



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PIBIC

**CASOS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO BRASIL NO PERÍODO
DE 2010 A 2019**

Tentativas de Suicídio no Brasil no Período de 2010 a 2019

**CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
SERVIÇO SOCIAL**

Relatório Final

Período da bolsa: 01 de agosto de 2020 a 20 de agosto de 2021

Este projeto é desenvolvido com bolsa de iniciação científica
PIBIC/CNPq

Orientadora: Vânia Carvalho Santos
Autora: Laíssa Eduarda da Silva Oliveira

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Frequência por sexo e lesão autoprovocada no período de 2010 à 2019 no Brasil	14
Gráfico 2. Frequência por suspeita de uso de álcool e lesão autoprovocada no período de 2010 à 2019 no Brasil	21
Gráfico 3. Frequência por repetição segundo lesão autoprovocada no período de 2010 a 2019 no Brasil.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência por raça/cor e lesão autoprovocada no período de 2010 à 2019 no Brasil	16
Tabela 2. Frequência por faixa etária e lesão autoprovocada no período de 2010 à 2019 no Brasil	17
Tabela 3. Frequência lesão autoprovocada e escolaridade no período de 2010 à 2019 no Brasil	18
Tabela 4. Frequência por lesão autoprovocada e local de ocorrência no período de 2010 a 2019 no Brasil	19
Tabela 5. Frequência por lesão autoprovocada por forma utilizada no período de 2010 à 2019 no Brasil.....	19
Tabela 6. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Sudeste do Brasil no período de 2010 a 2019	23
Tabela 7. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Nordeste do Brasil no período de 2010 a 2019	23
Tabela 8. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Sul do Brasil no período de 2010 a 2019.....	24
Tabela 9. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Norte do Brasil no período de 2010 a 2019.....	25
Tabela 10. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Centro-Oeste do Brasil no período de 2010 a 2019.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS	8
3 METODOLOGIA	10
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	13
4.1 As Tentativas de Suicídio no Brasil	14
5 CONCLUSÃO.....	27
6 PERSPECTIVAS DE FUTUROS TRABALHOS.....	28
7 REFERÊNCIAS.....	29
8 OUTRAS ATIVIDADES	35
8 ANEXOS	40
8.1 Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal Autoprovocada	40

1 INTRODUÇÃO

As tentativas de suicídio (TS) são consideradas atos intencionais de autoagressão que, podem resultar em morte ou ferimento, é a ação de tentar tirar a própria vida, mas sem consuma-la, estima-se que para cada caso de suicídio consumado ocorrem de 10 a 20 vezes mais tentativas. Se a tentativa de suicídio resulta em morte, passa a ser definida como suicídio, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,2018) é um ato consciente de autoaniquilamento vivenciado por aquele em situação de vulnerabilidade que o percebe como a melhor solução para sair de uma dor psicológica, é uma ação concreta, realizada por alguém que possui consciência e conhecimento da consequência final do seu ato, é uma maneira encontrada pelo sujeito de lidar com o sofrimento, uma fuga de sua existência, um escape para a dor. Desse modo, as TS possuem a mesma característica fenomenológica do suicídio, diferindo apenas do desfecho que não é fatal.

A lesão autoprovocada é a violência que a pessoa inflige a si mesmo, podendo ser subdividida em comportamento suicida¹ e em autoagressão (engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros). O suicídio é visto como violência e agressividade, sendo categorizado como “causa externa” na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID). A OMS (2014) em seu primeiro relatório sobre prevenção do suicídio, alerta que mais de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, reconhece o suicídio como uma prioridade na agenda global de saúde e aponta o Brasil como o oitavo país no índice sobre suicídio.

Até meados do século XVII o suicídio permaneceu como um tema teológico, a partir do século XVIII passou a ser visto como algo cada vez mais patológico. A maior mudança ocorreu no século XIX quando Durkheim propôs que o suicídio era um problema sociológico. Para o autor os suicídios são fenômenos individuais, cujas causas são, contudo, essencialmente sociais, que variam de sociedade para sociedade, de grupo para grupo e de religião para religião. Nesse sentido, o autor nos oferece a seguinte definição de suicídio: “Chama-se de suicídio todo o caso de morte que resulta direta ou

¹ O comportamento suicida refere-se a um tipo de conduta da pessoa que busca se ferir ou se matar. Englobam sete categorias: suicídio completo; tentativas de suicídio; atos preparatórios; ideação suicida; comportamento autoagressivo sem intenção de morrer; automutilação não intencional; automutilação com intenção suicida desconhecida. (VIDAL; GONTIJO,2013).

indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado” (DURKHEIM, 1982, p. 11).

A concepção funcionalista², uma das abordagens das ciências sociais, defende que os motivos condutores do ato suicida não se limitam exclusivamente ao indivíduo, mas que este é um produto da sociedade, associado ao coletivo e permeado por diversas questões culturais. Desse modo, entende-se que o suicídio é uma questão de saúde pública, mas também é uma questão sociológica, pois evidencia as contradições e desigualdades da sociedade capitalista. O suicídio afeta todas as classes sociais, idades e gêneros. Segundo Marx (2006) embora a miséria seja a maior causa do suicídio, podemos encontra-lo em todas as classes, pois uma sociedade de natureza desumana fere a todos e mais ainda as mulheres. O número de mulheres que tiraram suas próprias vidas (17,8%) cresceu mais do que o número de homens (8,2%), no período de 12 anos.

A maioria das pessoas com tentativas de suicídio, anunciou sua intenção, porém os sinais de alerta não foram reconhecidos e segundo estimativas da OMS para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas. A associação entre o número de TS e o curto intervalo entre uma tentativa e outra é responsável pelo aumento do risco do suicídio, 15% das pessoas que tentam suicídio fazem uma segunda tentativa no espaço de um ano. Segundo a OMS, existem evidências de que apenas 25% dos que tentam se matar, entram em contato com hospitais. A situação é mais crítica quando se estima que de cada três tentativas, apenas uma recebeu atenção dos serviços de saúde, quase 10% dos atendimentos por violências nos serviços de urgência e emergência decorrem de lesões autoprovocadas, com destaque para casos que envolvem mulheres e adultos (BAHIA, et al.,2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o suicídio como uma prioridade na agenda global de saúde e incentiva os países a desenvolverem e reforçarem suas estratégias de prevenção com uma abordagem multissetorial. Sendo assim, conhecer as representações que o comportamento suicida tem perante a sociedade é importante para desfazer mitos e tornar a população mais apta a identificar os fatores de risco que podem levar alguém próximo a cometer suicídio, pois a literatura mostra que toda ameaça de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo

² Uma teoria adaptada para diferentes campos de conhecimento, como a filosofia, a psicologia e a antropologia. Seu principal objetivo é explicar a sociedade, as ações coletivas e individuais, a partir de causalidades, ou seja, de funções

quando pareça falsa ou de caráter manipulador. Santos (2019) vai apontar que pessoas com comportamento suicida comunicam seus pensamentos e intenções suicidas, e que em média, entre 25% a 58% das pessoas que se suicidaram buscaram ajuda profissional de um médico clínico geral até um mês antes do ato.

Em relação as TS não existem dados exatos no mundo, até o momento, o Brasil não possui um plano de prevenção ao suicídio abrangente, estas ações se limitam às iniciativas de governos estaduais e/ou municipais. As portarias que abordam suicídios e tentativas de suicídios, instituídas pelo Ministério da Saúde, garantem ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) acolhimento e acompanhamento, desde o nível da atenção básica até a atenção especializada. O Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde, no projeto Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio considera que uma das maneiras eficazes para a prevenção de suicídio é a identificação de sinais comportamentais, que indicariam o risco de uma atitude suicida.

Justifica-se a realização deste estudo, pois quanto maior o conhecimento acerca dos riscos de suicídio, maiores as chances de prevenção e o modo como é entendido e pensado o suicídio irá definir os limites e possibilidades de intervenções. No Brasil, embora se tenha conhecimento sobre as diretrizes nacionais para prevenção de suicídio elaborada pelo Ministério da Saúde, esse agravo recebe pouca atenção de políticas públicas de saúde, com ausência de estratégias nacionais que debatam o assunto e proponham ações efetivas no sistema de saúde pública. Registros locais confiáveis quanto às ocorrências de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio são primordiais.

Assim, tendo em vista a necessidade em aprofundar esse tema que muitas vezes é negligenciado na sociedade devido a existência de vários mitos, sobretudo os relacionados a ideia de que sua discussão pode influenciar outras pessoas a cometerem o ato, o presente estudo teve por objetivo investigar as características epidemiológicas das tentativas de suicídio ocorridas no Brasil no período de 2010 à 2019, registradas no Sistema de Agravo de Notificação (SINAN), para conhecer as características das pessoas que tentam o suicídio. Os estudos com as bases de dados do SINAN são importantes para termos uma visão geral da qualidade desses sistemas quanto à clareza metodológica da documentação e consistência dos dados, a fim de contribuir para a efetivação de campanhas de prevenção das TS e conseqüentemente reduzir o número de casos no país. O conhecimento sobre os diferentes métodos de autoextermínio constitui uma ferramenta para a definição das intervenções de prevenção mais adequada, pois cada localidade possui características próprias que influenciam o risco do suicídio.

2 OBJETIVOS

O objetivo desta pesquisa foi analisar o perfil epidemiológico dos casos de tentativas de suicídio no Brasil, registradas no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) compreendidas no período de 2010 a 2019. Os objetivos específicos detalham o objetivo geral, que se referem:

- Conhecer os índices de incidência nas regiões geográficas do Brasil.
- Descrever os meios com maior utilização nas tentativas de suicídio.
- Identificar os locais de realização das tentativas de suicídio.

Compreende-se o que suicídio e a tentativa de suicídio são considerados como questão de saúde pública, embora Vidal e Gontijo (2013) destacam no seu estudo que as pessoas que buscam atendimento médico após uma tentativa, perceberam que o seu comportamento não era visto como uma crise que necessitava de cuidado, isso pode ser

explicado pelo fato de que em muitos momentos os transtornos mentais não são considerados como doença pelos médicos de especialidades clínicas ou cirúrgicas e por isso os pacientes não são levados a sério, e é comum que eles relatem ter falta de atenção por parte dos profissionais, como se não precisassem de ajuda. Desse modo, pacientes que tentaram suicídio, na maioria das vezes são liberados da emergência sem passar por encaminhamentos ou por uma avaliação psicológica, sendo que 62% das pessoas que tentam suicídio não são hospitalizadas (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015, p. 121).

A mais notável mudança no campo da saúde mental ocorreu na década de 1980 com a proposta da reforma psiquiátrica, caracterizada pela criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo Silveira et al. (2008) esse espaço caracteriza-se como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas um espaço institucional que permita entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil. De acordo com Muller, Pereira e Zanon (2017) das pessoas que são atendidas nos CAPS, 20% tem ideação suicida.

A classificação da urgência é dividida em: 1) Baixa, ocorre ideação suicida, mas sem planejamento específico e com baixa intencionalidade, no qual o paciente ainda consegue encontrar alternativas para lidar com o seu sofrimento. 2) Média, ocorre planos suicidas factíveis, mas o paciente projeta a ação no futuro, caso a situação de crise não se modifique favoravelmente. 3) Alta, ocorre o planejamento claro e intencional de realizar o suicídio nas próximas horas ou dias.

Outra classificação para o risco de suicídio é proposta com escala de 0 a 6, sendo: 0 nenhuma perturbação ou desconforto; 1 leve perturbação emocional; 2 ideias vagas de morte; 3 ideias vagas de suicídio; 4 ideias de suicídio, sem transtorno mental; 5 ideias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave; 6 ideias de suicídio, com transtorno mental ou estressor social grave ou agitação e tentativa prévia. Segundo Ribeiro et al. (2018) ainda não há uma classificação universal do risco de suicídio devido as diversas formas de abordagem.

As pessoas que pensam sobre suicídio em geral falam sobre o assunto, mas segundo o Ministério da Saúde existem alguns sinais que podemos procurar na história de vida e no comportamento das pessoas. Esses sinais indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida, os principais são: comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social; doença psiquiátrica; alcoolismo; ansiedade ou pânico; mudanças na personalidade, como irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia; mudança no hábito alimentar ou sono; tentativa de suicídio anterior; odiar-se, sentimento de culpa, sem valor; perda recente importante; história familiar de suicídio; desejo súbito de concluir os afazeres pessoais; sentimentos de solidão; cartas de despedida; doença física crônica, limitante ou dolorosa; menção repetida de morte ou suicídio.

Pessoas que sofrem de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo³ ou transtorno afetivo bipolar possuem maior risco para suicídio. Segundo o Manual de Prevenção ao Suicídio do Ministério da Saúde, histórias de tentativas de suicídio e transtornos mentais são os principais fatores de risco para se consumir o ato. Muitas vezes são as equipes dos CAPS que lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, quando o risco de suicídio se encontra agudizado, a principal estratégia utilizada pela instituição em prevenção e pós-venção⁴ ao suicídio está na atenção da família do usuário, pois aponta-se que a família é fundamental na busca da compreensão acerca das motivações do sujeito na tentativa suicídio, sendo fundamental que a equipe de saúde busque verificar a

³ O transtorno esquizoafetivo é uma doença definida por uma evolução que combina sintomas afetivos e psicóticos significativos. A definição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) requer a presença de sintomas de esquizofrenia concomitantes a sintomas de humor (depressão ou mania), com duração considerável em um período de 1 mês. O transtorno esquizoafetivo também é classificado como do tipo maníaco (quando sintomas maníacos são proeminentes) ou do tipo depressivo (quando apenas esquizofrenia e sintomas depressivos maiores estão presentes)

⁴ Qualquer ato apropriado e de ajuda que aconteça após o suicídio com o objetivo de auxiliar os sobreviventes a viver mais, com mais produtividade e menos estresse que eles viveriam se não houvesse esse auxílio. (SHNEIDMAN,1973).

compreensão dos familiares sobre o suicídio, os aspectos de saúde e doença, bem como sobre os tratamentos realizados.

3 METODOLOGIA

O ato de pesquisar permite uma aproximação e um entendimento da realidade a ser pesquisada, se processa por meio de aproximações sucessivas da realidade, no qual fornece subsídios para uma intervenção no real. Segundo Silveira e Córdova (2009) a pesquisa científica é o resultado de um inquérito ou exame minucioso, realizado com o objetivo de resolver um problema, recorrendo a procedimentos científicos, Lefehld (1991) refere-se à pesquisa como sendo a inquisição, o procedimento sistemático e intensivo, que tem por objetivo descobrir e interpretar os fatos que estão inseridos em uma determinada realidade.

Considerando os objetivos da pesquisa a opção metodológica foi a pesquisa quali-quantitativa por analisarmos a causa e consequência do problema através da perspectiva do contexto social e seus números. Segundo Souza (2017) a aliança entre os métodos qualitativos e quantitativos permite o uso mais compreensivo das pesquisas do que o uso unicamente qualitativo ou quantitativo. Ainda segundo o autor a articulação entre os métodos busca corroborar com um resultado de um método com os resultados do outro, utilizar os resultados de um método para auxiliar na interpretação do outro método, descobrir o paradoxo que leva a reconsiderar a questão da pesquisa, além da amplitude no alcance da pesquisa, confrontando seus elementos com um outro método. Segundo Minayo (2010) a metodologia qualitativa se preocupa nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, 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. Já a metodologia quantitativa permite dimensionar e conhecer o perfil demográfico, social e econômico da população estudada, além de estabelecer correlações entre possíveis influências nas temáticas em análise (MINAYO, 2010).

A primeira etapa da pesquisa abrangeu a fase exploratória descritiva, que teve como objetivo uma maior aproximação ao tema. Segundo Gil (2012) estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo

mais explícito, tendo como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência do fenômeno. Foi realizada a pesquisa bibliográfica, que fundamentou a análise qualitativa dos dados, segundo Godoy (1995) a pesquisa bibliográfica é o exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminadas com vistas a uma interpretação nova ou complementar.

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática investigada, mapeando as condições de manifestação do objeto de estudo. A busca de materiais se realizou em periódicos como a *SciELO*, A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e no Portal de Periódicos da CAPES. Durante o processo da pesquisa se utilizou de palavras-chaves como: suicídio, tentativas de suicídio, brasil e saúde mental. Na busca do material também se utilizou os operadores booleanos⁵ para que o resultado da busca fosse o mais pertinente e relevante possível. “Com a quantidade excessiva de informações nas bases de dados, o uso de operadores booleanos é fundamental no momento da pesquisa, uma vez que são eles que definem o tipo de relacionamento entre os termos a serem pesquisados.” (ZANINELLI; CATARINO, 2004, p.2).

Os materiais foram priorizados inicialmente pelo ano de publicação, sendo selecionados artigos que tivessem no máximo 10 anos de publicação e depois pela análise do título e do resumo. Segundo Severino (2010) a escolha das obras deve ser criteriosa, retendo apenas aquelas especificamente ao assunto tratado. Junto a busca dos materiais ocorreu a pesquisa documental através de consultas em leis e portarias relacionadas ao objeto de estudo. A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes, (Arquivos Públicos como Documentos oficiais, tais como: ordens régias, leis, ofícios, relatórios, correspondências, anuários, alvarás) publicações parlamentares: atas, debates, documentos, projetos de lei, impressos e relatórios. (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.175).

Após a seleção dos materiais, ocorreu a fase de exploração, que envolveu a escolha das unidades e a revisão da literatura, a enumeração, a classificação, o registro das informações retiradas nessas fontes e que foram utilizadas no desenvolvimento do trabalho. Ou seja, após a seleção das fontes de referência as informações foram descritas com precisão e cuidado, para isso foi elaborado um quadro de revisão bibliográfica, que

⁵ Segundo Zaninelli e Catarino (2004) são recursos do software de recuperação de informação que podem ser usados para compor um argumento de pesquisa (ou estratégia de busca) mais completo a partir de termos individuais.

descreveu todas as informações que poderiam colaborar para o desenvolvimento da pesquisa, buscou-se as ideias principais e as soluções ou comprovações das hipóteses do trabalho.

A segunda fase contou com a coleta de dados, realizada no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), A partir dele, encontramos o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), que foi desenvolvido com o objetivo de padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre doenças e agravos de notificação em todo o território nacional, disponibilizando informações para análise do perfil da morbidade dos residentes. Foi desenvolvido com o objetivo de padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre doenças e agravos de notificação em todo o território nacional, disponibilizando informações para análise do perfil da morbidade dos residentes contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal. Através deste sistema, é possível acompanhar os índices de mortalidade do país e constatar que as taxas de tentativas de suicídios vêm crescendo exponencialmente nas últimas décadas.

Houve a busca por dados referentes as tentativas de suicídio que ocorreram no Brasil entre 2010 à 2019, a população do estudo foi composta por todas as pessoas registradas nesse sistema com o agravo de tentativas de suicídio. Os casos de lesões autoprovocadas foram analisadas segundo o sexo, raça, escolaridade, faixa etária, meio utilizado e reincidência do caso. Para o armazenamento e processamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel (Microsoft Corp, Estados Unidos).

A última etapa da pesquisa, consistiu no tratamento dos resultados que possuiu uma abordagem epistemológica do materialismo histórico-dialético, que considera a historicidade, a complexidade, dinâmica e contradições do objeto pesquisado, com a compreensão da realidade social como síntese de múltiplas determinações concretas (FRIGOTTO, 2006). Segundo Netto (2011) 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 e para conhecer um objeto concreto, faz-se necessário conhecer suas várias determinações, envolvendo a universalidade, singularidade e particularidade.

A pesquisa dispensou a análise do comitê de ética, tendo em vista que a base de dados é de domínio público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de agosto de 2011, segundo a resolução da CNS nº 510, de 07 de abril de 2016.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

OMS define a saúde mental como é um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade. O primeiro documento a tratar do assunto no Brasil foi a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, ações organizadas entre, Ministério da Saúde, Secretarias de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, instituições acadêmicas, organizações governamentais e não-governamentais e organizações da sociedade civil.

Em 2011, por meio da Portaria nº 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade foi a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental para grupos populacionais predispostos a desenvolvê-los, como pessoas com sofrimento ou transtorno mental, usuários de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Garbin et al. (2019) diante da falta de notificação aos bancos de dados oficiais do SUS, a Portaria nº 1.271, foi lançada em 2014, que definiu 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 e passou a considerar as tentativas de suicídio como agravos de notificação compulsória imediata, ou seja, devem ser informados em até 24 horas, após o conhecimento do ocorrido, para as Secretarias Municipais de Saúde.

No relatório da OMS de 2018, sobre investimentos públicos em serviços de saúde mental, verificou-se que o Brasil investe cerca de U\$ 1,13 (um dólar e treze centavos) por habitante, anualmente, em serviços públicos de saúde mental. Segundo Junior (2020) em comparação ao mesmo período, o governo dos Estados Unidos investiu, por habitante, cerca de U\$ 343,83, (trezentos e quarenta e três dólares e oitenta e três centavos) o equivalente a 300 vezes mais que o investimento brasileiro. Essa falta de investimentos se revela na precarização dos serviços de saúde mental no Brasil, bem como no atendimento à população usuária.

As portarias e documentos lançados pelo SUS são sem dúvida um grande avanço, pois regulamentam e sistematizam as ações a serem executadas nos serviços de saúde mental, desde os casos não consumados de suicídio, que são notificados e

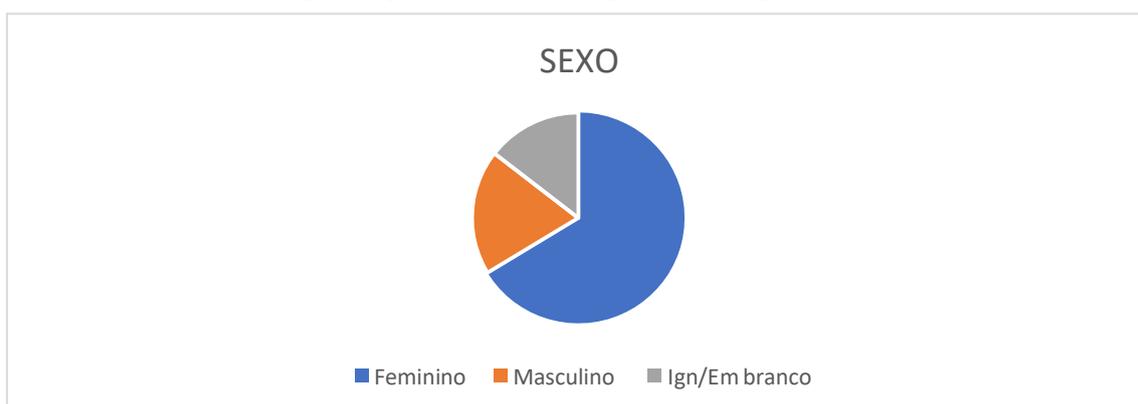
alimentam o banco de dados, que serve de base para o planejamento e criação de políticas para esse grupo.

4.1 As Tentativas de Suicídio no Brasil

Foram registrados 2.261.576 casos de tentativas de suicídio entre 2010 à 2019 no Brasil, sendo 2010 com o menor número de casos (73.794) e 2019 com o maior número de casos (405.497). Esse fato evidencia o crescimento do número de casos, bem como o maior registro dos mesmos, pois foi apenas a partir de 2011 que os casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências passaram a constar na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças e outros Agravos (Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011). Em 2014 com a Portaria nº 1.271 tornou-se imediata a notificação de tentativas de suicídio e em 2016 a obrigatoriedade de comunicação das doenças, da violência doméstica e/ou sexual e da tentativa de suicídio foi estendida aos estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo e instituições de pesquisa bem como serviços da rede de assistência social e conselhos tutelares. (Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016).

Na série histórica analisada as tentativas de suicídio foram mais frequentes no sexo feminino, correspondendo a 66,3% dos casos, seguido do masculino 19,2%.

Gráfico 1. Frequência por sexo e lesão autoprovocada no período de 2010 à 2019 no Brasil.



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Segundo Bahia et al. (2017) a vulnerabilidade feminina se revela como questão chave do perfil de vítimas de lesão autoprovocada, inclusive na comparação com as de outras formas de violência. Segundo Kaplan et al. (1997), o sexo feminino é quatro vezes

mais propenso a tentar o suicídio, os homens por sua vez, cometem suicídio com frequência três vezes maior do que as mulheres. Existem vários motivos que podem influenciar nessa diferença, destacando-se as questões de igualdade de gênero, diferença nos métodos socialmente aceitáveis de lidar com o estresse e conflito, preferência e acesso a diferentes meios para se cometer suicídio, disponibilidade e padrões de consumo de álcool, prevalência de transtornos mentais e diferenças nas taxas de procura de cuidados relacionados à saúde física e/ou mental. (VELOSO, et al., 2016, p.5).

Nas mulheres, as taxas são mais altas no planejamento e TS, enquanto no sexo masculino é maior o suicídio consumado. Segundo Rosa et al. (2014) a intenção suicida e o suicídio são problemas complexos que resultam da interação de fatores sociais, biológicos, genéticos, psiquiátricos, socioeconômicos e culturais.

Há diferentes explicações nas tentativas de elucidar as causas das altas taxas de suicídio entre os homens: o impacto de questões socioeconômicas associadas ao desempenho de papéis sociais que são peculiares aos homens, o desempenho escolar e a capacidade cognitiva geral, a resistência em buscar ajuda psiquiátrica, o efeito do divórcio e da alienação parental, a função da testosterona e a maior prevalência de alcoolismo. (PALMA; SANTOS; IGNOTTI, 2020, p.10).

Isso demonstra que expressões do sofrimento costumam ocorrer de forma diferente entre os gêneros e que a vulnerabilidade feminina se revela como um fator que merece atenção no perfil das vítimas de lesão autoprovocada. Segundo Vieira, Santana e Suchara (2015) o suicídio não é tão comum entre as mulheres devido à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Mas segundo Baére e Zanello (2018) existe a possibilidade de haver subnotificações no número de tentativas entre os homens e de óbitos entre as mulheres.

Nos registros, não constam os itens orientação sexual e identidade de gênero, o que impossibilita o levantamento de informações sobre as mortes por suicídio da população LGBTQI+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, *queer*, intersexo e assexuais) no Brasil. Na atualidade, a inexistência de instrumentos governamentais que possam realizar o levantamento desses óbitos evidencia a omissão do Estado com as políticas públicas voltadas a essa população. Segundo Baére e Zanello (2018) se o número de mortes e, principalmente, a sua causa fossem revelados, é provável que o governo brasileiro se tornasse alvo de críticas por parte de organizações de proteção aos direitos humanos no cenário nacional e internacional.

Em relação a raça/cor das vítimas, as tentativas foram mais comuns entre os indivíduos pertencentes à raça branca (41,7%) e parda (37,2%) o que pode ser observado na tabela abaixo:

Tabela 1. Frequência por raça/cor e lesão autoprovocada no período de 2010 à 2019 no Brasil.

Raça/cor	Nº	%
Branca	943.115	41,7%
PRETA	176.534	7,8%
Amarela	15.095	0,6%
Parda	843.122	37,2%
Indígena	1.940	0,08%
Ignorado/ em branco	299.193	13,2%
Total	2.261.576	100%

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Segundo cartilha divulgada pelo Ministério da Saúde (2018) o estigma em torno do suicídio pode ser ainda maior quando há questões raciais envolvidas, pois, a raça/cor atua como um determinante de como as pessoas vivenciam suas questões da vida e formatam condições de visibilidade que definem como serão vistas na comunidade aumentando inclusive o risco de suicídio.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017) os casos do suicídio da população indígena, entre 2011 e 2016 foram significativamente superiores às outras raças. Mas segundo Baére e Zanello (2018) é possível que haja uma tendência ao embranquecimento do paciente, por parte dos profissionais de saúde. É importante ressaltar que raça é autodeclarada e muitas vezes os profissionais têm receio de perguntar e isso explica o número de casos que ficam se preenchimento (13,2%).

Sobre a faixa etária constatou-se o predomínio de adultos jovens e adolescentes, correspondeu de 20 a 39 anos (37,9%), seguido de 10 a 19 anos (24,6%).

Tabela 2. Frequência por faixa etária e lesão autoprovocada no período de 2010 à 2019 no Brasil.

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
<1 ano	71.456	3,1%
1 a 4 anos	140.237	6,2%
5 a 9 anos	125.906	5,5%
10 a 14 anos	230.844	10,2%

15 a 19 anos	354.606	15,6%
20 a 29 anos	474.789	20,9%
30 a 39 anos	379.321	16,7%
40 a 49 anos	226.222	10%
50 a 59 anos	111.539	4,9%
60 ou mais	143.698	6,3%
Ignorado/ em branco	3.408	0,1%
Total	2.261.576	100%

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Os dados aqui encontrados confirmam as tendências globais dos últimos 45 anos, os quais revelam um aumento nos casos de suicídio em pessoas mais jovens (15 a 45 anos), segundo Veloso et al. (2016) os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância.

Pode-se, ainda, atribuir tais resultados ao atual uso exacerbado da internet e mídia sociais na infância e juventude, uma vez que seu uso desenfreado está relacionado a diversas patologias psíquicas e a indivíduos com maior vulnerabilidade, impulsividade e perturbações, além de ansiedade social, baixa autoestima, solidão, menores níveis de atividade física, hostilidade e comportamento agressivo, menor felicidade e vitalidade subjetivas e prejuízos na saúde mental de forma geral. (YOUNES et al., 2016).

Segundo a OMS o suicídio está entre as três principais causas de morte entre adolescentes e adultos jovens. Nesse caso, é necessário a identificação de fatores de risco que possam contribuir para o desenvolvimento de estratégias preventivas e assistenciais.

[...] neste período da vida, os jovens buscam maior identidade social e profissional. Trata-se de uma etapa perpassada por inseguranças, visto que os jovens são inseridos em novos contextos sociais que exigirão habilidades específicas, as quais os jovens podem não possuir, deixando-os vulneráveis. (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2018, p. 3768).

Em relação aos idosos (6,3%) o suicídio é considerado pela OMS como um dos mais graves problemas de saúde pública, uma vez que o risco aumenta com a idade e, ao mesmo tempo, essa é a população em maior crescimento no Brasil. Sobre os fatores de risco Duberstein et al. (2004) citam traços de personalidade hipocondríaca, fechada,

tímida ou excessivamente independente, bem como a não inserção no mercado de trabalho.

Mas, o que mais chama a atenção é o registro de crianças de 0 a 9 anos (27,7%) que tentaram suicídio. Esse apontamento pode sugerir a raridade do evento, mas também o sub registro desse agravo, já que casos de tentativas podem ser identificados como acidentes domésticos.

[...] o conhecimento sobre suicídio em crianças ainda é muito incipiente face, de um lado, ao imaginário social de alegria associada a esse momento da vida, mas também ao tema bastante controverso da intencionalidade do ato que inclui responsabilidade. (BAHIA et al., 2017 p. 2847).

Quando observada a escolaridade das pessoas que mais tentaram suicídio estas tinham da 5º a 8º série incompleta do ensino fundamental (15,5%), ou seja, apresentavam um baixo nível de escolaridade, que segundo Bahia et al. (2017) é bastante comum entre os que tentam suicídio. A ocorrência de tentativas para pessoas analfabetas foi de 1,2% e pessoas com educação superior completa e incompleta foi de 2%.

Tabela 3. Frequência lesão autoprovocada e escolaridade no período de 2010 à 2019 no Brasil.

Escolaridade	nº	%
Analfabeto	27.781	1,2
1º a 4º série incompleta do ensino fundamental	161.979	7,1
4º série completa do ensino fundamental	79.198	3,5
5º a 8º série incompleta do ensino fundamental	321.542	15,5
Ensino fundamental completo	130.949	5,7
Ensino médio incompleto	186.205	8,2
Educação superior incompleta	44.818	1,9
Educação superior completa	45.788	2
Não se aplica	268.231	11,8
Ignorado/ em branco	750.475	33,1
Total	2.261.576	100

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Pessoas com um menor índice de escolaridade geralmente trabalham em ocupações de baixa qualificação, motivo que segundo Vidal, Gontijo e Lima (2013) pode contribuir para o estresse laboral, que ocasiona depressão ansiedade e até mesmo a síndrome de Burnout⁶, que se não reconhecidas e tratadas podem levar a tentativa de

⁶ A Síndrome de Burnout refere-se a uma síndrome na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho e reage como se as atribuições destinadas a ele não tivessem mais importância, qualquer esforço parece inútil e sem necessidade de ser realizado. (SOARES; RODRIGUES; PIMENTAS, 2021, p.2).

suicídio. Esses aspectos também demonstram condições de vida material mais baixa, sendo que o aumento da desigualdade, associado à precarização das condições materiais de vida, tende a elevar os riscos de mortalidade por suicídio (FRAGA; MASSUQUETI; GODOY, 2016). Estudos recentes demonstram que as políticas de redistribuição de renda possuem um potencial positivo para diminuição das taxas de mortes autoprovocadas (GONÇALVES; FREITAS; SEQUEIRA, 2011),

Destaca-se nos resultados o elevado percentual de casos com escolaridade ignorada (33,1%) e não se aplica (11,8%).

A própria residência da vítima foi o local predominante de ocorrência (62,2%). O que pode ser observado na tabela abaixo:

Tabela 4. Frequência por lesão autoprovocada e local de ocorrência no período de 2010 a 2019 no Brasil.

LOCAL DE OCORRÊNCIA	Nº	%
Residência	1.407.595	62,2
Habitação coletiva	16.960	0,7
Escola	41.071	1,8
Local de prática esportiva	6.605	0,2
Bar ou similar	43.025	1,9
Via pública	314.760	13,9
Comércio/serviços	33.479	1,4
Indústria/construção	2.949	0,1
Outros	122.032	5,3
Ignorado	250.869	11
Em branco	20.229	0,8
Total	2.261.576	100

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Cada localidade possui características próprias que influenciam o risco da tentativa de suicídio, estudos epidemiológicos sugerem forte relação entre o comportamento suicida e o ambiente (MAGALHÃES, et al., 2014). Como observado a residência é o local que mais se tenta o suicídio, o que pode ser devido a facilidade de acesso aos meios, Vieira, Santana e Suchara (2015) vão destacar que o fácil acesso ao meio para se cometer suicídio é fator determinante para a vítima cometer ou não o ato.

A forma utilizada mais frequente foi o envenenamento (12,3%), seguido pelo uso de objeto perfuro cortante (9,5%), enquanto os meios menos empregados foram o uso de objeto quente (1,1%) e arma de fogo (3,5%).

Tabela 5. Frequência por lesão autoprovocada por forma utilizada no período de 2010 à 2019 no Brasil.

FORMA UTILIZADA	Nº	%
Enforcamento	96.622	4,2
Objeto Contundente	97.328	4,3
Objeto Perfuro cortante	214.983	9,5
Envenenamento	279.095	12,3

Objeto. Quente	25.518	1,1
Arma de fogo	80.129	3,5
Ignorado/em branco	946.235	41,8
total	2.261.576	100

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

O método do suicídio deve ser contextualizado e integrado com outros fatores. As tentativas de suicídio por envenenamento, constituem a terceira causa de suicídios consumados no Brasil, se caracterizam pela ingestão em excesso de substâncias, como medicação, produtos de limpeza, agrotóxicos, gás, veneno, entre outros. Segundo Reisdorfer et al. (2016) é a forma mais utilizada pelas mulheres, enquanto os homens tendem a usar meios mais violentos. O uso de objeto perfuro cortante, segundo Rosa et al. (2016) é um meio mais utilizado pelos homens, e pode ser caracterizado pelo uso de materiais com partes rígidas ou agudas como agulhas, lâminas, pinças, seringas vidros, entre outros. Podem ser utilizados nos casos de automutilação.

Os adultos teriam mais acesso aos medicamentos, o que justificaria a escolha desse agente no ato suicida. O acesso fácil a substâncias tóxicas tem influência nas tentativas de suicídio e a restrição poderia ser passível de prevenção, como por exemplo, exigir maior rigor para a comercialização. A letalidade dos pesticidas e agroquímicos é a maior entre todos os agentes utilizados em tentativas de suicídio, de acordo com o Ministério da Saúde mais de 12% das tentativas que tiveram intoxicação confirmada por agrotóxico resultaram em morte, taxa dez vezes maior que a de pessoas que tentaram o suicídio com medicamentos.

A categoria outra violência (11,5%) segundo a ficha de notificação individual do SINAN corresponde a precipitação de lugar elevado, jogar-se na frente de veículos, autoimolação, atear fogo no próprio corpo, entre outros.

Os dados ignorados/em branco corresponderam a 41,8% dos registros, Alguns casos podem passar pela unidade de saúde/hospitais e não serem notificados no SINAN por motivos como excesso de demanda de serviço, fazendo com que o preenchimento da ficha fique em segundo plano; despreparo de funcionários para a realização da notificação ou até mesmo falta de conhecimento sobre a importância do preenchimento adequado das fichas individuais de notificação para os sistemas de vigilância em saúde e de informação em saúde. (RIBEIRO, et al.2018).

Em relação à prevalência dos fatores de risco para tentativas de suicido o uso de álcool esteve presente em 23,1% dos casos e em 40,8% não havia suspeita.

Gráfico 2. Frequência por suspeita de uso de álcool e lesão autoprovocada no período de 2010 à 2019 no Brasil.



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Segundo Botega (2014) a descoberta da relação entre o uso de álcool e outras drogas e o suicídio ou sobre o risco de pacientes com esquizofrenia, foram incorporados aos protocolos de atenção em saúde mental praticados no Brasil, pois os alcoólatras têm 60 a 120 vezes mais chances de atentarem contra a própria vida, visto que o álcool aumenta a agressividade, sendo um possível fator agravante para as tentativas de suicídio (Ponce, et al., 2008). Segundo Bahia et al. (2017) das pessoas que são atendidas em unidades de emergência 30% relataram a ingestão de bebida alcoólica nas 6 horas anteriores a tentativa.

A intoxicação alcoólica que antecede as tentativas de suicídios dos chamados alcoólatras deprimidos apresenta um ápice no consumo de álcool na véspera do evento. Trata-se de uma relação dose-resposta na qual quanto maior o consumo de álcool maior é a chance de comportamento suicida. (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013, p.8).

Tendo em vista tal compreensão, é preciso que a temática tentativa de suicídio, com abordagem sobre o uso de álcool e outras drogas, seja discutido e encarado com seriedade pelas equipes de saúde e pelas políticas sociais, enfatizando o respeito e o compromisso com esses indivíduos.

Referente a evolução dos casos 33,8% eram de repetição, enquanto 36,7% não. Os dados ignorados/ em branco corresponderam a 29,4%.

Gráfico 3. Frequência por repetição segundo lesão autoprovocada no período de 2010 a 2019 no Brasil.



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Para Bertolote (2012), a primeira tentativa de suicídio é um dos mais importantes fatores preditores para futuros comportamentos suicidas. Segundo Rosa et al. (2015) após sobreviver a um ato suicida, as pessoas tornam-se mais vulneráveis a novas tentativas de suicídio e 30% a 60% das pessoas atendidas em unidades de emergência por tentativa de suicídio haviam praticado tentativas anteriores e comumente 10% a 25% farão novas tentativas em menos de um ano. “Uma morte autoinfligida é pensada, preparada e antecedida por tentativas. Existem suicídios por impulso, mas são raros.” (BAHIA, et al., 2017, p. 2842).

O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativa, segundo Santos (2019) de 30 a 50% das pessoas, com comportamento suicida, têm história de tentativa prévia de suicídio. Mello-Santos (2005) afirma que para cada caso de suicídio existem 10 tentativas. Esses comportamentos são 40 vezes mais frequentes que os atos consumados

[...] o maior risco de morte por suicídio, em todas as idades observadas, costuma ocorrer durante o primeiro ano após uma tentativa. Tanto para aqueles que tentam pela primeira vez quanto para os repetidores, o primeiro ano constitui o período de maior risco. (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013, p. 180).

Desse modo, as tentativas de suicídio podem ser prevenidas, principalmente se for levado em conta que, de modo geral, pessoas com comportamento suicida comunicam seus pensamentos e intenções suicidas.

Em 2017 o Ministério da Saúde divulgou que a região Sul possuía as maiores taxas de suicídio do país (23% dos casos), mas quando analisada os índices de tentativas de suicídio nas regiões do Brasil entre 2010 à 2019, a região Sudeste registrou o maior número de casos (42,9%); seguida da Nordeste (23,3%); do Sul (18,9%); Centro Oeste (7,6%) e do Norte (3,5%). Segundo Cunha, Teixeira e França (2017) uma suposição para

o crescimento das taxas nas regiões Norte e Nordeste é a melhora na qualidade das notificações sobre mortalidade ocorrida ao longo dos últimos anos no Brasil.

Na região Sudeste os maiores índices corresponderam ao Estado de São Paulo (48,1%) seguido de Minas Gerais (28,5%)

Tabela 6. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Sudeste do Brasil no período de 2010 a 2019.

UF	Nº	%
São Paulo	467.453	48,1
Rio de Janeiro	178.895	18,4
Espirito Santo	47.087	4,8
Minas Gerais	277.215	28,5
Total	970.650	100

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Os dados encontrados corresponderam com o da literatura, Garbin et al. (2019) em seu estudo demonstrou que a região Sudeste foi a região que apresentou o maior percentual, 36% dos casos. Sobre as capitais, as que registraram maiores números de casos foram Rio de Janeiro (40,3%) e São Paulo (38,6%):

Sobre a região nordeste os estados que mais registraram casos foram Rio Grande do Sul (33%) e Pernambuco (21,5%).

Tabela 7. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Nordeste do Brasil no período de 2010 a 2019.

UF	Nº	%
Alagoas	32.023	6
Bahia	77.594	14,6
Ceará	41.898	7,9
Maranhão	25.683	4,8
Paraíba	26.305	4,9
Pernambuco	113.737	21,5
Piauí	27.215	5,1
Rio grande do Sul	174.593	33
Sergipe	9.062	1,7
Total	528.110	100

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A região Nordeste merece destaque pela alta desigualdade de renda, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 2019 houve redução da concentração de renda em todas as regiões, com exceção do Nordeste, onde a

desigualdade aumentou de 0,545 para 0,559. Foi a região com o maior crescimento percentual na taxa de suicídio nos últimos 13 anos. (MACHADO; SANTOS, 2015), ainda segundo as autoras uma hipótese plausível para explicar esse fenômeno é a melhoria dos sistemas de informação e captação desses dados, pois o Nordeste se destaca pela alta cobertura dos atendimentos nos CAPS.

Em relação a região Sul os Estados que mais registraram casos foram Paraná (42,6%); seguido de Rio Grande do Sul (37%) e Santa Catarina (20,2%), totalizando 468.212 mil casos. Se considerarmos que o Estado detém somente 14% da população nacional, o número é preocupante.

Tabela 8. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Sul do Brasil no período de 2010 a 2019.

UF	Nº	%
Paraná	201.187	42,6
Santa Catarina	95.432	37
Rio Grande do Sul	174.593	20,2
Total	468.212	100

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Segundo Botega (2015) não há clareza quanto aos motivos das altas taxas na Região Sul, mas devem estar relacionados com uma complexa combinação de condicionantes socioculturais, econômicos e psicobiológicos entre os agricultores gaúchos, que é a população mais afetada. Ainda segundo o autor relaciona-se esse fato, aos exigentes padrões de comportamento social presentes em municípios colonizados por imigrantes europeus, principalmente alemães à forma peculiar da monocultura do tabaco, ao potencial agravo dos pesticidas, à baixa escolaridade, ao endividamento, à defesa da honra em uma cultura patriarcal, à alta incidência de transtornos mentais e à história de suicídio que acompanha o histórico familiar. O Rio Grande do Sul é acompanhado pelo Ministério da Saúde há 10 anos, e os indícios apontam que o problema possa estar relacionado à cultura do fumo e aos agrotóxicos usados nas lavouras.

A região Norte é a região que possui mais Estados, com grandes extensões territoriais e com significativa proporção de povos indígenas, ou seja, variados portes populacionais caracterizado pela baixa densidade demográfica e pela rarefeita rede urbana.

Tabela 9. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Norte do Brasil no período de 2010 a 2019.

UF	Nº	%
Roraima	7.187	8,9
Acre	12.674	15,7
Amazonas	36.826	45,8
Roraima	8.634	10,7
Pará	39.234	48,8
Amapá	4.440	5,5
Tocantins	27.986	34,8
Total	80.292	100

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Os Estados com maior número de tentativas de suicídio foram Pará (48,8%) e o Amazonas (45,8%). Em 2017 o Estado do Amazonas recebeu do Ministério da Saúde cerca de R\$ 220 mil para execução do Plano de Prevenção ao Suicídio e Valorização da Vida.

A região Centro-Oeste foi a que menos registrou casos, 173.445 sendo que o Estado de Mato Grosso do Sul (41,5%) e Goiás (30,9%) registraram os maiores números de casos, seguido do Distrito Federal (16,4%) e Mato Grosso (10,9%).

Tabela 10. Frequência por lesão autoprovocada e notificação nos estados da região Centro-Oeste do Brasil no período de 2010 a 2019.

UF	Nº	%
Goiás	53.720	30,9
Mato Grosso do Sul	72.135	41,5
Mato Grosso	19.073	10,9
Distrito Federal	28.517	16,4
Total	173.445	100

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Em 2020 houve um aumento de 19,4% de atendimento segundo o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) da região.

As TS trazem enormes sequelas para quem tentou realizá-la bem como para a família ou amigos. Segundo o Ministério da Saúde (2018) a intenção suicida e o suicídio são problemas complexos que resultam da interação de fatores sociais, biológicos, genéticos, psiquiátricos, socioeconômicos e culturais e a presença de transtornos mentais

e histórico de tentativas de suicídio são apontados como fatores de risco importantes para novas tentativas (BOTEGA, 2015). Existem alguns fatores que contribuem, tais como:

Desemprego, problemas legais ou trabalhistas, vulnerabilidade social, problemas familiares e conjugais, vivências traumáticas, violência intrafamiliar, alcoolismo e uso de outras drogas, transtornos mentais e psicológicos, e condições clínicas incapacitantes são relacionados como fatores associados à incapacidade psíquica de administrar os problemas. (ROSA et al., 2015, p. 232).

O risco de suicídio também tem sido associado com presença de transtornos psiquiátricos, comorbidades médicas, acontecimentos de vida estressantes e histórico familiar de patologias psiquiátricas e/ou comportamentos suicidas (RAMÔA, et al., 2017). Por isso, o estudo das tentativas torna-se importante para práticas de prevenção. Mas infelizmente ainda se percebe, um grande número de dados ignorados/em branco, Rohling, Ciesca e Liebl (2018) apontam que a notificação por tentativa de suicídio depende do profissional no preenchimento dos dados e que as taxas de mortalidade por suicídio podem aumentar ou diminuir dependendo da atitude do pessoal que esteja envolvido no atendimento. “Avaliar um paciente suicida causa ansiedade nos médicos, principalmente ansiedade por um erro de conduta e temor das consequências.” (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013, p. 113).

O suicídio ainda é um assunto permeado por um estigma social à pessoa que o realiza e seus familiares, o que normalmente ocasiona dificuldades no acesso aos dados, comprometimento na fidedignidade das informações e, conseqüentemente, aumento no número de subnotificações dos casos. para cada tentativa documentada, existem outras quatro que não foram registradas. (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Existem lacunas na compreensão dos profissionais sobre o comportamento suicida, ainda há o estigma em relação aqueles que apresentam esse comportamento, Freitas e Borges (2017) destacam que os pacientes muitas vezes são liberados sem a avaliação de um psiquiatra ou sem qualquer outro tipo de encaminhamento. Esses fatores revelam a importância da educação permanente na prática hospitalar.

Desse modo, é importante compreender e acolher o sofrimento, através de uma escuta qualificada e também identificar, junto com o sujeito, o que ainda lhe proporciona vontade de se manter vivo, pois a empatia e o vínculo são fundamentais ao atendimento em saúde e perceber o sofrimento psíquico vivenciado pelo paciente, subjacente à tentativa de suicídio possibilita oferecer cuidados mais acolhedores e menos punitivos. (FREITAS; BORGES, 2017).

5 CONCLUSÃO

Com base nos achados do estudo, foi possível categorizar que as vítimas de tentativas de suicídio no Brasil, em sua maioria pertenciam ao sexo feminino, eram adolescentes e adultos jovens, possuíam da 1ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental ao ensino médio incompleto de escolaridade, sendo a residência o principal local que se tenta o suicídio, tendo como maior meio empregado o uso de envenenamento e uso de objeto perfuro cortante, bem como a identificação do uso de álcool como fator agravante, sendo as regiões Sudeste e Nordeste com os maiores índices de TS.

É importante destacar que as capacitações dos profissionais devem priorizar o reconhecimento dos casos de tentativa de suicídio, as principais formas de atuação e o preenchimento correto das fichas de atendimento. O adequado atendimento aos pacientes que chegam aos serviços de saúde por tentativa de suicídio é determinante para a recuperação e prevenção de que novas tentativas sejam cometidas.

Ademais, outro apontamento relevante consiste que tratar do tema e de seus indicadores, pois influenciam muito mais em sua redução do que em sua ampliação. Muito se fala no senso comum sobre a influência do debate sobre suicídio/tentativa de suicídio para um aumento da prática destes. Entretanto, foi possível verificar a partir dos estudos apontados, que falar sobre o assunto é um dos fatores de proteção mais importantes a serem realizados, não devendo ser estruturado de qualquer forma, tendo em vista a necessidade em se ter cautela ao tratar de temáticas que envolvem problemas internos dos seres humanos. As mortes por suicídio podem ser evitadas, desde que haja a oferta de tratamento especializado aos pacientes classificados com fatores de risco (JUNIOR, 2021).

O suicídio se configura como um sério problema de saúde pública no Brasil, o assunto ainda é tabu na sociedade e, assim, há quem ainda não converse sobre saúde mental e não fique atento, nos familiares e amigos, aos possíveis sinais de que alguém esteja precisando de ajuda profissional.

Desse modo, o debate sobre a prevenção ao suicídio mostra-se necessária. Sendo imperativo que no atual cenário o tema assumira um espaço de destaque nas agendas de governo e nas ações do Estado brasileiro, a partir de palestras e programas sociais que podem ser realizados tanto em instituições de ensino e de saúde, por meio de profissionais qualificados, como em comunidades, pois quanto maior o conhecimento acerca dos riscos de suicídio, maiores as chances e prevenção. Uma das principais formas de enfrentamento

ao suicídio em um país, é o investimento em serviços de saúde mental e em políticas que promovam o cuidado e a valorização da vida.

6 PERSPECTIVAS DE FUTUROS TRABALHOS

Partindo da perspectiva de que conhecer as características das pessoas que tentam o suicídio é importante para contribuir para a efetivação de campanhas de prevenção das tentativas de suicídio e consequentemente reduzir o número dos casos no país. Preconiza-se assim a continuidade da pesquisa, para que possamos continuar conhecendo o perfil das pessoas que tentam suicídio, possibilitando assim, entendermos as particularidades e demandas específicas desse grupo.

7 REFERÊNCIAS

BAHIA, Camila Alves, et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 22, p. 2841-2850, jan. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000200118&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 ago. 2020.

BAÉRE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do distrito federal. **Estud. Psicol**, Natal, v. 23, n. 2, p. 1-10, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000200008. Acesso em: 15 jul. 2021.

BERTOLETE, J. M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Ed. Unesp, 2012.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicol. USP**, v. 25, n. 3, p. 231- 236, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2021.

BOTEGA, NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

BRASIL. Lei nº.12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília, Disponível em: [L12527 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br). Acesso em: 28 maio 2021.

BRASIL. 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. Brasília, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 2 maio 2021.

BRASIL. Comitê de Ética em Pesquisas Com Seres Humanos nº 510, de 07 de abril de 2016. Resolução CNS. Camboriú.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Brasília, Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em: 28 abr.2021.

BRASIL. 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. Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Brasília, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 06 maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 20113088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 maio 2021.

CUNHA, Carolina Cândida; TEIXEIRA, Renato; FRANÇA, Elisabeth. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, [s. l], v. 26, n.1, p.19-30, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/YFQbxvSXNzYvmp3PpRHJYBS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

DUBERSTEIN, PR, et al. Suicide et 50 years of age and older: perceived physical illness, Family discord and financial strain. *Psychol Med* 2004; 34(1)137-146.
DURKHEIM, E. O suicídio: Um Estudo Sociológico. Rio de Janeiro: Zahar,1982.

FRAGA, Wagner Santana de; MASSUQUETTI, Angélica; GODOY, Marcia Regina. Determinantes Socioeconômicos do Suicídio: um estudo para os municípios do Brasil e do Rio Grande do Sul. *Revista Econômica*, [s. l], v. 2, n. 18, p. 1-37, dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistaeconomica/article/view/35004/20258>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia*, Santa Catarina, v. 1, n. 22, p. 50-60, mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006&lng=en&tlng=en. Acesso em: 28 ago. 2020.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Ivani (org.) *Metodologia da pesquisa educacional*. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

GARBIN, Clea Adas Saliba; et al. A OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS NA PREVENÇÃO E CONDUÇÃO DE CASOS DE SUICÍDIOS: análise documental. *Revista Ciência Plural*, Rio Grande do Norte, v.5, n.2, p.129-142, ago. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/La%C3%ADssa%20Eduarda/Downloads/17528-Texto%20do%20artigo-59139-1-10-20190826.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

GIL, Antônio Carlos. Como Classificar as Pesquisas? In: GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2002. Cap. 4. p. 1-176.

GODOY, Arilda Schmidt. PESQUISA QUALITATIVA TIPOS FUNDAMENTAIS. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, jun. 1995. Disponível em: www.scielo.br/pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

GONÇALVES, AM; FREITAS PP; SEQUEIRA, CAC. Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de protecção. *Millenium*. 2011.

JUNIOR, Carlos Stavizki. Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de Pandemia: perspectivas para a prevenção no Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. *Ágora*, Santa Cruz, v.22, n. 2, p. 4-21, dez. 2020. Disponível em: [Texto 18.pdf](#). Acesso em 2 abril 2021.

KAPLAN HI, et al. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.

LEFEHL, N.A.S.; BARROS, A.J.P. *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1991

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*, [s. l], v.1, n.1, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jSFVzxZCLjTrDMqzwVSpGKG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MAGALHÃES, Ana Paula Nogueira, et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *J. bras. Psiquiatr*, [s. l], v. 63, n.1, p.1-17, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/sB3pGhpR4cYPcR4mV33sV3M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E RESUMOS. In: MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. p. 1-310.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. **Transtorno esquizoafetivo**. 2021. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1199>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MELLO-SANTOS, Wang YP, BERTOLETE JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(2):131-4.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (12ª edição). São Paulo, Hucitec-Abrasco, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Setembro Amarelo e Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio - 10/9**. 2018. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/component/content/article?id=2787#:~:text=Tamb%C3%A9m%20fazem%20parte%20do%20que,inclusive%20gen%C3%A9ticos%2C%20culturais%20e%20socioambientais>. Acesso em: 10 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/primeira-coluna/sistema-de-informacoesdeagravosdenotificacaosinan#:~:text=O%20SINAN%20serve%20para%20>

notificar,tomada%20de%20decis%C3%B5es%20em%20n%C3%ADvel. Acesso em: 5 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília: Universidade de Brasília, 2018. 85 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf?fbclid=IwAR1JvKQluNZNIT6s_XKYEm6OiAUWfWH1toENITr1xUB1TjV_wlWCEA1iBIM. Acesso em: 10 maio 2021.

MULLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Psicol*, v.9, n.2 p.6-23, 2017. Disponível em: [Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial \(bvssalud.org\)](#). Acesso em: 10 fev. 2021.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

RIBEIRO, Nilva Maria; et al. Análise da Tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto Enferm*, v.22, n.2, p. 1-11, ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lang=pt. Acesso em: 26 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicídio**, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>. Acesso em: 10 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Transtornos mentais**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 11 maio 2021.

PALMA, Danielly Cristina de Andrade; SANTOS, Emerson Soares dos; IGNOTTI, Eliane. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l], v. 4, n. 36, p. 1-13, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qwjLzp7Ttv8mNMpHMzLs5xP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2021.

PONCE, JC, Andreuccetti G, Jesus MGS, Leyton V, Muñoz DR. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008;35(supl 1):13-6.

RAMÔA, Andreia Filipa Araújo da Silva. et al. Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade. *Rev. PortMed Geral Fam*, v.33, p.321-332, 2017. Disponível em: [Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade | Ramôa | Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar \(rpmgf.pt\)](#). Acesso em: 10 maio 2021.

REISDORFER, Nara; et al. SUICÍDIO NA VOZ DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DIANTE DO

COMPORTAMENTO SUICIDA. Rev.. Enferm UFSM, Santa Maria, v.5, n.2, p.295-304, jun. 2015. Disponível em: [Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida | Reisdorfer | Revista de Enfermagem da UFSM](#). Acesso em: 10 jul. 2021.

ROHLING, Bethania Santos Vieira; CIESCA, Daiana; LIEBL, Geovana. Projeto Vida: integração da vigilância epidemiológica e setor da saúde mental frente às tentativas de suicídio em Fraiburgo, Santa Catarina, 2014-2017. **Epidemiologia. Serv. Saúde**, Brasília, v. 3, n. 27, p. 1-8, fev. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300600&lang=pt. Acesso em: 28 ago. 2020.

ROSA, Natalina Maria.et al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l], v. 3, n. 65, p. 231-238, dez. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000300231&lang=pt Acesso em: 26/08/2020. Acesso em: 26 ago. 2020.

SANTOS, Cristina Vianna Moreira. SOFRIMENTO PSÍQUICO E RISCO DE SUICÍDIO: DIÁLOGO SOBRE SAÚDE MENTAL NA UNIVERSIDADE. **Rev. Nufen: Phenom. Interd**, Belém, v.11. n. 2, p. 149-160, ago. 2019. Disponível em: Microsoft Word - Relato_02.docx (bvsalud.org). Acesso em: 16 out. 2020.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Teoria e Prática Científica. In: SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010. p. 1-304. Disponível em: file:///C:/Users/laiss/OneDrive/Documentos/Trabalho%20de%20Conclus%C3%A3o%20de%20Curso/SEVERINO_Metodologia_do_Trabalho_Cientifico_2007.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

SILVEIRA, Lia Carneiro. Pesquisa de avaliação em serviços de saúde mental: uma proposta ético-estético-política. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Ceará, v.1, n.1, jun. 2008. Disponível em: [2008_art_lcsilveiramlsilvamrfsilvaansalmeidamnalencar.pdf \(ufc.br\)](#). Acesso em: 5 fev. 2021.

SILVEIRA, D. T.; CÓDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDDT, T. E. e SILVEIRA, D. T. (org.). Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Editora de UFRGS, 2009. p. 31 -42

SHNEIDMAN, E. (1973). Deaths of Man. New York: Quadrangle.

SOARES, Wellington Danilo; RODRIGUES; Beatriz Pereira; PIMENTA, Carla Priscila Santos. SÍNDROME DE BURNOUT, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E IDEIAÇÃO SUICIDA EM SERVIDORES DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Revista UNINGÁ**, Montes Claros, v. 36, n.1, p.1-10, fev. 2021. Disponível em: [3613-13-11983-4-10-20210315 \(1\).pdf](#). Acesso em: 17 jul. 2021.

SOUZA, Marcelo Pereira. PERSPECTIVA QUALI-QUANTI NO MÉTODO DE UMA PESQUISA. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO DE

PROFESSORES, 11., 2017, Aracaju. **GT10 – Práticas Investigativas na Educação Superior**. Aracaju: Unit, 2017. p. 1-14. Disponível em: [file:///C:/Users/laiss/Downloads/8668-37677-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/laiss/Downloads/8668-37677-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 10 jul. 2021.

VELOSO, Caique, et al. Tentativas de suicídio atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. *Revista de Enfermagem da UFPI, Teresina*, v. 5. N. 3, p.43-58, set, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1033886>. Acesso em: 2 set. 2020.

VIEIRA, Letícia Pereira; SANTANA, Vivian Tallita Pinheiro de; SUCHARA, Eliane Aparecida. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 118-123, jul. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000200118&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 ago. 2020.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 29, p. 175-187, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>. Acesso em: 6 out. 2020.

ZANINELLI, Thais Batista; CATARINO, Maria Elisabete. RECUPERAÇÃO DE INFORMAÇÃO NO BANCO DE DADOS DA EMBRAPA SOJA: estudo do AINFO. **Inf. Inf**, Londrina, v. 9. n. 12, p. 1-19, dez. 2004. Disponível em: [Microsoft Word - vol_9_art_5_revisado_1.doc \(brapci.inf.br\)](https://brapci.inf.br/vol_9_art_5_revisado_1.doc). Acesso em: 30 jun. 2021.

YOUNES F, Halawi G. internet Addiction and Relationships with Insomnia, Anxiety, Depression, Stress and Self-Esteem in University Students: A Cross-Sectional Designed Study. *PLoS ONE* 2016;p1-13. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0161126>. Acesso em: 15 jul 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization, 2014, 92 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=7A41610BF193E06F8D7AF4697065D9BF?sequence=1. Acesso em: 10 maio 2021.

8 OUTRAS ATIVIDADES

25/08/2020	Houve a primeira reunião com a orientadora Prof. ^a Vânia, no qual foi apresentado o plano de trabalho, envio de textos pertinentes a temática, orientações sobre a elaboração do quadro bibliográfico e a demonstração de como se faz busca de referências nas bases de dados, como a SCIELO, a PEPSIC e o Portal da BVS.
03/09/2020	Segundo encontro pela plataforma do Google Meet, para discutimos técnicas de escrita, sendo demonstrado como se faz resumo, palavras-chaves e objetivos. Ainda nesse dia no período da tarde foi realizado um curso de extensão, promovido pelo UNA- SUS sobre a prevenção ao suicídio, buscou introduzir reflexões sobre o manejo na prevenção do comportamento suicida dos usuários da atenção primária da saúde. Contou com uma carga horaria de 30 horas e disponibilizou materiais e apostilas sobre o tema.
10/09/2020	Última reunião do mês de setembro, para que pudéssemos nos dedicar aos eventos relacionados ao setembro Amarelo. Nesse dia houve um evento denominado de Suicídio e Tabus, em que o palestrante demonstrou como o suicídio é um grande problema de saúde pública e a principal causa de morte de pessoas entre 15 a 29 anos. Ainda no dia 10/09 houve uma <i>live</i> promovida pela Secretaria de Segurança Pública (SSP) de Sergipe e pelo Centro Integrado de Atendimento Psicossocial (CIAPS), que tratou sobre a saúde mental e relações de trabalho.
11/09/2020	Live sobre “Saúde Mental das Pessoas Idosas”, foi exposto que a doença mais comum nas pessoas idosas é a depressão, a qual se manifesta de forma física, como também que a saúde mental na terceira idade depende de vários fatores, em que

	médicos em geral e os familiares precisam estar atentos.
14/09/2020	Houve o Congresso Online de Ansiedade, ocorreram várias <i>lives</i> sobre a temática, destacando o que é a ansiedade, suas manifestações e formas de cuidado.
16/09/2020	Live “Isolamento e Saúde Mental” foi promovido pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) e pela professora Raquel Santiago, no evento foi exposto como o isolamento causado pela COVID-19 está afetando nossa saúde mental e no final a professora Raquel deu dicas como poderíamos melhorar o sentimento de solidão.
10/09/2020 à 19/09/2020	Ocorreu a I Jornada do setembro Amarelo promovida pela Liga Acadêmica de Saúde Mental e Psiquiatria da UFTM (Universidade Federal do Triângulo Mineiro) e apresentou debates sobre saúde mental de diversos grupos sociais e seus principais impactos, apresentando questões relativas ao suicídio e suas consequências que contribuiu com diversas reflexões, sobretudo sobre meios de prevenção e como lidarmos com pessoas com esse tipo de comportamento.
05/09/2020	Houve uma <i>live</i> sobre “Câncer e Suicídio”, destacou que a maioria dos estudos sobre a relação câncer e suicídio são de fora do país e que nesses pacientes a incidência média de transtornos mentais é de 30% a 40%.
14/09/2020	Houve um evento intitulado de “Suicídio e a abordagem psicossocial”, no qual é contado a história da Reforma Psiquiátrica do Brasil e como ela mudou o modelo hospitalocêntrico e a forma do cuidado com pessoas com transtornos mentais.
16/09/2020	Houve um evento sobre “Tentativas de Suicídio e as Mídias Sociais”, destacou que os jovens com problemas de saúde mental são os usuários mais pesados dessas mídias, no qual deve-se ter cuidado pois esses jovens podem ter acesso a

	conteúdo pró suicidas e também mensagem de encorajamento.
17/09/2020	Live sobre “Transtornos Mentais e o Suicídio”, tratou sobre os principais transtornos mentais e como eles levam ao suicídio.
21/09/2020	Curso de “Prevenção da Automutilação”, foi uma parceria entre a Fundação Demócrito Rocha e a Organização Pan Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Foi um curso EAD que promoveu acesso à informação que possibilitou uma compreensão didática e orientativa sobre o caso de quando se deparar com um episódio de automutilação.
23/09/2020	Palestra “Viver ou Não Viver, eis a questão...” promovida pelo GEPAD (Grupo de estudos e pesquisa sobre gênero, políticas e drogas) contou com mediação de Luana Vieira e como expositora a Prof. ^a Dr. ^a . Vânia Carvalho, o evento trouxe várias reflexões sobre o modo que vivemos, bem como que o suicídio está cada vez mais precoce e que todos somos suicidas em potencial (existem grupos mais suscetíveis).
25/09/2021	Houve outro curso promovido pela fundação Demócrito Rocha, “Prevenção ao Suicídio”, foi um curso EAD com carga horária de 40 horas e tratou sobre a história do suicídio ao longo dos séculos e como atualmente é considerado um problema de saúde pública e um problema sério na sociedade.
01/10/2021	Reunião com a orientadora, para debatermos e expormos os eventos participados, como também orientações sobre o relatório parcial e organização de encontro referente ao Grupo de Pesquisas em Saúde (GEPS).
13/10/2021	Encontro do Grupo de Pesquisa em Saúde (GEPS) houve uma roda de conversa sobre o filme “O Dilema das Redes” houve exposição da Prof. ^a . Vânia

	Carvalho e mediação da Prof. ^a . Rosangela Marques, contou com participação da Prof. ^a Lusitânia Borges.
28/10/2020	Houve reunião no qual a Prof. ^o Vânia demonstrou como se utiliza a base de dados do Sistema de Agravo de Notificação (SINAN), que será utilizada na próxima fase da pesquisa. “Palestra Saúde Mental e Relações de Trabalho”, contou com a participação de entidades sindicais da Bahia, como dos banqueiros dos professores, com a da psicóloga em saúde mental do trabalho Bianca Pistorio, da médica do trabalho Eliane Cardoso e pela auditora fiscal do trabalho Odete Cristina. Debateu sobre o trabalho e as causas de adoecimento.
10/11/2020	Encontro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde (GEPS), foi uma roda de diálogo sobre arte e cultura popular na pandemia e contou com exposição do professor Milton Leite, mestre em artes e cultura popular.
12/11/2020	Reunião, na qual professora Vânia demonstrou como os dados coletados no SINAN devem ser sistematizados e analisados.
25/11/2020	Reunião, em que foram dadas orientações sobre o quadro de revisão bibliográfica e sobre o relatório parcial.
27/11/2020	Elaboração de artigo para publicação no 7º Congresso Brasileiro de Saúde Mental.
09/12/2020 à 11/12/2020	7º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, contou com vários eventos, e um minicurso: “Quando o trabalho adoce: conceitos, vivências e estratégias de enfrentamento ao sofrimento mental no trabalho”, que contou com exposição de Tatiana dos Anjos Magalhães (UFF - Universidade Federal Fluminense), Sônia Regina da Cunha Barreto Gertner (ENSP/FIOCRUZ) e Lucia Rotenberg (IOC/FIOCRUZ), e tratou sobre a relação trabalho e saúde mental, no final houve debates com os participantes no qual cada um pode destacar as suas vivências.

12/12/2020	Apresentação do artigo submetido ao 7º Congresso Brasileiro de Saúde Mental.
05/02/2021	Reunião junto a orientadora, para definirmos como seria a coleta de dados no portal do SINAN.
08/04/2021	Reunião junto a orientadora, onde foi dada orientações sobre a pesquisa documental e sobre a elaboração do relatório final.
22/04/2021	Reunião junto a orientadora, no qual foi demonstrado como os dados deveriam ser abordados no relatório final.
06/05/2021	Reunião junto a orientadora, para planejamento de submissão de um artigo à “Revista em Pauta”.
20/05/2021	Reunião junto a orientadora, no qual houve a exposição de como se faz um artigo para submeter em revistas.
27/05/2021	Evento do Grupo de Pesquisa em Saúde (GEPS), houve uma discussão sobre 18 de maio dia nacional de combate à exploração infantil. Com exposição de duas assistentes sociais que atuavam no Hospital Fernando Franco e no Hospital João Alves Filho (HUSE).
22/06/2021	Submissão de artigo a Revista em Pauta, que ate o presente momento se encontra em avaliação.
01/07/2021	Reunião junto a orientadora, para debatermos alguns termos relacionados as tentativas de suicídio.

8 ANEXOS

8.1 Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal Autoprovocada

INFORMATIVO
DANT/CEVS/SES

Orientação para preenchimento da Ficha de
Notificação Individual de Violência
Interpessoal/Autoprovocada (Versão 5.1 SVS
15.06.2015)

**SINAN – Sistema de Informação de Agravos
de Notificação Versão 2019**

A **violência autoprovocada** compreende ideação suicida, autoagressão, tentativa de suicídio e suicídio. Casos de ideação requerem ações de atenção integral em saúde, mas *não são objeto de notificação!* Já os óbitos são registrados no Sistema de Informação de Mortalidade a partir das Declarações de Óbito e, portanto, não devem ser notificados.

São objeto de notificação no SINAN *apenas* **AUTOAGRESSÃO** e **TENTATIVA DE SUICÍDIO**. Nesses casos, preencher os seguintes campos:

- Campo 54:

54 A lesão foi autoprovocada?	1
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

- **Campo 56:**

Marcar com **1 (Sim)** APENAS o quadrículo **Outros** e escrever por extenso **Autoagressão** OU

Tentativa de suicídio.

56 Tipo de violência	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
2 Física	2 Tráfico de seres humanos
2 Psicológica/Moral	2 Financeira/Econômica 2 Intervenção legal
2 Tortura	2 Negligência/Abandono 1 Outros
2 Sexual	2 Trabalho infantil <u>Autoagressão</u>

preenchida em casos de envenenamento/intoxicação.

- **Arma de fogo** (*revólver, espingarda e outros*)

- **Outro** (*quando a autoagressão ou TS tiver sido com método não contemplado nas categorias anteriores. Ex: precipitação de lugar elevado, jogar-se na frente de veículos, autoimolação – ato de atear fogo no próprio corpo –, etc.*)

Marcar com **2 (Não)** os demais quadrículos.

Obs.: Ameaça **nunca** é um meio de autoagressão, trata-se sempre de violência contra um terceiro. Naqueles casos em que uma pessoa está prestes a tentar o suicídio (ex: no alto de um prédio ou apontando uma arma para a cabeça) e é impedida por alguma intervenção, a notificação deve ser feita, e o Meio de agressão assinalado deve ser aquele que a pessoa usaria caso consumasse atentativa.

- Campo 61:
Marcar com **1** APENAS o quadrículo **Própria pessoa**.

61	Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida			1-Sim	2-Não	9-Ignorado	
<input type="checkbox"/> 2	Pai	<input type="checkbox"/> 2	Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> 2	Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> 2	Policial/agente da lei
<input type="checkbox"/> 2	Mãe	<input type="checkbox"/> 2	Namorado(a)	<input type="checkbox"/> 2	Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> 1	Própria pessoa
<input type="checkbox"/> 2	Padrasto	<input type="checkbox"/> 2	Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> 2	Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> 2	Outros _____
<input type="checkbox"/> 2	Madrasta	<input type="checkbox"/> 2	Filho(a)	<input type="checkbox"/> 2	Patrão/chefe		
<input type="checkbox"/> 2	Cônjuge	<input type="checkbox"/> 2	Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> 2	Pessoa com relação institucional		

Lembre-se de que:

- Os seguintes campos são de extrema importância para auxiliar na compreensão do fenômeno:
 - **15** (raça/cor)
 - **16** (escolaridade)
 - **35** (situação conjugal)
 - **36** (orientação sexual) e **37** (identidade de gênero)
 - **38** (deficiência/transtorno) e **39** (tipo de deficiência/transtorno)
 - **53** (se ocorreu outras vezes)
 - **60** (número de envolvidos: marcar **1**, pois se trata da própria pessoa)
 - **63** (suspeita de uso de álcool **no momento** da ocorrência)
 - **Observações adicionais** (auxiliam na compreensão do caso)
- **Acidentes** (ex. quedas, acidente doméstico) **não** são considerados casos de violência autoprovocada.
- **Gestantes** que não realizam o pré-natal, ou não o fazem de forma adequada, **não** são objeto de notificação.
- Desde 2014, é **compulsória e imediata** (em até 24 horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível) a notificação dos casos de **tentativas de suicídio** na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos, como o encaminhamento e vinculação do(a) paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que uma nova tentativa de suicídio se concretize (Portaria de Consolidação nº 04, de 28 de setembro de 2017).
- Devem ser notificados casos **suspeitos ou confirmados**.