o que a análise registra é precisamente a sua contínua transformação.

A tentativa de suicídio e o ato consumado é fruto de um fator social, muitas vezes exógena ao indivíduo, não necessariamente de forma explícita, mas em pequenos momentos, como intenções e ações em diversas áreas que se articulam e afetam a todos, principalmente daqueles que não possui um nível considerável de conhecimento para desmistificar certos conceitos e agir diferente do que é induzido. Essa interligação, se expressa de forma sutil e que formam a totalidade da nossa sociedade capitalista, onde o lucro sobressai à saúde, bem estar e a integralidade humana.

3.4 Hipóteses

Hipótese 01-A taxa de tentativa de suicídio é mais predominante na capital, do que nos interiores tendo em vista a influência dos aspectos socioculturais?

Hipótese 02-O sexo feminino realiza mais tentativas de suicídio em Sergipe em função da expectativa em relação ao padrão de comportamento vigente para as mulheres?

Capítulo IV - Resultados

4.4 Perfil do Público Infanto-Juvenil em Tentativa de Suicídio

Os sujeitos da pesquisa foram em sua maioria do sexo feminino (16,81%). A faixa etária em média de 18 anos com (31%), os Pardos (52,7%), a ocupação em sua maioria eram de estudantes (41,8%) e apenas (6,6%) concluíram o ensino médio. Residentes em maior parte de Aracaju, no ano de 2017 (63%). Quanto à situação conjugal (74,5%) eram solteiros. A residência foi o local mais recorrente com (60%), acentua-se ainda a reincidência com (21,8%). Os agentes utilizadas com destaque para envenenamento/intoxicação (59,5%). Encaminhamentos de (32,9%) Conselho Tutelar e (45,8%) para a Rede de Saúde. O dia da semana mais frequente foi à sexta-feira com (27,2%) e o abuso sexual teve um número de (3,7%).

O agravo/doenças é violência interpessoal/autoprovocada, CID 10, Y 09 agressão por meios não especificados. Os resultados das apreciações estão expostos nos gráficos a seguir, que foram divididos em duas categorias as quais dizem respeito aos dois momentos que compuseram a análise, respectivamente. Para a obtenção das informações foram utilizadas, algumas variáveis no primeiro momento como: municípios sergipanos de procedência, sexo, raça/cor, escolaridade, idade, local de tentativa, se são reincidentes, situação conjugal, se possui alguma deficiência/ transtorno e se estava em gestação ou se ainda sofreu violência sexual. Em um segundo momentos foram analisados os agentes utilizados durante as tentativas. Em 2015, teve um caso de um bebê de 03 meses, constatamos a possibilidade de ter sido erro de notificação, esse registro foi descartado.

De acordo com os dados obtidos, (74,5%) do público infanto-juvenil que tentaram suicídio são do sexo feminino e com percentual de (25,5%) o sexo masculino, conforme o gráfico nº 01. Estes dados se assemelham ao resultado obtido na literatura de VIDAL e GONTIJO (2013), que demonstrou uma elevação no percentual do sexo feminino (68,3%), em relação ao sexo masculino (51,7%), os quais usam medidas mais letais.

Para as análises de dados em que as mulheres são predominantes nas tentativas de suicídio é importante considerar as diferenças de gênero

historicamente vivenciado em nossa sociedade, a partir de valores arraigados culturalmente em mídias, família, escola e sociedade, que determinam o seu papel, como influências em sua sexualidade, corpo e idealização de um amor perfeito e único. As mulheres são atribuídas o papel de cuidar dos filhos e da casa, sob a educação social e doméstica de que precisam de proteção de um parceiro. Segundo Beauvoir (1967) sobre a formação da mulher em sua infância:

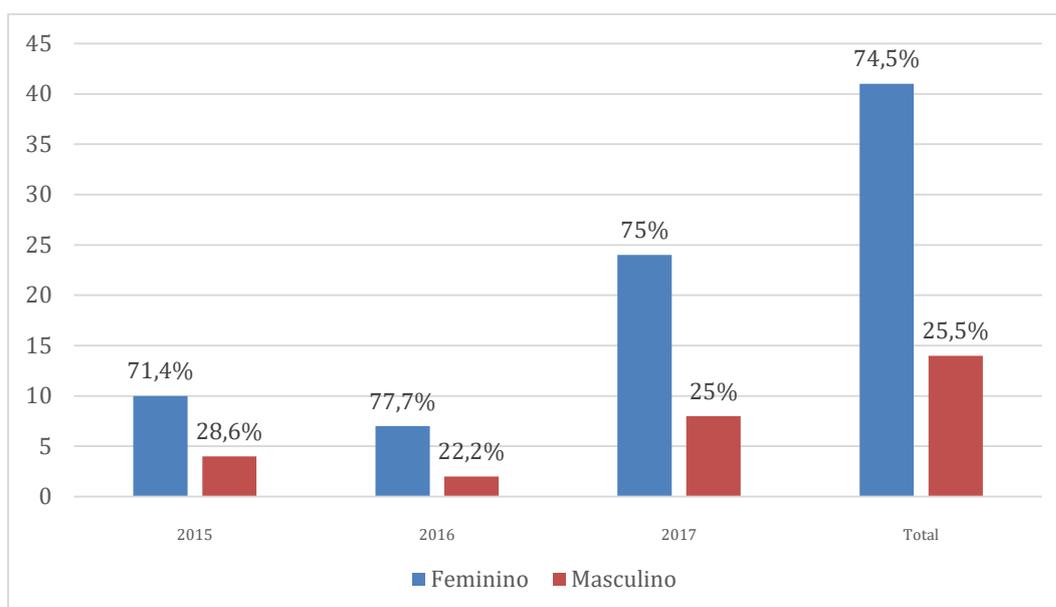
Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino.

A personificação da efetividade e amorosidade no sexo feminino permanecem no seio da sociedade de forma sutil e contundente. Assim é possível perceber que como as formas que ambos os sexos são educados e socializados influenciam em possíveis métodos e tentativas, no caso do sexo feminino menos efetivo, que como percebido na literatura (SEADE, 2016), o grande número perdurasse até a fase adulta.

Nos casos masculinos, devido ao papel atribuído de que devem ter acesso a agentes letais para revelar a sua masculinidade desde cedo, como influências em brinquedos, a exemplo de armas, torna-se segundo a literatura (SEADE, 2016) supracitada um número de tentativas de suicídio menor em relação ao número de suicídios, devido a essa preponderância, as tentativas podem ser letais, já que os instrumentos podem ser mais efetivos e violentos. Além de relações competitivas, há a necessidade criada socialmente de que devem possuir um trabalho desde o início de sua juventude para garantir o seu sustento e a preparar-se a ser chefe de família. Entretanto, ao chegar nessa fase podem se deparar com frustrações do mercado de trabalho, formal ou informal, além do desemprego.

É importante ressaltar, que em ambos os sexos nesta faixa etária, há certa dificuldade de entender e trabalhar questões interpessoais, o *bullying*, desempenho escolar e relacionamentos amorosos, principalmente em famílias com uma dinâmica mais fechada e a classes sociais mais baixas, que muitas atividades de adultos, acabam sendo adiantadas a essa fase.

Gráfico Nº 01: Sexo

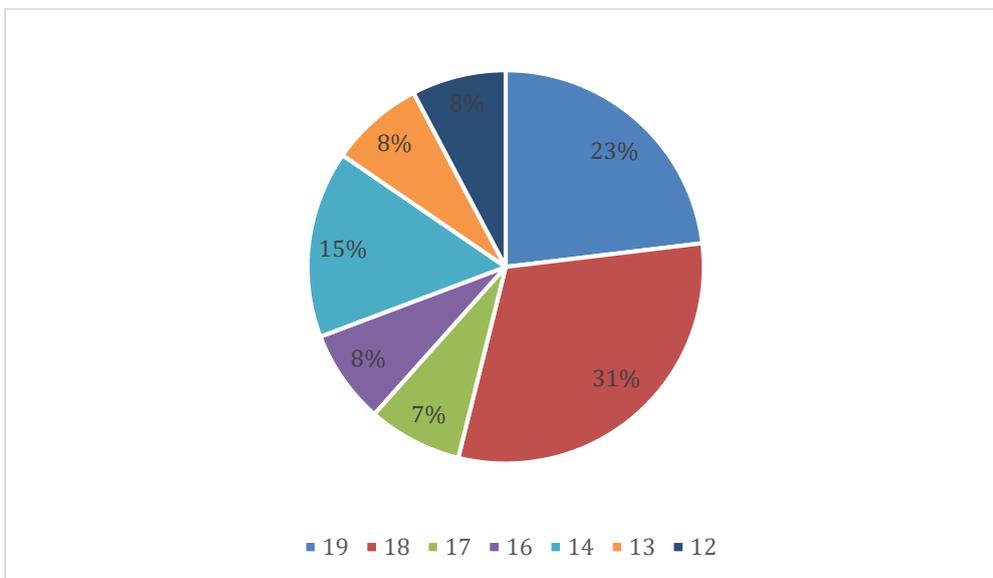


Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Em 2015, as tentativas acometeram em sua maioria 18 anos, totalizando (31%); seguido dos que possuem 19 anos (23%). (Gráfico nº 02). No ano seguinte, foram contabilizados (23%) aos 16 anos, seguido por 15 e 14 anos correspondendo (22%) dos casos, em cada. (Gráfico nº 03). O número de atendimentos em 2017, a idade de 16 e 18 anos equivale (16%) dos casos em ambos, com o maior número de tentativas aos 15 anos chegando a (19%) dos atendimentos. (Gráfico nº 04).

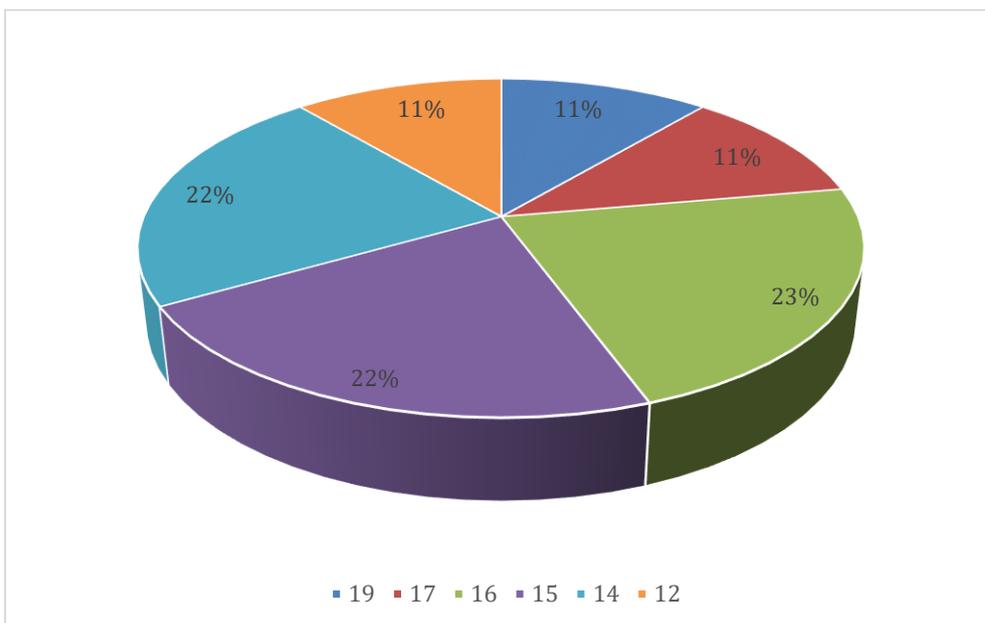
Os resultados confirmam o que há na literatura nacional, a faixa etária que apresenta um maior número de suicídio é de 15 a 29 anos (Mapa da Violência 2014- Os Jovens do Brasil), período marcado muitas vezes por *bullying*, assédio/violência sexual, aspectos físicos e estéticos, cobranças e de início de independência. Dentre outros fatores está a ausência do diagnóstico dos transtornos graves.

Gráfico Nº 02: Idade em 2015



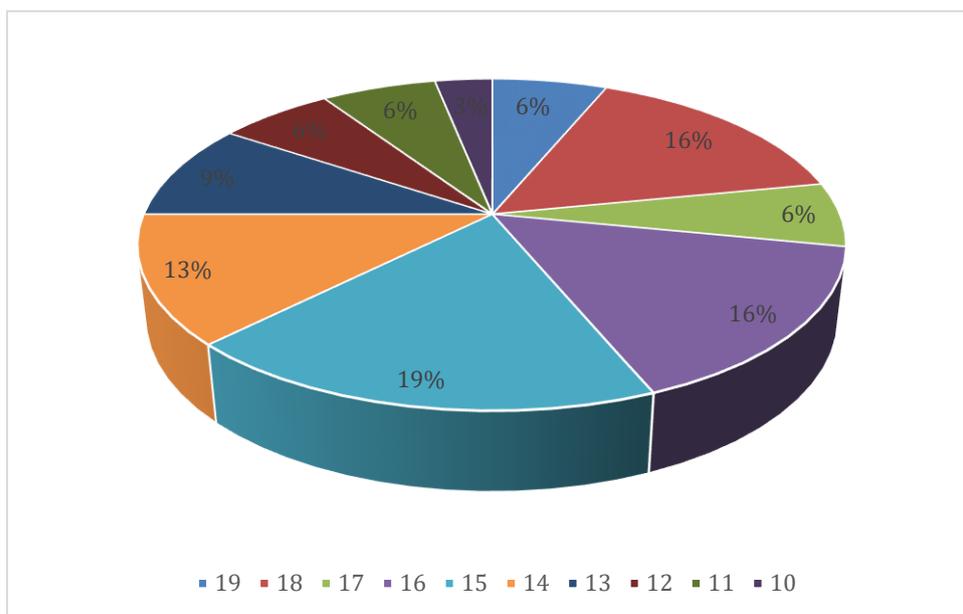
Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Gráfico Nº 03: Idade em 2016



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Gráfico Nº 04: Idade em 2017

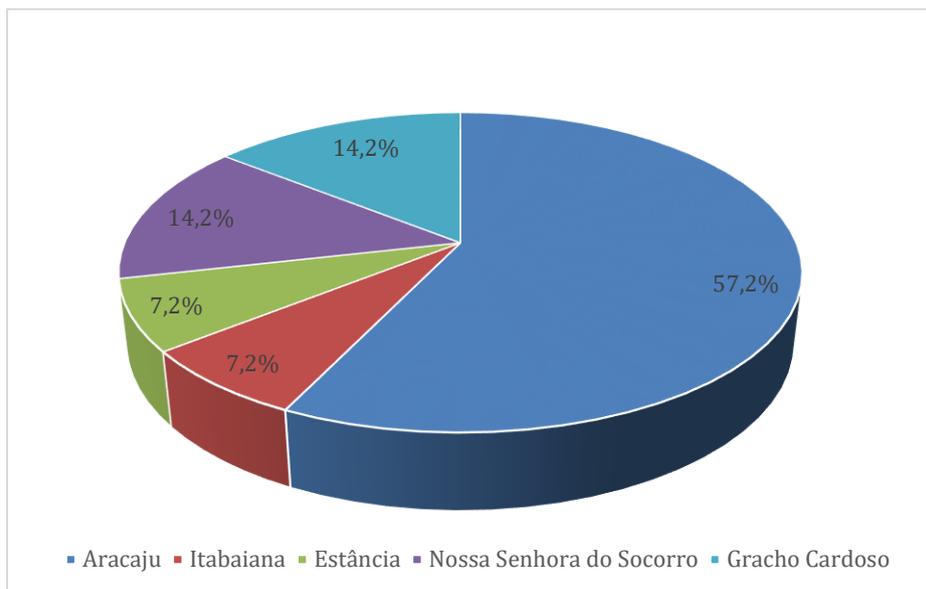


Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Verifica-se que (57,2%) do público Infanto-Juvenil são residentes de Aracaju, (14,2%) de Nossa Senhora do Socorro, seguido de Gracho Cardoso com (14,2%) e similaridade nos municípios de Estância e Itabaiana (7,2%). Em relação às taxas de prevalência¹, a ordem é a mesma nos três primeiros municípios, respectivamente 1,32%, 1,09% e 0,34%. Nas duas últimas, Estância lidera, com uma taxa de 0,14% e Itabaiana com 0,10%. (Gráfico nº 05).

¹Refere-se ao número total de indivíduos que tentaram suicídio durante os anos de 2015, 2016 e 2017, dividido pela população dos municípios citados no mesmo período de tempo.

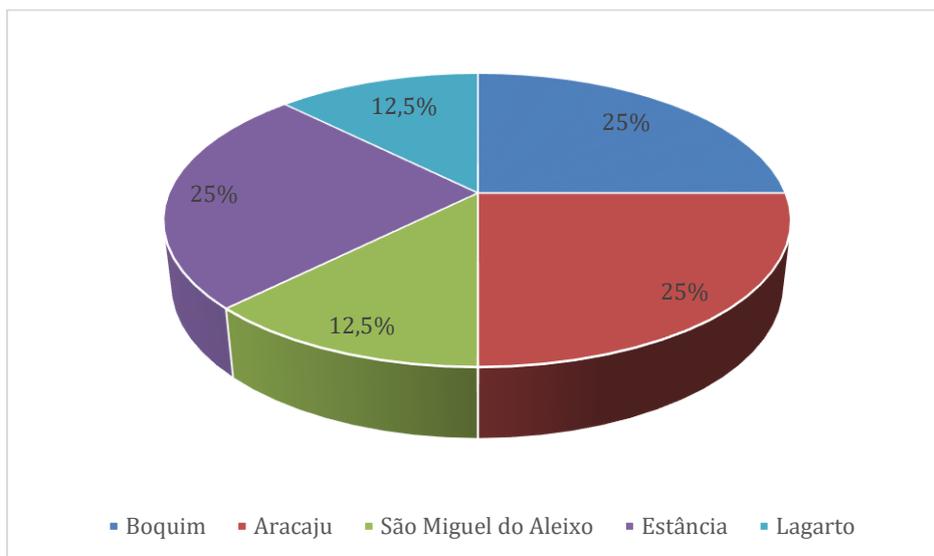
Gráfico Nº 05: Município de Residência em 2015



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Percebe-se que, os municípios de Boquim, Estância e Aracaju, somam 75 % do público Infante-Juvenil, em partes iguais, entretanto se analisarmos a taxa populacional pelo número de casos, o município de Boquim fica a frente com 0,39% por ter um número populacional abaixo de Aracaju, com a taxa de 0,33% e de Estância com 0,28%. Em seguida Lagarto com 12,5% de predominância nas tentativas de suicídio do público supracitado e uma taxa de 0,96% e por fim o município de São Miguel do Aleixo com (12,5%) de TS, porém em termos populacionais apresenta uma grande taxa, no valor de 2,54%. (Gráfico nº 6).

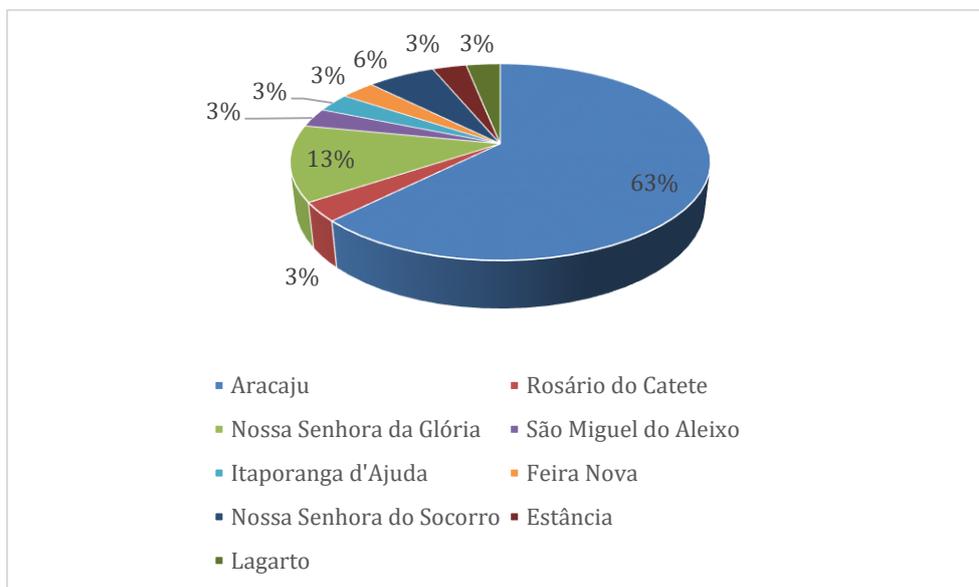
Gráfico Nº 06: Município de Residência em 2016



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Em 2017, Aracaju lidera não apenas em números absolutos, como também em taxa populacional, a primeira com (20,63%) e a segunda com 3,30%. Na análise por taxas, os municípios em ordem decrescente são: Nossa Senhora da Glória e Nossa Senhora do Socorro, ambas com a taxa de 1,09%. Lagarto com 0,96%, Rosário do Catete com 0,93%, Feira Nova com 0,45%, Itaporanga d' Ajuda com 0,29%, Estância com 0,14% e São Miguel do Aleixo com a menor taxa de 0,002%.

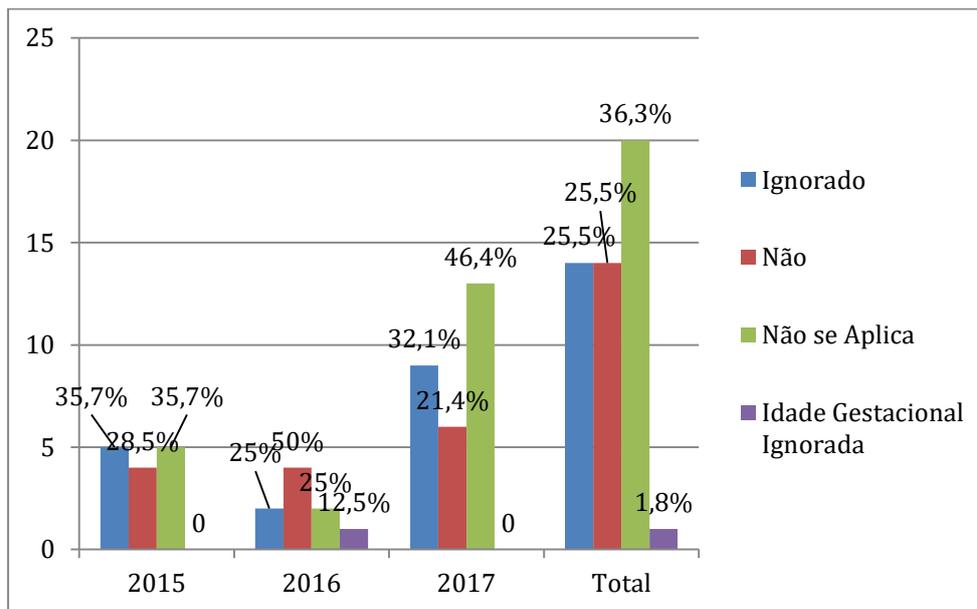
Gráfico Nº 07: Município de Residência em 2017



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Relativo à gestação tem-se que (25,5%) dos registros esse item foi preenchido como “ignorado”, o que representa uma grande lacuna já que a literatura aponta a ocorrência de gestação como um dos fatores que levam a mulher a tentar suicídio, como afirma FREITAS, G.: “Adolescentes grávidas têm características psicossociais distintas de adolescentes que nunca engravidaram” e que associadas a outras questões poderiam tornar-se fatores de risco. Com (25,5%) de negação, (36,3%) não se aplicam, porque são do sexo masculino e (1,8%) idade gestacional ignorada, menores de 10 anos.

Gráfico N ° 08: Gestante



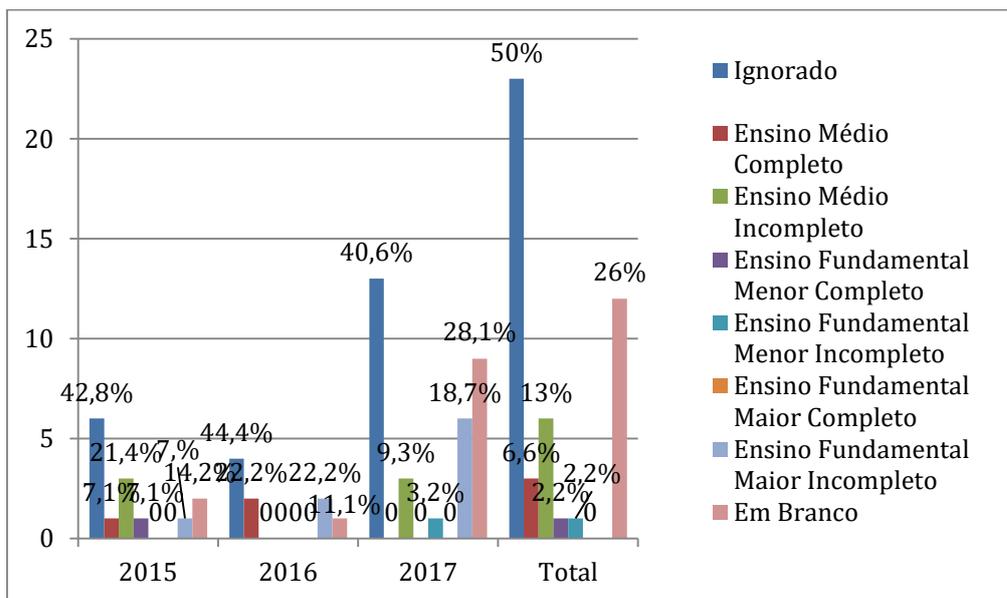
Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Em relação à escolaridade, foi identificado um percentual de (50%) ignorados, (13%) possuem o ensino médio incompleto; 6,6% concluíram o ensino médio. Observa-se que (2,2%) concluíram o ensino fundamental menor. Segundo o gráfico, (2,2 %) não completaram o ensino fundamental maior.

Entretanto, o número de ignorados é significativo em relação aos demais dados obtidos, o que demonstra uma fragilidade no preenchimento do prontuário médico, devido a diversos fatores como, falta de atenção no atendimento, o direito da família não fornecer os dados. A literatura mostra que ainda há dificuldade no atendimento e falta de preparo dos profissionais para atender as vítimas de tentativa de suicídio.

Com relação à escolaridade, esta é citada como um fator de proteção em relação ao suicídio, sendo um ato que está fortemente ligado a questões socioeconômicas. A falta de escolaridade traz prejuízos à qualidade de vida individual e familiar, sendo geradora de estresse e aumentando, dessa forma, o risco de suicídio. (VIEIRA, SANTANA, SUCHARA, p.121)

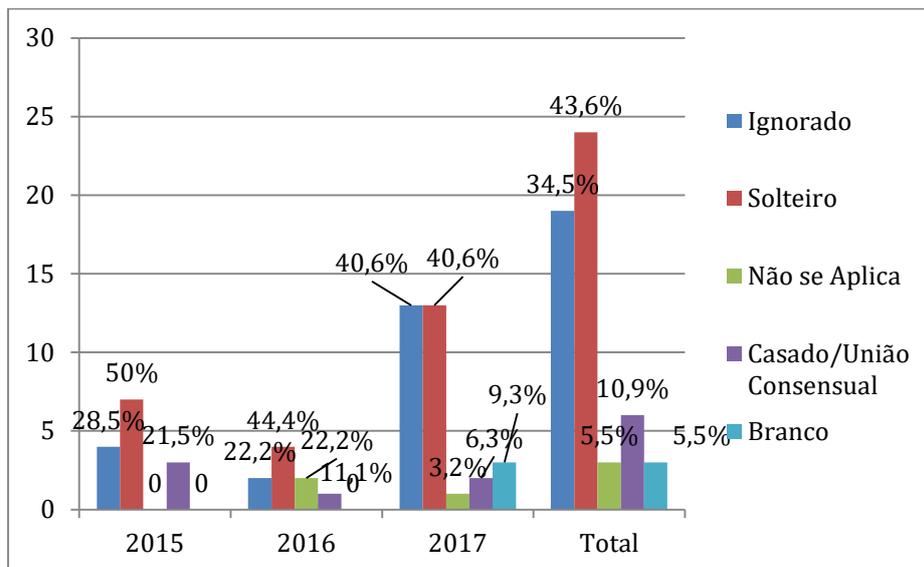
Gráfico Nº 09: Escolaridade



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Quanto à situação conjugal, foi percebido um alto índice de solteiros (43,6%), seguida de ignorados (34,5%), com (10,9%) os casados e um empate de não se aplica e em branco com (5,5%) cada. O número de solteiros é maior devido à idade de público estudado, que compreende de 0 a 19 anos.

Gráfico Nº 10: Situação Conjugal



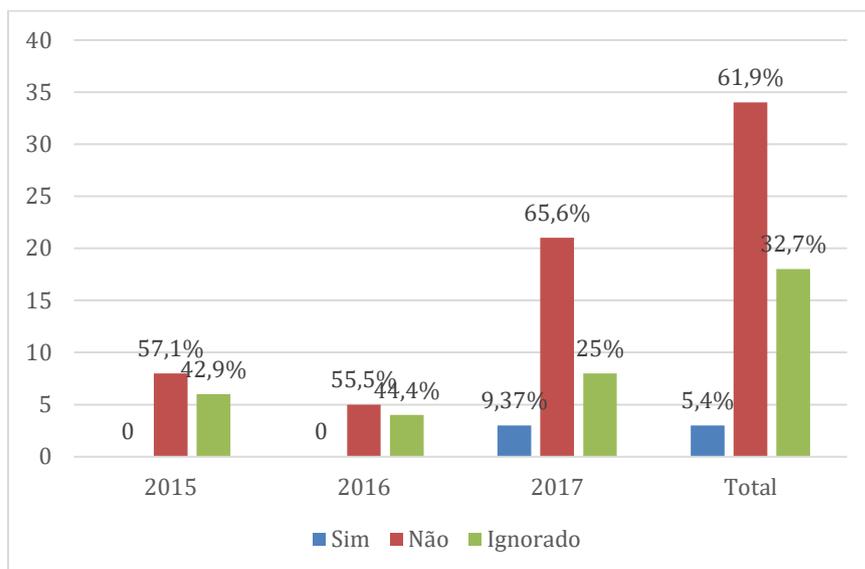
Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

A presença de algum tipo de deficiência ou transtorno foi identificada como “ignorados” (32,7%) e (5,4%) com TM ou deficiência, registrada em um total dos anos estudados (gráfico nº 11). O que difere da literatura, a qual considera a presença de transtornos mentais um fator de risco para as TS.

Segundo dados da OMS, cerca de 90% das pessoas que tentam possuem algum tipo de transtorno.

A maioria dos pacientes que cometem suicídio apresenta transtorno psiquiátrico, principalmente depressão unipolar, transtorno afetivo bipolar, transtorno por uso de drogas ou esquizofrenia. (Botti NCL, Silva AC, Pereira CCM et al. p. 1290).

Gráfico Nº 11: Deficiência/ Transtorno

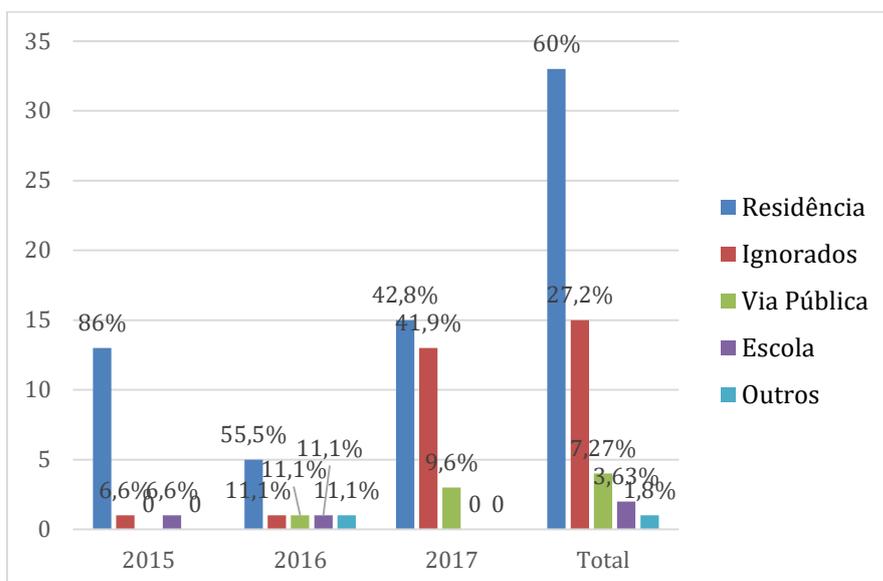


Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Observa-se um percentual bastante significativo em termos de local de ocorrência da TS, a predominância em todos os anos analisados, foi a da própria residência (60%), infere-se que as residências podem propiciar privacidade, bem como a possibilidade de acesso a agentes utilizados nas TS. O segundo percentual é de ignorados, esse é um fator que pode impossibilitar futuros investimentos em determinadas áreas. A terceira maior é a Via Pública, que pode apresentar estratégias propícias para quem possui ideação suicida. A escola pode ser um grande local de ocorrência, devido o âmbito ser propício para o desencadeamento de *bullying*, *cyberbullying*, entre outros.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90, dispõe de medidas eficazes para enfrentar essas questões, como, em seu 1º artigo, trata a criança e adolescentes como sujeitos de direitos e não somente como um ser em situação irregular perante a sociedade, ao perceber uma situação que venha ferir este público, deve-se tomar as medidas necessárias, pois o negligenciar pode trazer ou perpetuar sérios problemas.

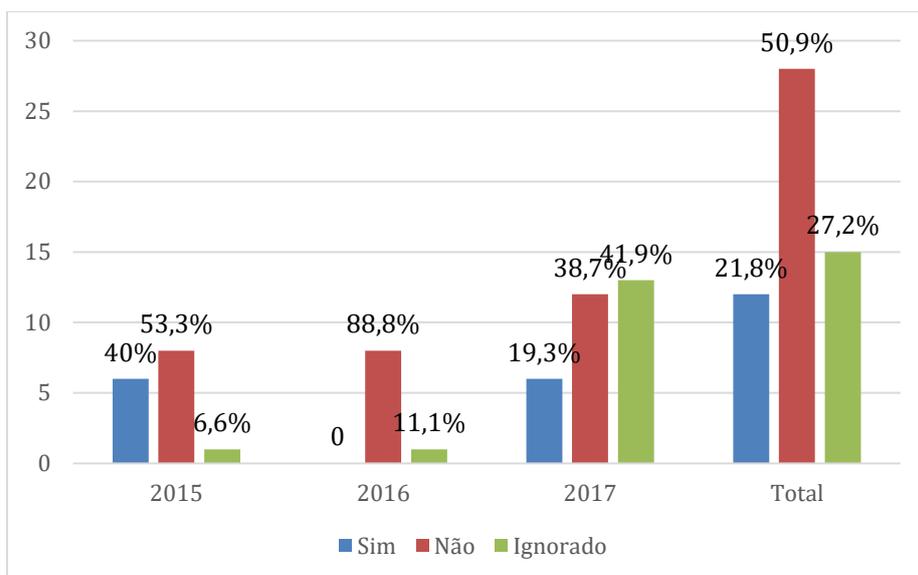
Gráfico Nº 12: Local de Ocorrência



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

A pesquisa demonstra que o número de reincidência não foi tão significativo, pois em todos os anos analisados, a variável NÃO foi maior que o SIM, o que difere da literatura científica. Existe a crença de que uma pessoa que tentou suicídio, não fará mais, entretanto, o estudo de Michael Bostwick, publicado na revista American Journal Of Psychiatry (2001), “constatou que de três meses a um ano da primeira tentativa é que se concentra a maior chance de uma segunda tentativa, e dessa vez, o pior pode acontecer”.

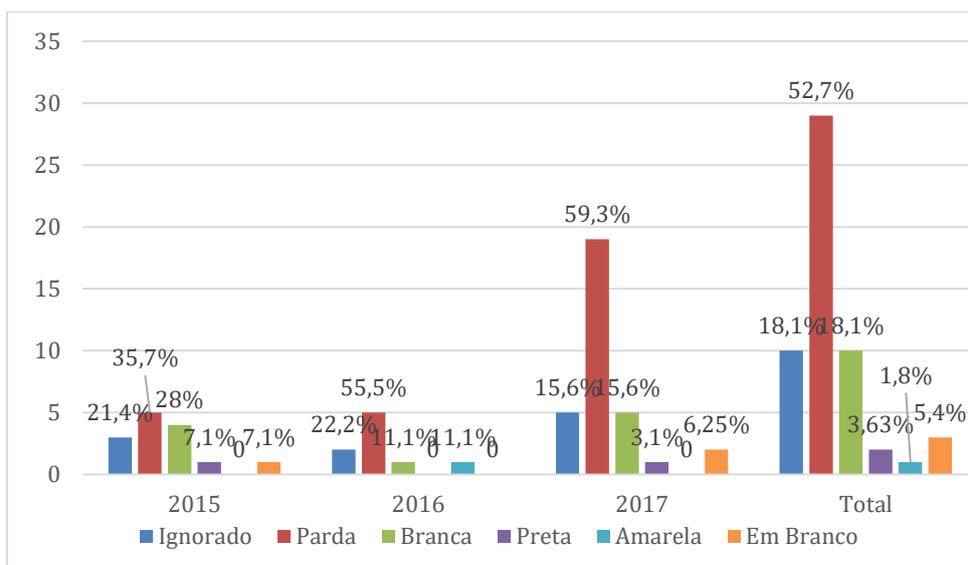
Gráfico Nº 13: Ocorreu outras vezes



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

O público infanto-juvenil de raça/cor parda lidera em todos os anos estudado, com o índice de (52,7%), seguido da raça/cor (18,1%) em um empate entre a raça/cor branca e informação ignorada, o que chama atenção para a não observação do profissional no preenchimento. A raça/cor preta com (3,63%), amarela com (1,8%) e em branco e (5,4%) de raça/cor. Segundo informações provenientes do IBGE, Censo Demográfico 2010, a predominância da raça/cor no Estado de Sergipe é a Parda com 1.278,633, seguida da branca com 573,856. A preta apresenta 183,345, a amarela 26,515 e a indígena com o menor percentual de 5.322,346 pessoas não se declararam.

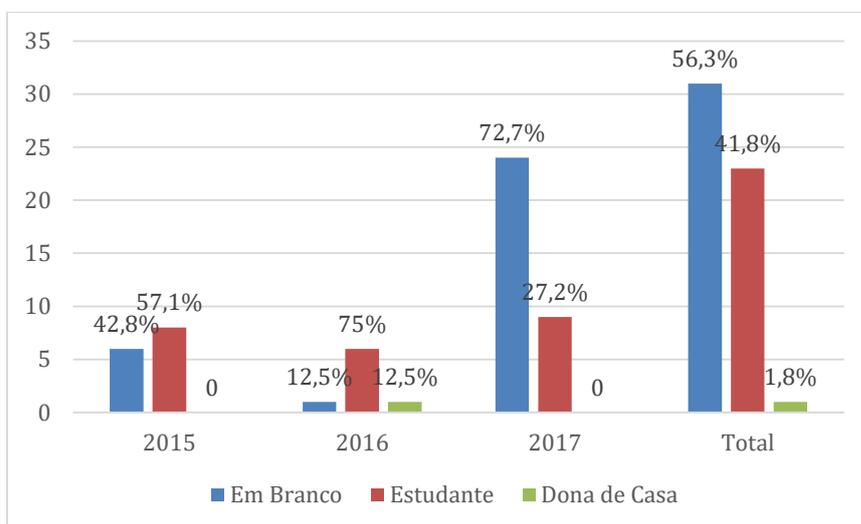
Gráfico N° 14: Raça/Cor



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

A ocupação do público estudado, em sua maioria são estudantes, sendo (57,1%), (75%), (27,2%), em 2015, 2016 e 2017, seguido por dona de casa, que apresentou em 2016 apenas (12,5%).

Gráfico N° 15: Ocupação



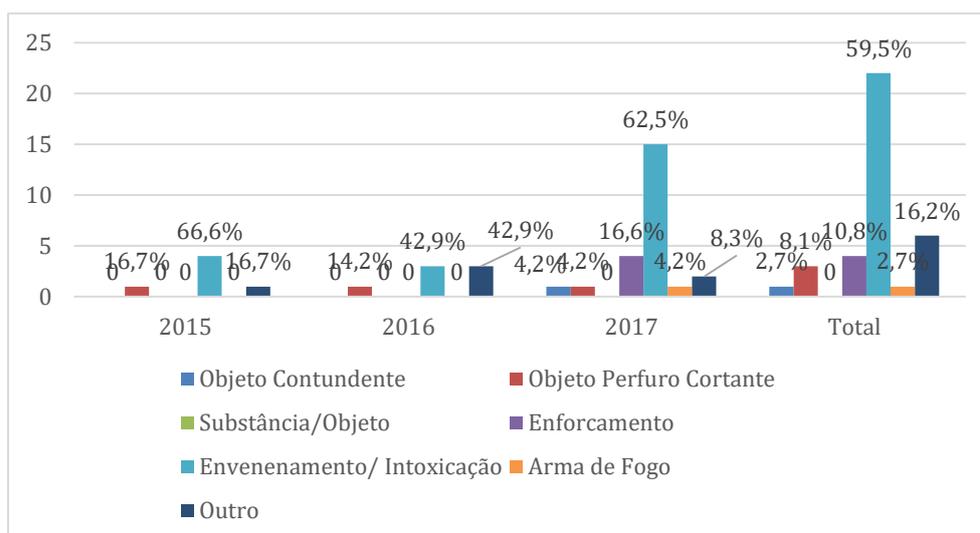
Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Os agentes utilizados para tentativa de suicídio em seu maior número foi por envenenamento/intoxicação, com (59,5%), seguido (16,2%) por outros agentes, enforcamento com (10,8%). Foram utilizados objetos perfuro cortantes

em (8,1%) dos casos. Em (2,7%) utilizaram arma de fogo e objeto contundente cada um, que pode provocar lesão ou contusão pela pressão exercida em uma parte do corpo, para tentar tirar a própria vida.

A escolha do método é influenciada, normalmente, por fatores culturais e por disponibilidade. Pode refletir também na seriedade da intenção, como a utilização de super dosagem de medicações deixa em aberto a possibilidade de socorro. Os agentes considerados mais violentos são arma de fogo e o enforcamento, porém pouco utilizado em tentativa de suicídio, pois resultam normalmente em morte. Contudo, mesmo que uma pessoa utilize um método que não seja fatal, a intenção pode ter sido tão séria quanto à de uma pessoa que utilizou um método fatal. (Clayton, P.J., online)

Gráfico Nº 16: Agentes utilizados SIM



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

A pesquisa revelou que o maior número de encaminhamentos foi realizado pela Rede de Saúde com (45,7%), que constitui a maior articuladora para com outras redes de atendimento. O Conselho Tutelar tem o segundo maior número (32,8%), através de denúncias da sociedade ou de notificações de outras redes. Seguido da Assistência Social com (14,2%), pela disponibilidade e capacidade operacional dos serviços de Assistência Social existentes nos municípios, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e

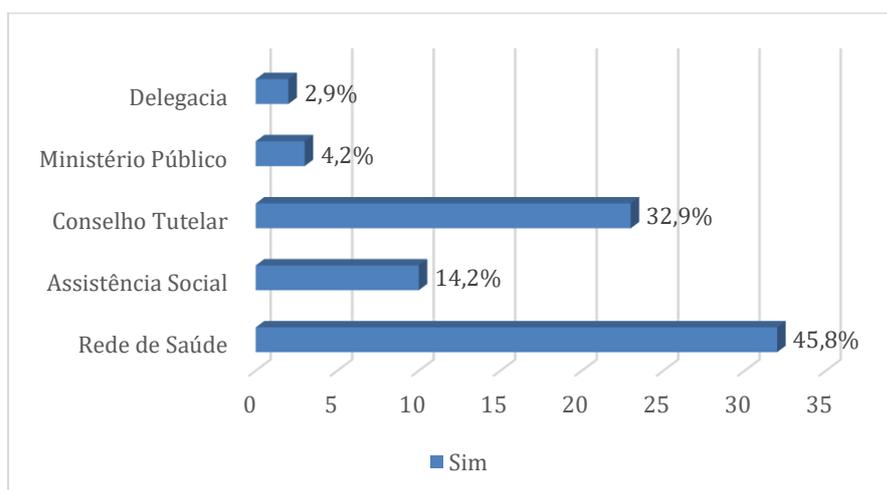
Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), visto que o usuário é um indivíduo de direitos e deve ter um tratamento integralizado.

O Ministério Público indica que (4,2%), das tentativas de suicídio são omitidas pela família, tendo em vista a dificuldade e preconceito em lidar com essa situação, e com isso acaba omitindo a ocorrência, o que pode acarretar em uma perda no futuro e por fim, as Delegacias com (2,85%), para investigar a possibilidade de fatores de violência associado. Os encaminhamentos realizados a esses setores são de extrema importância para cumprir um papel específico em diferentes setores da rede, fortalecendo, auxiliando na prevenção, na integralidade do cuidado e controle da TS e Suicídio, bem como, diminuindo a exclusão social.

É percebida a necessidade de um trabalho interdisciplinar, para que ocorram decisões coletivas e que uma área de conhecimento complementa outras, como acentua Gutierrez, B. (2014),

A interdisciplinaridade, somada à articulação com a rede de serviços disponíveis no território, trazem bons indicativos para a oferta de um cuidado integral às pessoas que tentam suicídio.

Gráfico Nº 17: Encaminhamentos em 2015, 2016 e 2017



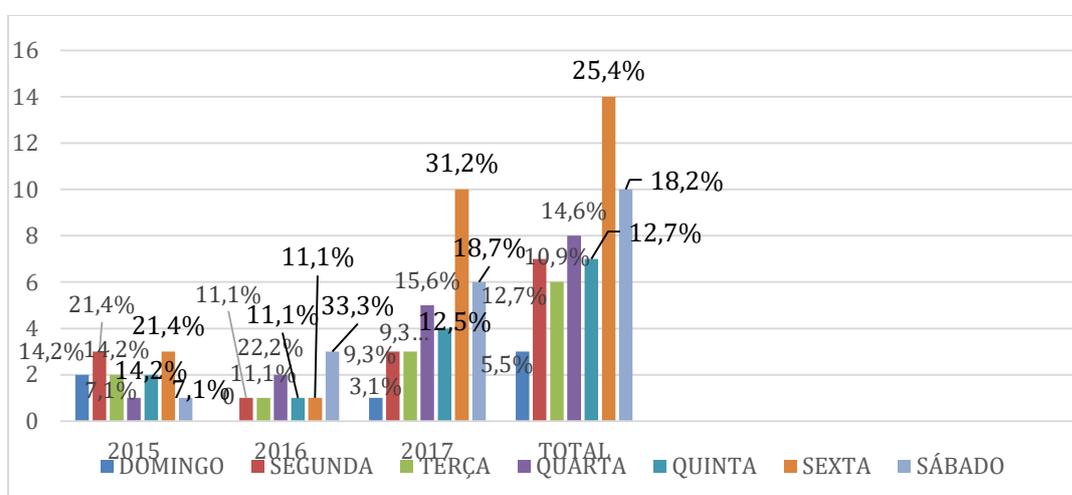
Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Em relação aos dias da semana nos anos analisados, a sexta-feira foi o dia em que ocorreu o maior número de tentativas (25,4%). O domingo

apresentou o menor número, (5,5%) diferenciado de pesquisas realizada com adultos, fato que pode ser explicado devido à natureza das preocupações serem diferentes nas faixas etárias.

Segundo pesquisa realizada pela Fundação SEADE, órgão do governo de São Paulo em 2016, os dias da semana, à hora e o clima influenciam nas tentativas de suicídio. O domingo e a segunda-feira são considerados os dias com maior índice, diferindo dos dados obtidos nesse estudo.

Gráfico Nº 18: Dias da semana em que ocorreu a tentativa de suicídio em 2015, 2016 e 2017



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN

Com relação a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, a pesquisa mostra que a maioria (94,5%) não vivenciou essa situação, entretanto em 2015 houve o registro desse fato em (14,3%) dos casos, os quais foram verificados que essa porcentagem também representa a de que os abusadores eram conhecidos ou pertencentes à família. As crianças abusadas foram do sexo feminino, com idade de 10 a 12 anos e uma adolescente com 18 anos. Em pesquisas, como a de CUNHA; SILVA; GIOVANETTI (2008) comprovam que a vítima sente-se culpada, pois o outro estabelece uma relação de poder,

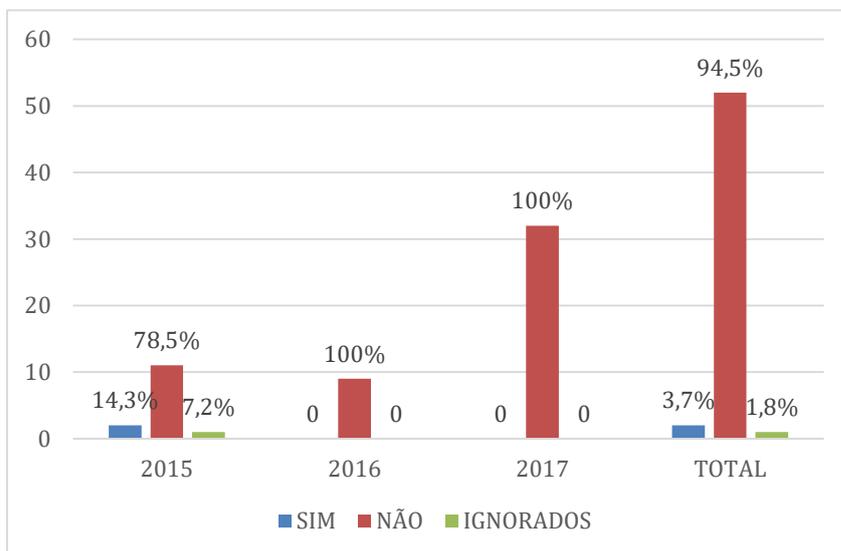
Com relação à vítima, pode-se afirmar que o silenciamento diante de uma situação que lhe viola, oprime, envergonha e, muitas vezes, desumaniza, constitui uma reação natural à situação vivenciada, posto tratar-se de um "cidadão em condições especiais de desenvolvimento", submetido a uma relação assimétrica de poder (física e/ou psicológica) que, muitas vezes, se estende para além do controle e domínio da vítima propriamente dita.

E essa violência, para FALEIROS (1997) é,

[...] uma articulação de relações sociais gerais e específicas, ou seja, de exploração e de forças desiguais nas situações concretas, não podendo assim ser visto como se fosse resultante de forças da natureza humana ou extranaturais- por exemplo, obra do demônio- ou um mecanismo autônomo e independente de determinadas relações sociais.

Além do mais, foi percebido em um dos casos negados, que não houve abuso sexual, entretanto houve violência psicológica e física, a vítima do sexo feminino, de 17 anos, sofreu da pessoa a qual possui uma relação conjugal e de um conhecido do mesmo. Segundo o banco de dados, a menor foi até a unidade de saúde sem acompanhante, apresentando um caso traumático na região na região torácica direita e um edema e escoriações na face, foi orientada a registrar a ocorrência, entretanto recusou-se a ir a uma delegacia. O desmonte desta violência dá-se através de políticas de desconstrução do patriarcado e da violência camuflada, bem como assegurar o acesso a políticas sociais básicas e garantir facilidades para a denúncia e penalização de agressores.

Gráfico Nº 19: TS por Abuso Sexual nos anos de 2015, 2016 e 2017



Fonte: Elaborada pelas discentes de acordo com o banco de dados do SINAN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi relevante, devido à pouca abordagem do tema Tentativa de suicídio de crianças e adolescentes, principalmente no estado de Sergipe, que possui escassas publicações referentes a esta temática. Mostrou-nos a importância da discussão no meio social como meio de alerta e conscientização da gravidade deste ato.

Representou uma oportunidade de produzir conhecimentos acerca das características e especificidades de uma grande parcela populacional, que está em desenvolvimento psicológico, social e econômico. Bem como, refletir sobre o papel atribuído e perpetuado a crianças e adolescentes culturalmente no decorrer da história, tidas aos olhos da sociedade, governantes e familiares como indiferentes e esquecidos, o aporte essencial para percebê-los enquanto sujeitos de direitos.

O seu desenvolvimento da pesquisa, possibilitou perceber o quanto é preocupante os números de suicídio. Em ordem mundial, foi constatado ser uma das 20 maiores causas de óbitos em todas as idades, ainda maior que o HIV. Já no Brasil não é diferente, os maiores índices estão nas regiões centro-oeste, sul e norte respectivamente. Entre os 100 municípios brasileiros com maior taxa, teve destaque os municípios sergipanos: Glória, São Cristóvão e Itabaiana.

A partir da observação sobre o agrotóxico como um fator de risco, que atinge especialmente os trabalhadores rurais e meio ambiente, deu-se a importância de conhecer um pouco mais sobre o uso indiscriminado e as políticas de conjuntura que favorecem a mesma. Objetivou-se ainda, avaliar as incidências de tentativas e de suicídios, bem como das intoxicações por agrotóxico no Brasil.

Dada à relevância do assunto, torna-se necessário o desenvolvimento de projetos que visem o incentivo financeiro para demais localidades, além dos estados do Amazonas, Mato Grosso do Sul, Roraima, Piauí, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, como posto na portaria Nº 1.315, de 11 de maio de 2018. Esta

se efetivou com a união de diversas entidades, a exemplo de Universidade Federal, Instituto Federal e RAPS coordenado pela Secretaria do Estado de Saúde, que devido à seriedade do tema, articularam-se e lutaram para a aprovação do projeto, luta que deve ser inspirada.

Aliado ao fato que as estratégias para prevenção ao suicídio são pontuais, como as realizadas em campanha, a exemplo do “Setembro Amarelo”, pela CVV, aliado a isso, a ausência de políticas governamentais na rede saúde e falta de preparo dos profissionais no atendimento e no preenchimento da notificação, como comprovado nos resultados.

Os dados obtidos nesta pesquisa foram importantes para categorização do público alvo, estes em concordância com um dos objetivos específicos, que se tratava da identificação e do quantitativo de sujeitos que cometeram tentativa de suicídio. De forma geral, o objetivo foi alcançado, apesar das dificuldades percebidas com relação à notificação e atendimento do público.

Durante o estudo, podem-se encontrar indicadores animadores para o enfrentamento desse problema, porém, no contexto vivenciado, percebe-se que as políticas precisam ser mais incisivas, principalmente a equidade de oportunidades no meio social, econômico e político. A exemplo de pessoas que perdem a vida ou vivem afluindo-se por situações exógenas ou ainda por algum transtorno mental.

Nesse sentido, o que foi exposto corroborou assertivamente uma das hipóteses da pesquisa. O número de tentativas de suicídio é maior em mulheres, bem como as taxas de tentativa de suicídio é mais predominante na capital, do que nos interiores, pois além do maior número de habitantes, as cidades podem ter um maior número de fatores de risco que incidem sobre o público, a exemplo do desenvolvimento urbano.

É interessante destacar também, o maior índice de tentativas de suicídio em Sergipe é no sexo feminino, entretanto, é necessário perceber e desmistificar comportamentos passados como naturais para o público do sexo masculino, visto que a literatura mostrou que os mesmos tentam de forma mais letal, o que

pode consumir o ato. Percebeu-se que a faixa etária, os dias da semana, a escolaridade são um dos fatores para realização deste ato.

Este trabalho teve importância também, pois como pesquisadora nos permitiu perceber com outra visão a dinâmica do sistema sob o público infanto-juvenil, além de conhecer fatores de risco e perceber como estão arraigados e naturalizados em nossa cultura. Evidencia-se a influência do neoliberalismo, em que incide o processo de precarização dos serviços públicos, uma vez que refletirá os investimentos em políticas sociais e acometerá a baixa qualidade da assistência prestada.

Desta forma, é imprescindível que, antes de proferir críticas a respeito de quem tenta suicídio, é de suma importância observar que cada sujeito desse processo tem suas particularidades e modo de vida. A qualificação profissional auxiliaria na desconstrução das barreiras culturais, as quais poderiam ser instrumentadas com a assimilação das categorias, fundamentos, origens da violência interpessoal e autoprovocada. O resultado dessa apropriação incentiva à elaboração de novas táticas para a aproximação entre os serviços; como Escolas, Unidades de Saúde, Delegacias, Ministério Público e entre outros, possibilitando encontros frequentes entre os profissionais e gestão, que vão além de parcerias, objetivando formular propostas que se somem, pois o trajeto construído com vistas a esse fim, ainda se pauta em práticas pontuais de políticas e fragmentadas de atendimento imediato a pessoas que tentam suicídio.

REFERÊNCIAS

AÇÃO GLOBAL ACELERADA PARA A SAÚDE DE ADOLESCENTES (AA-HA!): **Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países**. Resumo. Brasília, DF: Organização Pan- Americana da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-AS 3.0 IGO.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2018.

BEAUVOIER, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. São Paulo: Difusão Européia do livro, 1967, 2ª ed.

BISNETO, J.A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BOMBARDI, Larissa Mies, 1972 - **Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil Conexões com a União Europeia** - São Paulo: FFLCH - USP, 2017.296. Disponível em: <<https://www.larissabombardi.blog.br/atlas2017>>. Acesso: 04 de junho de 2018

BOSTWICK J.M., **Pankratz VS: Affectivedisordersand suicide risk: A reexamination**. Am J Psychiatry 2000; 157:1925-1932. 9. Pokorny AD: Predi.

BOTTI NCL, SILVA AC, PEREIRA CCM et al. **Tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais**. Rev enferm UFPE online. Recife, 12(5): 1289-95, maio, 2018. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230596/28944>> Acesso em: 23 de abril de 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990.

_____. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília-DF, 2006. Acesso em: 25 de junho de 2017.

_____. **Notificação sobre o suicídio-portaria**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html> Acesso em: 24 de junho de 2018.

_____. **Lei nº. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

_____. **Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica** de 06 de abril de 2001.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

_____. **Lei n.º 10.708, institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas**, de 31 de julho de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm

_____. **PL n. 6299 de 2002**. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de produtos fitossanitários e de produtos de controle ambiental e afins, e dá outras providências. Disponível em: www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1654426&filename=Tramitacao-PL+6299/2002

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 jan 25; Seção 1:37. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html

_____. Ministério Público de Sergipe. **MP realiza operação e comerciantes são presos por comércio ilegal de agrotóxico**. Itabaiana/SE. Ministério público do estado de Sergipe. 2018. Disponível em: <http://www.mpse.mp.br/NoticiaExibir.aspx?id=10056>. Acesso em: 04 de setembro de 2018

C.E.L. Vidal, E.C.D.M. Gontijo e L.A. Lima. **Tentativas de Suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (01): 175-187, Jan, 2013

CEMI. **Conceito de Saúde segundo OMS/WHO**. Disponível em: <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>. Acessado em: 01 de Agosto de 2017.

CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEAGA, N.; TURECKI, G. **Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?** Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2009, vol.31, suppl. 1, pp. S18-S25. Campinas/SP. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S1516-44462009000500004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 de março 2018.

CLAYTON. P.J. **Comportamento suicida**. Manual MDS. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/disturbios-de-saude->

mental/comportamento-suicida-e-automutilação/comportamento-suicida#v748527_pt>. Acesso em: 27 de dezembro 2017.

CORDEIRO, F. A. **Aprendendo a prevenir**: orientações para o combate ao abuso sexual contra crianças e adolescentes- Brasília: Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude, 2006.

CUNHA, F. A., NUNES B. M., CARVALHO, L.F. **Análise documental sobre os suicídios ocorridos na região de Jundiá entre 2004 e 2014**.

Salud&Sociedad. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439747576006>>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

CUNHA, E. P; SILVA, E. M; GIOVANETTI, A. C. **Enfrentamento à violência infanto-juvenil**: expansão do PAIR em Minas Gerais: Belo Horizonte: UFMG, 2008.

DATASUS. **Código Brasileiro de Ocupação (CBO)**. Centro de Informação em Saúde. [21–]

DUARTE, S. **Conceitos e definições de saúde e epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**. Secretária de Saúde do Estado de São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária. 2004. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2018.

EISENSTEIN E. **Adolescência**: definições, conceitos e critérios. AdolescSaude. 2005; 2(2): 6-7. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

FALEIROS, V. **A violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes e a Construção de Indicadores**: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. Trabalho apresentado na oficina de indicadores de violência intra-familiar e da exploração sexual de crianças e adolescentes, promovida pelo CECRIA, Brasília, 1997.

FREITAS, G.V. S. **Comportamento suicida em grávidas**: um estudo de caso-controle. Campinas, SP: [s.n], 2007. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_f57d005dcfc710172fcfbd5b1209e11e> Acesso em: 10 de agosto de 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed.- São Paulo: Atlas, 2002.

GOTO, M.. **Anvisa libera agrotóxicos no Brasil que pode causar danos graves ao sistema nervoso dos consumidores**. 2018. Disponível em: <http://thegreenestpost.com/anvisa-libera-o-uso-de-agrotoxico-que-pode-causar-danos-graves-ao-sistema-nervoso/>. Acesso em: 10/02/2018

GUTIERREZ, B. (2014). **Assistência hospitalar na tentativa de suicídio**. Psicologia, USP, 25 (3), 262-269. Doi:10 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf> Acesso em: 27 de maio de 2018.

IBGE. **Códigos dos Municípios**. Resultados do Censo 2010. Sergipe. Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_sergipe.pdf. Acesso em: 13/05/2018

Infoescola, **Suicídio**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/sociologia/suicidio/>>. Acesso em 13 de Agosto de 2017.

JUBINI, R.C.M. **Fetichismo de mercadoria**: a “naturalização” de padrões sociais “não-naturais”. Disponível em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2017/11/06/fetichismo-de-mercadoria-naturalizacao-de-padroes-sociais-nao-naturais/>>. Acesso em: 04 de agosto de 2018.

KOVÁCS, M.J. **Suicídio assistido e morte com dignidade**: Conflitos éticos. Revista Brasileira de Psicologia, 02(01), Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Kov%C3%A>>. Acesso em: 30 de junho 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LEITE, F. Tarcico. **Metodologia científica**: iniciação à pesquisa científica, métodos e técnicas de pesquisa, metodologia da pesquisa e do trabalho científico. Fortaleza: UNIFOR, 2004.

MARX, K. **Sobre o Suicídio**. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. -São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 6 vols. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MEDEIROS J. S. A. F.; Macêdo, E. L.; Silva, E.C.; Pereira, E.F.; Agra, G. **Fatores que influenciam o suicídio na população idosa**: Uma revisão sistemática. Anais CIEH (2015). Vol. 2, N.1. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA4_ID2251_27072015154238.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2018.

MÉSZÁROS, I., 1930- **Para além Do Capital**: Rumo A Uma Teoria Da Transição. 1. Ed. Revista. - São Paulo: Boitempo, 2011. Pt.1. Disponível em: <<https://nupese.fe.ufg.br/up/208/o/para-alem-do-capital.pdf?1350933922>> Acesso em: 10 de agosto de 2018.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G..**Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de julho de 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dicionário de dados-SINAN net**. Brasília, DF, 2015. Disponível

em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DIC_DADOS_NET_ViolenciaInterpessoal_Autoprovocada_5_1final.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

MIWA, J. **Brasil permite consumo de 14 agrotóxicos proibidos mundialmente**. 2018. Disponível em: thegreenestpost.com/brasil-permite-consumo-de-14-agrotoxicos-proibidos-mundialmente/ Acesso em: 10/02/2018

MONTAÑO, C. **A produção e a divulgação do conhecimento**: reflexões sobre o método crítico-dialético. Breves anotações sobre o método e a teoria de Marx. Rio de Janeiro: Expressão popular, 2013. p. 11-28. Disponível em: http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo4/oral/32_notas_sobre_os....pdf Acesso em: 9 de janeiro de 2018

MOOZ, E.D.; VIEIRA, F.M.C. **Suicídio**: Uma pandemia silenciosa. V Congresso Nacional de Pesquisa Em Ciências Sociais Aplicadas. 2016. Dois Vizinhos (PR). Disponível em:<midas.unioeste.br/sgev/eventos/278/downloadArquivo/18224> Acesso em: 27/08/2017

OPAS/OMS. **Folha informativa - Transtornos mentais**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 05 de julho de 2018.

_____. **Folha informativa – Depressão**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822> . Acesso em: 05 de julho de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2017.

_____. **Prevenção do Suicídio**: um manual para médicos e clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra. 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf> Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. Ed.- São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64p.

RELATÓRIO, **Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2015**. Disponível em:<https://www.cimi.org.br/pub/relatorio/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2015-Cimi.pdf> Acesso em: 17 de julho de 2018.

SANTOS, A. D.; NASCIMENTO, L.Q.; ROSA, A.P. **O serviço social no atendimento ao usuário vítima de tentativa de suicídio: desafios e possibilidades**. Vitória/ES. 2016. Disponível em: <http://www.emescam.br/arquivos/TCCs/Servi%C3%A7o%20Social/2016_2/04_Aliane_Luiza_Tatiana.pdf>. Acesso em: 21 de agosto 2017.

SANTOS, S.A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. **Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2009,

vol.25, n.9, pp.2064-2074. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000900020&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 08 de abril de 2018.

SEADE. **Sexo, clima e dia da semana influenciam: o que diz o dado de suicídio em SP.** 2016. Disponível em:<<http://www.seade.gov.br/sexo-clima-e-dia-da-semana-influenciam-o-que-diz-o-dado-de-suicidio-em-sp/>>. Acesso em: 26 de junho de 2018.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico.** 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 237p.

SILVA, L. A. S. M; etal.Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Universidade Federal de Sergipe. Pró-Reitoria de Extensão. Prefeitura Municipal de Aracaju. Secretaria Municipal de Saúde. Pet – Saúde/Saúde Mental – crack, álcool e outras drogas. **Relatório Final atenção e cuidado em saúde mental a usuário de crack e outras drogas do CAPS AD em Aracaju/SE.** Aracaju/SE. 2012

SOUZA, M. R. R. DE. **Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres atendidas em um CAPS AD de Salvador-BA.** Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador. 2013.Disponível em:<<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13591>> Acesso em: 24 de julho.

TONET, Ivo. **Método Científico: uma abordagem ontológica.** 2. Ed.-Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

VIDAL, C.L.; GONTIJO, E.D. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta.***Cad. saúde colet.* [online]. 2013, vol.21, n.2, pp.108-114.Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000200002&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 03 de junho de 2017.

VIEIRA, L. P.; SANTANA, V. T. P. E SUCHARA, E. A. **Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas.** *Cad. saúde colet.* [online]. 2015, vol.23, n.2, pp.118-123. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000200118&script=sci_abstract> Acesso em: 02 de maio de 2018.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014.** Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Flacso, UNESCO, 2014.Disponível em:
<https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf> Acesso em: 26 de maio de 2018

ANEXOS

ANEXO Nº 01: FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DO SINAN

ANEXO Nº 02: LEI Nº 7.802, DE 11 DE JULHO DE 1989, Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

ANEXO Nº 03: PORTARIA Nº 1.315, DE 11 DE MAIO DE 2018, Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

ANEXO Nº 04: PORTARIA Nº 1.876/06 Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

ANEXO Nº 05: PORTARIA 204/2016, Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

ANEXO Nº 06: PORTARIA GM Nº 2.542, Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.

Anexo 01:

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
8 Unidade de Saúde		Código (CNES)			
Notificação Individual	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1- Ignorado	14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito	
Dados de Residência	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares				
	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
36 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	37 Identidade de gênero: 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado 1-Travesti 2-Mulher Transexual		
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento					
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito	
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4	49 Ponto de Referência	50 Zona 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificação	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015

ANEXO Nº 02:

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 7.802, DE 11 DE JULHO DE 1989.

Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, serão regidos por esta Lei.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, consideram-se:

I - agrotóxicos e afins:

a) os produtos e os agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou implantadas, e de outros ecossistemas e também de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos;

b) substâncias e produtos, empregados como desfolhantes, desseccantes, estimuladores e inibidores de crescimento;

II - componentes: os princípios ativos, os produtos técnicos, suas matérias-primas, os ingredientes inertes e aditivos usados na fabricação de agrotóxicos e afins.

Art. 3º Os agrotóxicos, seus componentes e afins, de acordo com definição do art. 2º desta Lei, só poderão ser produzidos, exportados, importados, comercializados e utilizados, se previamente registrados em órgão federal, de acordo com as diretrizes e exigências dos órgãos federais responsáveis pelos setores da saúde, do meio ambiente e da agricultura.

§ 1º Fica criado o registro especial temporário para agrotóxicos, seus componentes e afins, quando se destinarem à pesquisa e à experimentação.

§ 2º Os registrantes e titulares de registro fornecerão, obrigatoriamente, à União, as inovações concernentes aos dados fornecidos para o registro de seus produtos.

§ 3º Entidades públicas e privadas de ensino, assistência técnica e pesquisa poderão realizar experimentação e pesquisas, e poderão fornecer laudos no campo da agronomia, toxicologia, resíduos, química e meio ambiente.

§ 4º Quando organizações internacionais responsáveis pela saúde, alimentação ou meio ambiente, das quais o Brasil seja membro integrante ou signatário de acordos e convênios, alertarem para riscos ou desaconselharem o uso de agrotóxicos, seus componentes e afins, caberá à autoridade competente tomar imediatas providências, sob pena de responsabilidade.

§ 5º O registro para novo produto agrotóxico, seus componentes e afins, será concedido se a sua ação tóxica sobre o ser humano e o meio ambiente for comprovadamente igual ou menor do que a daqueles já registrados, para o mesmo fim, segundo os parâmetros fixados na regulamentação desta Lei.

§ 6º Fica proibido o registro de agrotóxicos, seus componentes e afins:

a) para os quais o Brasil não disponha de métodos para desativação de seus componentes, de modo a impedir que os seus resíduos remanescentes provoquem riscos ao meio ambiente e à saúde pública;

b) para os quais não haja antídoto ou tratamento eficaz no Brasil;

c) que revelem características teratogênicas, carcinogênicas ou mutagênicas, de acordo com os resultados atualizados de experiências da comunidade científica;

d) que provoquem distúrbios hormonais, danos ao aparelho reprodutor, de acordo com procedimentos e experiências atualizadas na comunidade científica;

e) que se revelem mais perigosos para o homem do que os testes de laboratório, com animais, tenham podido demonstrar, segundo critérios técnicos e científicos atualizados;

f) cujas características causem danos ao meio ambiente.

Art. 4º As pessoas físicas e jurídicas que sejam prestadoras de serviços na aplicação de agrotóxicos, seus componentes e afins, ou que os produzam, importem, exportem ou comercializem, ficam obrigadas a promover os seus registros nos órgãos competentes, do Estado ou do Município, atendidas as diretrizes e exigências dos órgãos federais responsáveis que atuam nas áreas da saúde, do meio ambiente e da agricultura.

Parágrafo único. São prestadoras de serviços as pessoas físicas e jurídicas que executam trabalho de prevenção, destruição e controle de seres vivos, considerados nocivos, aplicando agrotóxicos, seus componentes e afins.

Art. 5º Possuem legitimidade para requerer o cancelamento ou a impugnação, em nome próprio, do registro de agrotóxicos e afins, arguindo prejuízos ao meio ambiente, à saúde humana e dos animais:

I - entidades de classe, representativas de profissões ligadas ao setor;

II - partidos políticos, com representação no Congresso Nacional;

III - entidades legalmente constituídas para defesa dos interesses difusos relacionados à proteção do consumidor, do meio ambiente e dos recursos naturais.

§ 1º Para efeito de registro e pedido de cancelamento ou impugnação de agrotóxicos e afins, todas as informações toxicológicas de contaminação ambiental e comportamento genético, bem como os efeitos no mecanismo hormonal, são de responsabilidade do estabelecimento registrante ou da entidade impugnante e devem proceder de laboratórios nacionais ou internacionais.

§ 2º A regulamentação desta Lei estabelecerá condições para o processo de impugnação ou cancelamento do registro, determinando que o prazo de tramitação não exceda 90 (noventa) dias e que os resultados apurados sejam publicados.

§ 3º Protocolado o pedido de registro, será publicado no Diário Oficial da União um resumo do mesmo.

Art. 6º As embalagens dos agrotóxicos e afins deverão atender, entre outros, aos seguintes requisitos:

I - devem ser projetadas e fabricadas de forma a impedir qualquer vazamento, evaporação, perda ou alteração de seu conteúdo e de modo a facilitar as operações de lavagem, classificação, reutilização e reciclagem; (Redação dada pela Lei nº 9.974, de 2000)

II - os materiais de que forem feitas devem ser insuscetíveis de ser atacados pelo conteúdo ou de formar com ele combinações nocivas ou perigosas;

III - devem ser suficientemente resistentes em todas as suas partes, de forma a não sofrer enfraquecimento e a responder adequadamente às exigências de sua normal conservação;

IV - devem ser providas de um lacre que seja irremediavelmente destruído ao ser aberto pela primeira vez.

§ 1º O fracionamento e a reembalagem de agrotóxicos e afins com o objetivo de comercialização somente poderão ser realizados pela empresa produtora, ou por estabelecimento devidamente credenciado, sob responsabilidade daquela, em locais e condições previamente autorizados pelos órgãos competentes. (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

§ 2º Os usuários de agrotóxicos, seus componentes e afins deverão efetuar a devolução das embalagens vazias dos produtos aos estabelecimentos comerciais em que foram adquiridos, de acordo com as instruções previstas nas respectivas bulas, no prazo de até um ano, contado da data de compra, ou prazo superior, se autorizado pelo órgão registrante, podendo a devolução

ser intermediada por postos ou centros de recolhimento, desde que autorizados e fiscalizados pelo órgão competente. (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

§ 3º Quando o produto não for fabricado no País, assumirá a responsabilidade de que trata o § 2º a pessoa física ou jurídica responsável pela importação e, tratando-se de produto importado submetido a processamento industrial ou a novo acondicionamento, caberá ao órgão registrante defini-la. (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

§ 4º As embalagens rígidas que contiverem formulações miscíveis ou dispersíveis em água deverão ser submetidas pelo usuário à operação de tríplice lavagem, ou tecnologia equivalente, conforme normas técnicas oriundas dos órgãos competentes e orientação constante de seus rótulos e bulas. (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

§ 5º As empresas produtoras e comercializadoras de agrotóxicos, seus componentes e afins, são responsáveis pela destinação das embalagens vazias dos produtos por elas fabricados e comercializados, após a devolução pelos usuários, e pela dos produtos apreendidos pela ação fiscalizatória e dos impróprios para utilização ou em desuso, com vistas à sua reutilização, reciclagem ou inutilização, obedecidas as normas e instruções dos órgãos registrantes e sanitário-ambientais competentes. (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

§ 6º As empresas produtoras de equipamentos para pulverização deverão, no prazo de cento e oitenta dias da publicação desta Lei, inserir nos novos equipamentos adaptações destinadas a facilitar as operações de tríplice lavagem ou tecnologia equivalente. (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

Art. 7º Para serem vendidos ou expostos à venda em todo o território nacional, os agrotóxicos e afins são obrigados a exibir rótulos próprios e bulas, redigidos em português, que contenham, entre outros, os seguintes dados: (Redação dada pela Lei nº 9.974, de 2000)

I - indicações para a identificação do produto, compreendendo:

- a) o nome do produto;
- b) o nome e a percentagem de cada princípio ativo e a percentagem total dos ingredientes inertes que contém;
- c) a quantidade de agrotóxicos, componentes ou afins, que a embalagem contém, expressa em unidades de peso ou volume, conforme o caso;
- d) o nome e o endereço do fabricante e do importador;
- e) os números de registro do produto e do estabelecimento fabricante ou importador;
- f) o número do lote ou da partida;
- g) um resumo dos principais usos do produto;
- h) a classificação toxicológica do produto;

II - instruções para utilização, que compreendam:

- a) a data de fabricação e de vencimento;

b) o intervalo de segurança, assim entendido o tempo que deverá transcorrer entre a aplicação e a colheita, uso ou consumo, a semeadura ou plantação, e a semeadura ou plantação do cultivo seguinte, conforme o caso;

c) informações sobre o modo de utilização, incluídas, entre outras: a indicação de onde ou sobre o que deve ser aplicado; o nome comum da praga ou enfermidade que se pode com ele combater ou os efeitos que se pode obter; a época em que a aplicação deve ser feita; o número de aplicações e o espaçamento entre elas, se for o caso; as doses e os limites de sua utilização;

d) informações sobre os equipamentos a serem usados e a descrição dos processos de tríplice lavagem ou tecnologia equivalente, procedimentos para a devolução, destinação, transporte, reciclagem, reutilização e inutilização das embalagens vazias e efeitos sobre o meio ambiente decorrentes da destinação inadequada dos recipientes; (Redação dada pela Lei nº 9.974, de 2000)

III - informações relativas aos perigos potenciais, compreendidos:

a) os possíveis efeitos prejudiciais sobre a saúde do homem, dos animais e sobre o meio ambiente;

b) precauções para evitar danos a pessoas que os aplicam ou manipulam e a terceiros, aos animais domésticos, fauna, flora e meio ambiente;

c) símbolos de perigo e frases de advertência padronizados, de acordo com a classificação toxicológica do produto;

d) instruções para o caso de acidente, incluindo sintomas de alarme, primeiros socorros, antídotos e recomendações para os médicos;

IV - recomendação para que o usuário leia o rótulo antes de utilizar o produto.

§ 1º Os textos e símbolos impressos nos rótulos serão claramente visíveis e facilmente legíveis em condições normais e por pessoas comuns.

§ 2º Fica facultada a inscrição, nos rótulos, de dados não estabelecidos como obrigatórios, desde que:

I - não dificultem a visibilidade e a compreensão dos dados obrigatórios;

II - não contenham:

a) afirmações ou imagens que possam induzir o usuário a erro quanto à natureza, composição, segurança e eficácia do produto, e sua adequação ao uso;

b) comparações falsas ou equívocas com outros produtos;

c) indicações que contradigam as informações obrigatórias;

d) declarações de propriedade relativas à inocuidade, tais como "seguro", "não venenoso", "não tóxico"; com ou sem uma frase complementar, como: "quando utilizado segundo as instruções";

e) afirmações de que o produto é recomendado por qualquer órgão do Governo.

§ 3º Quando, mediante aprovação do órgão competente, for juntado folheto complementar que amplie os dados do rótulo, ou que contenha dados que obrigatoriamente deste deveriam constar, mas que nele não couberam, pelas dimensões reduzidas da embalagem, observar-se-á o seguinte:

I - deve-se incluir no rótulo frase que recomende a leitura do folheto anexo, antes da utilização do produto;

II - em qualquer hipótese, os símbolos de perigo, o nome do produto, as precauções e instruções de primeiros socorros, bem como o nome e o endereço do fabricante ou importador devem constar tanto do rótulo como do folheto.

Art. 8º A propaganda comercial de agrotóxicos, componentes e afins, em qualquer meio de comunicação, conterá, obrigatoriamente, clara advertência sobre os riscos do produto à saúde dos homens, animais e ao meio ambiente, e observará o seguinte:

I - estimulará os compradores e usuários a ler atentamente o rótulo e, se for o caso, o folheto, ou a pedir que alguém os leia para eles, se não souberem ler;

II - não conterá nenhuma representação visual de práticas potencialmente perigosas, tais como a manipulação ou aplicação sem equipamento protetor, o uso em proximidade de alimentos ou em presença de crianças;

III - obedecerá ao disposto no inciso II do § 2º do art. 7º desta Lei.

Art. 9º No exercício de sua competência, a União adotará as seguintes providências:

I - legislar sobre a produção, registro, comércio interestadual, exportação, importação, transporte, classificação e controle tecnológico e toxicológico;

II - controlar e fiscalizar os estabelecimentos de produção, importação e exportação;

III - analisar os produtos agrotóxicos, seus componentes e afins, nacionais e importados;

IV - controlar e fiscalizar a produção, a exportação e a importação.

Art. 10. Compete aos Estados e ao Distrito Federal, nos termos dos arts. 23 e 24 da Constituição Federal, legislar sobre o uso, a produção, o consumo, o comércio e o armazenamento dos agrotóxicos, seus componentes e afins, bem como fiscalizar o uso, o consumo, o comércio, o armazenamento e o transporte interno.

Art. 11. Cabe ao Município legislar supletivamente sobre o uso e o armazenamento dos agrotóxicos, seus componentes e afins.

Art. 12. A União, através dos órgãos competentes, prestará o apoio necessário às ações de controle e fiscalização, à Unidade da Federação que não dispuser dos meios necessários.

Art. 12A. Compete ao Poder Público a fiscalização: (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

I – da devolução e destinação adequada de embalagens vazias de agrotóxicos, seus componentes e afins, de produtos apreendidos pela ação fiscalizadora e daqueles impróprios para utilização ou em desuso; (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

II – do armazenamento, transporte, reciclagem, reutilização e inutilização de embalagens vazias e produtos referidos no inciso I. (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

Art. 13. A venda de agrotóxicos e afins aos usuários será feita através de receituário próprio, prescrito por profissionais legalmente habilitados, salvo casos excepcionais que forem previstos na regulamentação desta Lei.

Art. 14. As responsabilidades administrativa, civil e penal pelos danos causados à saúde das pessoas e ao meio ambiente, quando a produção, comercialização, utilização, transporte e destinação de embalagens vazias de agrotóxicos, seus componentes e afins, não cumprirem o disposto na legislação pertinente, cabem: (Redação dada pela Lei nº 9.974, de 2000)

a) ao profissional, quando comprovada receita errada, displicente ou indevida;

b) ao usuário ou ao prestador de serviços, quando proceder em desacordo com o receituário ou as recomendações do fabricante e órgãos registrantes e sanitário-ambientais; (Redação dada pela Lei nº 9.974, de 2000)

c) ao comerciante, quando efetuar venda sem o respectivo receituário ou em desacordo com a receita ou recomendações do fabricante e órgãos registrantes e sanitário-ambientais; (Redação dada pela Lei nº 9.974, de 2000)

d) ao registrante que, por dolo ou por culpa, omitir informações ou fornecer informações incorretas;

e) ao produtor, quando produzir mercadorias em desacordo com as especificações constantes do registro do produto, do rótulo, da bula, do folheto e da propaganda, ou não der destinação às embalagens vazias em conformidade com a legislação pertinente; (Redação dada pela Lei nº 9.974, de 2000)

f) ao empregador, quando não fornecer e não fizer manutenção dos equipamentos adequados à proteção da saúde dos trabalhadores ou dos equipamentos na produção, distribuição e aplicação dos produtos.

Art. 15. Aquele que produzir, comercializar, transportar, aplicar, prestar serviço, der destinação a resíduos e embalagens vazias de agrotóxicos, seus componentes e afins, em descumprimento às exigências estabelecidas na legislação pertinente estará sujeito à pena de reclusão, de dois a quatro anos, além de multa. (Redação dada pela Lei nº 9.974, de 2000)

Art. 16. O empregador, profissional responsável ou o prestador de serviço, que deixar de promover as medidas necessárias de proteção à saúde e ao meio ambiente, estará sujeito à pena de reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, além de multa de 100 (cem) a 1.000 (mil) MVR. Em caso de culpa, será punido com pena de reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, além de multa de 50 (cinquenta) a 500 (quinhentos) MVR.

Art. 17. Sem prejuízo das responsabilidades civil e penal cabíveis, a infração de disposições desta Lei acarretará, isolada ou cumulativamente, nos termos previstos em

regulamento, independente das medidas cautelares de estabelecimento e apreensão do produto ou alimentos contaminados, a aplicação das seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa de até 1000 (mil) vezes o Maior Valor de Referência - MVR, aplicável em dobro em caso de reincidência;

III - condenação de produto;

IV - inutilização de produto;

V - suspensão de autorização, registro ou licença;

VI - cancelamento de autorização, registro ou licença;

VII - interdição temporária ou definitiva de estabelecimento;

VIII - destruição de vegetais, partes de vegetais e alimentos, com resíduos acima do permitido;

IX - destruição de vegetais, partes de vegetais e alimentos, nos quais tenha havido aplicação de agrotóxicos de uso não autorizado, a critério do órgão competente.

Parágrafo único. A autoridade fiscalizadora fará a divulgação das sanções impostas aos infratores desta Lei.

Art. 18. Após a conclusão do processo administrativo, os agrotóxicos e afins, apreendidos como resultado da ação fiscalizadora, serão inutilizados ou poderão ter outro destino, a critério da autoridade competente.

Parágrafo único. Os custos referentes a quaisquer dos procedimentos mencionados neste artigo correrão por conta do infrator.

Art. 19. O Poder Executivo desenvolverá ações de instrução, divulgação e esclarecimento, que estimulem o uso seguro e eficaz dos agrotóxicos, seus componentes e afins, com o objetivo de reduzir os efeitos prejudiciais para os seres humanos e o meio ambiente e de prevenir acidentes decorrentes de sua utilização imprópria.

Parágrafo único. As empresas produtoras e comercializadoras de agrotóxicos, seus componentes e afins, implementarão, em colaboração com o Poder Público, programas educativos e mecanismos de controle e estímulo à devolução das embalagens vazias por parte dos usuários, no prazo de cento e oitenta dias contado da publicação desta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.974, de 2000)

Art. 20. As empresas e os prestadores de serviços que já exercem atividades no ramo de agrotóxicos, seus componentes e afins, têm o prazo de até 6 (seis) meses, a partir da regulamentação desta Lei, para se adaptarem às suas exigências.

Parágrafo único. Aos titulares do registro de produtos agrotóxicos que têm como componentes os organoclorados será exigida imediata reavaliação de seu registro, nos termos desta Lei.

Art. 21. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de sua publicação.

Art. 22. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 23. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 11 de julho de 1989; 168º da Independência e 101º da República.

JOSÉ

Íris

João

Rubens Bayma Denys

Rezende

Alves

SARNEY

Machado

Filho

Anexo Nº 03:

PORTARIA Nº 1.315, DE 11 DE MAIO DE 2018

Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as diretrizes e orientações contidas no art. 1º do Anexo VIII - Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio - da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, 28 de setembro de 2018, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; e

Considerando Portaria nº 3.491/GM/MS de 18 de dezembro de 2017, que institui Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, resolve:

Art. 1º Ficam habilitados os Estados descritos no Anexo a esta Portaria, a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Parágrafo único. As propostas de que trata esta Portaria foram processadas no Sistema de Apoio a Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), disponível no sítio eletrônico do www.saips.saude.gov.br.

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para as transferências de recursos estabelecidos nesta Portaria aos respectivos Fundos de Saúde, em parcela única, em conformidade com os processos de pagamento instruídos, após atendidas as condições previstas para essa modalidade de transferência.

Art. 3º Os Estados habilitados deverão observar os termos constantes na Portaria nº 3.491/GM/MS de 18 de dezembro de 2017.

Art. 4º A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos serão realizadas por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG do respectivo ente federativo beneficiado.

Art. 5º Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria são Plurianuais e fazem parte do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, e correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.302.2015.20B0 - PO 0002 (Crack, é Possível Vencer).

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

UF	MUNICÍPIO	IBGE	TIPO DE ENTIDADE	CNPJ	AÇÃO	Nº DE REGIÕES DE SAÚDE	Nº PROPOSTA NO SAIPS	VALOR DA PROPOSTA R\$	FUNCIONAL PROGRAMÁTICA
AM	Manaus	270000	Fundo Estadual de Saúde	06.023.708/0001-44	Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial	2	19010	R\$ 220.000,00	10.302.2015.20 B0.0002
MS	Campo Grande	500000	Fundo Estadual de Saúde	03.517.102/0001-77	Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial	3	19013	R\$ 250.000,00	10.302.2015.20 B0.0002
PI	Teresina	220000	Fundo Estadual de Saúde	06.206.659/0001-85	Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial	3	18994	R\$ 250.000,00	10.302.2015.20 B0.0002
RR	Boa Vista	140000	Fundo Estadual de Saúde	05.370.016/0001-00	Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial	2	18983	R\$ 220.000,00	10.302.2015.20 B0.0002
RS	Porto Alegre	430000	Fundo Estadual de Saúde	87.182.846/0001-78	Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial	3	18998	R\$ 250.000,00	10.302.2015.20 B0.0002

S C	Florianópolis	420000	Fundo Estadual de Saúde	80.673.411/0001-87	Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial	3	19003	R\$ 250.000,00	10.302.2015.20B0.0002
--------	---------------	--------	-------------------------	--------------------	---	---	-------	----------------	-----------------------

Art. 7º Fica sem efeito a Portaria nº 3.947/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017, publicada do Diário Oficial da União nº 248-B, de 28 de dezembro de 2017, Seção 1, página 23.

GILBERTO OCCHI
ANEXO

Publicado em: 16/05/2018 | Edição: 93 | Seção: 1 | Página: 35

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

ANEXO Nº 04:



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006

Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido;

Considerando a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em todo o território nacional;

Considerando a importância epidemiológica e a relevância do quadro de co-morbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; indivíduos que convivem com o HIV/AIDS e populações de etnias indígenas, entre outras;

Considerando o aumento observado na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais;

Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e as tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições;

Considerando 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 níveis de atenção à saúde;

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário;

Considerando a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de Prevenção do Suicídio, como os Centros de Crise e outros;

Considerando os custos elevados dos procedimentos necessários às intervenções após as tentativas de suicídio;

Considerando a necessidade de promover estudos e pesquisas na área de Prevenção do Suicídio;

Considerando o papel importante dos meios de comunicação de massa por intermédio das diversas mídias no apoio à prevenção e no tratamento humanizado dos casos de tentativas;

Considerando os Pactos pela Saúde, em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS, de 2006 e a recomendação da Organização Mundial da Saúde de que os Estados-Membros desenvolvam diretrizes e estratégias nacionais de prevenção do suicídio; e

Considerando a Portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005, que instituiu Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, resolve:

Art. 1º Instituir as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio instituídas por esta Portaria.

Art. 4º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que constitua um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 5º Determinar que a regulamentação dessas diretrizes seja apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO Nº 05:



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA NO - 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências; Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínicoepidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

CAPÍTULO II

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Art. 14.

Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

Lista Nacional de Notificação Compulsória



Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola	X	X	X	
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	

14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	

25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X

28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovirus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X

	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	
--	---	--	--	---	--

ANEXO Nº 06:



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 2.542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005

Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido;

Considerando a importância epidemiológica do registro do suicídio e das tentativas de suicídio em estados, capitais e municípios brasileiros;

Considerando a importância epidemiológica do suicídio em populações vulneráveis, tais como: indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio, sem distinção de faixa etária ou gênero; usuários de álcool e outras drogas; populações residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes moradores de rua, gestantes e/ou vítimas de violência sexual; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou com precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas (neoplasias, transtornos mentais e outros); indivíduos portadores de HIV e Aids, e populações jovens de etnias indígenas e de descendência negra, entre outras;

Considerando o aumento observado na frequência no comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais;

Considerando o impacto e os danos causados pelo suicídio e tentativas nos indivíduos, nas famílias, nos locais de trabalho, nas escolas, outras instituições e na sociedade brasileira;

Considerando a relevância do quadro de co-morbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, como a depressão e o uso indevido de álcool e outras drogas;

Considerando a possibilidade de intervenção nos casos de tentativas de suicídio e que as mortes por suicídio podem ser mortes evitáveis por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir

o dano do agravo e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, quando necessário;

Considerando a importância do suporte oferecido pelas organizações da sociedade civil na área de prevenção do suicídio, como os Centros de Crise e outros; e

Considerando a necessidade de desenvolver a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, no âmbito do Ministério da Saúde, com a participação de outras instituições, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.

Art. 2º Definir que o Grupo de Trabalho de que trata o artigo 1º desta Portaria será representado pelas instituições/órgãos a seguir relacionados e atuará sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde Mental:

I - três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS;

II - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SEGETS/MS;

III - um representante da Secretaria de Vigilância na Saúde - SVS/MS;

IV - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

V - um representante do Programa SUPRE-OMS;

VI - um representante da Universidade de Brasília - UnB;

VII - um representante do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NESC/UFRJ;

VIII - um representante da Pontifícia Universidade Católica, do Rio Grande do Sul - PUC-RS;

IX - um representante do Núcleo de Epidemiologia do Instituto Phillippe Pinel, do Rio de Janeiro;

X - um representante do Centro de Valorização da Vida - CVV.

Art. 3º Estabelecer que o Grupo de Trabalho terá 60 (sessenta) dias, a contar da publicação desta Portaria, para apresentar proposta para implantação da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE