



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

ALESSANDRA DEPIERI DE ALBUQUERQUE

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO PRIMEIRO ANO DA PANDEMIA DE
COVID-19 EM ARACAJU-SE.**

**SÃO CRISTÓVÃO-SE
2022**

ALESSANDRA DEPIERI DE ALBUQUERQUE

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO PRIMEIRO ANO DA PANDEMIA DE
COVID-19 EM ARACAJU-SE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para a conclusão do curso de Serviço Social, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos.

**SÃO CRISTÓVÃO-SE
2022**

ALESSANDRA DEPIERI DE ALBUQUERQUE

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO PRIMEIRO ANO DA PANDEMIA DE
COVID-19 EM ARACAJU.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Sergipe,
como requisito parcial para a conclusão do
curso de Serviço Social.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. _____
Vânia Carvalho Santos (Orientadora)
Departamento de Serviço Social
Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dra. _____
Albany Mendonça Silva
Departamento de Serviço Social
Universidade Federal do Recôncavo Baiano

Profa. Dra. _____
Maria Cecília Tavares Leite
Departamento de Serviço Social
Universidade Federal de Sergipe

“Minha dor
Eu não consigo compreender
Eu quero algo pra beber
Me deixe aqui, pode sair
Sabe o que eu mais quero agora, meu amor?
Morar no interior do meu interior
Pra entender porque se agriDEM
Se empurram pro abismo
Se debatem, se combatem sem saber.”
(VANDER LEE; 2002)

AGRADECIMENTOS

Quem diria que no auge da minha maturidade eu voltaria para a academia e me tornaria estudante do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe- UFS. Escolhi o curso pois sempre achei que era uma profissão que ajudava pessoas em situação de vulnerabilidade, meio que no viés da caridade, da filantropia e isso me chamava atenção, claro que me equivoquei, e muito, quanto ao papel do Serviço Social.

Encarei esse novo desafio e acabei, ao longo do tempo, entendendo que o Serviço Social é na verdade uma profissão muito necessária/relevante, ainda mais quando se pensa no Brasil que é um país de muitos contrastes e desigualdades, a possibilidade de viabilizar direitos àqueles que precisam, através de políticas sociais específicas é o que constitui a profissão. Definitivamente, caridade não é função do Serviço Social. Aprendi que a questão social é uma só e que ela é a “grande causadora” das desigualdades sociais, que se manifesta das mais variadas formas na vida cotidiana.

Muita coisa que sequer imaginava, no campo das ideias, só foi possível compreender pois encontrei nessa jornada pessoas que estavam dispostas a contribuir para a minha formação, ampliação de horizontes como professoras, professores e colegas de turma que sendo estes de uma geração mais jovem do que a minha, acabaram me ajudando na reformulação de várias questões, assim como a elaboração de diferentes percepções.

Nem todos os momentos foram fáceis nessa caminhada, algumas situações vivenciadas quase me levaram à interrupção do curso, não desisti, pois, sou determinada, digo que valeu muito ter persistido. O que fica é a alegria da conclusão de mais uma etapa bem produtiva da minha vida e que espero em breve gerar frutos.

Infelizmente não consegui viver a academia na sua integralidade, verdade, fui um pouco solitária, mas cada debate, cada aula, cada colega, cada professora/professor contribuiu para que eu pudesse me entender como uma futura profissional do Serviço Social. Agradeço demais por isso!

Agradeço a todas, todos e todes que conheci nesse processo intenso, em especial Edilza Lopes, Maria Suellen, Mariana e William que foram colegas próximos durante todo o curso. Deixo também o agradecimento especial à professora Dra. Vânia Carvalho Santos que me orientou neste TCC e que também foi minha supervisora de estágio, além da serenidade que sempre teve, de forma muito leve me orientou, sempre compartilhando o seu vasto conhecimento, sem me subestimar ou achar que eu não conseguia. Vânia, obrigada!

Finalizo agradecendo a possibilidade de poder ter frequentado uma Universidade pública, a Universidade Federal de Sergipe- UFS, que outros estudantes tenham essa mesma oportunidade que eu tive, que reconheçam a educação como o principal elemento para a redução de desigualdades sociais e para a conquista da cidadania.

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda” (Paulo Freire).

RESUMO

Tentativas de Suicídio (TS) dizem respeito a qualquer tipo de comportamento auto lesivo não fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer, as intenções suicidas podem estar relacionadas a diversas questões podendo ser morais, religiosas, culturais, associadas a fatores psicológicos ou sociais, bem como influenciadas por questões biológicas ou farmacológicas, dentre outras. Em março de 2020 o mundo tomou ciência de um novo vírus de grande letalidade, o SARS-CoV-2 que logo se espalhou por todo o globo, a doença ficou conhecida como COVID-19 e a partir deste período novos padrões de comportamento foram necessários, o isolamento social, uso de máscaras, mudanças na vida cotidiana, restrição de circulação. As medidas restritivas diante da pandemia, afetaram diretamente, a vida das pessoas e muitas dessas mudanças trouxeram junto o desamparo, a solidão, a falta de informação, a depressão e tentativas de suicídio. No Brasil, o período tornou-se mais crítico pois o negacionismo do Governo para o enfrentamento da doença escancarou as mazelas sociais, a fome, as desigualdades sociais. O objetivo geral da pesquisa foi o de observar os casos de tentativa de suicídio no primeiro ano da pandemia de COVID- 19 em Aracaju - SE, no período de março de 2020 a março de 2021, teve como objetivos específicos: quantificar os casos de tentativa de suicídio no Município de Aracaju; descrever as características sociodemográficas (idade, sexo, raça, escolaridade); comparar casos entre os sexos, local de ocorrência, ciclo de vida do autor, faixa etária, tipos de lesão autoprovocada, evolução do caso e identificar como a população aracajuana se comportou neste período inicial da pandemia , quanto a tentativas de suicídio e estabelecer um paralelo com dados nacionais durante o mesmo período. O objeto dessa pesquisa traçou um paralelo entre dois eventos, tentativas de suicídio e COVID-19, considerando elementos que se relacionam com a tentativa de suicídio como ideação suicida e comportamento suicida; fatores de risco e proteção ao suicídio; da tentativa de suicídio ao suicídio, correlacionando com a pandemia de COVID-19 e seus efeitos. A pesquisa foi descritiva, de natureza quantitativa e qualitativa, a busca quantitativa se deu com maior ênfase pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em especial na categoria violência interpessoal/autoprovocada, a análise qualitativa teve como base de sua análise o referencial teórico estudado. Os dados encontrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) demonstraram que os casos de tentativas de suicídio no Brasil e em Aracaju - SE, no período pesquisado, tiveram praticamente os mesmos resultados, nas categorias analisadas, correspondendo a um padrão que aparece no referencial teórico. Não é possível afirmar que a pandemia de COVID-19, no seu primeiro ano, foi causadora das tentativas de suicídio, mas sim a causadora de uma desproteção social que favoreceu a ocorrência de tentativas de suicídio em Aracaju - SE.

PALAVRAS- CHAVE: COVID-19. TENTATIVAS DE SUICÍDIO. SINAN. ARACAJU.

ABSTRACT

Suicide Attempts (ST) relate to any type of non-fatal self-harming behavior, with evidence, whether implicit or explicit that the person intended to die, suicidal intentions may be related to various issues that may be moral, religious, cultural, associated with psychological or social factors, as well as influenced by biological or pharmacological issues, among others. In March 2020 the world became aware of a new virus of great lethality, the SARS-CoV-2 that soon spread throughout the globe, the disease became known as COVID-19 and from this period new patterns of behavior were necessary, social isolation, wearing masks, changes in everyday life, restriction of circulation. Restrictive measures in the face of the pandemic, directly affected people's lives and many of these changes brought together helplessness, loneliness, lack of information, depression and suicide attempts. In Brazil, the period became more critical because the government's denialism for the confronting of the disease has made social ills, hunger, social inequalities. The general objective of the research was to observe the cases of suicide attempts in the first year of the COVID-19 pandemic in Aracaju - SE, from March 2020 to March 2021, with the following specific objectives: to quantify the cases of suicide attempts in the Municipality of Aracaju; describe sociodemographic characteristics (age, sex, race, education); compare cases between genders, place of occurrence, author's life cycle, age group, types of self-harm, case evolution and identify how the population of Aracaju behaved in this initial period of the pandemic, regarding suicide attempts and establish a parallel with national data during the same period. The object of this research drew a parallel between two events, suicide attempts and COVID-19, considering elements that relate to suicide attempt such as suicidal ideation and suicidal behavior; risk factors and suicide protection; suicide attempt, correlating with the COVID-19 pandemic and its effects. The research was descriptive, of a quantitative and qualitative nature, the quantitative search took place with greater emphasis on the Notifiable Diseases Information System (SINAN), especially in the category of interpersonal/self-inflicted violence, the qualitative analysis was based on the analysis of theoretical reference studied. The data found in the Notification Diseases Information System (SINAN) showed that the cases of suicide attempt in Brasil and in Aracaju -SE, in the researched period, had practically the same results, in the analyzed categories, corresponding to a pattern that appears in the theoretical reference. It is not possible to say that the COVID-19 pandemic, in its first year, was the cause of suicide attempts, but rather the cause of a lack of social protection that favored the occurrence of suicide attempts in Aracaju - SE.

KEYWORDS: COVID-19. SUICIDE ATTEMPTS. SINAN. ARACAJU.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – FORMAS E FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	16
1.1 IDEIAÇÃO SUICIDA E COMPORTAMENTO SUICIDA.....	16
1.2 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AO SUICÍDIO	18
1.3 DA TENTATIVA DE SUICÍDIO AO SUICÍDIO	24
CAPÍTULO II - TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO CONTEXTO DA PANDEMIA	
PELO COVID-19.....	30
2.1 A PANDEMIA DE COVID-19	30
2.2 INFLUÊNCIA DA PANDEMIA NAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO	36
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXO A - Ficha de Notificação de Violências Interpessoais/Autoprovocadas.....	63
ANEXO B - Doenças e Agravos Notificados pelo SINAN.....	65
ANEXO C – Métodos Utilizados nas Tentativas de Suicídio	67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

BBC – *British Broadcasting Corporation*

COVID-19 – *Corona Virus Disease*

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DOU – Diário Oficial da União

IASP- *International Association for the study of pain*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SCIELO – *Scientific Electronic Library online*

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

TS – Tentativa de suicídio

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Fatores de Risco para o Suicídio.....	19
Quadro 02 - Fatores de Proteção contra o Suicídio.....	23
Quadro 03 - Suicídio ao Longo dos Tempos.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Lesão Autoprovocada Segundo Regiões do Brasil.....	39
Tabela 02 – Lesão Autoprovocada Segundo Sexo – Brasil.....	40
Tabela 03 – Lesão Autoprovocada Segundo Sexo – Aracaju.....	40
Tabela 04 – Lesão Autoprovocada Segundo Raça – Brasil.....	41
Tabela 05 – Lesão Autoprovocada Segundo Raça – Aracaju.....	41
Tabela 06 – Lesão Autoprovocada Segundo Escolaridade – Brasil.....	42
Tabela 07 – Lesão Autoprovocada Segundo Escolaridade – Aracaju.....	42
Tabela 08 – Lesão Autoprovocada Segundo Faixa Etária – Brasil.....	43
Tabela 09 – Lesão Autoprovocada Segundo Faixa Etária – Aracaju.....	43
Tabela 10 – Lesão Autoprovocada Segundo Local de Ocorrência – Brasil.....	44
Tabela 11 – Lesão Autoprovocada Segundo Local de Ocorrência – Aracaju.....	44
Tabela 12 – Lesão Autoprovocada Segundo Meio de Agressão – Brasil.....	45
Tabela 13 – Lesão Autoprovocada Segundo Meio de Agressão – Aracaju.....	45
Tabela 14 – Lesão Autoprovocada Segundo Violência de Repetição – Brasil.....	45
Tabela 15 – Lesão Autoprovocada Segundo Violência de Repetição – Aracaju.....	46
Tabela 16 – Lesão Autoprovocada Segundo Evolução do Caso – Brasil.....	46
Tabela 17 – Lesão Autoprovocada Segundo Evolução do Caso – Aracaju.....	46

INTRODUÇÃO

O suicídio, em suas várias definições, tem uma ideia central relacionada ao ato de terminar com a própria vida, sendo este ato geralmente desencadeado por situações de crise circunstanciais em que as situações o indivíduo não tem como controlar.

A crise pode levar ao colapso existencial, acarretando vivências de angústia e desamparo, de incapacidade e esgotamento, de falta de perspectiva de solução. Se ela ultrapassar a capacidade pessoal de reação e adaptação, pode aumentar a vulnerabilidade para o suicídio, que passa a ser visto como solução única para uma situação insuportável (BOTEGA, 2015, p.11).

A pandemia¹ de COVID-19, iniciada no ano de 2020, impactou na saúde mental das pessoas ao redor do mundo, visto que elas precisaram se adaptar a uma nova rotina que implicou em um grande isolamento social, o *lockdown*, que foi adotado como uma medida de bloqueio total que incluiu também o fechamento de vias, proibiu deslocamentos e viagens não essenciais, fez com que as pessoas no mundo, no Brasil, em Sergipe e em Aracaju, ficassem isoladas em suas casas limitando-se ao convívio familiar. Essa nova situação produziu em muitos casos um estresse agudo, fez com que agravos profundos na saúde mental aparecessem ou viessem à tona, como no caso do aumento das tentativas e suicídios (TS).

Para uma análise quanto a tentativas de suicídio durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 o recorte selecionado foi o município de Aracaju, capital do estado de Sergipe, escolhido por ter a maioria dos serviços de saúde do estado, desta forma grande parte dos casos de tentativas de suicídio notificadas foram registradas em Aracaju- SE, permitindo uma melhor análise no período selecionado.

Para a compreensão deste recorte, é importante fazer um breve retrospecto histórico, sobre Aracaju- SE. Aracaju² significa "cajueiro dos papagaios", nome que foi dado ao município da atual capital do Estado de Sergipe, que nasceu em 17 de março de 1855, quando ocorreu a transferência da então capital da província, São Cristóvão, para o recém elevado povoado Santo Antônio do Aracaju à categoria de cidade. Aracaju, que por questões econômicas, em especial pela necessidade de um porto para escoar a produção de açúcar do

¹ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), **pandemia** é a disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma **epidemia, surto** que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com **transmissão sustentada** de pessoa para pessoa.

² A palavra Aracaju é composta por dois elementos: “*ará*”, que significa ‘papagaio’, e “*acayú*”, que significa ‘fruto do cajueiro’. (Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/aracaju/historia/>. Acesso em 12 out. 2022).

Vale do Cotinguiba, tornou-se a capital do Estado. A transferência da capital se deu pelas iniciativas de Inácio Joaquim Barbosa, Presidente da província de Aracaju e o Barão de Maruim.

Já como capital de Sergipe, Aracaju em 1884 teve a sua primeira fábrica de tecidos que iniciou a fase industrial na cidade, em 1886 tinha uma população de 1.484 habitantes. Surgiu como cidade planejada onde “todas as ruas foram arrumadas geometricamente, como um tabuleiro de xadrez, para desembocarem no Rio Sergipe” (Aracaju, 2017).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), O município de Aracaju- SE tem uma população estimada em 2021 de 672.614 pessoas, que durante a pandemia também tiveram que se adaptar a essa nova rotina imposta, pelo até então desconhecido vírus COVID-19. Tentativa de suicídio no primeiro ano da pandemia de COVID-19 em Aracaju- SE é o objeto dessa pesquisa e pretende identificar, por meio de análise de dados estatísticos, as causas, principais vítimas, categorias (idade, sexo, raça, escolaridade, entre outras), condição social, que contribuíram para que aracajuanos, no período de março de 2020 a março de 2021, possam ter tentado suicídio. O período escolhido para análise se deve ao fato de ser a fase mais crítica da doença, em que pouco se sabia sobre a efetividade de terapias medicamentosas e a vacinação³ ainda não estava disponível para toda a população.

As expressões da questão social como desemprego, falta de alimentos, despejos, falta de perspectiva e dificuldades de acesso às necessidades básicas acabaram, nesse período, tornando-se fatores de risco para que ocorressem as tentativas de suicídio. Esse estudo tem relevância pois pode fornecer dados que contribuam para o incremento de ações de prevenção, educação e políticas públicas que reduzam o número de tentativas e suicídios em Aracaju- SE.

O objetivo geral da pesquisa foi o de descrever os casos de tentativa de suicídio no primeiro ano da pandemia de COVID- 19 em Aracaju e teve como objetivos específicos: quantificar os casos de tentativa de suicídio no Município de Aracaju; descrever as características sociodemográficas (idade, sexo, raça, escolaridade); comparar casos entre os sexos, local de ocorrência, ciclo de vida do autor, faixa etária, tipos de lesão autoprovocada, evolução do caso.

A pesquisa foi descritiva, de natureza quantitativa e qualitativa. Sendo o objeto da pesquisa os casos de tentativa de suicídio no primeiro ano da pandemia de COVID- 19 em Aracaju, a busca se deu com maior ênfase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em especial na categoria violência interpessoal/autoprovocada. A análise qualitativa

³ A enfermeira Mônica Calazans, de 54 anos, foi a primeira pessoa a ser vacinada contra a COVID-19 no Brasil, no dia 17 de janeiro de 2021.

teve como base de sua análise o referencial teórico estudado.

Tentativas de suicídio no município de Aracaju durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 (mar.2020 a mar. 2021), para a busca e análise dos dados, foi feita pesquisa no aplicativo Tabnet (ferramenta de tabulação desenvolvida pelo Datasus⁴), e na seção Epidemiológicas e Mortalidade foi selecionado o item Doenças e Agravos de Notificação- 2007 em diante (SINAN). O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. As informações chegam, inicialmente, por meio de fichas de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, preenchidas na hora do atendimento, em um serviço de saúde (Anexo A), posteriormente alimentam os sistemas das três esferas de governo.

Entre tantas doenças e agravos que podem ser notificados pelo SINAN (Anexo B) e enviados para o Datasus está a violência interpessoal/autoprovocada. O enfoque desta pesquisa foi o de identificar casos de violência autoprovocada, ou seja, aquela em que a própria pessoa causou contra si, a tentativa de suicídio no município de Aracaju de março de 2020 a março de 2021, primeiro ano da pandemia de COVID-19.

Esse trabalho está estruturado em três capítulos, o primeiro aborda tentativas de suicídio considerando a formulação ainda no campo do pensamento, da ideação suicida, depois o comportamento suicida, detalha os fatores de risco que contribuem para a tentativa de suicídio assim como os fatores de proteção. Por fim, o capítulo encerra ao estabelecer uma relação entre a tentativa de suicídio e a efetivação do suicídio.

O segundo capítulo trata sobre as tentativas de suicídio no contexto da pandemia de COVID-19, com um retrospecto de como a pandemia começou e todas as implicações decorrentes de seu surgimento, no mundo, no Brasil, destacando as expressões da questão social que se evidenciaram nesse período, assim como seus reflexos e finaliza com a análise sobre como a pandemia pode influenciar nas tentativas de suicídio.

O terceiro e último traz a análise de resultados e discussão dos dados apurados, de acordo com o recorte escolhido da pesquisa, “Tentativas de suicídio no primeiro ano da pandemia de COVID-19 em Aracaju- SE”, através da análise dos dados obtidos por meio do Datasus e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o objetivo foi

⁴ Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

identificar como a população aracajuana se comportou neste período inicial da pandemia , quanto a tentativas de suicídio e estabelecer um paralelo com dados nacionais durante o mesmo período.

Para a produção desta pesquisa autores considerados referência no estudo da suicidologia como Edwin Shneidman, Neury Botega, Roosevelt Cassorla, deram em suas publicações o aporte para a realização desta, a teoria social sobre suicídio elaborada por Émile Durkheim foi abordada, ainda que de maneira mais abrangente. Informações mais atualizadas, acerca das tentativas de suicídio, foram coletadas do Datasus e do SINAN, dando ênfase ao recorte “Tentativas de suicídio no primeiro ano da pandemia de COVID-19 em Aracaju- SE”.

Os autores Humberto Corrêa e Sérgio Barrero reuniram no livro “Suicídio, uma morte evitável”, uma coletânea de artigos sobre o tema, que contribuíram dando embasamento para a pesquisa, Makilim Nunes Baptista, em sua obra “Suicídio e Depressão- Atualizações” também reuniu vários artigos que debatem o tema.

A pesquisa relativa à pandemia de COVID-19, em seu primeiro ano, se deu por meio de artigos e publicações eletrônicas encontradas em repositórios de universidades, na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google acadêmico, considerando que o tema favoreceu uma grande quantidade de produção de artigos científicos neste período. A relação entre a pandemia e tentativas de suicídio também teve como referencial teórico de pesquisa as mesmas bases eletrônicas disponíveis.

No Serviço Social, o período de pandemia também favoreceu a produção de artigos e publicações que contribuíram para a análise deste novo contexto social. As autoras Maria Carmelita Yazbec; Raquel Raichelis; Ivanete Boschetti e Elaine Behring foram algumas das que levantaram aspectos relacionados a conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social; Assistência Social na pandemia de COVID-19: proteção para quem? produções relevantes para a produção e análise desta pesquisa.

CAPÍTULO I - FORMAS E FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

As tentativas de suicídio dizem respeito a qualquer tipo de comportamento auto lesivo não fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer. Para discutir as causas, possíveis motivações e consequências que culminam com a tentativa de suicídio, este capítulo está disposto em três partes.

A primeira parte aborda a ideação suicida e o comportamento suicida, ou seja, o início, a elaboração, em que existe a tentativa de transformar em ação um sofrimento psíquico, este processo é a ideação suicida, que está atrelada ao comportamento suicida.

O capítulo ainda conta com um destaque para os fatores de risco e fatores de proteção ao suicídio. Fatores de risco são aqueles que geram predisposição às tentativas de suicídio podem ser sociodemográficos, transtornos mentais e psicossociais, entre outros, enquanto que os fatores de proteção são aqueles que afastam as pessoas da tentativa de suicídio, podem ser relacionados a personalidade e estilo cognitivo, estrutura familiar e fatores socioculturais.

A parte final do capítulo aborda a tentativa de suicídio ao suicídio, levando em consideração questões históricas, sociais e individuais que levam o indivíduo a transpor a ideação suicida, o comportamento suicida e evoluir para um final não desejado, o suicídio.

1.1 IDEACÃO SUICIDA E COMPORTAMENTO SUICIDA

O pensamento constante que uma pessoa possa ter em atentar contra a própria vida é gerado por um conflito psíquico e este pode se manifestar em forma de ação, substituindo as palavras e comunicando algo no lugar delas. O indivíduo que pensa em suicídio não quer nem viver, nem morrer, e essa ambivalência carrega consigo uma grande contradição pois dá a impressão de deixar a cargo da sorte a possibilidade de chegar alguém que os salve. A ideação suicida, o comportamento suicida não significa que evoluirá para a concretização do suicídio, a maioria das pessoas que pensa em suicídio não o comete e nem tenta cometê-lo.

A ideação suicida, é o pensamento que o indivíduo tem quanto a atentar contra a própria vida, ainda que muitas vezes fique apenas no campo do pensamento, é considerada fator de risco para o suicídio.

A ideação suicida pode variar de uma simples ideia a um plano bem arquitetado, dentro disso é possível fazer uma pequena distinção entre as ideias que se apresentam com contexto suicida. Há ideias claras e definidas, com local, método e modo, que podem apresentar um risco real e por vezes imediato, essas geralmente surgem por conta de transtornos mentais definidos e em grau mais grave (SELBMANN,2022, *online*).

Botega (2015, p.62), diz que “o conceito de ideação suicida envolve nuances: desde pensamentos passageiros de que a vida não vale à pena ser vivida até preocupações intensas sobre por que viver ou morrer. Ideias suicidas podem, ainda, ser consequência de estados delirantes”. Ainda de acordo com Botega (2015), o número de pessoas com comportamento suicida que chega ao nosso conhecimento, por conta de entradas que dão em serviços de saúde, é apenas a ponta de um *iceberg* e que a parte submersa deste é que esconde uma série de comportamentos silenciosos que não se encontram registrados nos serviços de saúde.

A ideação suicida inclui os pensamentos e planos suicidas, os impulsos suicidas e os desejos de morrer. A ideação pode ser classificada em elevada, média, baixa ou nula, podendo incluir indivíduos que assumem ter esse desejo de terminar com a própria vida, podendo, ou não, fazer planos reais ou fantasiosos de um ato suicida, diferenciando-se dos que tentam suicídio dos que cometem suicídio (CORRÊA, BARRERO, 2006, p.32).

A presença da ideação suicida, para Botega (2015, p. 119) é um importante sinal de sofrimento psíquico e exige atenção pois pode fazer parte de um transtorno psiquiátrico e só o fato da existência da ideação suicida já é um forte indício para tentativa de suicídio e aumento do risco de suicídio. Aspectos psicológicos se manifestam na ideação suicida e o seu desenvolvimento ocorre em estágios como: a imaginação ou contemplação da ideia suicida, depois um plano de como se matar até culminar com uma ação destrutiva concreta, o suicídio (BRASIL,2006).

No fim da década de 1960, o comportamento suicida foi definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis”. A partir dessa época, e mais enfaticamente na década de 1990, considerou-se o suicídio como um problema a ser enfrentado também na área da saúde pública.

O comportamento suicida pode ser definido como a preocupação, desejo ou ato que busca, intencionalmente, causar dano a si mesmo, a pessoa com esse comportamento apresenta três características principais: ambivalência, impulsividade e rigidez. É todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo desse ato. Uma definição tão abrangente possibilita conceber o comportamento suicida

ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, por meio de ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, por fim, suicídio (OMS, 1969 *apud* BOTEGA, 2015, p.32).

A prevenção do comportamento suicida contempla uma dimensão central relacionada ao sofrimento e por isso deve estar relacionada ao conhecimento dos fatores de risco, para que ações possam ser evitadas, medidas sejam adotadas para que possam amenizar o que não tem possibilidade de intervenção.

1.2 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AO SUICÍDIO

Fatores de risco se relacionam com eventos e características negativas da vida, e sua presença aumenta as chances de problemas físicos, emocionais e sociais de se manifestarem (PEREIRA *et al*, 2016, p. 3768). Podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos, mas cada um pode reagir de maneira diferente a esses fatores, que vão impactar na vida destes de acordo com a intensidade, a frequência e a maneira como são interpretados.

Os fatores de risco suicida são individuais, o que para um é um elemento de risco, para outros pode não representar risco algum, também podem ser geracionais, ou seja, fatores de risco na infância podem não ser na adolescência, nos adultos ou nos idosos. Fatores de riscos dos homens para as mulheres podem ser diferentes, são condicionados culturalmente e dependem de patologia psiquiátrica (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006).

Esses fatores (Quadro 01) podem ser fixos como sexo idade, grupo étnico, orientação sexual, tentativas de suicídio prévias, transição socioeconômica dos países ou fatores potencialmente modificáveis como métodos, doenças físicas, transtornos mentais, o isolamento social, ansiedades, desesperança, situação conjugal e situação empregatícia (RESMINI, 2004).

Quadro 01- Fatores de Risco para o Suicídio

Fatores Sociodemográficos • Sexo masculino • Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos • Estados civis viúvo, divorciado e solteiro (principalmente entre homens) • Orientação homossexual ou bissexual • Ateus, protestantes tradicionais, católicos, judeus • Grupos étnicos minoritários
Transtornos Mentais • Depressão, transtorno bipolar, abuso/dependência de álcool e de outras drogas, esquizofrenia, transtornos da personalidade (especialmente borderline) • Comorbidade psiquiátrica (ocorrência de transtornos mentais) • História familiar de doença mental • Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental • Ideação ou plano suicida • Tentativa de suicídio pregressa • História familiar de suicídio
Fatores Psicossociais • Abuso físico ou sexual • Perda ou separação dos pais na infância • Instabilidade familiar • Ausência de apoio social • Isolamento social • Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante • Datas importantes (reações de aniversário) • Desemprego • Aposentadoria • Violência doméstica • Desesperança, desamparo • Ansiedade intensa • Vergonha, humilhação (<i>bullying</i>) • Baixa autoestima • Desesperança • Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor, perfeccionismo • Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico
Outros • Acesso a meios letais (arma de fogo, venenos) • Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais • Estados confusionais orgânicos • Falta de adesão ao tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes • Relação terapêutica frágil ou instável

Fonte: Botega, 2015.

As tentativas de suicídio são relativamente raras em crianças, a incidência aumenta na adolescência e no adulto jovem, quase 80% dos casos de tentativas suicidas ocorrem antes dos 30 anos (RESMINI, 2004, p. 46). Na infância os fatores de risco suicida devem ser identificados principalmente no meio familiar em que a criança vive, a possibilidade de rejeição ao nascer pode produzir repercussões psicológicas na criança, a personalidade de seus progenitores como

alguma doença mental, alcoolismo, uso de drogas, que podem desencadear violência, problemas econômicos, maus tratos, abuso sexual, físico ou psicológico. Por isso que uma doença psiquiátrica nos progenitores é um fator de risco suicida na infância (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006).

A violência contra crianças pode favorecer o surgimento de características que facilitem o ato suicida como violência, impulsividade, baixa autoestima, dificuldade de relacionamento interpessoal, desconfiança, em outras situações onde há uma superproteção e permissividade, a criança pode tornar-se pouco tolerantes a frustrações, manipuladoras e egocêntricas (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006).

A idade média de ocorrências de suicídio na adolescência é de 17 anos, justamente a fase em que o jovem está consolidando sua identidade, começa a se desligar da dependência que tem dos pais, busca independência, sofre mudanças no corpo, essa fase de rompimentos simbólicos e reais podem ser fatores de risco para a tentativa de suicídio nessa faixa etária. As tentativas suicidas não fatais têm frequência máxima entre os jovens e tem relação direta com o quanto serão aceitos, nessa nova fase, pela família e grupo social (RESMINI, 2004). Entre adolescentes estressores crônicos como disfunção familiar, fracassos escolares, abuso sexual, consumo de álcool e outras drogas e estressores agudos como término de um relacionamento, uma recusa amorosa, uma bronca dos pais, podem ser desencadeantes para a tentativa de suicídio (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006).

Já na fase adulta, os fatores de risco para a tentativa de suicídio estão associados a questões da infância, adolescência e outros novos eventos inerentes a essa nova fase de vida. Os transtornos depressivos são um fator de risco no adulto e cerca de 50% tem um primeiro episódio depressivo entre 20 e 50 anos de idade. Adultos esquizofrênicos, têm grande possibilidade de tentarem suicídio pois os efeitos do tratamento prolongado podem dar depressão pós-tratamento (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006).

Para adultos existem duas esferas que podem encaminhar para a tentativa de suicídio: o casamento e o trabalho. Um casamento que não atende às expectativas, pode ser um fator de risco para alguns e o desemprego com perda de prestígio, de aceitação, falta de realização pessoal e falta de dinheiro também. Nesta fase de vida o adulto interage mais com a sociedade e o êxito ou fracasso⁵ dessa interação corrobora para evitar ou acontecer o suicídio (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006).

⁵ A desmoralização é uma condição mental que se apresenta quando o indivíduo se sente, de forma persistente, incapaz de dominar as situações que outras pessoas podem solucionar de forma adequada, experimenta um mal-estar contínuo que não consegue explicar com certeza (BARRETO, NICOLATO, CORRÊA, 2006, p.109).

Nos indivíduos idosos, o número de tentativas de suicídio nessa faixa etária tem aumentado, isso se deve ao fato da ampliação da expectativa de vida, mas deve ser considerado que grande parte dessa população envelhecida são de pessoas pobres, doentes, com poucos direitos sociais, vivendo de uma pequena aposentadoria e que tentam menos suicídios do que os jovens⁶. Nesta fase da vida, o envelhecimento traz uma mudança grande, o abandono do trabalho, redução do vigor físico, modificação dos prazeres sexuais e uma consciência da morte e estes são elementos para que se manifeste a tentativa de suicídio (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006).

Fatores de risco para a tentativa de suicídio em idosos são de ordem médica como enfermidades crônicas, terminais, incapacitantes, hospitalização periódica, medicamentos; fatores psiquiátricos como depressões, abuso de álcool e drogas, psicoses; fatores psicológicos como solidão, falta de projetos, pensamento no passado; fatores familiares como perda de ente querido, viuvez, ingresso para um asilo e fatores socioambientais como a aposentadoria, isolamento social, perda de prestígio (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006).

Os dados atestam maior ocorrência de tentativas suicidas no sexo feminino, com tentativas não fatais e com maior preservação da integridade física, por isso podem ser atendidas em ambulatórios enquanto que as tentativas mais graves, que ocorrem mais em homens, necessite de tratamentos adicionais como hospitalização e internação psiquiátrica.

Numa sociedade na qual ainda é esperada do sexo masculino uma conduta predominantemente heteroagressiva e na qual os homens são desde pequenos encorajados a não se queixar e guardar seus sentimentos para si, a tentativa de suicídio num rapaz talvez possa causar um impacto maior por se contrapor ao estereótipo social, sendo por isso menos aceita. (RESMINI, 2004, p. 47).

Os métodos utilizados para as tentativas de suicídio são diversos (Anexo C), a depender de fatores econômicos, culturais e políticos, como, por exemplo, leis de porte de arma ou controle de venda de substâncias tóxicas (BAPTISTA, 2004, p. 16). Existe uma grande variedade de possibilidades, como aborda Stone (1999), nos últimos 200 anos as pessoas se suicidaram de métodos mais comuns, como uso de armas de fogo, envenenamento, enforcamento até formas surpreendentes como tocar em fios de alta tensão, deixar de se alimentar, entrar em jaulas de leões (*apud* VOLPE, CORRÊA, BARRERO, 2006, p.20), o fator mais importante é a disponibilidade e acesso ao método.

⁶Para cada idoso suicida quatro tentaram, mas para cada adolescente suicida cerca de 200 tentaram (BARRERO, NICOLATO, CORRÊA, 2006, p.110).

Apesar de ser fator muito importante, a disponibilidade e acesso ao método não respondem inicialmente à nossa pergunta inicial: como as pessoas se suicidam? Se assim fosse, poderíamos esperar que os policiais se suicidassem quase exclusivamente usando armas de fogo e os médicos, usando drogas (VOLPE, CORRÊA, BARRERO, 2006, p.20).

Os métodos podem ser classificados em não-violentos e violentos. Os não violentos incluem os venenos, medicamentos, inalação de gases ou cortes superficiais; os métodos violentos são uso de arma de fogo, enforcamentos, pular de altitude. Essa classificação pode fazer com que profissionais de saúde minimizem os casos de tentativas não-violentas, não se atentando para os potenciais suicidas (CORRÊA, BARRERO, 2006). Com relação a letalidade os métodos podem ser inócuos, aqueles que não implicam risco para a vida do indivíduo; não letais, não são capazes de provocar a morte, mas podem ocasionar sintomas intoxicação e alterações no funcionamento do organismo; potencialmente letais, são capazes de provocar a morte e letais, necessariamente conduzem a morte (CORRÊA, BARRERO, 2006).

Questões de caráter social e cultural também influenciam a escolha do método utilizado na tentativa de suicídio, a imitação dos atos suicidas de outros, familiaridade com o método e fatores culturais. A história de tentativas de suicídio prévia exerce um papel predisponente para evolução para o suicídio, isso significa que as causas das tentativas não foram tratadas, causando repetição e o agravamento da situação, segundo Hawton *et al.* (2000) um estudo feito na Grã-Bretanha, em uma amostra de jovens que cometeram suicídio verificou que mais da metade já tinha tentado suicídio um ano antes e muitos não foram encaminhados para nenhum tratamento ou interromperam (*apud* RESMINI, 2004).

A presença de fatores de proteção (Quadro 2) pode amenizar efeitos negativos e desafios, mas estes fatores são relacionados a características pessoais como autoestima, relação com as pessoas. Como diz Poletto “Estes fatores não atuam isoladamente, mas interagem para auxiliar na alteração do comportamento, desenvolvendo uma experiência de proteção às situações de risco e auxiliando na solução dos problemas (2006, *apud* PEREIRA et al., 2018, p. 3769)”.

Quadro 02- Fatores de Proteção Contra o Suicídio

Personalidade e estilo cognitivo • Flexibilidade cognitiva • Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes • Disposição para buscar ajuda • Abertura à experiência de outrem • Habilidade para se comunicar • Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade • Habilidade para solucionar problemas da vida
Estrutura familiar • Bom relacionamento interpessoal • Senso de responsabilidade em relação à família • Crianças pequenas na casa • Pais atenciosos e consistentes • Apoio em situações de necessidade
Fatores socioculturais • Integração e bons relacionamentos em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos) • Adesão a valores e normas socialmente compartilhados • Prática religiosa e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais) • Rede social que propicia apoio prático e emocional • Estar empregado • Disponibilidade de serviços de saúde mental
Outros • Gravidez, puerpério • Boa qualidade de vida • Regularidade do sono • Boa relação terapêutica

Fonte: Botega, 2015.

Fatores protetores contra o suicídio podem ser individuais como o senso de valor próprio, autoconfiança, capacidade de buscar ajuda, habilidades para comunicação; fatores sociais como valores e tradições culturais, religiosidade, grupo familiar coeso, amigos que não usam drogas, ter filhos pequenos, apoio de pessoas importantes, inserção social e trabalho também podem proteger contra o suicídio (RESMINI, 2004).

Como afirma Rubenstein *et al.* (1998) “famílias intactas, que são emocionalmente envolvidas entre seus membros, passam tempo juntos para diversas atividades e possuem interesses em comum, propiciam menores taxas de suicídios para seus filhos” (*apud* BAPTISTA, 2004, p. 14). A religiosidade também é um fator de proteção, pois muitas delas condenam o suicídio, pois consideram que só quem tem o direito de tirar a vida das pessoas é o Criador e quando o homem tenta tirar a própria vida, na verdade, ele quer se igualar a ele, fora a questão que a religiosidade impõe um ideal de fé que gera um sentido de pertencimento, um significado para a existência (RESMINI, 2004).

Tortolero e Roberts (2001), fazem uma ressalva quanto a religiosidade e afirmam que religiões fatalistas aumentariam a probabilidade de tentativas de suicídio, já que reforçam a ideia que a vida e as coisas estariam sendo controlada por fatores externos (*apud* BAPTISTA, 2004). Algumas religiões condenam diretamente aquele que cometeu o ato suicida, é o caso de não ter o direito de ser enterrado em cemitério específico de sua religião.

Os fatores que protegem contra o suicídio são aqueles que conduzem a uma vida mais saudável e produtiva, com maior sensação de bem-estar, fazem ou deveriam fazer, parte do normal e, de modo geral, relacionam-se a habilidades cognitivas, à flexibilidade emocional e à integração social.

Diante da escassa literatura e do caráter de normalidade dos fatores de proteção contra o suicídio, não devemos considerar, durante uma avaliação de risco, que o fato de uma pessoa contar com fatores de proteção possa, verdadeiramente, protegê-la, se, ao mesmo tempo, ela sofrer a influência de vários ou até mesmo de um forte fator de risco para o suicídio (BOTEGA, 2015, p.107).

Tanto os fatores de risco como os fatores protetivos são importantes para ajudarem na compreensão de como tais fatores atuam individualmente, podendo aumentar ou diminuir as probabilidades das tentativas de suicídio.

1.3 DA TENTATIVA DE SUICÍDIO AO SUICÍDIO

O comportamento suicida sempre existiu e remonta os tempos mais antigos da história da humanidade. O suicídio aparece descrito pelas mais variadas motivações, como forma de evitar a desonra, fuga da escravidão, idade avançada e até mesmo vingança. O que muda ao longo dos tempos é como este ato é encarado, em alguns lugares tolerado, em outros condenado.

Certas culturas, como a dos vikings, morte em batalhas era a primeira das honras e o suicídio era a segunda forma de honra para entrar no paraíso; em certas culturas primitivas, o suicídio fazia parte de costumes tribais. No Japão antigo descreve-se o *Harakiri* e o *seppuku* como formas de suicídio tradicionais e que deveriam ser executadas por quem perdeu a honra; na Índia, as viúvas eram obrigadas a se suicidar na pira funerária do esposo, essa prática conhecida como *suttee* foi considerada ilegal apenas no século XIX (CORRÊA, BARRERO, 2006).

A igreja cristã, a partir do século IV, muda sua percepção quanto ao suicídio. Santo

Agostinho rechaçou completamente o suicídio e criou uma nova explicação ao sexto mandamento “Não matarás”, como significando “nem a outro nem a si próprio”. Autoridades eclesiásticas, a partir de Santo Agostinho, vão condenar o suicídio, que posteriormente foi considerado crime causado por “fúria demoníaca”. Aqueles que tentassem suicídio deveriam ser excomungados.

Na Antiguidade greco-romana, o suicídio era considerado exercício racional de um direito pessoal, na Idade Média um pecado mortal. Somente no século XVII o suicídio transformou-se em dilema humano e a partir da segunda metade do século XX, a frequente associação entre suicídio e transtornos mentais embasou sua prevenção no âmbito da saúde pública. (BOTEGA, 2015)

Ao longo dos tempos o entendimento e aceitação quanto ao suicídio foi mudando (Quadro 03). Na Antiguidade Greco-romana havia uma tolerância para a questão do suicídio, representava um ato de liberdade e era honroso; na Idade Média o suicídio já é tratado como ato condenável, do demônio e quem o comete sofrerá penalidades; na Idade Moderna o suicídio é tratado como um dilema individual existencial que envolve várias nuances individuais, sociais e é considerado um problema de saúde pública que deve ser respaldado.

Quadro 03- Suicídio ao Longo dos Tempos



Fonte: Botega, 2015.

A descriminalização progressiva do suicídio começou no século XIX e se estendeu pelo início do século XX onde uma nova percepção se estabeleceu, a de acolher as pessoas em risco de suicídio, também o de tolerar o direito a tal prática. Poucos são os países, que ainda no século XXI, punem legalmente o suicídio, muitos vinculados a religião como o islamismo, que tem a *charia* como lei religiosa, aplicam punições àqueles que contrariam as leis e tentam suicídio, a depender do julgamento podem ser multados ou presos.

Bortoleto (2017, p. 82) diz que “o suicídio é um comportamento multifatorial e multideterminado resultante de uma complexa teia de fatores de risco e de fatores protetores que interagem de uma forma que dificulta a identificação e a precisão do peso relativo de cada um deles”. Estes múltiplos fatores são os que podem levar uma pessoa a cometer suicídio, são individuais, não atendem a um padrão por isso que entender a dinâmica do pensamento suicida, do suicídio propriamente dito é tão complexo e seu estudo precisa ser sistematizado. Na atualidade, o estudo do suicídio é conhecido como suicidologia.

A suicidologia, foi criada pelo psicólogo norte americano Edwin Shneidman (1918 - 2009), no século XX, que cunhou o neologismo *psychache* para denominar o estado psíquico de alguém prestes a se matar, para ele “trata-se de uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar a saída”. Ainda de acordo com Shneidman “A *psychache* decorre do desespero de não ter as necessidades psicológicas básicas atendidas, como as necessidades de realização, de autonomia, de reconhecimento, de amparo e evitação de humilhação, de vergonha e de dor (1993, *apud* BOTEGA, 2015, p.92)”.

Shneidman (1993) elaborou o que chamou de as dez generalidades (*commonalities*) psicológicas mais salientes do ato suicida onde o propósito comum é a busca de solução para uma dor psíquica; o objetivo comum é cessar o fluxo de consciência; o estímulo comum é uma dor psíquica insuportável; o estressor comum são as necessidades psíquicas frustradas; a emoção comum compreende desesperança e desamparo; o estado afetivo comum é a ambivalência; o estado cognitivo comum é de rigidez e constrição; a ação comum é o escape, a fuga; o ato interpessoal comum é a comunicação de sua intenção; a consistência comum é com o padrão de enfrentamento existencial. (*apud* BOTEGA, 2015, p. 93)

No século XXI, estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) dão conta que um suicídio ocorre a cada 45 segundos, ou de um contingente de mais de duas mil pessoas que põe fim à vida diariamente. Jovens e adultos jovens são os mais afetados é a segunda causa mais frequente de morte entre os que têm entre 19 e 25 anos de idade. Segundo a OMS (2014) e Värnik (2012) o total de mortes por suicídio supera a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis, estima-se que as tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes mais frequentes do que o suicídio (*apud* BOTEGA, 2015, p.46).

A partir de 2003, a Organização Mundial da Saúde e a *International Association for the study of pain*/ Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP) passaram a celebrar, no dia 10 de setembro, o dia mundial de prevenção de suicídio.

O conceito contemporâneo de suicídio, proposto pela OMS, é que o suicídio é “o ato

deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado (OMS, 1998)”. O suicídio é um processo que se inicia com a ideação suicida, pode evoluir para um plano suicida e resultar no ato suicida, que pode ser fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio).

O suicídio insere-se na mortalidade ocasionada pelas chamadas causas externas. Entre elas, estão inclusos os acidentes de trânsito, os homicídios, os suicídios, as guerras e os conflitos civis e os eventos com intenção indeterminada, com isso as estatísticas relativas aos suicídios podem ser subestimadas. A escolha dos métodos utilizados nas tentativas de suicídio reflete uma combinação de fatores: o acesso a meios letais, as preferências individuais e culturais, e a intenção subjacente ao ato autoagressivo, os métodos não violentos (principalmente o auto envenenamento e a ingestão excessiva de medicamentos) são mais frequentes no sexo feminino, os homens tendem a usar métodos mais drásticos (BOTEGA, 2015).

A teoria sociológica do suicídio, surgiu no final do século XIX, foi criada pelo francês Emile Durkheim, que em sua obra “O Suicídio” de 1897, onde ele evidenciou os efeitos da sociedade sobre os indivíduos, para ele não são os indivíduos que se suicidam, mas a sociedade através deles, deu atenção aos fatos sociais⁷, extra individuais e destaca como a estrutura social afeta as taxas de suicídio, não os suicídios individualmente, para ele não existiam suicídios quando o indivíduo estava respaldado em seu meio social (CORRÊA, BARRERO, 2006)

A análise de Durkheim é a sociedade e não o indivíduo onde considera que atos de autodestruição, não surjam a partir de motivações pessoais, mas de motivações sociais. Falou pela primeira vez em “anomia” que é a ausência de ou desintegração das normas sociais, as crises econômicas, a inadaptação dos trabalhadores suas ocupações e a truculência das reivindicações dos indivíduos em relação à coletividade, fenômenos considerados por ele como patológicos (VARES, 2017). Durkheim considera que uma sociedade fortemente integrada mantém os indivíduos sob sua dependência.

A anomia é considerada um período transitório, onde as normas regulamentares, decorrente das transformações sociais e econômicas excessivamente rápidas, uma vez que as antigas normas ainda não tiveram tempo suficiente de efetivar (VARES, 2017). Durkheim considerava que nas crises econômicas certos indivíduos ficam em situação inferior à que

⁷ Segundo Durkheim, os fatos sociais determinam a forma como os indivíduos agem em uma sociedade: moldam a forma de agir, pensar e de compreender o mundo. Alguns exemplos de fatos sociais são: Relações de parentesco; Casamento; Papel de cada membro em uma família; Utilização de vestimentas; Rituais religiosos e culturais; Organização política. (Disponível em: <https://www.significados.com.br/fato-social/>. Acesso em 13 nov. 2022.)

ocupavam anteriormente e, conseqüentemente, têm perda de riqueza e poder, fazendo com que índices de suicídio anômico aumentem, são os mais comuns nas sociedades modernas.

Somente no século XVIII o suicídio passou a ser considerado patológico, psiquiatras como Philippe Pinel, Esquirol e Sigmund Freud, consideravam que o suicídio decorria de algum transtorno mental. No século XIX, Durkheim propôs que o suicídio era um fenômeno predominantemente sociológico, desta forma o suicídio no século XX pode ser explicado por três diferentes teorias: a psiquiátrica; a sociológica e a psicológica.

Na sociedade moderna o suicídio tornou-se um fenômeno de proporções consideráveis, gerando um impacto para a Saúde Pública, por isso a necessidade de intervenções para a sua prevenção, na tentativa de reduzir a mortalidade e sofrimento associados a ele. Nos últimos 30 anos, as depressões e o transtorno bipolar concentraram a atenção contra o suicídio.

Segundo o francês Jean Baecheler (1975), não há nada mais especificamente humano que o suicídio, posto que apenas o ser humano é capaz de refletir sobre sua própria existência e de tomar a decisão de prolongá-la ou de dar-lhe fim, e que o “suicídio” de animais não passa de um mito sem comprovação factual (BERTOLOTE, 2017, p. 21).

O processo que envolve o suicídio conta com elementos culturais como crenças, normas, relações sociais; elementos físicos que são os métodos empregados no suicídio e facilidade/dificuldade de acesso a eles e que acabam determinando os comportamentos suicidas e seus desfechos fatais ou não fatais.

No Brasil existe uma Estratégia Nacional de Combate ao Suicídio, estabelecida pela Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 do Ministério da Saúde, que considera o suicídio como um fenômeno grave de saúde pública, que afeta toda sociedade e por isso deve ser prevenido. Considerando a importância epidemiológica do registro de suicídios e tentativas de suicídio; o aumento de casos entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e classes sociais; o impacto causado nas famílias, no trabalho, nas escolas; possibilidades de intervenção nas 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; necessidade de promover estudos e pesquisas na área de prevenção do suicídio; 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.

Em abril de 2019, a Presidência da República instituiu a Lei Nº 13.819, que criou a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que tem como objetivo:

- I- promover a saúde mental;
- II – prevenir a violência autoprovocada;
- III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;

O fato de existir uma Estratégia Nacional de Combate ao Suicídio e uma Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, só reforça a ideia que casos de tentativas de suicídios e suicídios tem tido um crescente no país, configurando sérios problemas de saúde pública. É importante considerar que ainda que elas existam elas não conseguem alcançar grande parte das pessoas que tentam contra a própria vida, pois além de questão de saúde pública há também o aspecto persistente das desigualdades sociais, que são estruturais, e que também precisam ser combatidas com políticas públicas específicas, a falta delas contribuí de maneira significativa para a ocorrência de tentativas de suicídio, por isso são de difícil resolução e ainda se apresentam com um crescente do número de casos no Brasil.

CAPÍTULO II - TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELO COVID-19

Esse capítulo aborda as tentativas de suicídio no contexto da pandemia decorrente do COVID-19 no Brasil, no período de março de 2020 a março de 2021, primeiro ano da pandemia. O capítulo está dividido em duas partes: a pandemia de COVID-19 e a influência da pandemia de COVID-19 nas tentativas de suicídio. de COVID-19 no município de Aracaju- SE.

A primeira parte trará uma abordagem sobre a pandemia de COVID-19 no seu contexto global, explicará a origem desta “nova doença”, qual dará ênfase ao conceito de pandemia e traçará comparativo com uma pandemia do século XX, a gripe espanhola e a primeira pandemia do século XXI a gripe suína, até chegar na COVID-19. Um breve histórico da doença, que abrirá para a análise das singularidades e seu impacto, em especial no Brasil.

A influência da pandemia de COVID-19 nas tentativas de suicídio é o tema explorado na segunda parte do capítulo, destaca os principais fatores que podem ter contribuído para o aumento das tentativas de suicídio nesse período pandêmico, considerando o isolamento social, desemprego, acesso aos meios utilizados, entre outros.

2.1 A PANDEMIA DE COVID-19

Em dezembro de 2019 uma pneumonia grave, de origem desconhecida, afetou um número significativo de habitantes da cidade de Wuhan, na China. Amostras respiratórias foram coletadas dos doentes e identificaram a presença do vírus SARS-CoV-2, causador da doença que ficou conhecida como COVID-19⁸. A doença se propagou tão rápido a nível mundial que logo a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 11 de março de 2020, a infecção por COVID-19 uma pandemia.

De acordo com o Dicionário de Epidemiologia, Saúde Pública e Zoonoses (2016) da Universidade de São Paulo- USP, “A pandemia ocorre quando uma doença que estava em certa

⁸ O nome Covid é a junção de letras que se referem a *(co)rona (vi)rus (d)isease*, em inglês, o que na tradução para o português seria “doença do coronavírus”. Já o número 19 está ligado a 2019, quando os primeiros casos foram publicamente divulgados. (Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/por-que-doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-recebeu-o-nome-de-covid-19>. Acesso em: 08 out. 2022)

região (que era considerada uma epidemia) começa a se espalhar de maneira descontrolada pelos continentes ou até pelo mundo. ou seja, ela é uma epidemia que se alastra descontroladamente, matando um grande número de pessoas”. Desta forma, a COVID-19 foi evoluindo muito rápido e se espalhando por todo o globo e em pouco tempo tornou-se, Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU).

O mundo já passou por outras pandemias, no início do século XX. No período de 1918 a 1919 a Gripe Espanhola⁹ matou, em quatro meses, mais pessoas do que em quatro anos da Primeira Grande Guerra Mundial, estudos sugerem que 20 milhões a 50 milhões de pessoas morreram desta doença (MARQUES, SILVIEIRA, PIMENTA, 2020, p.233). A gripe suína, causada pelo vírus H1N1, foi a primeira pandemia do século XXI, teve início no México e se espalhou por todo o mundo, tendo uma estimativa de 200 mil mortes em cerca de 214 países, porém foi superada pela pandemia de COVID-19 onde segundo a OMS, até outubro de 2022, 6.532.705 vidas foram perdidas para a doença em todo o mundo.

Pimenta (2015) diz que a forma como se nomeiam as doenças diz muito sobre as narrativas e os movimentos sociais, políticos e culturais de configuração de uma problemática social (*apud* MARQUES, SILVIEIRA, PIMENTA, 2020, p.226), por isso que chegar ao nome Síndrome Respiratória Aguda Grave, Síndrome Coronavírus Dois, ou Sars-CoV-2 demorou um tempo a ser criado pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus. Nomes anteriores surgiram mas carregavam consigo grande carga de preconceito e estigmatizava, em especial a população chinesa, já que a China foi o local de origem da pandemia, nomes como “vírus Wuhan”, “coronavírus Wuhan”, “coronavírus China” foram utilizados o termo *Vírus chinês* foi utilizado, de forma pejorativa, pelo então presidente americano Donald Trump. Finalmente, em 11 de fevereiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu à doença um nome oficial: COVID-19¹⁰ (GORVETT, 2020 *apud* MARQUES, SILVIEIRA, PIMENTA, 2020).

Além da China, em janeiro de 2020, a doença começou a aparecer na Tailândia, Japão e Coreia. Neste momento países vizinhos da China começaram a fechar suas fronteiras, controle de viajantes e estabelecimento de quarentenas¹¹, isolamento social, uso de máscaras. Um novo

⁹ Também chamada *la dansarina*, gripe pneumônica, peste pneumônica ou simplesmente pneumônica, a gripe espanhola foi uma violenta pandemia que atingiu o mundo em 1918-1919, provocando milhões de mortes, especialmente entre os setores jovens da população. Considerada a mais severa pandemia da história da humanidade, foi causada pela virulência incomum de uma estirpe do vírus Influenza A, do subtipo H1N1 (Fonte: Atlas Histórico do Brasil, 2016).

¹⁰ Sars-CoV-2 refere-se ao vírus e COVID-19 à doença causada pelo vírus.

¹¹ Quarentena é a reclusão de indivíduos ou animais sadios pelo período máximo de incubação de uma doença, contado a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que esse indivíduo sadio abandonou o local em que se encontrava a fonte de infecção (Fonte: Dicionário de Epidemiologia, Saúde

ritmo foi dado a vida das pessoas, por todo o mundo o isolamento social foi imposto e fez com que a dinâmica das cidades, a rotina das pessoas fosse alterada, embates entre autoridades do governo e da saúde pública fossem evidenciados, mudanças nos padrões de comportamento e para alguns uma revalorização da ciência.

Como afirmam Marques, Silveira e Pimenta (2020, p. 240) “Apesar de a pandemia COVID-19 ser um evento em escala global, ela se desenvolve de maneira diversa, múltipla a partir da singularidade de infraestruturas, ambientes, práticas, sentidos, relações e hábitos de vida”. Por isso pode-se dizer que seus impactos não são homogêneos nos contextos diversos, é preciso considerar a singularidade das populações envolvidas nos processos epidêmicos, seu nível de vulnerabilidade e exposição, baseados em sua diversidade e desigualdade, portanto, a pandemia precisa de abordagem interdisciplinar e políticas intersetoriais (MARQUES, SILVIEIRA, PIMENTA, 2020).

Em 25/02/2020 o primeiro caso da doença foi confirmado no Brasil, sendo também o primeiro caso na América do Sul. Neste período os cinco continentes já tinham registros da doença que crescia exponencialmente, produzindo um grande número de óbitos pelo mundo, esse crescimento acabou produzindo uma saturação dos serviços de saúde, assim como falta de vários insumos médico-hospitalares, como as máscaras N95, as mais indicadas para proteção individual, respiradores, monitores cardíacos, oxímetros, medicações, entre outros. Os mortos foram enterrados sem rituais de despedida, covas coletivas foram abertas e o sistema funerário também colapsou.

Para entendermos a pandemia no Brasil é importante atentarmos para um dado relevante levantado pela Fiocruz (2022): enquanto no mundo a mortalidade por milhão de habitantes foi de 720, no Brasil ela alcançou 2.932, ou seja, 4 vezes maior, resultando em uma calamidade que afetou diretamente a saúde e as condições de vida de milhões de brasileiros. Muito disso se deve ao fato do país ter uma grande desigualdade social e isso pode ter permitido uma ampliação das vulnerabilidades. De acordo com o painel Coronavírus do Ministério da Saúde (2022), o Brasil do início da pandemia até o dia 07 de outubro de 2022, acumulou 686.573 óbitos, o que pode decorrer de vários fatores em especial, no início da pandemia, a ausência de campanhas governamentais de incentivo coordenadas e articuladas nos níveis federal, estadual e municipal; a desistência de parte da população em aderir às recomendações sanitárias, além da forte disseminação de *fakenews*.

Por conta da ausência de articulação entre os governos, nas três esferas, é que ainda no

início de 2020 as desigualdades estruturais se evidenciaram, em especial nos municípios brasileiros haja vista que não tinham recursos para atenderem os casos graves de COVID-19. Esta situação foi evidenciada entre os meses de abril a maio de 2020, quando o município de Manaus¹² (do Amazonas), onde ocorreu o primeiro e muito grave colapso de saúde no país.

De acordo com levantamento realizado pela Fiocruz (2022), de junho a agosto de 2020, o Brasil vivia um alto patamar da mortalidade por COVID-19, chegando a 1.000 óbitos por dia. De setembro a novembro de 2020, alguns municípios e estados conseguiram reduzir suas taxas de mortalidade por COVID-19, o que se deveu ao fato de terem adotado medidas de distanciamento físico e social e uso de máscaras, sem que se dessem de modo articulado nacionalmente e regionalmente.

Uma segunda onda de transmissão da pandemia de COVID-19 ocorreu no Brasil, iniciando no verão de 2020 e por conta das festas de fim de ano as pessoas relaxaram as medidas de restrição, em especial a do isolamento social, superando a média anterior e chegando a 3.000 óbitos por dia. Desta forma o sistema de saúde do país entrou em colapso, com a deficiência de insumos para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além da exaustão dos profissionais de saúde.

Analiso que faltou coordenação nacional de campanhas articuladas para a adoção de medidas não-farmacológicas de proteção em todo país, e somente em janeiro de 2021 é que uma campanha para vacinação contra COVID-19 iniciou, porém, a escassez de doses no início do processo, a divergência de calendários vacinais e de critérios de priorização de grupos entre estados e municípios contribuiu para atrasos e comprometeu a busca da vacina em outras localidades para a aplicação das segundas doses.

Nesta fase inicial de vacinação já foi constatada a redução de casos graves, número de internações e óbitos entre os mais idosos e em novembro de 2021, com 60% da população elegível vacinada, a média de óbitos diários reduziu para 250. No momento atual, 2022, uma variante do vírus, a Ômicron continua circulando no Brasil e crianças têm sido as mais vulneráveis já que foram o último grupo a ser vacinado.

De acordo com o painel de COVID-19 da OMS (2022), em 07 de outubro, o Brasil tem confirmado 686.583 óbitos em decorrência da pandemia de COVID-19, só perdendo para os Estados Unidos que tem um total de 1.050.195 óbitos e a China que é o local de início da

¹² Manaus, capital do Amazonas, já havia sido palco de elevadas taxas de incidência e mortalidade pela Covid-19 em maio de 2020, o que causou, inclusive, colapso do sistema funerário durante a primeira onda da pandemia, trazendo sofrimento à sua população. Nas últimas semanas de dezembro de 2020 e primeiras semanas de janeiro de 2021, nova onda de casos deixou a cidade em choque, trazendo o colapso do sistema municipal de saúde por falta de leitos de enfermaria, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e oxigênio.

pandemia e o país mais populoso do mundo na mesma data registrou 26.769 óbitos. O questionamento que se levanta é: O que ocorreu com o Brasil durante este período da pandemia de COVID-19 para que tantos brasileiros perdessem suas vidas?

A resposta pode ser encontrada considerando que a pandemia foi uma crise sanitária e humanitária sem precedentes, no mundo todo, mas que no Brasil se intensificou devido a atitude do Governo Federal de assumir uma postura criminoso, negando a ciência, sonhando dados e desdenhando do sofrimento e luto de milhares de brasileiros, as desigualdades sociais já existentes se ampliaram, as populações de menor renda e negra foram as mais afetada no país (GIOVANELLA, *et al.*, 2020).

Ainda de acordo com Giovanella *et al.* (2020), A desproteção social e do trabalho, com aumento da informalidade, precarização das relações de trabalho, redução da cobertura do Bolsa Família e cancelamento de benefícios, redução e atraso na concessão de aposentadorias, auxílio doença, e licenças-maternidade foram fatores que corroboraram para o aumento de óbitos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil.

A decisão pelo auxílio emergencial¹³ foi demorada, contribuindo para a redução do distanciamento social, em especial para as populações mais pobres e periféricas, que não tinham uma renda básica para a garantia de direitos econômicos e sociais^{14/15}, para garantia do direito à saúde e principalmente o direito à vida. Somado a essa demora do Governo, a ausência de direção nacional e uma autoridade sanitária nacional (vários ministros da saúde já tinham sido trocados durante esse período) que se amparasse na ciência para a contenção da pandemia.

A negação da pandemia pelo presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, fez com que as medidas de distanciamento social fossem enfraquecidas por parte da população, estimuladas por ele, que considerou a COVID-19 apenas uma “gripezinha”. Manteve a defesa da cloroquina e da hidroxicloroquina como parte do que chamou de "tratamento precoce", apesar das evidências científicas apontarem que elas não traziam benefícios aos pacientes, além de terem efeitos colaterais graves e darem uma falsa sensação de proteção contra o coronavírus (BBC NEWS BRASIL, 2021).

¹³ O Auxílio Emergencial foi um benefício financeiro criado para garantir renda mínima aos brasileiros em situação vulnerável durante a pandemia do Covid-19 (coronavírus). (Fonte: Ministério da Cidadania. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial>. Acesso em: 08 out. 2022)

¹⁴ Os direitos econômicos, sociais e culturais incluem os direitos à alimentação adequada, à moradia adequada, à educação, à saúde, à segurança social, à participação na vida cultural, à água, ao saneamento e ao trabalho (Disponível em: <https://www.frontlinedefenders.org/pt/right/economic-social-cultural-rights>. Acesso em: 08 out. 2022).

¹⁵ Existe o DECRETO No 591, de 6 de julho de 1992, que estabelece o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 08 out. 2022).

O governo federal brasileiro, para nossa tristeza e indignação, nunca reconheceu a imensidão do problema, renegou seus efeitos sobre a classe trabalhadora mais exposta à contaminação, estimulou em parte da população posturas individualistas e contra as medidas sanitárias e o uso de medicamentos sem eficácia comprovada (BOSCHETTI, BEHRING, 2021, p.67).

Nesse contexto, é que de acordo com Mendonça, *et al.* (2020, p.163), “desde os primeiros momentos da pandemia ensaiava-se um consenso amplo quanto à necessidade de intervenção do Estado para regular as relações sociais e formular políticas sociais, de dimensão pública”, o consenso não aconteceu e populações vulneráveis, que vivem em desigualdade socioeconômica no Brasil, tiveram estas desigualdades acentuadas pela pandemia.

No Brasil, a cada dia, em múltiplas iniciativas, o (des)governo federal vem assumindo o projeto ultraliberal conservador e obscurantista, de estímulo ao ódio de classe e aos grupos sociais historicamente excluídos de acessos a bens, serviços públicos e direitos, como o povo negro, em especial as mulheres pretas e pobres, os LGBTI+, os(as) jovens periféricos(as) e as classes trabalhadoras destituídas e subalternizadas (YAZBEK, RAICHELIS, SANT’ANA, 2020, p. 208).

Como afirma Antunes (2013), a ampliação do capital financeiro sobre o capital produtivo traz consequências graves para a classe que vive do trabalho (*apud* YAZBEK, RAICHELIS, SANT’ANA, 2020), com aumento do desemprego, instabilidade nos empregos, crescimento do trabalho informal e precário, redução de salários, precarização das relações de trabalho, incluindo terceirizações e contratos por prazos determinados, assédios, sofrimentos e adoecimentos, entre outros aspectos. As contrarreformas neoliberais fragilizaram, ainda mais, nesse período de pandemia de COVID-19, o funcionamento do Sistema único de Saúde (SUS), do Sistema único de Assistência Social (SUAS) e a Previdência Social que pela demanda de ações emergenciais, em decorrência da pandemia, não conseguiram prover trabalhadores e trabalhadoras (YAZBEK, RAICHELIS, SANT’ANA, 2020).

Discutir os impactos da pandemia na relação entre Serviço Social e políticas sociais – como educação, saúde, assistência social e mundo do trabalho – revela a lógica perversa do governo que encarna e reproduz os interesses da sociedade do capital; revela ainda como esta se mantém fortalecida, enquanto o sofrimento e o desamparo se avolumam ante a desproteção (YAZBEK, *et al.*, 2021, p.08).

As desigualdades sociais no Brasil fazem com que a pandemia de COVID-19 não atinja todos da mesma forma, obviamente que os segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora, são aqueles com maior probabilidade de adoecimento e óbitos que, tanto ocorrem pela própria

doença, quanto pela fome ou violência que se instauraram nesse quadro social caótico (YAZBEK, *et al*, 2021).

A nova lógica assumida pelo Estado Brasileiro, a necropolítica¹⁶, que na pandemia se escancarou, estabelece que uns têm mais chances de sobreviver do que outros (YAZBEK, *et al*, 2021). A pandemia de COVID-19 também fez com que programas de transferência de renda favorecessem um processo de assistencialização voltado para o pauperismo absoluto, a substituição de empregos estáveis e manutenção da classe trabalhadora sem trabalho a baixo custo, rebaixa o valor dos salários, transfere para o Estado quase a totalidade dos custos da reprodução da força de trabalho e cria um ciclo de reprodução de desigualdades e impedem a possibilidade de homens e mulheres de trabalho com direitos (BOSCHETTI, BEHRING, 2021).

2.2 INFLUÊNCIA DA PANDEMIA NAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), afirmou que a pandemia de COVID-19 aumentou os fatores de risco associados a comportamentos suicidas. Perda de emprego, questões econômicas, traumas ou abuso, transtornos mentais e falta de acesso são alguns dos fatores de risco que comprometeram a saúde mental das pessoas nesse período pandêmico. De acordo com as estatísticas de saúde da OMS cerca de 800 mil pessoas, ao redor do mundo, tiram suas vidas a cada ano e o número de tentativas de suicídio chega 20 vezes esse número. Existe uma meta, estabelecida pela OMS, de reduzir a taxa global de suicídio em um terço até 2030.

A pandemia causada pelo novo coronavírus, a COVID-19, que na sua origem não tinha tratamento preventivo e medicamentoso, estabeleceu que o contágio somente poderia ser minimizado com medidas de isolamento social. A impossibilidade de conviver com familiares e amigos, a crise econômica o desemprego, a inacessibilidade a tratamento médico adequado e os medos de adoecer e de morrer passaram a influenciar ainda mais os riscos para transtornos mentais e, conseqüentemente, o suicídio (GOMES FILHO *et al*, 2022, p.10).

A pandemia COVID-19 levou pessoas a aumentarem ou desenvolverem uso de substâncias, ansiedade, depressão e outros transtornos psiquiátricos, impactando no aumento

¹⁶ Necropolítica é um conceito que designa que quem escolhe quem deve viver e quem deve morrer é o Estado. O termo é um conceito desenvolvido pelo filósofo Achille Mbembe (Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br>. Acesso em: 08 out. 2022).

das taxas de suicídio durante e após a pandemia, o impacto psicológico da COVID-19 é tão preocupante quanto os efeitos sobre a saúde física. O medo da incerteza, do isolamento social, do desconhecido e das declarações paradoxais da saúde pública levam a altas taxas de depressão e ansiedade entre o público em geral e especialmente entre grupos populacionais vulneráveis (NASCIMENTO; MAIA, 2021, p.2).

As conexões sociais são importantes para a prevenção do suicídio, as medidas de saúde que foram impostas por conta da COVID-19 acabaram repercutindo diretamente na saúde mental, nas relações sociais. O isolamento físico associado ao sofrimento psíquico, que se evidenciaram na pandemia de COVID-19, podem ser uma combinação de fatores de risco.

Nascimento e Maia (2021), consideram que a pandemia de COVID-19 propiciou um aumento dos fatores que influenciam no risco de comportamento suicida, sendo eles o desemprego, transtorno psiquiátrico associado, estigma social, notícias negativas, isolamento social, uso de álcool, transtornos do sono, violência doméstica, acesso restrito a serviços de saúde, doenças neurológicas e outros, demonstrando a importância da análise destas repercussões em todas as faixas etárias durante e após a pandemia COVID-19.

A pandemia trouxe à tona suscetibilidades que desencadearam a ideação e a tentativa de suicídio, insônia, depressão, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos e revelaram um maior risco para o suicídio já que existe uma relação entre suicídio e transtornos psiquiátricos.

Neste período pandêmico, o isolamento domiciliar também pode ter contribuído para os casos de tentativas de suicídio, considerando que muitos dos meios utilizados para a sua efetivação como venenos, armas, remédios, bebidas alcóolicas, eram de fácil acesso e encontravam-se disponíveis no próprio domicílio. Fountoulakis *et al.* (2021) ratificam que as mudanças nos hábitos e rotinas diárias, nas condições de trabalho, assim como no comportamento social, devem causar mais estresse, especialmente com a chance de uma iminente crise econômica e provável desemprego (*apud.* NASIMENTO; MAIA, 2021).

Durante o período de pandemia no Brasil, as estratégias de isolamento social foram limitadas e insuficientes. Como explica Sousa (2020, p.57), “Isso se deu, em parte, pela crise da dimensão ética-econômica-fiscal-política-institucional, na qual o governo minimizou a gravidade do problema, diminuindo seus impactos na vida da população sem políticas públicas efetivas”. As condições precárias de vida, somada às questões políticas, econômicas, sociais e psicológicas relacionadas ao isolamento social, inevitavelmente, geram sofrimento psíquico, no caso da pandemia de COVID-19, o medo do desconhecido, a desesperança, favorecem um maior risco de suicídio (SOUSA, 2020, p. 57).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aracaju significa "cajueiro dos papagaios", nome que foi dado ao município da atual capital do Estado de Sergipe, que nasceu em 17 de março de 1855, quando ocorreu a transferência da então capital da província, São Cristóvão, para o recém elevado povoado Santo Antônio do Aracaju à categoria de cidade. Aracaju, que por questões econômicas, em especial pela necessidade de um porto para escoar a produção de açúcar do Vale do Cotinguiba, tornou-se a capital do Estado. A transferência da capital se deu pelas iniciativas de Inácio Joaquim Barbosa, Presidente da província de Aracaju e o Barão de Maruim.

Já como capital de Sergipe, Aracaju em 1884 teve a sua primeira fábrica de tecidos que iniciou a fase industrial na cidade, em 1886 tinha uma população de 1.484 habitantes. Surgiu como cidade planejada onde “todas as ruas foram arrumadas geometricamente, como um tabuleiro de xadrez, para desembocarem no Rio Sergipe” (Aracaju, 2017).

A cidade de Aracaju cresceu e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), chega ao século XXI com uma população estimada (2021) de 672.614 pessoas; salário médio mensal dos trabalhadores formais (2020) 2,8 salários mínimos, porém cerca de 203.180 pessoas são ocupadas assalariadas, ou seja, mais da metade da população de Aracaju vive na informalidade. A maioria da população residente é do sexo feminino, com 305.665 mulheres (2010); a média de moradores em domicílios ocupados é de 3,36 moradores (2010).

Esses indicadores têm relevância para a caracterização dos casos de tentativa de suicídio em Aracaju, durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19, a análise feita foi de março de 2020 a março de 2021, usando a base de dados do Datasus, que é um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, criado em 1991 pelo Decreto 100 de 16 de abril de 1991, publicado no Diário Oficial da União (DOU) e retificado conforme publicado no DOU de 19 de abril de 1991, cujo objetivo é o de auxiliar o Ministério da Saúde (MS) no fortalecimento e construção do SUS.

Segundo o próprio site, o Datasus está presente em todas as regiões do país por meio das Regionais que executam as atividades de fomento e cooperação técnica em informática nos principais estados brasileiros, por isso têm informações atualizadas sobre o município de Aracaju e dados armazenados como do primeiro ano da pandemia. A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública, com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações Epidemiológicas e Morbidade) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou

a incorporar outras dimensões do estado de saúde.

Os dados coletados foram produzidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que tem em sua base de dados informações que são geradas através de ficha de notificação individual específica para violência interpessoal/autoprovocada (Anexo A), produzida quando pessoas que tentaram lesão autoprovocada deram entrada em algum serviço de saúde. Para efeito de dados no SINAN, o termo tentativa de suicídio é substituído pelo termo lesão autoprovocada.

A análise feita estabeleceu um comparativo entre os dados relativos à ocorrência de lesão autoprovocada ocorridos no Brasil, durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19, e os dados destas mesmas ocorrências com o recorte para o município de Aracaju- SE, durante o mesmo período, para analisar se os padrões se repetem ou têm diferenças. As comparações feitas se deram quanto ao sexo, raça, escolaridade, faixa etária, local de ocorrência, meio de agressão, violência de repetição e evolução do caso.

Tabela 01- Lesão Autoprovocada segundo Regiões do Brasil
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Regiões do Brasil	Sim	%
Norte	3.225	3,6
Nordeste	13.620	15,3
Centro- oeste	9.618	10,8
Sul	22.790	25,5
Sudeste	39.957	44,8
TOTAL	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

O SINAN, no primeiro ano de pandemia de COVID-19, registrou no país 89.210 ocorrências de lesão autoprovocada, estando suas ocorrências distribuídas por todas as regiões do país (Tabela 01), com uma maioria dos casos nas regiões Sul e Sudeste, vale considerar que são as regiões mais populosas do país, a região Nordeste ficou na terceira posição quanto aos casos de TS. Do total de casos do país foi retirado, da região Nordeste, o quantitativo de casos que ocorreram em Aracaju- SE, desta forma o quantitativo nacional apresentado exclui os dados do recorte selecionado. O município de Aracaju- SE, no período estudado, teve uma frequência de lesões autoprovocadas notificadas pelo SINAN de 222 pessoas.

Tabela 02- Lesão Autoprovocada segundo Sexo- Brasil
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Sexo	Número	%
Ignorado	18	0,1
Masculino	27.794	31,2
Feminino	61.398	68,7
Total	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tabela 03- Lesão Autoprovocada segundo Sexo
Município de notificação: Aracaju
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Sexo	Número	%
Masculino	66	29,7
Feminino	156	70,3
Total	222	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Quanto a categoria sexo, os números indicam que as mulheres foram as que mais tentaram suicídio, através de lesões autoprovocadas, tanto no Brasil (Tabela 02) como em Aracaju- SE (Tabela 03), isso se explica pelo fato de que mulheres usam meios menos letais do que os homens e existe uma maior aceitação cultural da depressão em mulheres.

Quando o fator de risco analisado é quanto ao sexo as pesquisas demonstram que as mulheres tentam mais suicídios e fazem uso de métodos menos agressivos do que os homens, “diferentemente das mulheres, no sexo masculino constatamos maior incidência de atitudes determinadas, planos suicidas, tentativas fatais e uso de métodos mais agressivos” (RESMINI, 2004, p. 47).

Hipóteses psicossociais tentam explicar as motivações pelas quais as mulheres tentam mais suicídio do que os homens e algumas variáveis são levantadas como maior tendência da mulher internalizar eventos estressantes; diversas sociedades em que os direitos e o *status* da mulher são bem diferenciados do homem; desigualdade social entre os sexos, como salários mais baixos, falta de emprego; a mulher é mais vitimizada em diversas sociedades (estupro, assédio, incesto etc.), ou seja, maior número de eventos estressantes, principalmente nas sociedades machistas; a mulher tem mais responsabilidade social do que o homem, sustentar a casa, cuidar da família, entre outras (BAPTISTA; BAPTISTA; OLVEIRA, 1999).

Existem também hipóteses biológicas que tentam explicar a maior ocorrência de tentativas de suicídio em mulheres como o ciclo menstrual estar ligado a uma flutuação da sintomatologia depressiva; tentativas de suicídio são mais comuns no período pré-menstrual, em função de flutuações hormonais e de humor; a utilização de contraceptivos pode influenciar na absorção de alguns medicamentos antidepressivos; fases como gestação, puerpério e

climatério aumentam a probabilidade de episódios depressivos, podendo funcionar como gatilhos (BAPTISTA; BAPTISTA; OLVEIRA, 1999).

Tabela 04- Lesão Autoprovocada segundo Raça- Brasil
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Raça	Número	%
Ignorado/Branco	7.673	8,6
Branca	41.489	46,5
Preta	5.836	6,6
Amarela	625	0,7
Parda	33.107	37,1
Indígena	480	0,5
Total	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tabela 05 - Lesão Autoprovocada segundo Raça
Município de notificação: Aracaju
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Raça	Número	%
Ignorado/Branco	52	23,4
Branca	30	13,5
Preta	18	8,1
Amarela	1	0,5
Parda	121	54,5
Total	222	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Quando o critério de análise é a raça os dados são bem contrastantes, no Brasil (Tabela 04) a maior ocorrência é entre pessoas brancas e isso se deve ao fato de maior parte dos casos de tentativas de suicídio terem ocorrido nas regiões Sudeste e Sul do país, onde seus estados são mais populosos e, por conta de muitos desses estados terem tido colonização europeia alemã, italiana, portuguesa, grande parte da população branca. Já em Aracaju- SE (Tabela 05), a maioria é parda, resultante da miscigenação que se deu ao longo dos tempos entre pretos escravizados e colonizadores europeus brancos. Vale destacar que não é o aspecto genético da raça que influencia no risco de suicídio, pode haver interações com outros fatores, como a classe socioeconômica, nível educacional, o acesso a serviços médicos, dentre outros (VOLPE; CORRÊA; BARRERO, 2006, p.150).

Tabela 06- Lesão Autoprovocada segundo Escolaridade- Brasil
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Escolaridade	Número	%
Ignorado/Branco	33.974	38,1
Analfabeto	440	0,5
1ª a 4ª série incompleta do EF	2.783	3,1
4ª série completa do EF	2.044	2,3
5ª a 8ª série incompleta do EF	10.619	12
Ensino fundamental completo	5.559	6,2
Ensino médio incompleto	11.166	12,5
Ensino médio completo	16.037	18
Educação superior incompleta	3.047	3,4
Educação superior completa	2.711	3,0
Não se aplica	830	0,9
Total	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tabela 07- Lesão Autoprovocada segundo Escolaridade
Município de notificação: Aracaju
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Escolaridade	Número	%
Ignorado/Branco	127	57,2
1ª a 4ª série incompleta do EF	2	0,9
4ª série completa do EF	2	0,9
5ª a 8ª série incompleta do EF	20	9,0
Ensino fundamental completo	5	2,3
Ensino médio incompleto	21	9,4
Ensino médio completo	33	14,9
Educação superior incompleta	8	3,6
Educação superior completa	4	1,8
Total	222	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

A escolaridade das pessoas que tentaram suicídio no Brasil (Tabela 06) e em Aracaju (Tabela 07), durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19, demonstra em ambas as tabelas que ocorreu mais em pessoas que têm o nível médio completo, porém é importante perceber que a maior parte das notificações (%) ignorou essa questão da escolaridade.

Uma das possíveis explicações para essa correlação, como diz Teixeira (2004), é que a escolaridade de um indivíduo pode afetar a sua autoavaliação, influenciando sua interação social e sua autoestima; esta última pode levar a tendências suicidas (*apud* MATA, DALTRO, PONDE, 2020, p. 83). A renda familiar, a situação de desemprego e o nível educacional proporciona ao indivíduo diferentes níveis de estresse e preocupações, como afirmam Owens, Horrocks, House (2002), a cultura local e os integrantes do grupo social podem lidar de maneira diversa com o *status* social do indivíduo, podendo provocar sentimentos de insatisfação e frustração que causam sofrimento psíquico (*apud* MATA, DALTRO, PONDE, 2020, p. 83).

Estudos consultados trazem que normalmente as pessoas que cometem suicídio possuem fator socioeconômico extremo, seja de pobreza ou de excesso de riquezas. A baixa escolaridade comumente está associada a pobreza, que se apresenta como fator de risco para a ocorrência de auto extermínio (SOUZA *et al.*, 2011).

Tabela 08- Lesão Autoprovocada segundo Faixa Etária- Brasil
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Faixa etária	Número	%
< 1 ano	529	0,6
1-4	210	0,2
5-9	237	0,3
10-14	6.298	7,0
15-19	18.940	21,2
20-29	27.200	30,5
30-39	16.596	18,6
40-49	10.943	12,3
50-59	5.182	5,8
60 e mais	3.075	3,5
Total	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tabela 09- Lesão Autoprovocada segundo Faixa Etária
Município de notificação: Aracaju
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Faixa etária	Número	%
5-9	3	1,4
10-14	18	8,1
15-19	46	20,7
20-29	72	32,4
30-39	46	20,7
40-49	22	10,0
50-59	7	3,1
60 e mais	8	3,6
Total	222	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

A faixa etária que mais apresentou tentativas de suicídio foi de 20 a 29 anos, tanto no Brasil (Tabela 08), quanto em Aracaju- SE (Tabela 09), faixa esta conhecida como adultez emergente, segundo Pereira *et al.* (2016), uma nova fase em que jovens que saem da adolescência têm adiado assumir papéis adultos como o casamento, a independência financeira dos pais e a constituição de uma família, trata-se de uma etapa marcada 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.

O surgimento desta nova fase se dá por uma série de mudanças na sociedade, como a

entrada da mulher no mercado de trabalho, a flexibilização dos padrões de sexualidade, e a necessidade dos jovens terem mais anos de estudo e treinamento para entrar em um mercado de trabalho cada vez mais exigente.

Tabela 10- Lesão Autoprovocada segundo Local de Ocorrência- Brasil
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Local de Ocorrência	Número	%
Residência	75.575	84,7
Habitação coletiva	621	0,7
Escola	124	0,1
Local de prática esportiva	55	0,1
Bar ou similar	132	0,1
Via pública	3.751	4,2
Comércio/Serviços	406	0,5
Indústrias/Construção	59	0,1
Outros	1.993	2,2
Ignorado	6.452	7,2
Em branco	42	0,1
Total	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tabela 11- Lesão Autoprovocada segundo Local de Ocorrência
Município de notificação: Aracaju
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Local de Ocorrência	Número	%
Residência	167	75,2
Via pública	5	2,2
Outros	9	4,1
Ignorado	41	18,5
Total	222	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tanto no Brasil (Tabela 10), quanto em Aracaju- SE (Tabela 11), foi percebido que a maioria dos casos de tentativas de suicídio teve ocorrência nas residências e isso pode ser explicado pelo fato de que as pessoas se sentem mais confiantes em um ambiente em que já conhecem e que possam ter poucas interferências.

Tabela 12 - Lesão Autoprovocada segundo Meio de Agressão- Brasil**Período: mar. 2020 a mar. 2021**

Meios de Agressão	Número	%
Enforcamento	6.145	6,9
Objeto contundente	1.206	1,4
Objeto perfurocortante	15.547	17,4
Substância ou objeto quente	868	1,0
Envenenamento	55.050	61,7
Arma de Fogo	462	0,5
Outros	9.932	11,1
Total	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tabela 13- Lesão Autoprovocada segundo Meio de Agressão**Município de notificação: Aracaju****Período: mar. 2020 a mar. 2021**

Meios de Agressão	Número	%
Enforcamento	9	4,0
Objeto contundente	1	0,5
Objeto perfurocortante	40	18,0
Substância ou objeto quente	1	0,5
Envenenamento	161	72,5
Arma de Fogo	1	0,5
Outros	9	4,0
Total	222	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

O envenenamento foi o principal meio de agressão utilizado no Brasil (Tabela 12) e esse padrão se repetiu em Aracaju- SE (Tabela 13), isso se deve a facilidade de acesso às substâncias que acarretam nos envenenamentos como medicamentos; produtos químicos de usos diversos; plantas tóxicas e venenos de animais. Ocorrem pela ingestão, inalação da substância escolhida que, ao entrarem no organismo são capazes de produzir danos graves à saúde. O tipo de veneno utilizado, sua quantidade e vias de penetração é que vão definir o potencial do envenenamento.

Tabela 14- Lesão Autoprovocada segundo Violência de Repetição- Brasil**Período: mar. 2020 a mar. 2021**

Violência de repetição	Número	%
Sim	37.039	41,5
Não	31.787	35,6
Ignorado	20.019	22,4
Em Branco	365	0,5
Total	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tabela 15 - Lesão Autoprovocada segundo Violência de Repetição
Município de notificação: Aracaju
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Violência de repetição	Número	%
Sim	88	39,6
Não	87	39,2
Ignorado	47	21,2
Total	222	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

A violência de repetição é um indicador de quantas pessoas tentaram suicídio, durante esse primeiro ano da pandemia de COVID-19 e que já tinham tentado suicídio anteriormente, dados nacionais (Tabela 14) indicam um equilíbrio entre casos novos e casos recorrentes. Este mesmo equilíbrio apareceu em Aracaju- SE (Tabela 15), entre casos novos e recorrentes.

Tabela 16 - Lesão Autoprovocada segundo Evolução do Caso- Brasil
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Evolução do Caso	Número	%
Alta	1	0,1
Em Branco	89.209	99,9
Total	89.210	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Tabela 17 - Lesão Autoprovocada segundo Evolução do Caso
Município de notificação: Aracaju
Período: mar. 2020 a mar. 2021

Evolução do Caso	Número	%
Em Branco	222	100
Total	222	100

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, setembro/2022.

Dados inconsistentes, quanto a evolução do caso, não permitem analisar quantos casos evoluíram para suicídio, tanto no Brasil (Tabela 16) quanto em Aracaju- SE (Tabela 17).

Os casos de tentativas de suicídio no Município de Aracaju- SE durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19, tendo seu início em março de 2020 até março de 2021, indicaram através de dados do Datasus, que mulheres adultas-jovens, na faixa de 20 a 29 anos, pardas em sua maioria com ensino médio, tentaram suicídio em suas residências e o principal meio de agressão foi o envenenamento, a quantidade de repetições demonstrou ser igual a quantidade de novos casos e os dados não informam as evoluções dos casos, ou seja, não dá para saber se evoluíram ou não para suicídio.

Os suicídios em mulheres apresentam valores inferiores aos suicídios em homens, no entanto, as mulheres apresentam mais tentativas de suicídio, a ideação e tentativa de suicídio permanecem mais tempo com as mulheres e as tentativas são de menor letalidade.

As mulheres jovens que sofrem violência doméstica têm maior risco de cometer suicídio. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde no período de 2011 a 2015 mostrou que mulheres que tinham notificação prévia de violência doméstica apresentavam 30 vezes maior risco de morrerem por suicídio quando comparadas com as mulheres sem notificação prévia de violência (MEIRA, DANTAS, JESUS, 2021). Pode-se observar que nos dados de tentativas de suicídio em Aracaju o número de repetições das tentativas apareceu na mesma proporção de novos casos.

Determinantes sociais¹⁷ envolvidos na ocorrência das tentativas de suicídio evidenciados em mulheres tem relação com a violência de gênero, à depressão, privação social, perda de familiares, vale destacar que questões da singularidade são relevantes para o debate quanto às tentativas de suicídio já que cada um tem sua história de vida e questões biológicas, psicológicas, culturais e sociais podem colaborar a ocorrência de tal evento.

A pandemia de COVID-19 foi uma potencializadora das tentativas de suicídio pois o período imposto de isolamento social, em especial neste primeiro ano em que a vacina não havia sido disponibilizada, ampliou bastante questões relacionadas a marcadores sociais de raça, classe e gênero. A pandemia afetou diretamente pessoas que já se encontravam em vulnerabilidade social, que viviam da informalidade, que já apresentavam dificuldade de acesso aos serviços de saúde e tinham péssimas condições de moradia.

Tendo em vista esse cenário, o efeito adverso na saúde produz um declínio econômico dos indivíduos e famílias, uma vez que o controle da doença requer estratégias como distanciamento social e quarentena. Tais medidas se aplicam com impactos nas populações de baixa renda que têm pouco acesso aos cuidados de saúde e necessitam escolher entre ficar em casa e passar fome ou correr os riscos do descumprimento ao isolamento para o sustento de si e da família (McKEE, 2020 *apud*. ESTRELA, *et al.* 2020, p. 3434).

Como dizem Eurico, Gonçalves e Fornazier (2021, p. 88) a pandemia de COVID-19 evidenciou as relações sociais que expressam as próprias contradições produzidas pelo capitalismo e, ao mesmo tempo, explicitam pungentes particularidades da formação sócio-histórica brasileira, em que as desigualdades de classe estão fundamentalmente entrelaçadas às

¹⁷ De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. (Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em: 12 out. 2022).

étnico-raciais e também de gênero, visto que a todo momento a dinâmica do capital reatualiza nossa herança escravocrata, colonialista e heteropatriarcal.

Dados do IBGE (2010), dão conta que a população que se declarou parda, em Aracaju, e que se identificou sem rendimento era de 108.654 pessoas de 10 ou mais anos de idade, cerca de 19% da população aracajuana em 2010, com o aumento da população estimada (2021) essa situação não deve ter mudado e provavelmente se agravou com a pandemia, pois parte significativa desse grupo é de crianças e de mulheres adultas- jovens (20-29 anos) que já são mães de família e muitas vezes criam seus filhos sozinhas. A população mais pobre, de mulheres e menos escolarizada, foi o grupo que mais tentou suicídio neste período de pandemia de COVID-19 em Aracaju- SE.

A discriminação sistemática, processual e histórica cria uma estratificação social que se reverte em inúmeras desvantagens políticas e econômicas aos grupos minoritários, vivenciadas na forma de pobreza, salários mais baixos, menor acesso aos sistemas de saúde e educação, maiores chances de encarceramento e morte (ALMEIDA, 2020 *apud* EURICO, GONÇALVES E FORNAZIER, 2021, p. 89).

Essa estratificação social que foi escancarada, durante a pandemia é fator a ser considerado quanto ao número de casos de lesões autoprovocadas, tentativas de suicídio, a falta de perspectivas, a urgência de saúde, a fome foram fatores que convergiram para que muitos aracajuanos tentassem tirar a própria vida, em especial mulheres pardas e adultas-jovens.

As políticas sociais no Brasil estão organizadas de modo a aumentar as vulnerabilidades, o racismo estrutural e institucional. Os impactos da COVID-19 afetaram os mais vulneráveis em sua vida cotidiana, na preservação da saúde; prevenção de doenças; na manutenção de trabalho e do salário, na possibilidade de moradia digna; acesso à educação, cultura e lazer; aumento do adoecimento físico e psíquico.

A violência contra as mulheres adultas e jovens inclui a agressão física, sexual, psicológica e econômica. “É conhecida como violência de gênero porque resulta, em parte, da condição subordinada ainda vivida pela mulher na sociedade” (OLIVEIRA; JORGE, 2007, p. 94).

Dados históricos sobre o Brasil, na época colonial, revelam que já na Ordenação do Reino era permitido aos maridos “emendarem” suas companheiras pelo uso da chibata. Portanto, agressões físicas e psicológicas contra as mulheres fazem parte de nossas raízes culturais, trazidas pelos colonizadores europeus e reforçadas no século XIX pelas ideias do positivismo de August Comte, para quem a mulher deveria ser submissa, altruísta, desprovida de desejo sexual. Suas funções seriam servir aos seus

maridos e filhos, dedicando-se exclusivamente às tarefas domésticas nas quais pudessem manifestar seus dons materno (BEISSMAN, 1994, *apud* OLIVEIRA; JORGE, 2007, p. 96).

O adoecimento psíquico, ocorre por conta de uma série de acontecimentos, que geram uma elevada carga de estresse, gerando sofrimento psíquico, favorecendo o surgimento do adoecimento mental, que é dinâmico e particular, dependendo dos elementos que cada um possui as estratégias para enfrentamento do problema são singulares e resultam em estados distintos de saúde (OLIVEIRA; JORGE, 2007, p. 100). Casos de tentativa de suicídio são respostas individuais para o enfrentamento desse adoecimento psíquico, no caso do Município de Aracaju, durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19 foi observado que este adoecimento foi estimulado pelo isolamento social, pelas desigualdades social, racial e de gênero, por isso que mulheres pardas, adultas-jovens, com baixa escolaridade foram as que mais tentaram suicídio neste período. Por isso é importante pensar que as tentativas de suicídio acabam sendo uma manifestação da questão social, que requer seu enfrentamento com políticas públicas e fortalecimento das redes de apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início de 2020, o mundo foi pego de surpresa por um novo vírus o SARS-CoV-2, um vírus letal, originado na China, na cidade de Wuhan, logo se espalhou pelo mundo, tornou-se uma pandemia, a nova doença foi nomeada de COVID-19 produziu um grande número de óbitos ao redor do mundo, algo jamais visto no século XXI. Em 11 de março de 2020 a OMS declarou a COVID-19 como pandemia, então governos de vários países adotaram medidas sanitárias, orientadas pela OMS, para que seus cidadãos não fossem expostos ao vírus, até então desconhecido, algumas das medidas recomendadas foram isolamento social, uso de máscaras, higienização das mãos, já que pouco se sabia sobre a doença.

Em março de 2020 a doença, já conhecida como COVID-19 aterrizou no Brasil, trazida por um viajante que tinha chegado recentemente da Itália, país onde a pandemia já tinha um grande número de óbitos por causa da doença. Em pouco tempo a doença se espalhou pelo Brasil e foi neste momento em que o país começou a viver um de seus maiores dramas sociais e de saúde pública. O então presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, refutou todas as orientações da OMS, não determinou como os brasileiros deveriam proceder e deu péssimos exemplos para a população não usando máscaras, circulando livremente sem respeitar o isolamento social, estimulou o funcionamento do comércio, das indústrias, dos meios de transporte, desta forma colaborou pra a rápida propagação da doença, afetando mais as populações em vulnerabilidade social, o número de óbitos se deu num crescente, chegando em sua fase mais crítica a 3.000 óbitos/dia, algo inimaginável mas real nesta realidade brasileira.

Apesar da pandemia ser um evento de escala global, ela, neste primeiro ano analisado, se desenvolveu de maneira diversa, seus impactos não foram homogêneos, foi preciso analisar as singularidades das populações envolvidas no processo epidêmico, seu nível de vulnerabilidade e exposição, baseados em sua diversidade e desigualdades. É nesse contexto de negação da pandemia de COVID-19, no Brasil, com ausência de direção Nacional (Presidente) e ausência de autoridade sanitária Nacional (Ministro da Saúde), falta de campanhas governamentais de incentivo coordenadas e articuladas nos níveis federal, estadual e municipal é que as desigualdades sociais e as vulnerabilidades foram ampliadas.

Foi assumida, por parte do Governo Federal, uma postura criminosa, que negou a ciência, desdenhou do sofrimento alheio, do luto de muitas famílias brasileiras, contribuiu para que os segmentos mais pauperizados da classe trabalhadora sofressem mais com o grande desamparo ante a desproteção do Estado. O negacionismo do Governo brasileiro, quanto a

pandemia, de COVID-19, fez com que o impacto desta repercutisse também para da saúde mental, o número de pessoas que se viram isoladas, desempregadas e sem nenhum tipo de apoio fez com que as tentativas de suicídio fossem potencializadas.

Somente no século XX é que começou a existir uma percepção de que acolher pessoas em risco de suicídio era necessário, na década de 1990 o suicídio foi considerado um problema de Saúde Pública em todo o mundo. As TS e suicídios cresceram tanto no mundo que o dia 10 de setembro, é o dia mundial de prevenção ao suicídio, data criada em 2003 pela OMS e a IASP. É por conta deste grave problema de Saúde Pública, que se estende pelo século XXI, é que se faz necessário o incremento de ações de prevenção, educação e políticas públicas que reduzam casos de TS, no Brasil, em Aracaju- SE.

Neste período de pandemia de COVID-19 os casos de TS não foram tratados como deveriam, em especial quanto a ausência de fatores de proteção, a falta de políticas públicas de saúde, educação e de prevenção efetivas. Curioso notar que existem mecanismos legais que deveriam dar a proteção quanto a redução das TS, como a portaria Nº 1.876 de agosto de 2006 do Ministério da Saúde, a Estratégia Nacional de Combate ao Suicídio, que considera o suicídio fenômeno grave de saúde pública e que deve ser prevenido, mas que demonstra falhas por não conseguir dar conta do que se propõe como, não conseguir 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; e também não 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. Estes aspectos são muito evidenciados, inclusive quando a análise feita nesta pesquisa identifica que casos de TS vêm crescendo ao longo do tempo; que as notificações, quando feitas, são incompletas; o acolhimento para a pessoa que tentou suicídio é muitas vezes baseado em juízo de valor, em especial para as mulheres.

A Lei nº 13.819 de abril de 2019, da Presidência da República, que estabelece a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, por ironia do destino uma lei do Governo Bolsonaro, também não consegue cumprir o que propõe, basta analisarmos a questão das notificações compulsórias para casos de lesão auto provocada, onde o preenchimento errado ou faltando informações, interfere na análise e consequente falta implementação de políticas públicas adequadas.

É de suma importância considerar que as TS estão diretamente relacionadas às expressões da questão social como desemprego, falta de alimentos, despejos, dificuldades de

acesso às necessidades básicas e por isso são consideradas fatores de risco. Os fatores de proteção contra as TS é que devem ser fortalecidos, ainda que não sejam responsáveis por evitarem que ocorram TS ou suicídio. Os fatores de proteção são aqueles que se relacionam a habilidades cognitivas, à flexibilidade emocional e à integração social e são individuais e não atendem a um padrão.

A pandemia de COVID-19, iniciada no ano de 2020, impactou na saúde mental das pessoas ao redor do mundo, visto que as pessoas precisaram se adaptar a uma nova rotina que implicou em um grande isolamento social. Essa nova situação produziu em muitos um estresse agudo, fez com que agravos profundos na saúde mental aparecessem ou viessem à tona, como no caso do aumento das tentativas e suicídios (TS). As vulnerabilidades foram escancaradas, com isso os fatores de risco para o suicídio foram expostos, já os fatores de proteção foram reduzidos.

O que leva uma pessoa a tentar o suicídio é multicausal, multifatorial e, principalmente, individual, ao longo da história da humanidade tais tentativas sempre aconteceram, algumas evoluíram para o suicídio, as motivações foram variadas, desde buscar reconhecimento de uma sociedade como um ato heroico, até como punição por um ato de desonra, isto dependendo da cultura e época em que se deu. Deve ser considerado que neste primeiro ano da pandemia de COVID-19, no Brasil, as pessoas começaram a passar por sofrimento social pois por um longo período vivenciaram privação material, com evidente aumento das injustiças sociais, o que contribuiu para que este sofrimento evoluísse para doença mental ou física.

O cenário da pandemia intensificou o sofrimento das pessoas, que por medo, isolamento, solidão, dificuldade de acesso ao tratamento em saúde mental, doenças e problemas de saúde, falta de dinheiro, aumento do uso de álcool e outras drogas, violência doméstica, desemprego, estigma social, transtornos do sono, entre outros fatores, podem ter contribuído para o aumento de casos de tentativas de suicídio neste período crítico da pandemia iniciado em março de 2020 no Brasil e que se estendeu a Aracaju- SE.

Casos de tentativas de suicídio nesse período foram significantes tanto no Brasil quanto no município de Aracaju - SE e esboçam o momento desta crise sanitária humanitária sem precedentes. “Tentativas de Suicídio no primeiro ano da pandemia de COVID-19 em Aracaju- SE”, foi o recorte dessa pesquisa, e através dos dados do SINAN foi possível fazer uma análise de como a pandemia pode ter influenciado para que as TS acontecessem neste período. Deve ser considerado que o fato de uma pessoa ter pensamentos suicidas já é indicativo de que ela já está vivenciando um processo de sofrimento psíquico e grande indício para TS e aumento de risco para o suicídio. Arelado à ideação suicida existe o comportamento suicida que é sempre intencional, onde a pessoa deseja causar dano a si mesmo, é importante destacar que nesta fase

do comportamento suicida ambivalência, impulsividade e rigidez aparecem como principais características.

O comportamento suicida é um fenômeno multifatorial, multideterminado, que se relaciona com os fatores de risco, que podem ser individuais, geracionais, ou até relativos ao gênero. No caso do primeiro ano da pandemia de COVID-19 os fatores de risco conhecidos como potencialmente modificáveis como isolamento social, desemprego, ansiedade, desesperança foram os que ficaram mais evidentes, estes fatores de risco conhecidos como psicossociais tiveram um crescente, muito se deu por conta da falta de apoio governamental, em especial nesse primeiro ano da pandemia, sem o amparo de medidas de proteção social configurando a fase mais crítica da doença no país, repercutindo também para Aracaju- SE ainda que os fatores de risco fixos (idade, sexo, raça) também foram relevantes para a análise da ocorrência de TS no município de Aracaju- SE.

O período de isolamento social imposto ter sido tão longo, se deve e muito ao fato de que o Brasil demorou para vacinar sua população, ampliando bastante as questões relacionadas a marcadores sociais como raça, classe e gênero. As desigualdades de classe estão relacionadas às étnico-raciais e de gênero, visto que a todo momento a dinâmica do capital reatualiza a herança escravocrata, colonialista e heteropatriarcal. A estratificação social ficou escancarada durante a pandemia, a população de baixa renda, com pouco acesso aos cuidados de saúde, tinha que escolher entre ficar em casa ou passar fome e a violência de gênero resultante da condição subordinada ainda vivida pela mulher na sociedade, ficou evidenciada nos casos de TS, no Brasil e em Aracaju- SE.

É importante destacar que esta pesquisa teve como base de análise a ocorrência de dois eventos de Saúde Pública simultâneos a pandemia de COVID-19 e as TS, onde a pandemia pode ter colaborado para que o número de casos de TS tenham aumentado no período estudado, mas não é possível afirmar, considerando a multicausalidade para que ocorram as tentativas de suicídio.

Apesar da multicausalidade que pode haver para que uma TS ocorra, não pode ser desconsiderado o fato que nesse referido período a desproteção social e do trabalho, aumento da informalidade, decisão demorada para a liberação do auxílio emergencial contribuíram muito para que houvesse um aumento dos fatores de risco associados a comportamentos suicidas como perda de emprego, questões econômicas, falta de acesso. A desproteção social ocorre quando uma série de garantias que devem ser oferecidas aos cidadãos para a redução de vulnerabilidades, fragilidades e riscos de ordem social, política, econômica e natural não ocorrem durante a vida das pessoas, nesse período pandêmico essa desproteção foi evidenciada.

O Governo não se comprometeu em oferecer o mínimo de condições para que as pessoas tivessem uma vida digna, conseguindo se proteger da COVID-19, nem evitar as TS devido ao grande desamparo, descaso a que ficaram expostas. Faltou proteção social efetiva da Saúde, da Assistência Social e da Previdência Social, que deveriam ter atuado de maneira mais efetiva neste período para assegurarem direitos básicos para os cidadãos mais vulneráveis.

Aracaju- SE foi o município escolhido para a análise deste primeiro ano de pandemia de COVID-19, pois por ser a capital do Estado, é o local onde se encontram a maioria dos serviços de saúde de média e alta complexidade que acabaram por atender as pessoas que tentaram suicídio e recorreram a tais serviços, sejam eles advindos do interior ou da capital. Como diz Botega (2015) o número de pessoas que procuram atendimento nos serviços de saúde, por conta de TS representam apenas a ponta de um *iceberg*, onde a parte submersa desse representa a grande maioria que escondeu esse comportamento, de forma silenciosa, por isso não são registrados nos serviços de saúde, consequentemente não são notificados.

Estabelecendo um comparativo entre os dados encontrados no SINAN sobre o Brasil e Aracaju- SE, neste primeiro ano da pandemia da COVID-19, foi identificado que cerca de 45% das tentativas de suicídio ocorrem no Sudeste do país, 25% no Sul e 15% no Nordeste, nessa ordem, é curioso ressaltar que Sudeste e Sul são regiões mais populosas que o Nordeste.

Quando o critério em análise foi a ocorrência de lesão autoprovocada de acordo com a raça, o Brasil apresenta maioria branca, em segundo lugar parda; o inverso acontece em Aracaju, para o mesmo período analisado, a maioria que tentou suicídio no município é parda e em segundo lugar, pessoas brancas. É curioso perceber que questões relacionadas a colonização do país devem ser consideradas, sendo a maior concentração populacional do país situada entre Sudeste e Sul onde ambas as regiões tiveram colonização europeia, o que explica o grande número de brancos que tentaram suicídio. A história sobre a origem da cidade de Aracaju também explica a maioria parda da população na atualidade.

Entre Brasil e o município de Aracaju - SE, foi percebido que grande parte dos padrões nacionais se repetem no recorte selecionado, a maioria das tentativas de suicídio ocorreram cerca de 70% em mulheres no Brasil e em 70% de mulheres em Aracaju, ambos indicando padrões identificados na literatura, onde mulheres tentam mais suicídio do que os homens, mas usam meios menos letais, e isso se deve ainda ao fato de as mulheres viverem em condições de subordinação até o momento presente.

A escolaridade foi um item majoritariamente negligenciado em ambas as localidades, no Brasil 38% dessa informação foi ignorada ou foi deixada em branco na notificação e apenas 17% aparecem com ensino médio completo que é o maior dado quanto a esse quesito. Aracaju

- SE tem o mesmo problema, só que aumentado, pois 57% dos dados quanto a escolaridade foram ignorados ou deixados em branco, somente 15% das notificações indicaram que as pessoas têm ensino médio completo, que ocupa a segunda posição do *ranking*.

Chama atenção que tanto no Brasil, durante esse primeiro ano da pandemia de COVID-19, quanto em Aracaju- SE quem mais tentou suicídio foram mulheres jovens adultas na faixa etária de 20 a 29 anos, mas vale prestar atenção na faixa etária 15 a 19 anos apresentou um número muito alto de tentativas de suicídio, sendo esse grupo de adolescentes. A faixa etária que mais tentou suicídio, no período estudado também tem resultado em conformidade com a literatura e confirma o fato de que as mulheres jovens podem ser as mais subalternizadas. A literatura diz que quase 80% dos casos de TS ocorrem antes dos 30 anos, entre homens e mulheres, em faixas etárias inferiores aos 30 anos. Foi comprovado que, o município de Aracaju- SE tem realidade igual ao que diz a teoria, em especial na faixa etária de 20 a 29 anos, que registraram cerca de 32 % desta faixa etária no período pesquisado.

O principal local de ocorrência das tentativas de suicídio foi nas residências, em uma maioria expressiva, no Brasil 85% e em Aracaju 75%, isso pode ser explicado pelo fato das pessoas terem mais privacidade, domínio do ambiente e acesso aos principais meios de agressão que são encontrados/disponibilizados em casa como venenos, facas, produtos de limpeza, cordas, armas de fogo, entre outros. Os meios de agressão mais utilizados são no Brasil, 62% envenenamentos, em segundo lugar uso de objetos perfurocortantes 17%; em Aracaju os envenenamentos também são os que mais ocorreram com 72% dos casos e na segunda posição os objetos perfurocortantes com 18% das ocorrências. É relevante considerar que questões de caráter social e cultural influenciam na escolha do método escolhido na TS, familiaridade com o método, acesso a ele.

Curioso perceber que no caso de lesão autoprovocada por violência de repetição tanto no Brasil (41%), quanto em Aracaju (40%) as pessoas já tinham tentado suicídio anteriormente, sendo reincidentes. No Brasil, cerca de 36% tentaram suicídio pela primeira vez e em Aracaju 39% tentaram também pela primeira vez. A história de TS prévia exerce um papel predisponente para a evolução para o suicídio e isso foi percebido quanto a análise de Aracaju- SE, pois o número de casos de violência de repetição foi praticamente igual aos casos de primeira tentativa, isso pode significar que alguns casos que evoluíram para suicídio, quando da repetição, poderiam ter sido prevenidos, quem repetiu a TS de suicídio significa que não conseguiu sair ainda da ideação suicida, isso tem muito a ver com a falta de acesso a tratamentos psicológicos, de saúde que trabalhem o indivíduo na busca do seu bem estar psíquico.

A análise quanto a evolução do caso não foi possível ser feita, ou seja, não foi possível identificar quantos casos de tentativa de suicídio evoluíram para a efetivação do suicídio, isso se deve ao fato desta informação aparecer em branco no SINAN.

Os dados comparados entre Brasil e Aracaju- SE, quanto a TS, mostram em sua maioria uma repetição nos padrões, ocorrendo na sua maioria em mulheres, adultas jovens entre 20 a 29 anos, que tentam contra a própria vida em suas residências, o meio de agressão escolhido é o envenenamento e já tentaram contra própria vida mais de uma vez. O recorte escolhido “Tentativas de Suicídio no Primeiro Ano da Pandemia de COVID-19 em Aracaju- SE”, permitiu analisar que os dados encontrados no município estão alinhados com os padrões nacionais e coadunam com a literatura acerca do tema.

É importante destacar que os dados do SINAN refletem informações que são preenchidas nas fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada, por profissional que prestou atendimento quando a pessoa que tentou suicídio chegou a um serviço de atendimento de saúde. Por vezes o preenchimento não é feito como o orientado, da forma correta, por conta disso, dados chegam ao SINAN incompletos, na pesquisa feita é o caso da análise da evolução dos casos, onde todos os campos ficaram em branco, ou do caso da escolaridade onde a maioria das notificações ignoraram ou deixaram em branco, ou até a questão da raça que pode haver uma subjetividade de quem analisa e preenche a notificação, ou até a resposta de quem se autodeclara de uma ou outra raça.

Os profissionais que atuam na saúde devem ser capacitados constantemente para saberem como preencher qualquer ficha de notificação, devem ter ciência da importância dos dados que produzem são relevantes e essenciais para a elaboração de políticas públicas de saúde.

Nesse período de pandemia de COVID-19 vale considerar que muitos casos de TS foram subnotificados, ou seja, as pessoas que tentaram suicídio sequer chegaram a buscar qualquer serviço de atendimento médico/hospitalar, isso pode ter relação com o uso de meios de agressão menos letais e as pessoas resolveram se “tratar” por conta própria.

Não é possível afirmar que a pandemia de COVID-19, neste primeiro ano, aumentou o número de casos de TS em Aracaju- SE, mas é importante considerar a desproteção social produzida nesse período como um fator para as TS, assim como o aumento do desemprego, a informalidade, a precarização das relações de trabalho onde a lógica do Governo Bolsonaro que é a de, apenas, reproduzir os interesses do capital, assumindo a necropolítica pelo Estado.

As desigualdades sociais fizeram com que a pandemia não atingisse todos da mesma forma, os mais pauperizados da classe trabalhadora tiveram maior probabilidade de adoecerem

e irem a óbito, tanto pela doença quanto pela fome e violência que se instaurou nesse quadro social caótico (YAZBEK, et al, 2021). A lógica da necropolítica, conceito criado pelo filósofo Achille Mbembe em 2011, é a de o poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer, o corpo “matável” é aquele que está em risco de morte a todo instante devido ao parâmetro definidor primordial da raça.

No Brasil, no período de pandemia de COVID-19, os eleitos na lógica da necropolítica foram aqueles que sofreram com a demora do Governo de liberar o Auxílio Emergencial, que quando liberado, favoreceu um processo de assistencialização voltado para o pauperismo absoluto. Como dizem Boschetti e Bhering (2021, p.81), “[...] a substituição de empregos estáveis e manutenção da classe trabalhadora sem trabalho a baixo custo, rebaixa o valor dos salários, transfere para o Estado quase a totalidade dos custos da reprodução da força de trabalho e cria um ciclo de reprodução de desigualdades [...]”, é sobre esta ótica que o desgoverno neste período pode ter propiciado o aumento dos casos de TS, o Auxílio Emergencial não supriu questões relacionadas a desproteção social dos vulneráveis.

A OPAS afirmou que a pandemia de COVID-19 aumentou os fatores de risco associados a comportamentos suicidas, perda de emprego, questões econômicas, abusos, transtornos mentais e falta de acesso. Trouxe à tona suscetibilidades que desencadearam a ideação e a tentativa de suicídio, as estratégias de isolamento social foram limitadas e insuficientes, muito se deve ao fato de o Governo ter minimizado a gravidade do problema, não ter criado políticas públicas efetivas. As condições precárias de vida, questões políticas e econômicas, sociais e psicológicas relacionadas ao isolamento social, geram sofrimento psíquico, no caso da pandemia favorecendo um maior risco a TS e ao suicídio.

A teoria sociológica do suicídio (século XIX) de Émile Durkheim evidenciou o efeito da sociedade sobre os indivíduos, “o indivíduo nasce da sociedade” por isso que considera que a sociedade antecede o indivíduo. Tudo o que acontece em uma sociedade para ele foi denominado de “fato social”. O modo como o homem age é condicionado pela sociedade, por isso que a sociedade, para ele é que explica o indivíduo. A estrutura social afeta as taxas de suicídio e para ele não existem suicídios quando o meio social respalda o indivíduo. Para ele a motivação dos suicídios não é pessoal mais sim social, a falta ou desintegração de normas sociais “anomia”, ainda que transitória, causada pelas rápidas transformações sociais e econômicas, faz com que índices de suicídio aumentem, como no caso das crises econômicas. Comuns nas sociedades modernas.

Não tem como ignorar a teoria sociológica do suicídio de Durkheim, neste primeiro ano da pandemia de COVID-19, se aplica ainda hoje, por isso que é comum nas sociedades

modernas, não é diferente no Brasil e em Aracaju- SE, pois, ficou muito evidente que a falta de ações do Governo que tentassem amparar seus cidadãos fez com que o número de TS continuassem com números elevados. O homem age de acordo com a sociedade, se a sociedade não respalda o indivíduo ele fica afetado de várias formas depressão, exclusão, privação, desigualdades sociais, no contexto desta pesquisa, implicam nas TS, isso foi verificado durante esse período analisado. Ainda que não existam certezas que as TS, neste período, foram em decorrência da pandemia de COVID-19 deve ser muito considerado o fato de que os fatores de risco psicossociais como abuso físico ou sexual; instabilidade familiar; ausência de apoio social; isolamento social; perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante; desemprego; violência doméstica; desesperança; desamparo; ansiedade intensa; entre outros, foram os que cresceram muito neste período pandêmico no país e corroboraram, certamente, para a ocorrência das TS, ainda que sua ocorrência seja multicausal.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, M. N. **Suicídio e Depressão**- Atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; OLIVEIRA, M. G. Por que as mulheres se deprimem mais que os homens? *In*: BAPTISTA, M. N. (org.). **Suicídio e Depressão**- Atualizações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 50 – 59.
- BARIFOUSE, R. Como o Brasil foi afetado pela pandemia do H1N1, a primeira do século XXI? **BBC News Brasil**, São Paulo, 25 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52042879>. Acesso em: 08 out. 2022.
- BASTOS, G. O pai da suicidologia. **Século Diário**. Espírito Santo, 05 nov. 2020. Disponível em: <https://www.seculodiario.com.br/colunas/o-pai-da-suicidologia>. Acesso em: 02 nov. 2022.
- BERTOLETE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: editora UNESP, 2017. PDF.
- BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. Assistência Social na pandemia de COVID-19: proteção para quem? **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 66-83, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2022.
- BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.e-PUB.
- BOTEGA, N. J. *et al.* Prevenção do Comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre: PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-522127>. Acesso em: 08 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **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, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 08 nov. 2022.
- BRASIL. **Painel Coronavírus Brasil**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 09 out. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm. Acesso em: 08 nov. 2022.
- CASSORLA, R. M. S.; **Suicídio**: fatores inconscientes e aspectos socioculturais, uma introdução. São Paulo: Blucher, 2018, 12p.; PDF.

CORRÊA, H.; BARRERO, S.P. **Suicídio**: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

ESTRELA, F. M. et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3431-3436, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 out.2022.

EURICO, M.; GONÇALVES, R.; FORNAZIER, T. Racismo e novo pacto da branquitude em tempos de pandemia: desafios para o Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p.84-100, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/5GqfkKcSgwKxcvBjnYBzJmHC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

FIOCRUZ. **O que é uma pandemia**. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 08 out. 2022.

FIOCRUZ. Boletim Especial: Balanço de dois anos da pandemia COVID-19, janeiro de 2020 a janeiro de 2022. **Boletim Observatório COVID-19**, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: [.https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf). Acesso em: 08 out. 2022.

GIOVANELLA, L. et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 895-901, jul-set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44n126/895-901/pt>. Acesso em: 08 out. 2022.

GOMES FILHO, C. H. *et al.* Estudo sobre a correlação entre taxas de suicídio e a pandemia de COVID-19. **Saúde, Ética & Justiça** (Online). São Paulo, v. 27, n 1, p. 09-17, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/193107/188017>. Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE-cidades/Aracaju**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/aracaju/pesquisa/23/24304?detalhes=true>. Acesso em: 12 out. 2022.

IDOETA, P.A. A história de Bolsonaro com a hidroxiclороquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da Covid. **BBC News Brasil**, São Paulo, 21 mai. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>. Acesso em 09 out. 2022.

MARQUES, R.C.; SILVEIRA, A. J. T.; PIMENTA, D.N. A pandemia de COVID-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. **Coleção História do Tempo Presente**, Roraima, volume 3, p.225-249, 2020. Disponível em: https://www.academia.edu/43258603/COLE%C3%87%C3%83O_HIST%C3%93RIA_DO_TEMPO_PRESENTE_VOLUME_III. Acesso em: 08 out. 2022.

MATA, K. C. R.; DALTRO, M. R.; PONDE, M. P. (2020). Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia, Diversidade e**

Saúde, v.9, n.1, p. 74-87, 2020. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1254486>. Acesso em 18 nov. 2022.

MEIRA, K. C.; DANTAS, E. S. O.; JESUS, J. C. Suicídio: uma questão de gênero. **Demografia UFRN**, Rio Grande do Norte, 22 mar. 2021. Disponível em:
<https://demografiufrn.net/2021/03/22/suicidio-uma-questao-de-genero/>. Acesso em: 12 out. 2022.

MENDONÇA, M. H. M. et al. A pandemia COVID-19 no Brasil: ecos e reflexos nas comunidades periféricas. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 162-168, junho–2020. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/124/68>. Acesso em: 09 out. 2022.

NASCIMENTO, A. B.; MAIA, J. L. F. Comportamento suicida na pandemia por COVID-19: Panorama geral. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15923>. Acesso em 15 nov. 2022.

OLIVEIRA, N. E.; JORGE, M. S. B. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: SOFRIMENTO PSÍQUICO E ADOECIMENTO MENTAL. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 8, núm. 2, maio-agosto, 2007, pp. 93-100 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027958012.pdf>. Acesso em: 12 out.2022.

OMS. **Painel de COVID-19**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 09 out.2022.

PEREIRA, A. S. *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n.11, p. 3767-3777, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/GnVdNw8QX4cMkQVdqSDR45R/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.

RESMINI, E. **Tentativa de suicídio**: um prisma para a compreensão da adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

SELBMANN, F. **Ideação suicida**: O que é, como reconhecer e quais os tratamentos? Grupo Recanto. Disponível em: <https://www.gruporecanto.com.br/blog/ideacao-suicida/>. Acesso em: 07 out. 2022.

SOUSA, G.S. *et al.* Repercussão da COVID-19 para a saúde mental e risco de suicídio. In: Esperidião E, Saidel MGB (Orgs.). **Enfermagem em saúde mental e COVID-19**. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p. 56-64. (Série Enfermagem e Pandemias, 4). Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e4-saudemental-cap8.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SOUZA, V. S.; *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/RZ5SkKZk6QFqSmJVH4MgMWD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2022.

USP. **Dicionário de Epidemiologia, Saúde Pública e Zoonoses**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/glossary/view.php?id=895978&mode=letter&hook=P&sortkey=&sortorder=asc>. Acesso em: 08 out. 2022.

VARES, S. F. O problema do suicídio em Émile Durkheim. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, Minas Gerais, v. 13, n. 18, p. 12-36, 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/15869/12785>. Acesso em: 02 nov. 2022.

VOLPE, F. M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. Epidemiologia do suicídio. In: CORRÊA, H.; BARRERO, S.P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 11 – 28.

YAZBEC, M.C.; RAICHELIS R.; SANT'ANA R. Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 138, p. 207-213, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/3k9rXGbpd3TSLjKCrBw9tkC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 out. 2022.

YAZBEC, M.C. et al. A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 5-12, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7KdyBgqr46BS8KwYdvzSVgv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 out. 2022.

ANEXOS

ANEXO A- Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada

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	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora ☐ 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		Código Unidade	
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade ☐ 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino 1- Ignorado	
Dados de Residência	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 ☐ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	16 Escolaridade ☐ 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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E 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)	
Dados Complementares	21 Distrito		22 Bairro	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2	
Dados da Pessoa Atendida	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)		33 Nome Social	
	34 Ocupação		35 Situação conjugal / Estado civil ☐ 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Dados da Ocorrência	36 Orientação Sexual ☐ 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: ☐ 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? ☐ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? ☐ 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
	40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Distrito		Código (IBGE)	
Dados da Ocorrência	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	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 ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Intervenção legal ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Outros ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/espandimento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 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		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 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			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____ Função _____ Assinatura _____		
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

Fonte: Portal SINAN.

Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

ANEXO B- Doenças e Agravos Notificados pelo SINAN**Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN)**

- ☐ Acidente de Trabalho
- ☐ Acidente por Animais Peçonhentos
- ☐ Acidente de trabalho com exposição a material biológico
- ☐ Botulismo
- ☐ Câncer Relacionado ao Trabalho
- ☐ Cólera
- ☐ Coqueluche
- ☐ Dermatose Relacionada ao Trabalho
- ☐ Dengue até 2013
- ☐ Dengue de 2014 em diante
- ☐ Difteria
- ☐ Doença de Chagas Aguda
- ☐ Doenças Exantemáticas
- ☐ Esquistossomose
- ☐ Febre Amarela
- ☐ Febre de Chikungunya
- ☐ Febre Maculosa
- ☐ Febre Tifoide
- ☐ Hantavirose
- ☐ Hepatite
- ☐ Influenza Pandêmica
- ☐ Intoxicação Exógena
- ☐ Leishmaniose Visceral
- ☐ Leishmaniose Tegumentar Americana
- ☐ Leptospirose
- ☐ Ler/Dort
- ☐ Malária

- ☐ Meningite
- ☐ Paralisia Flácida Aguda
- ☐ PAIR Relacionado ao Trabalho
- ☐ Peste
- ☐ Pneumoconiose Relacionada ao Trabalho
- ☐ Raiva Humana
- ☐ Sífilis Adquirida
- ☐ Sífilis Congênita
- ☐ Sífilis em Gestante
- ☐ Síndrome da Rubéola Congênita
- ☐ Tétano Acidental
- ☐ Tétano Neonatal
- ☐ Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho
- ☒ Violência interpessoal / autoprovoçada
- ☐ Zika Vírus

Fonte: Datasus.

Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agrivos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan/>. Acesso em: 30 out.2022.

ANEXO C – Métodos Utilizados para Tentativas de Suicídio

- Envenenamento (pesticidas, produtos químicos)
- Enforcamento
- Medicamentos
- Álcool
- Armas de fogo
- Asfixia
- Se jogar de altura
- Se jogar na frente de carro ou trem
- Provocando acidente de carro
- Afogamento intencional
- Choque elétrico
- Fome intencional
- Objetos perfurocortantes (faca, canivete, vidro, navalha, facão, etc.)
- Objetos contundentes (pau, pedra, martelo, barra de ferro, etc.)

Fonte: Resmini, 2004.