



INSTITUTO POLITÈCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
SANDRA MÁRCIA DA COSTA PEREIRA LIMA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUJEITOS QUE TENTARAM O
SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA – ALAGOAS**

ESSV - VISEU

SETEMBRO/2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
SANDRA MÁRCIA DA COSTA PEREIRA LIMA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUJEITOS QUE TENTARAM O
SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA – ALAGOAS**

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação dos Professores. Doutores Carlos Pereira e Amadeu Matos Gonçalves.

ESSV - VISEU

2015

PENSAMENTO

“O suicida na verdade não quer se matar mas quer matar a sua dor.”

(Augusto Cury)

DEDICATÓRIA

À todas as pessoas que torceram por mim, especialmente aos amigos do meu convívio diário que tanto me incentivaram nesta longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por me impulsionar a concluir este sonho.

Aos orientadores, Professores Doutores Carlos Pereira e Amadeu Matos Gonçalves meus sinceros agradecimentos por toda dedicação, paciência e notoriedade com o qual me conduziram neste trabalho.

A minha amiga-irmã Ana Lucia Lima grande incentivadora e responsável por esta conquista estar sendo alcançada.

Aos meus filhos Carla Carolinny e Carlos Antonio fonte de inspiração para o enfrentamento dos desafios diários.

As sobrinhas Hilda e Patrícia, por acreditarem em minha capacidade e me incentivarem diariamente.

A Unidade de Emergência Daniel Houly, especialmente a coordenadora do núcleo de epidemiologia Ana Lucia Lima por todo apoio e contribuição.

Aos amigos Jhonatan David e Ana Caroline pelo apoio incondicional.

RESUMO

Introdução: as tentativas de suicídio são uma das causas mais frequentes de atendimento nos serviços de urgência no Brasil. Poucos estudos abordam as características epidemiológicas das tentativas de suicídio, principalmente na região nordeste. Diante da importância de se conhecer as características das tentativas de suicídio e propor estratégias de minimização é que o presente estudo caracterizou o perfil sociodemográfico das pessoas que tentaram suicídio em Arapiraca – AL, no período de 2009 a 2013.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de série histórica, com dados obtidos através da ficha de notificação/ investigação individual de Intoxicação Exógena do SINAN, de pacientes que foram atendidos no serviço de urgência e emergência da Unidade de Emergência Doutor Daniel Houly em Arapiraca. Foram analisadas as seguintes variáveis das tentativas de suicídios: faixa etária, sexo, raça, idade gestacional, zona de residência, vínculo empregatício, agente tóxico, hospitalização e evolução.

Resultados: Do ano de 2009 a 2013 o total de atendidos por tentativas de suicídios na referida unidade foi de 1.184 indivíduos, sendo 71,54% do sexo feminino e 28,46% do sexo masculino. A faixa etária de maior frequência foi a de 20-29 anos, correspondendo a 33 % e a raça parda foi a que apresentou maior número de casos, 21% (n= 239). Em relação à residência 77% (n = 922) dos casos residiam em zona urbana, e o principal agente tóxico utilizado nas tentativas de suicídio, foi a ingestão medicamentosa (n = 822, 72%). Cerca de 73% (n=865) tiveram que ser hospitalizados e 95% tiveram tratamento adequado, evoluindo para cura.

Conclusão: A partir dos dados foi possível traçar o perfil sociodemográfico das tentativas de suicídio, alcançando os objetivos propostos. A discussão do tema bem como a implementação da educação em saúde se constituem em elementos primordiais para a identificação dos sujeitos com ideação suicida e a busca da evitabilidade de novos casos. Ações de vigilância são necessárias para minimizar as taxas de suicídio, bem como a formação e articulação de rede de assistência no agreste alagoano. Ainda ressalta-se a necessidade de mais estudos com a população que apresenta comportamento suicida no município.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio. Saúde Pública. Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: suicide attempts is one of the most frequent causes of care in emergency departments in Brazil. Few studies address the epidemiological characteristics of suicide attempts, particularly in the Northeast. Given the importance of knowing the characteristics of suicide attempts and propose mitigation strategies is that this study characterized the demographic profile of those who attempted suicide in Arapiraca - AL, in the 2009-2013 period.

Methodology: This is a descriptive study of historical series, with data obtained through the plug notification form / individual research Exogenous SINAN poisoning of patients who attended the emergency department and emergency unit Emergency Doctor Daniel Houly in Arapiraca. The following variables of attempted suicides were analyzed: age, sex, race, gestational age, area of residence, employment, toxic agent, hospitalization and evolution.

Results: From the year 2009 to 2013 the total served by attempted suicides in that unit was 1,184 individuals, 71.54% female and 28.46% male. The age group most frequently was that of 20-29 years, accounting for 33% and the brown race showed the highest number of cases, 21% (n = 239). Regarding the residence 77% (n = 922) of the cases were living in urban areas, and the main toxic agent used in suicide attempts was the medication intake (n = 822, 72%). About 73% (n = 865) had to be hospitalized and 95% had adequate treatment, evolving to cure.

Conclusion: From the data it was possible to trace the socio-demographic profile of suicide attempts, achieving the proposed goals. The theme of the discussion and the implementation of health education constitute key elements for the identification of subjects with suicidal ideation and the pursuit of preventability of new cases. Surveillance actions are necessary to minimize suicide rates, as well as training and support network linkage in Alagoas harsh. Also emphasizes the need for more studies of the population with the suicidal behavior in the city.

Keywords: Suicide attempts. Public Health. Mental health.

Sumário

Lista de Tabelas	I
Lista de Gráficos	II
Lista de Abreviaturas e Siglas	III
INTRODUÇÃO	13
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1 DIMENSÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA	15
1.1 CONCEITOS RELACIONADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO	16
2- TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	24
3 - ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO (ENPS)	28
4 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SUICÍDIO	30
5 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)	33
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	37
6 - METODOLOGIA	37
6.1 MÉTODO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	38
6.2 – PARTICIPANTES.....	39
6.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	39
6.4- COLETA DE DADOS.....	40
6.5– PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	40
7 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	40
8 - DISCUSSÃO	47
9 - CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXO I - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL INTOXICAÇÃO EXÓGENA	62
ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DA UNIDADE DE EMERGENCIA DR. DANIEL HOULY , ARAPIRACA-AL	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores predisponentes do comportamento suicida.	18
Tabela 2 – Diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio no Brasil	29
Tabela 3 - Tentativas de suicídio segundo período gestacional	43
Tabela 4 – Tentativas de suicídio segundo vínculo empregatício.....	46
Tabela 5 – Tentativas de suicídio segundo agente tóxico	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –Tentativas de suicídio segundo sexo	41
Gráfico 2 –Tentativas de suicídio segundo faixa etária	42
Gráfico 3 – Tentativas de suicídio segundo raça.....	42
Gráfico 4 –Tentativas de suicídio segundo local de ocorrência.....	44
Gráfico 5 – Tentativas de suicídio segundo agente tóxico	45

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária

ENPS - Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio

ESP - Evento de Saúde Pública

FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NCI - Notificação compulsória imediata

NCS - Notificação compulsória semanal

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAI - Programa Ampliado de Imunizações

PNI - Programa Nacional de Imunização

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

WHO - World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Localização do município de Arapiraca –AL.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) menciona que o suicídio atinge cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo a cada ano. A violência auto manifestada compreende duas formas no comportamento suicidário: por meio de pensamentos, tentativa e pelo suicídio consumado, e por meio de atos violentos gerados contra o próprio indivíduo (World Health Organization, 2006).

O comportamento suicida é considerado como uma situação cercada de complexidade com o impulso de sobrevivência intrínseco ao ser humano. Provavelmente, a vontade de aliviar um sofrimento emocional intolerável proporciona uma aproximação do sujeito com as diversas formas de comportamento suicida (Abreu, 2010). O fato torna-se uma preocupação tanto por questões de dor e sofrimento das famílias, como também pelas sequelas emocionais, físicas, sociais e econômicas tanto para o indivíduo como para a família.

A tentativa de suicídio possui as mesmas propriedades fenomenológicas/enraizadas do suicídio, sendo o desfecho o fato diferencial, neste aspecto, deve-se diferenciá-la de distintos desempenhos autodestrutivos, nos quais não há um intento de pôr fim à vida, embora elementos externos podem ser comuns em ambos (Bertolote, 2010).

Com a identificação desses problemas, comuns na sociedade atual, destacam-se as pessoas que frequentemente apresentam o comportamento suicida e que cometem suicídio. Assim são apontados os fatores adicionais no processo de determinação do suicídio, tais como: uso abusivo de álcool e drogas, disponibilidade dos meios para executar o ato suicida, violência física e/ou sexual na infância, o isolamento social e distúrbios psíquicos.

Para tanto, estudos que objetivam identificar os fatores associados à ocorrência do suicídio, dentre eles os fatores epidemiológicos, podem vir a auxiliar na identificação precoce do risco e a consequente intervenção, as quais, certamente, possuem impacto na redução das taxas de suicídio.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes: enquadramento teórico, a primeira parte consiste na fundamentação teórica deste estudo e aborda os aspectos relacionados ao suicídio com interface a sociedade atual. A segunda parte do trabalho é constituída pela investigação empírica propriamente dita, em que é descrita o processo metodológico. Posteriormente são apresentados os resultados que foram encontrados, e realizada a sua discussão, de acordo com a pesquisa bibliográfica. Na conclusão, realçam-se os resultados mais relevantes e também são propostas intervenções no contexto epidemiológico em nível de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Assim, compreender o fenômeno da tentativa de suicídio torna-se particularmente pertinente na medida em que a compreensão do mesmo poderá indicar estratégias de evitabilidade e conseqüentemente de redução das estatísticas alarmantes através da identificação precoce de fatores predisponentes e precipitantes, facilitando a promoção e implementação de trabalhos que visem o diagnóstico da situação e posterior encaminhamento para tratamento diferenciado/especializado precoce, e previsivelmente, uma melhoria na qualidade de vida destes indivíduos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - DIMENSÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA

É importante salientar algumas definições dos diversos comportamentos ou sentimentos que de alguma forma estão associadas aos comportamentos suicidários.

De acordo com Aguiar (2011):

O Suicídio pode ser considerado como sendo a forma extrema de auto censura, de desespero, desesperança, solidão e falta de perspectivas futuras. Estudos realizados, indicam que durante a vida adulta, o ser humano pensa em suicídio várias vezes por ano, sem concretizar o seu desejo. Pensamentos passageiros acerca da morte são universais e os pensamentos de auto-destruição fazem parte da rotina diária de cada ser humano (pp. 19-20).

A noção de ideias suicidas pode ser distinguida desde, ideias não específicas de inutilidade como a “vida não vale a pena” ou “eu queria estar morto”, a ideias específicas acompanhadas de intenção de morrer e/ou de um plano suicida bem elaborado pelo próprio. A identificação de intenção suicida em alguns casos passa despercebida, podendo não haver pistas ou ser negligenciada (Aguiar, Gonçalves; 2011).

Já o ato suicida distingue-se pelo fato do indivíduo voluntariamente passar a ter alterações de conduta procurando assim formas de acabar com a própria vida. A efetivação do ato pode culminar em dois desfechos: o indivíduo provoca sua morte (suicídio) ou este tenta sem sucesso (tentativa de suicídio) (Botega, 2006).

A tentativa de suicídio é entendida, segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009) como “(...) o ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que por razões diversas não é alcançada”. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002) a Tentativa de Suicídio é “um comportamento suicida não fatal” para os atos que não resulte em morte.

O Comportamento parassuicidário é um ato não fatal, na sequência de um comportamento incomum, protagonizado por um indivíduo, sem a intervenção de outras pessoas, que incide autolesão ou ingestão de uma substância em alta dosagem sem fins terapêuticos, e que visa mudanças desejadas pelo indivíduo através das suas consequências físicas (Faria, 1994, apud Saraiva, 1999). É uma característica mais comumente encontrada em jovens, do sexo feminino, que utilizam métodos de baixa letalidade (medicamentos, cortes superficiais), mas é de grande importância estar atento a estes comportamentos que indicam sofrimento psicológico. A detecção e encaminhamento correto podem evitar um gesto suicida fatal. (Santos, 1996; Gonçalves, 2011).

Frequentemente, o risco de um comportamento suicida é fornecido por indicadores de natureza sociais, demográficas, clínica. Existem fatores genéticos em que ainda é rodeado por complexidade e é objeto de especulações, mas que pode ser entendida a partir da história familiar do indivíduo. Especula-se que o histórico de suicídio mais a identificação de doença psiquiátrica na família confere risco aumentado para o comportamento suicida (Bertolote, 2010). A observação dos fatores de risco e de proteção, deixa evidente que alguns deles podem ser úteis na comunidade onde vive ou trabalha o indivíduo.

A diversidade dos fatores e dos problemas associados à tentativa de suicídio proporciona as pessoas diferentes formas de manifestarem o risco para o suicídio. Os determinantes multifatoriais das tentativas de suicídio impõe analisar os fatores de risco e de proteção, por isso, o profissional deve estar preparado e bem treinado para a abordagem destes pacientes (Bertolote, 2010).

1.1 CONCEITOS RELACIONADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO

Segundo Pereira (2011) apud O' Carroll (1996), a tentativa de suicídio, consiste em um ato de procura a própria morte, definindo-se como o

“representativo de todo o ato ou gesto não fatal, auto-infligido e autodestrutivo, associado à intenção de morrer explícita ou implícita”.

A Organização Mundial da Saúde define tentativa de suicídio como:

“um ato de consequências não fatais no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano, se não houver intervenção de outrem, ou, deliberadamente, ingere uma substância em excesso face à habitual prescrição ou uso terapêutico reconhecido, a fim de provocar alterações desejadas por ele mesmo, a partir de consequências reais ou esperadas (2014, p.26).”

Abranger a tentativa de suicídio como uma ação de demonstração de dor é reafirmar a dor psíquica como força motriz do ato. Deste modo, na compreensão da intensidade do dano psíquico causado por algum método traumático configurando-se como tentativa de suicídio decorrente da experiência intensa da dor psíquica. O traumático, em sua dimensão de violência e de interrupção no campo psíquico, atordoa e paralisa qualquer delicada possibilidade de elaboração psíquica.

A tentativa de suicídio é uma temática cercada de preconceitos e estigmas, tendo em vista a complexidade da situação, confronta-se com o impulso de sobrevivência intrínseco aos humanos. Possivelmente, a vontade de aliviar um sofrimento emocional intolerável proporciona uma aproximação do sujeito com as diversas formas de comportamento suicida (Abreu, 2010).

Segundo Luoma (2002), é um ato em que o indivíduo provoca danos a si mesmo, não importando o nível ou a razão genuína da ação. Um significado amplo dessa forma consente que se conceitue o comportamento suicida por meio de uma sequência ininterrupta: os pensamentos de autodestruição, a auto-agressão, explanada por ações suicidas e tentativas de suicídio, e, por fim, o próprio suicídio.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), diversas situações podem desencadear a tentativa de suicídio como conjunturas geradoras de estresse: desemprego, pobreza, perda de uma pessoa querida, desentendimentos com familiares ou amigos, término de uma relação afetiva, problemas legais ou de trabalho. Assim, estudos que evidenciem o perfil destes indivíduos são de

grande relevância para a determinação de fatores envolvidos no suicídio. Como afirma Ores (2012),

O risco de suicídio em si abrange desde a ideação suicida até tentativas cometidas. A avaliação do risco de suicídio continua sendo um desafio aos profissionais da saúde e, geralmente mais importante do que buscar a causa do suicídio de imediato (p. 306).

Existem quatro fases na intenção suicida: a intenção que compreende a tendência, inclinações, interesses, impulsos nem sempre perceptível para a pessoa; a deliberação que consiste na apreciação e considerações de vários aspectos da vida; a decisão que demarca o momento culminante da ação e execução (Sims apud Meleiro, 2010).

Os fatores de risco considerados de risco são: os eventos estressores de vida que aconteceram recentemente, a psicopatologia, a ideação suicida e a desesperança. Estes possuem significativa associação com suicídios completos. Conferindo estresse agudo ou experiências de desmoralização, como humilhação pública ou rejeições sociais frequentemente podem desencadear atos suicidas. Desemprego e dificuldades financeiras também são associados com maior risco (Turecki, 2012) (Tabela 1).

Tabela 1 - Fatores predisponentes do comportamento suicida.

Aspecto	Exemplos
Psicopatológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, toxicod dependência e distúrbios de personalidade; • Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e / ou notícias veiculadas pela mídia; • Comportamentos suicidários prévios; • Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado;
Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbios alimentares (bulimia). • Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45; • Pertencer ao sexo masculino e raça branca; • Morte do cônjuge ou de amigos íntimos; • Escolaridade elevada;

Psicológicos	<ul style="list-style-type: none">• Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro, etc.);• Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não;• Família desagregada: por separação, divórcio ou viuvez.
Sociais	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de perspectivas de vida;• Desesperança contínua e acentuada;• Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas;• Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cônjuge, filhos);• Ausência de crenças religiosas.
	<ul style="list-style-type: none">• Habitar em meio urbano;• Residir em meio rural a sul do Tejo;• Desemprego;• Mudança de residência;• Emigração;• Falta de apoio familiar e / ou social;• Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas;• Estar preso.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2009.

A junção de potentes fatores de risco pode levar às condições satisfatórias para que o ato do suicídio ocorra. Outra forma de classificação dos fatores de risco é como modificáveis e não modificáveis. Dentre os fatores modificáveis tem-se: acesso aos meios, transtornos mentais, doenças físicas, isolamento social, ansiedade, desesperança e insatisfação, situação conjugal e situação empregatícia. Já os fatores não modificáveis englobam: sexo, idade, grupo étnico, orientação sexual, tentativas prévias, transição socioeconômica dentre outras. (Coruell, 2006).

Segundo Coruell (2006) fatores individuais e sociodemográficos, estão associados com o risco iminente de suicídio, incluindo as tentativas anteriores de suicídio, os transtornos psiquiátricos, a história familiar de suicídio, de alcoolismo e/ou outros transtornos psiquiátricos, o estado civil, a idade, o isolamento social, o desemprego ou aposentadoria e alguma enfermidade física.

De acordo com Mynaio (2010), os conflitos familiares se destacam como significativo fator de risco para o desenvolvimento do pensamento suicida,

Problemas como dificuldades de relacionamento e de comunicação, ausência de afeto e falta de apoio familiar por vezes estão na origem de comportamentos suicidas. A disfuncionalidade familiar é um risco ainda maior para crianças e adolescentes, visto que as relações familiares são importantes no desenvolvimento do indivíduo (p. 197).

Deste modo, a presença de membros na família que já tenham tentado ou cometido suicídio consiste em um fator agravante para o desenvolvimento do comportamento suicida. Estes elementos ressaltam que a família é um fator de proteção aos agravos em saúde, e, assim, as ações dos profissionais de saúde precisam ser direcionadas ao grupo familiar e ao indivíduo (Abreu, 2010).

A ideação suicida pode também ter origens genéticas, uma vez que existem evidências significativas, que tendem a crescer, de que os fatores genéticos influenciam a predisposição ao suicídio, visto que a hereditariedade do comportamento suicida é proporcional à hereditariedade de transtornos psiquiátricos, como transtorno do humor e esquizofrenia (Mann, 2002). Abreu (2010) menciona que existe evidências fortes de que o risco para o desenvolvimento do comportamento suicida é uma junção entre o ser biológico e o ser psicossocial, ou seja, um potencializa o outro.

Para cada suicídio há mais pessoas que cometem a tentativa de suicídio por ano. Expressivamente, uma tentativa de suicídio prévia é um fator de risco importante para o suicídio na população. Para os suicídios e as tentativas de suicídio, a melhoria da disponibilidade e da qualidade dos dados a partir de registros verídicos, sistemas e pesquisas baseadas em dados hospitalares são necessários para a prevenção eficaz do mesmo (Organização Mundial da Saúde, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (2002) destaca os fatores de proteção para o suicídio dentre eles está: fatores familiares - o bom relacionamento familiar, os cuidados parentais preservados, o apoio familiar, relações de confiança; estilo intelectual e personalidade - boas habilidades sociais, iniciativa no pedido de ajuda e conselhos, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, receptividade à ajuda de terceiros, noção e empenho em

projetos de vida; fatores culturais e sociodemográficos - valores culturais, lazer, prática de atividade física, pertença a uma religião, boas relações com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, apoio de pessoas relevantes e amigos que não apresentem comportamentos aditivos; fatores ambientais - uma dieta saudável e boa qualidade do sono. Ainda são enfocados aspectos relacionados ao acesso a serviços e cuidados de saúde mental (Tavares, 2014).

Em relação aos fatores protetores de acordo com o gênero, no sexo feminino a maternidade parece contribuir positivamente para que as mulheres tenham menores taxas de suicídio. No sexo masculino, o fato de ter uma ocupação propicia ao indivíduo o sentimento de produtividade e torna-se socialmente mais integrado através do seu trabalho, possuir um status socioeconômico médio-alto, ter acesso a serviços de suporte e a exposição limitada a fatores estressantes e ambientais são considerados como fatores sociais e ambientais protetores de comportamentos suicidários (Lifeline Australia, 2010).

Uma grande parte das tentativas de suicídio podem não chegar ao atendimento hospitalar por consistirem em baixa complexidade, uma vez que porventura a maioria dos meios suicidas utilizados nessa circunstância são pouco violentos, como a ingestão de medicamentos, por exemplo, (Bernardes, 2010).

Em outro estudo, Botega et al. concluíram que

“O comportamento de tentativa de suicídio caracterizou-se por baixa intencionalidade e pela impulsividade, ocorrendo, majoritariamente, entre mulheres adolescentes e adultas jovens, sendo o método mais utilizado o que oferecia maior facilidade de acesso (p. 1367).”

A violência vem aumentando consideravelmente, sobretudo em grandes centros urbanos, sendo ressaltada pela epidemiologia enquanto campo de estudo como um dos principais no âmbito da Saúde Pública. Dentre as diversas categorias da violência, está o suicídio (Bezerra Filho, 2012).

Ramos (2011) evidencia Durkheim sobre a face social e do suicídio,

Durkheim concebia o suicídio como um fenômeno social, algo exterior aos indivíduos, que tem lógica própria e que deveria ser conhecido externamente, na interação dos fatos sociais e não a partir de razões individuais internas. Segundo a definição durkheimiana, suicídio é “todo caso de morte provocado direta ou indiretamente por um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima e que ela sabia que devia provocar esse resultado”. Seria um aspecto patológico característico das sociedades modernas (p. 506).

De acordo com Tsirigotis (2014), o suicídio é uma questão socialmente importante. No indivíduo é uma expressão e, ao mesmo tempo, uma consequência do sofrimento humano, enquanto que na dimensão social causa sofrimento para as pessoas próximas a um suicida e perda para a sociedade desprovida de um ser humano.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2013):

o impacto que o risco de suicídio e o suicídio têm do ponto de vista pessoal, familiar e social. Há um grande prejuízo tanto de ordem material quanto subjetiva para a pessoa em risco. Quase sempre observamos que o risco de suicídio se estabelece a partir de experiências adversas precoces e ao longo da vida, que levam ao sofrimento psíquico grave, aos comportamentos de risco, às tentativas de suicídio e ao suicídio, com seu desfecho trágico e irreversível (p. 47).

O suicídio consiste em um comportamento autodestrutivo proveniente de uma intenção consciente e proposital de práticas atos dolorosos e prejudiciais contra si mesmo, às vezes, com a intenção de matar a si mesmo, a autodestruição indireta está relacionada a atos praticados durante um determinado período de tempo e, em algumas situações com o assunto desconhecer ou ignorar seus efeitos nocivos em longo prazo (Tsirigotis, 2014). Estudos epidemiológicos de tentativas de suicídio não são comuns no Brasil, assim, pouco se sabe sobre a prevalência e os perfis de suicídio (Alves, 2014).

Segundo Barbosa (2011):

Suicídio (do latim *sui*, "próprio", e *caedere*, "matar") é o ato intencional de matar a si mesmo. Pensar em Suicídio é se entregar a uma busca incansável dos porquês. É refletir sobre

quais sentimentos, faltas, lacunas ou mistérios rondavam aquela existência (p. 235).

As mortes por suicídio representam um amplo problema de saúde pública. Em todo o mundo, os suicídios matam mais do que os homicídios e as guerras juntas. Segundo o World Health Organization (2014), estima-se que 804 000 mortes por suicídio ocorrem em todo o mundo, o que representa uma taxa mundial anual de suicídio de 11,4 por 100 000 habitantes. No entanto, uma vez que o suicídio é uma questão sensível de se retratar em termos numéricos, e mesmo ilegal em alguns países, é muito provável que é subnotificada.

Em países que apresentem bons registros dos dados, o suicídio pode muitas vezes ser erroneamente classificado como um acidente ou outra causa de morte. O registro do suicídio é um complicado procedimento que abarca diferentes autoridades, muitas vezes incluindo a aplicação da lei. E em países sem confiável registro de óbitos, suicídios são simplesmente incontáveis (OMS, 2014).

O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas. Dentre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de suicídio, estima-se que de 30% a 60% tiveram tentativas prévias e que de 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. As taxas de prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida variam de 0,4% a 4,2% (VIDAL, 2013).

Souza (2011), ainda evidencia que,

“Os acidentes e as violências têm causado intenso impacto na morbimortalidade da população brasileira. Por isso, o governo tem implementado políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e do Plano Nacional para Prevenção do Suicídio, lançado em 2009. (p. 295)”

Esta foi originada como iniciativa do Ministério da Saúde para tentar minimizar a incidência de casos de tentativas de suicídio no Brasil, visando a redução das taxas de mortes por suicídio e danos causados as pessoas envolvidas direta e indiretamente nesse ato. Estas políticas são importantes, já que a rede de saúde enfrenta desafios para desenvolver ações preventivas e assistenciais relacionadas ao suicídio. Nesse sentido, mais estudos são

necessários, com o objetivo de produzir informações que colaborem na formulação de estratégias para a redução da morbimortalidade da população, reduzindo as taxas de tentativas de suicídio no país (SOUZA, 2011).

2- TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Baseado na Organização Mundial de Saúde – OMS entende-se como Transtornos Mentais e Comportamentais:

“as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas a angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Os Transtornos Mentais e Comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos (2008, p. 1).”

A existência de um transtorno mental é um fator determinante para o desenvolvimento do risco para o suicídio. De forma geral, admite-se que as pessoas que se suicidam têm um transtorno mental. Os transtornos do humor, especialmente os estados depressivos, representam o diagnóstico mais frequente entre os indivíduos que possuem alguma doença mental que cometem suicídio. A morbidade de transtornos do humor com transtornos por uso de substância é a mais frequente (Chachamovich, 2009).

Para a Organização Mundial da Saúde - OMS, a depressão é definida como:

“transtorno mental comum, caracterizado por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbio do sono ou apetite, baixa energia, e baixa concentração. Esses problemas podem se tornar crônicos, ou recorrentes, e levar a prejuízos substanciais à capacidade de realizar as atividades diárias” (p. 35).

A depressão é uma das doenças mais incapacitantes, em que as afecções mentais e neurológicas respondem por 30,8% de todos os anos vividos com Incapacidade, sendo que a depressão causa a maior proporção de incapacidade, representando quase 12% do total. Dessa forma, a prevalência

da depressão e dos transtornos mentais em geral é de grande preocupação, não só pelo transtorno em si, mas também pelo risco de suicídio de pacientes com esse problema de saúde e pela relação que existe com “doenças físicas”. (Fortes, 2008).

A Organização Mundial da Saúde afirma ainda:

“que o reconhecimento dos transtornos mentais na atenção básica, por parte dos profissionais, é de baixa a moderada na melhor das hipóteses, isto é, frequentemente há falhas na detecção desses transtornos. Isso leva a se refletir acerca da importância da capacitação dos profissionais, pois, os mesmos lidam diariamente com inúmeros usuários com transtornos mentais (2002, p. 36).”

Médicos e enfermeiros comumente adquirem conhecimentos básicos em saúde mental no decorrer da sua formação acadêmica. Contudo, uma pesquisa demonstrou que os médicos da atenção básica nem sempre têm o preparo adequado para o manejo dos transtornos mentais, seja devido à falta de alguns conhecimentos específicos ou devido a cursos de atualização de má qualidade, cuja metodologia de ensino não é capaz de atender as necessidades apresentadas nas unidades básicas de saúde (Nunes, 2007).

Falar de prevenção em saúde mental é algo bastante complexo, pois atualmente, mesmo com o avanço das neurociências, não é possível a prevenção de muitos dos transtornos psiquiátricos. Entretanto, esforços de pesquisa no campo da epidemiologia psiquiátrica concentram-se no aperfeiçoamento de meios de detectar pessoas em risco de desenvolvimento de transtornos mentais, como a esquizofrenia, em etapas muito precoces ou mesmo antes de sua manifestação inicial.

Neste sentido, a detecção previa dos transtornos mentais elevaria a possibilidade de intervenção precoce, atenuando positivamente o risco para uma evolução crônica ou de sequelas residuais graves, podendo reduzir as taxas de suicídio, sejam essas intervenções orientadas para indivíduos, famílias, escolas ou outros setores da comunidade em geral. O reconhecimento e o tratamento precoce de depressão, por exemplo, são estratégias relevantes, especialmente na prevenção do suicídio (Cordeiro, 2010).

Segundo Cordeiro (2010), existem abordagens que elegem as populações de maior risco, que conseqüentemente podem ser alvos de estratégias direcionadas à prevenção do suicídio. A tentativa de suicídio e suicídio, pela frequência com que ocorre é considerada um problema de saúde pública e sua prevenção está relacionada à identificação e o correto acompanhamento de casos de transtornos mentais cuja complicação mais grave é o risco de suicídio.

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são (Scheffer, 2010):

“depressão, transtorno bipolar e abuso de álcool e de outras drogas. A esquizofrenia e o transtorno de personalidade também são considerados importantes fatores de risco para o suicídio. A situação é ainda mais grave quando há comorbidade destas condições, por exemplo, depressão e alcoolismo, ou ainda depressão, ansiedade e agitação psicomotora (p. 534).”

Entretanto, apesar do envolvimento de questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, existenciais e ambientais, na quase totalidade dos casos de suicídio, um transtorno mental encontra-se presente, o que denota a possibilidade de prevenção caso o transtorno em questão seja tratado.

Os fenômenos da depressão e do suicídio encontram-se cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, afetam os indivíduos independentemente do sexo, faixa etária, raça, classe socioeconômica, cultura ou localização geográfica. Embora nenhuma patologia ou episódio possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer esse ato do que outros (Vieira, Saraiva e Coutinho, 2007).

A relação, entre suicídio e depressão, é curta, a ponto de o primeiro ser, ainda hoje, considerado, por muitos, um sintoma ou uma consequência característica do segundo. De fato, a relevância da associação entre eles é um dos dados mais conhecidos e replicados na literatura (Vieira, Saraiva e Coutinho, 2007).

Dados da OMS (2000) indicam:

“que o suicídio, geralmente, aparece associado a doenças mentais, sendo a mais comum, atualmente, a depressão,

responsável por 30% dos casos relatados em todo o mundo. Outros transtornos como o alcoolismo (18%), a esquizofrenia (14%) e transtornos de personalidade anti-social (13%) também são citados como fatores predisponentes (p. 15).”

Apesar de os quadros psicopatológicos serem considerados, na maioria dos casos de suicídios, a motivação desse ato, existe também, como destaca Brandão (2004), a ocorrência pela motivação moral por si só, no qual entre as circunstâncias desencadeantes podem estar relacionados às causas ideológicas, religião, vergonha, culpa, perdas amorosas, enfim, as perdas da relação objeto.

O maior risco de suicídio durante o episódio depressivo encontra-se no início, em que a intensidade dos sintomas ainda é considerada fraca ou durante o período de tratamento quando o paciente já se sente melhor, devido ao fato de que muitos pacientes severamente deprimidos não dispõem de energia para cometer o suicídio (Vieira, Saraiva e Coutinho, 2007).

Nestes casos, destaca Vieira (2010) apud Holmes (2001): “os suicídios ocorrem depois que o indivíduo começa a melhorar, encontrando-se ainda deprimidos, porém à medida que melhoram, obtêm energia suficiente para executar o ato”

Um estudo de metanálise, realizado por Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wassermann (2004) apud Gonçalves (2011), revelou que: “mais de 90% das pessoas com comportamentos suicidas apresentam transtornos do humor (30,2%), transtornos relacionados com o consumo de substâncias (17,6%), esquizofrenia (14,1%) e transtornos da personalidade (13%)”.

Os transtornos do humor acometem jovens que porventura tentam o suicídio e apresentam frequentemente ataques de pânico, elevados níveis de ansiedade, concentração diminuída, insônia quase total, acentuada perda de prazer e desinteresse pela maioria das atividades e evidente desesperança (American Psychiatric Association, 2003).

Diante deste panorama, em que o suicídio ainda é tratado como tabu, surge à necessidade de desmistificar o tema, levando em consideração o trauma que o suicídio acarreta ao meio social. Como se trata de um assunto polêmico, gerador de muita angústia e disparador de fantasias, é preciso

sensibilizar a sociedade para a importância de um olhar menos amedrontado e mais acolhedor, onde o sofrimento do outro possa ser mais escutado, possibilitando intervenções (Barbosa, 2011).

Segundo o DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição):

“a característica essencial de um episódio depressivo maior é um período mínimo de duas semanas durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável ao invés de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (p. 162).”

As principais dificuldades para aqueles que apresentam transtornos mentais receberem tratamento adequado, destacando-se: acesso a informações sobre saúde mental, o alto custo dos medicamentos e das terapias, os tabus sociais que aceiram a morte e o suicida, falhas na formação dos médicos quanto às questões relacionados à saúde mental, e falta de especialistas em saúde mental no serviço público (Barbosa, 2011).

3 - ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO (ENPS)

A implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (2006) com a ação e organização do Ministério da Saúde envolveu várias instituições nacionais de instâncias públicas e privadas que estavam tratando do tema e participaram da formulação do documento. A Portaria instituiu as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, aprovada e pactuada pela Comissão Intergestora Tripartite, que reúne as três esferas de gestão (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e ocorreu em julho de 2006 (Portaria MS Nº - 1.876, de 14 de agosto de 2006).

O objetivo principal da ENPS se baseou na elaboração das diretrizes que deveriam ser seguidas pelos diversos níveis da administração pública (federal, estadual e municipal), assim como as outras instituições que fazem parte da sociedade pública e privada. Dar diretrizes para formulações de planos locais de prevenção do suicídio e maior visibilidade ao tema, suas abordagens e perspectivas de políticas públicas, era também um dos seus objetivos.

As Diretrizes (Tabela 2) possuem dois grandes eixos, buscando o desenvolvimento e fortalecimento de medidas de prevenção e de assistência e propondo um conjunto de ações no campo de diversos dispositivos e das equipes de saúde mental, com a finalidade de manter articulado com a Política Nacional de Saúde Mental (Portaria MS Nº - 1.876, de 14 de agosto de 2006).

Tabela 2 – Diretrizes nacionais de prevenção ao suicídio no Brasil

Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio

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

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

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

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

V. Fomentar e executar projetos estratégicos baseados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da

rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

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

VII. Promover intercâmbio entre o sistema de informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;

VIII. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa de Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgências e emergências.

Fonte: Portaria MS No- 1.876, de 14 de agosto de 2006.

O objetivo da elaboração e formalização destas diretrizes é fornecer uma orientação para a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio:

Com a finalidade de minimizar as taxas de suicídio e suas tentativas, assim como reduzir os danos provocados por estes eventos na população. A Estratégia é constituída de ações sistematizadas em diferentes eixos, de execução a curto, médio e longo prazo, que vão desde a sensibilização da população ao apoio à organização da sociedade nas suas iniciativas de promoção e atenção à saúde. Está apoiada num modelo compreensivo, baseado em evidências e sujeita à avaliação e monitoramento (Portaria MS No- 1.876, de 14 de agosto de 2006).

4 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SUICÍDIO

Nos aspectos relacionados à vigilância em saúde, faz-se necessário o vigiar para intervir, evidenciando-se como estratégia de rastreamento eficaz para se obter os dados necessários, planejamento das intervenções a serem realizadas tanto pelos órgãos públicos quanto pelos profissionais de saúde.

Deve-se compreender também que é papel dos profissionais que fazem parte da vigilância epidemiológica atentar-se ao suicídio, uma vez que é reconhecidamente um problema de saúde mental e de saúde pública. Além de envolver os profissionais de saúde que lidam direta ou indiretamente com o problema em seu cotidiano, uma intervenção operante realizada através de vigilância, prevenção e controle por toda a rede articulada é que pode tornar realidade resultados favoráveis à minimização de ocorrência desse agravo.

A noção de suicídio como problema individual é o que dificulta seu encaixe dentro da saúde pública por profissionais, porém afeta toda a sociedade, já que além de ter uma incidência elevada, e estar estabelecido na Portaria GM/MS desde 2006, ainda abala as pessoas que têm contato direto com o paciente. Os profissionais incluídos na tarefa de lidar com pessoas que tentaram suicídio precisam desenvolver habilidades relacionadas ao problema, como compreender o fenômeno em sua totalidade, saber identificar os vulneráveis e elaborar uma rede de vigilância, prevenção e controle.

O indivíduo que tenta suicídio não o faz simplesmente por tomada de decisão imediata e sem antecedentes. Entende-se que é o desfecho de uma situação de crise em que o mesmo vem passando há um tempo, por esse motivo é que sinais são desenvolvidos pela pessoa que facilitam a detecção pelo profissional de saúde que está em contato com a vítima.

Alguns sinais são acessíveis à percepção do profissional quando o olhar ao paciente é realizado de forma holística, tais como: tentativas de suicídio anteriores, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade, crise conjugal e familiar, falta de visão futura, luto extremo, problemas no emprego, interrupção brusca de crença, falência econômica, término de relacionamento, facilidade de acesso aos meios suicidas, entre outros.

Uma ação que quando bem realizada pode ter resultados positivos é a rede de vigilância, prevenção e controle, sendo importante sua efetuação por todos os profissionais, principalmente no que diz respeito à detecção dos sinais que indicam se uma pessoa está vulnerável à tentativa de suicídio. Deve ser

feita de forma articulada e integrada por profissionais da área de saúde e de outros setores públicos ou privados. As pessoas que enfrentam o problema devem gerar ações efetivas e concretas para apoiar as que estão em vulnerabilidade, a partir da sensibilização, integralidade e mobilidade.

O grupo que merece atenção prioritária dos profissionais é o grupo de pessoas que já tentaram suicídio, já que a recorrência é evidente. A maioria das tentativas subsequentes se deve à falta de encaminhamento para os serviços psicossociais, já que os fatores de vulnerabilidade dos pacientes permanecem sem atenção que deveria ser realizada. Evidencia-se então a necessidade de trabalho conjunto entre os profissionais de primeiro atendimento, urgência e emergência, e os de serviços de saúde mental.

Para que o tratamento seja bem sucedido é necessária sua continuação acompanhada, para isso, a atenção básica de saúde recebe a tarefa de assegurar essa continuidade, já que é o serviço de saúde que está integrado à comunidade e mais próxima ao paciente com os profissionais voltados à saúde da família. Casos mais graves precisam ser acompanhados diretamente por serviços de saúde mental, a exemplo do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

O que determina o sucesso do trabalho de prevenção é necessariamente a integração entre os profissionais envolvidos à rede de vigilância, em que experiências devem ser trocadas, informações repassadas entre eles e o foco prioritariamente na prevenção e controle do suicídio.

Sabe-se que os problemas de violência autoprovocada são por muitas vezes vistas com incompreensão e preconceito, já que foi o próprio paciente que buscou a situação e por isso a ajuda dos profissionais fica prejudicada, pois antes de ver o praticante como paciente, muitas vezes o veem como alguém de pouco valor. A visão discriminativa deve ser deixada de lado no momento em que se lida com alguém que realizou a tentativa de suicídio, é o primeiro passo para ajudar o paciente, para tirá-lo da situação de crise.

As estratégias devem envolver setores diversos, tais como imprensa, educação, assistência social, segurança pública, ONGs e as famílias e a capacidade dessas áreas de saber ajudar ou encaminhar as pessoas com comportamento suicida pode ser o diferencial na conclusão que o caso terá, quando é prestado o devido apoio, o resultado é positivo. Mais uma vez é preciso enfatizar que a rede só funcionará efetivamente se os envolvidos se sensibilizarem para o problema e houver uma disposição de todos na atuação da rede, sendo ela capacitada, articulada, mobilizada e com ação efetiva. O contato entre essas pessoas e a articulação dos três níveis de assistência possui mais importância do que planos oficiais e formais de enfrentamento do problema e cada um dos profissionais deve ter a vontade de participar.

Tendo-se em mente que a capacidade de agir de cada um é maior quando se consegue estabelecer elos com outros, para acertar ações conjuntas, dividir trabalho, trocar ideias e obter apoio, fica claro quão imprescindível é a união das categorias profissionais para o enfrentamento do suicídio. A violência auto infligida é um assunto social de alta relevância para a saúde pública, diz respeito à qualidade de vida e necessita ser encarada no planejamento das ações do SUS nos três níveis de gestão (primária, secundária e terciária). Ainda que no Brasil as taxas de suicídio não sejam altas, é possível atuar para diminuir essas taxas, enfrentando-o em sua especificidade e em seus significados e tratando-o como parte do conjunto das novas formas de adoecimento associadas às condições, às situações e ao estilo de vida. (Brasil, 2005)

5 - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Na década de 60, houve no Brasil a Campanha de Erradicação da Varíola, uma campanha sanitária bem sucedida, baseada em experiências de combate à malária e à febre amarela. Essa campanha obteve êxito e acabou influenciando o Programa Nacional de Controle da Poliomielite, em 1971, que inspirou a criação em 1973 do Programa Nacional de Imunização (PNI): um

sistema de informações sobre notificações de doenças que foi formulado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que eram descontínuas até então.

Até 1973, o Boletim Epidemiológico da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) era responsável por receber, consolidar e publicar os dados das secretarias estaduais de saúde. Em 1975, foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde, que criou o Sistema Nacional de Saúde, reafirmando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), coordenado pela Fundação SESP, tornando obrigatória a notificação de doenças transmissíveis, instituindo-se uma primeira lista nacional (Brasil, 2005; Paim; Teixeira, 1992).

Em 1976, um centro de processamento de dados, que constituiu uma unidade de apoio para o desenvolvimento, a implantação e a operação de vários sistemas nacionais de informações de saúde, foi criado pela Fundação Serviços de Saúde Pública, incluindo o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Em 1977, a necessidade de um sistema nacional de informações para a vigilância epidemiológica que possibilitasse avaliar resultados e impactos das ações foi reforçada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituiu o Programa Ampliado de Imunizações (PAI).

Ainda em 1977 a 6ª Conferência Nacional de Saúde determinou que a vacinação e a notificação de doenças passariam a constituir atividades rotineiras da rede básica de saúde, apontando para a interiorização dos serviços de saúde. Em 1984, com a realização da I Reunião Nacional de Ensino e Pesquisa em Epidemiologia foi criada a Comissão de Epidemiologia da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde, 1994; Barreto, 2002).

Nesse período foi que surgiu o movimento sanitário brasileiro, responsável por grandes mudanças no Sistema Nacional de Saúde. Um dos fatos mais significantes do movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que visava uma reforma sanitária nacional, criando posteriormente a Comissão

Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que tinha a proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com objetivo de um único sistema.

Em 1987, surgiu a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que incorporava os princípios defendidos pelo movimento sanitário, instituindo-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e consagrou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A regulamentação do SUS, no entanto, só veio a ser efetivado através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (LOS-8.080), promulgada em setembro de 1990 (Brasil, 2003; Paim; Teixeira, 1992).

Em 1990, foi criado o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) com o objetivo de aproximar os epidemiologistas da área acadêmica e os dos serviços, que incentivava as unidades do SUS a usarem técnicas e recursos epidemiológicos. Com os avanços na área computacional e sua disponibilidade, juntamente com a crescente necessidade de informações úteis e oportunas para criação de atividades de vigilância epidemiológica, o Centro Nacional de Epidemiologia teve que formular um sistema de informações para que tais necessidades fossem supridas e para que o trabalho epidemiológico fosse realizado efetivamente.

O Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) foi criado nos primeiros anos da década de 90 a fim de ser implantado um padrão de coleta e processamento de dados sobre os agravos e as doenças de notificação compulsória no território brasileiro para substituir o Boletim de Notificação Semanal de Doenças, para que informações fossem compactadas e que as intervenções necessárias fossem praticadas sistematicamente. Foi implantado gradualmente de forma desigual nas unidades federativas e municípios, pois no momento ainda não se tinha uma monitorização por parte do governo do uso desse sistema.

Com a regulamentação do SINAN em 1998 (Portaria MS/GM nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997) é que se pode dar início a uma implantação efetiva do sistema, pois se tornou obrigatória a alimentação frequente pelos

municípios, Estados e Distrito Federal e foi ainda atribuída à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a tarefa de gerenciar nacionalmente o SINAN, que, em 2003, tal tarefa foi repassada à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

O objetivo do SINAN é coletar, transmitir e disseminar dados coletados periodicamente pela Vigilância Epidemiológica, através da informação sistematizada para que a investigação dos problemas de saúde seja consolidada. O sistema é alimentado pela notificação e investigação de agravos e doenças presentes na lista de doenças de notificação compulsória, atualmente encontradas na portaria de nº 1.271, de 06 de junho de 2014, mas os municípios e Estados têm a autonomia de incluir na alimentação do sistema outros agravos e doenças que são específicos de suas regiões, já que o Brasil é um país continental e que possui diversas peculiaridades regionais.

Desde a implantação do SINAN a ideia de criação de uma lista de doenças de notificação compulsória para o nível federal foi pensada e também a inclusão de doenças específicas dos Estados foi apresentada, onde cada ficha apresentaria um espaço em branco para que fosse preenchido com uma específica doença que lhes fosse de interesse. Entende-se por agravo qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada (Brasil, 2014).

A notificação compulsória é subdividida em notificação compulsória imediata (NCI), que é a notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível; notificação compulsória semanal (NCS) que é a notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo; e notificação compulsória negativa, que é a comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi

identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória (Brasil, 2014).

A tentativa de suicídio é um agravo constante na lista de agravos de notificação imediata pelo município por causa da importância de se tomar uma decisão rápida e efetiva pelos profissionais competentes, como o encaminhamento do paciente aos serviços de atenção psicossocial, para que o caso de tentativa de suicídio não se concretize, já que há estatísticas que comprovam que se tem um risco elevado de tentativas de suicídio posteriores.

Torna-se indispensável à imediata articulação da notificação do caso à vigilância epidemiológica municipal, seja via ficha de notificação imediata, e-mail ou telefonema seguido do envio da ficha assim que possível juntamente com o encaminhamento do paciente para a rede de atenção à saúde, incluindo a mobilização da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente aos serviços necessários, com a tomada de medidas terapêuticas adequadas ao estado do paciente.

II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO

6 - METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma pesquisa quantitativa, descritiva de série histórica, que teve seus dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do Serviço de Epidemiologia Hospitalar da Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly localizada em Arapiraca- AL, cujos índices de tentativas de suicídio vem se evidenciando como um problema de saúde pública no município.

Em face destes pressupostos, levantamos a seguinte questão de investigação: Qual o perfil sociodemográfico dos indivíduos que tentaram o suicídio no agreste alagoano?

E com o intuito de responder a esta questão delineamos o seguinte objetivo geral:

- Descrever o perfil sociodemográfico das tentativas de suicídios em Arapiraca – AL,

E os objetivos específicos:

- Explorar as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com as informações da Unidade de Emergência do Agreste em Arapiraca – AL;
- Indicar a importância de estudos relacionados ao tema para a saúde pública e mental.

Foi realizada distribuição de frequências absoluta e relativa, para variáveis categóricas e médias para variáveis quantitativas, utilizando o Programa Excel para a construção de relatórios, tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

6.1 MÉTODO E DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo procede do município de Arapiraca (figura 1), localizado na região central de Alagoas, distante 136 km da capital Maceió, com uma população de 214.067 habitantes (IBGE, 2014). Em relação às proporções populacionais e econômicas, é a segunda maior cidade do estado, concentrando mais de 400 mil habitantes em seu entorno imediato.

Figura 1- Localização do município de Arapiraca, pertencente à 2ª macrorregião de saúde de Alagoas, 2007.



Fonte: google imagens, 2015

6.2 – PARTICIPANTES

A amostra foi composta pelos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através da Ficha Individual de Investigação de Intoxicação Exógena, relacionadas no campo Contaminação, como Tentativa de Suicídio, do período de 2009 a 2013. As fichas que não contemplavam o campo Tentativa de Suicídio foram excluídas por não estarem alinhados aos objetivos deste estudo.

6.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Com o objetivo de conhecer o perfil sociodemográfico das pessoas que tentaram o suicídio, no período estudado, levantamos as seguintes hipóteses:

- Na faixa etária jovem existe uma maior incidência de casos de tentativas de suicídios?
- Os desempregados são mais vulneráveis às práticas da tentativa de suicídio?
- As questões de gênero e sociodemográficas e culturais estão ligadas a elevação do percentual de tentativa de suicídio?

6.4- COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados na colheita dos dados foram emitidos em relatórios, elaborados através de TABWIN, utilizados na ferramenta Excel, para obtenção das informações sociodemográficas, contidas na Ficha Individual de Investigação de Intoxicação Exógena. O acesso aos dados e a realização da pesquisa foi autorizada pela Direção Geral da Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly. (Anexo II)

6.5– PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

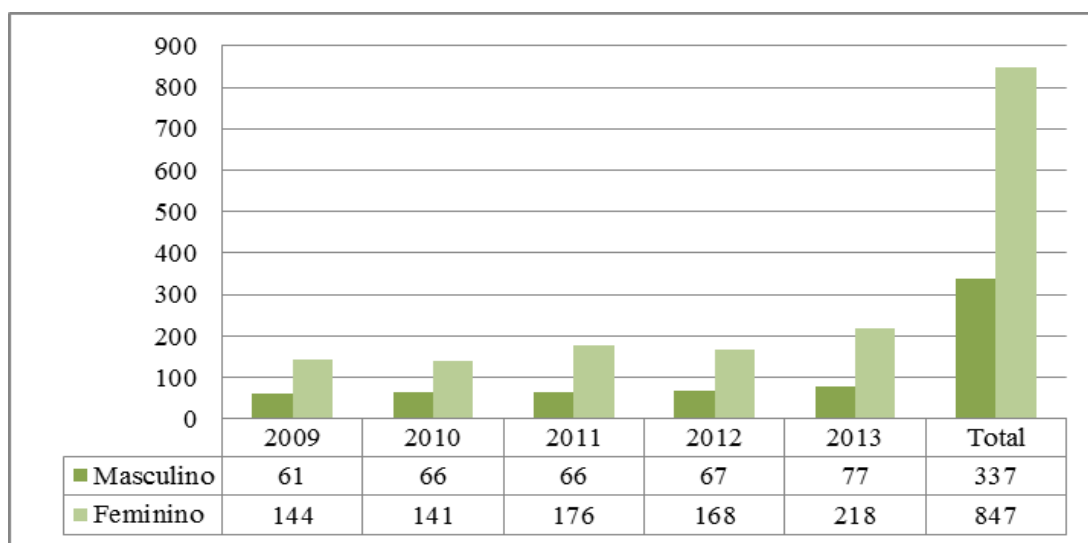
Os dados foram examinados através da técnica de análise de conteúdo na modalidade da temática. Sendo agrupado de acordo com o sexo, gênero, faixa etária, raça, situação trabalhista, local de exposição, agente tóxico, via de exposição, interface com o trabalho, tipo de exposição, hospitalização e o tipo de evolução, estes dados foram tabulados no Programa Excel e apresentados em forma de percentual e frequência com o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

7 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

A partir da análise dos relatórios, foram identificados 1.184 casos notificados de tentativas de suicídio, atendidos na Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly, no período de 2009 a 2013, com uma média anual de 237 casos, sendo 20 a cada mês, significando 0,6 casos/dia.

Entre os pacientes atendidos e notificados no Sistema Nacional de Agravos e Notificação (SINAN) entre os anos de 2009 a 2013, 337 (28,4%) eram do sexo masculino e 847 (71,6%) do sexo feminino, como mostra o gráfico

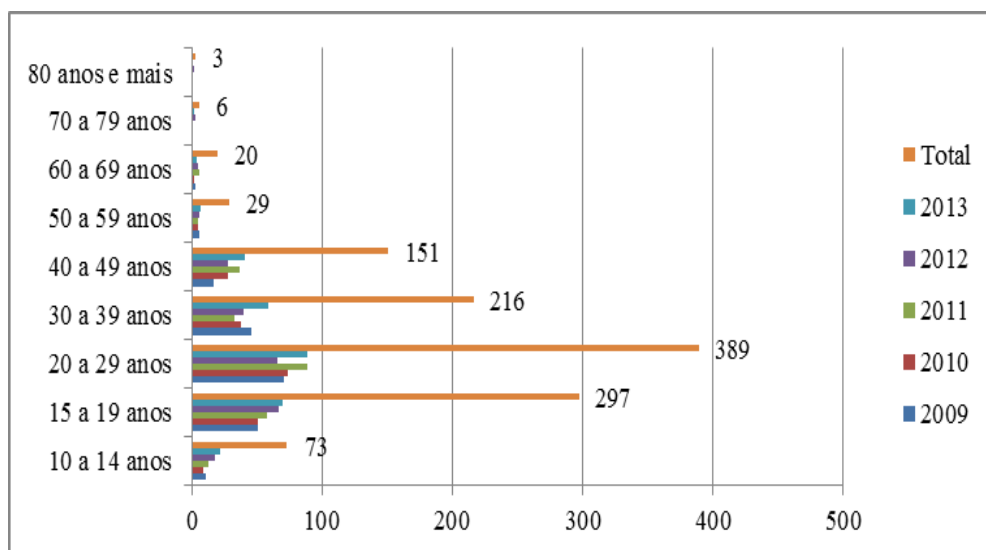
Gráfico 1 –Tentativas de suicídio segundo sexo de 2009 a 2013, Arapiraca - AL



Fonte: SINAN/UEDH/2015

A faixa etária de maior frequência foi de 20-29 anos, correspondendo a 33 % do total. Nesta variável, a frequência de tentativa de suicídio aumentou com o passar dos anos, observando-se dois picos: nas faixas etárias de 20-29 anos e de 15-19 anos (gráfico 2). Em relação ao ano de tentativa, 2013 foi o que apresentou o maior número de registros, estes podem ter sido ainda subnotificados, em vista a possibilidade de alguns casos de tentativas que não chegaram ao serviço de saúde e desta forma pode não ter sido registrados.

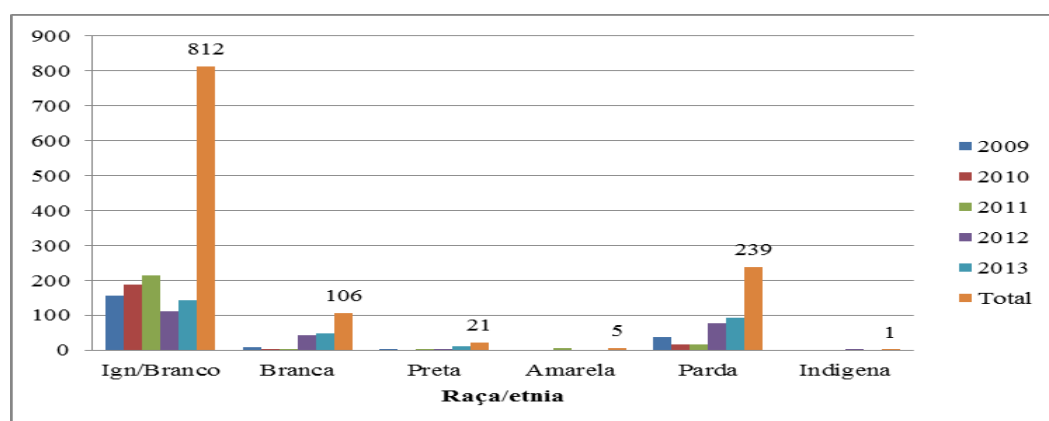
Gráfico 2 – Tentativas de suicídio segundo faixa etária, de 2009 a 2013, Arapiraca - AL



Fonte: SINAN/UEDH/2015

Relativamente a raça/etnia os dados evidenciam que a raça parda foi a que apresentou maior número de casos, correspondendo a 21% (n= 239). Deve-se atentar que 68% (n=812) das notificações foram ignoradas ou estavam em branco, como evidencia o gráfico 3.

Gráfico 3 – Tentativas de suicídio segundo raça, de 2009 a 2013, Arapiraca - AL



Fonte: SINAN/UEDH/2015

Em relação aos casos de tentativas de suicídio no período gestacional verificou-se que os dados não fornecem informações precisas em vista à problemática da subnotificação como é evidenciado na tabela 3.

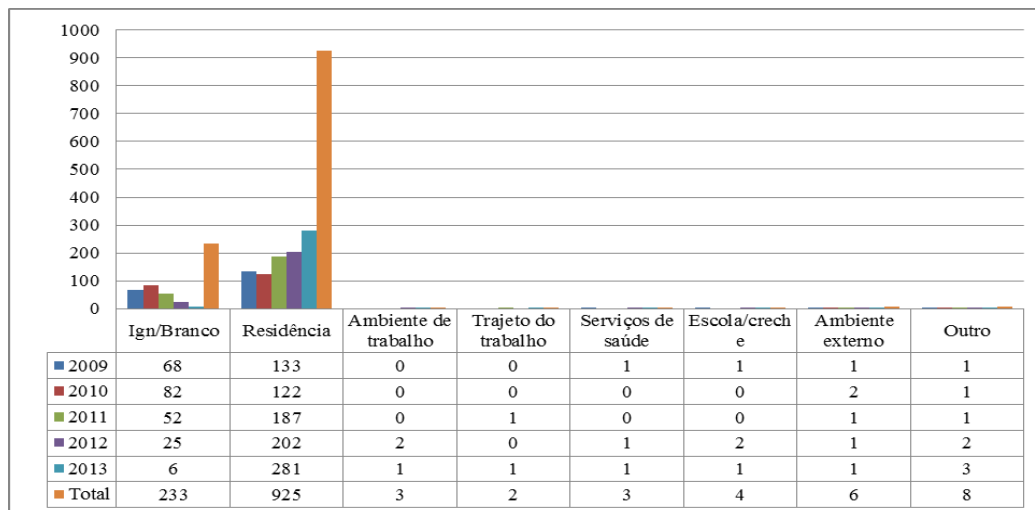
Tabela 3 - Tentativas de suicídio segundo período gestacional, de 2009 a 2013, Arapiraca – AL

Ano	Ign/Branco	1º Trim	2º Trim	3º Trim	IG Ignorada	Não	Não se Aplica	Total
2009	109	3	2	0	1	29	61	205
2010	122	4	0	0	2	13	66	207
2011	154	5	0	0	1	13	69	242
2012	80	1	2	0	0	80	72	235
2013	101	1	6	1	0	105	81	295
Total	566	14	10	1	4	240	349	1184

Fonte: SINAN/UEDH/2015

Em relação à localização na circunstância de zona de residência 77% (n = 922) dos casos estão relacionados com a zona urbana e 20% (n = 255) a zona rural. Quanto ao local da ocorrência o domicílio dos indivíduos evidenciou-se como o principal local para o desenvolvimento da tentativa de suicídio, como se evidencia no gráfico 4.

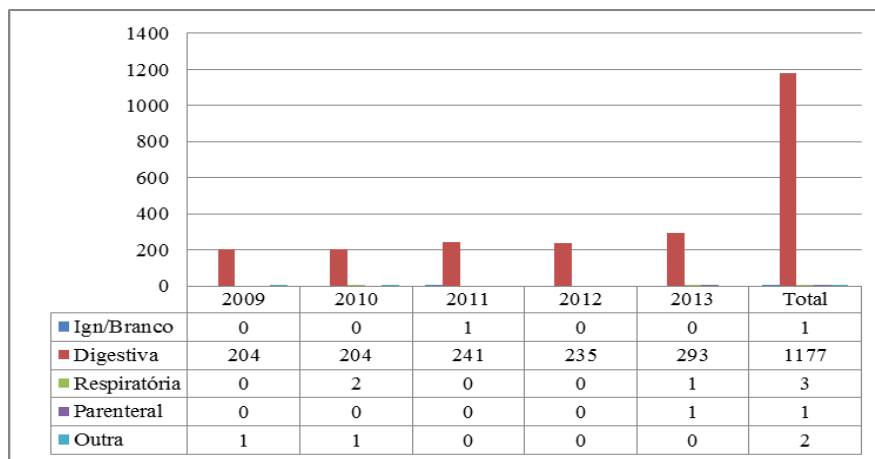
Gráfico 4 – Tentativas de suicídio segundo local de ocorrência, de 2009 a 2013, Arapiraca – AL.



Fonte: SINAN/UEDH/2015

Dentre os agentes tóxicos utilizados nas tentativas de registradas, verificou-se que a intoxicação por medicamentos (n = 822, 72%) e a intoxicação por raticida (n = 109, 9,3%) foram os meios mais comuns (Tabela 4). Seguido por produtos domissanitários (n= 92, 7%) e agrotóxicos agrícolas (n = 43, 3,6%). Em relação ao tipo de via de ingestão 99% (n= 1177) foi por via oral (digestiva) como evidencia o gráfico 5. Dentre os tipos de intoxicação, a que prevaleceu-se foi a intoxicação tipo aguda em 73% dos casos (n=866). 94% destas notificações não estiveram relacionados ao trabalho, ou seja, não estavam em atividade laboral quando tentaram suicídio e 73% (n=865) tiveram que ser hospitalizados e 95% tiveram tratamento adequado o que desencadeou nenhum tipo de sequela.

Gráfico 5 – Tentativas de suicídio segundo via de exposição, de 2009 a 2013, Arapiraca - AL.



Fonte: SINAN/UEDH/2015

Tabela 4 – Tentativas de suicídio segundo vínculo empregatício, de 2009 a 2013, Arapiraca - AL.

Fonte: SINAN/UEDH/2015

Ano	Ign/Bran co	Empregad o registrado	Empregado não registrado	Autôno mo	Serv. Púb. Estatutário	Serv. Púb. Celetist a	Apos entad o	Desem pregad o	Trab. temporár io	Cooper ativado	Trab. avulso	Empre gador	Outr os	Total
2009	166	4	3	9	1	0	1	10	0	1	0	0	10	205
2010	174	1	1	4	0	0	0	8	0	0	0	0	19	207
2011	212	2	1	3	0	1	1	4	0	0	0	0	18	242
2012	123	8	9	14	2	0	3	17	0	0	0	1	58	235
2013	184	10	11	17	4	1	5	11	1	0	2	0	49	295
Total	859	25	25	47	7	2	10	50	1	1	2	1	154	1184

Tabela 5 – Tentativas de suicídio segundo agente tóxico, de 2009 a 2013, Arapiraca - AL.

Ano	Ign/B ranc o	Medica mento	Agrotóxico agrícola	Agrotóxico doméstico	Rati cida	Prod. veterinári o	Prod. uso domiciliar	Prod. químico	Metal	Planta tóxica	Alimento e bebida	Outro	Total
2009	0	147	8	9	12	2	21	1	0	0	1	2	205
2010	1	145	7	4	15	4	21	3	0	1	3	3	207
2011	4	170	6	8	27	1	17	2	1	0	1	4	242
2012	0	170	9	1	25	4	13	0	0	0	4	6	235
2013	1	220	13	1	30	3	20	2	0	0	2	1	295
Total	6	852	43	23	109	14	92	8	1	1	11	16	1184

Fonte: SINAN/UEDH/2015

8 - DISCUSSÃO

Analisando as informações de mortes associados ao suicídio da Organização Mundial de Saúde (OMS), constata-se que existe informação sobre o suicídio em todos os países, mas concomitantemente a isso, no que se refere às informações das tentativas de suicídio, a OMS não obriga tal notificação, por isso em praticamente nenhum país é coletado tal dado de forma sistemática e organizada (Bertolote, 2004), o que pode prejudicar as estimativas e dados reais relacionados ao comportamento suicida.

Segundo Alves (2013), as tentativas de suicídio constituem-se em eventos auto-retratados violentos que trazem graves consequências tanto para a família quanto para os amigos. Discussões ou mesmo pesquisas relacionados a este tema ainda são consideradas preconceituosas devido ao receio de que a discussão possa vir a estimular o comportamento suicida.

Em relação ao sexo observou-se nesta pesquisa o predomínio do sexo feminino. Entende-se que o período referido é característico do início do relacionamento afetivo com o sexo oposto, o que também é um fator de grande importância na geração de conflitos e frustrações, podendo predispor a uma tentativa de suicídio. Como também evidenciado por Baggio (2009) e Nicoli (2012), em que menciona que o gênero possuiu associação com a maior prevalência de planejamento suicida entre jovens do sexo feminino. Observou-se que os resultados encontrados estão em conformidade com os dados disponíveis em alguns estudos na literatura, em que se observa o predomínio das tentativas de suicídio entre o sexo feminino em torno de 3 a 4 vezes mais.

Zeppegno (2015) investigou a frequência com que os pacientes que visitam a sala de emergência do hospital que necessitaram de uma consulta psiquiátrica devido à tentativa de suicídio e concluiu que as tentativas de suicídio foram mais frequentemente do sexo feminino. Isto é semelhante ao estudo de Magalhães (2014) e Silva (2013).

Park (2015) analisando as taxas e correlacionando os métodos e fatores de tentativas de suicídio entre pacientes adolescentes internados para

tratamento hospitalar psiquiátrica em um hospital universitário na Coréia identificou que o sexo feminino foi mais propenso a desenvolver tal comportamento.

Em relação à faixa etária observou-se nesse estudo o predomínio de adolescentes entre 15 e 19 anos e nos adultos jovens entre 20 a 29 anos. Neste período, o adolescente está na fase de pós-puberdade, onde seu corpo está adquirindo formas mais definidas, considerando ser um período de definição de personalidade e desenvolvimento psíquico. Sampaio (2002) interpreta as características suicidas nos adolescentes como um comportamento que visa o apelo e evidencia a crise de existência.

Entende-se que na adolescência ocorre um período preparatório para o início de escolhas profissionais, que é um passo importante para o adolescente, pois é através da aquisição de sua independência financeira que ele vai conquistando sua autonomia, porém, essa fase também pode ser geradora de conflitos e frustrações (Sehnem, 2014). Observou-se que houve um aumento de casos de tentativas de suicídio, na faixa etária entre 15 e 19 anos, especificamente no sexo feminino, no ano de 2013.

No entanto, em relação à proporcionalidade, o predomínio dos adolescentes nesta mesma faixa etária permanece semelhante a Veras (2011), em seu estudo que objetivou identificar os casos de intoxicação exógena ocorridos em adolescentes que foram notificados pelo Centro de Assistência Toxicológica de um hospital de Recife/PE, notou-se com os resultados que os adolescentes apresentavam idades entre 13 e 19 anos.

O estudo de Bolton (2010) investigou as características sociodemográficas dos transtornos mentais, os sintomas depressivos específicos e comportamento suicida, como fator de risco para tentativas de suicídio, em três anos de pesquisa evidenciou que os indivíduos que compõem a faixa etária de 18-29 anos estão mais propensos a desenvolver o comportamento suicida.

Essas comparações entre os resultados sugerem a necessidade de novos estudos epidemiológicos, a fim de se verificar quais mudanças sociais ocorrem, que poderiam ser responsáveis pelo aumento das tentativas de

suicídio, em adolescentes entre 15 e 19 anos e entre jovens de 20 a 29 anos, no município de Arapiraca, uma vez que esta faixa etária foi a que apresentou o maior número de registros. Contudo, é importante salientar que apesar dessa comparação ser quantitativa, a interface qualitativa da tentativa de suicídio deve ser estudado, pois uma única tentativa pode se transformar num suicídio consumado e na perda de um jovem em nossa sociedade e entender o contexto psicossocial deste indivíduo torna-se imprescindível para uma intervenção mais efetiva.

As tentativas de suicídio em mulheres grávidas levantam a suspeita da presença de um transtorno mental durante a gestação. As alterações hormonais podem também ser fatores que afetam a predisposição para o comportamento suicida na gravidez (Benutte, 2011). Asad (2010) buscando descrever a prevalência dos pensamentos e das tentativas de suicida e identificar as variáveis demográficas e de saúde mental que estão correlacionadas, tais como ansiedade / depressão e violência doméstica entre mulheres grávidas em uma comunidade urbana no Paquistão, identificou em 1.369 gestantes do estudo que 148 (11%) tinham considerado a tentativa de suicídio. Destes, 148 mulheres, 67 (45%) já havia manifestado suicídio. Em relação a este estudo observou-se que a maioria das tentativas de suicídios foi no primeiro trimestre, mas como evidenciado o número de ignorados/branco foi bastante elevado, o que infere em subnotificação impossibilitando uma análise fidedigna do estudo.

Em relação à etnia, de acordo com o trabalho de Souza (2011), foram encontrados 41,66% pardos entre os que cometeram suicídio em consonância com este estudo (21%). Copeland (2014), avaliando os fatores associados à ideação suicida em pacientes que se submeteram à cirurgia de grande porte identificou que os afros americanos apresentaram maior tendência. Entretanto, vários outros autores encontraram percentuais de predomínio da raça branca entre os que tentaram suicídio (Zayas, 2008; Bastos, 2009; Declan, 2009; Borges, 2012; Alves, 2013; Chartier, 2014; Vidal, 2014). Esses resultados não estão de acordo com o presente estudo, em vista a vasta miscigenação da população, o qual se sugere que pesquisas genéticas que confrontem as

questões étnicas são necessárias para descobrir se existe relação, porém não foi encontrado na literatura justificativa que explicasse esse predomínio.

Em relação à situação empregatícia, observou-se, neste estudo que indivíduos que tentaram suicídio tendem a apresentar-se inseridos em situação de desemprego, corroborando com o estudo de Alamsi (2009) que investigando os antecedentes de suicídio na Hungria percebeu que uma série de variáveis reflete no desenvolvimento do comportamento suicida alicerçados na reestruturação econômica como, por exemplo, o desemprego e a preocupação com o arranjo de um trabalho. Pires (2014) também comprovou que tal situação é um fator determinante para o desencadeamento da tentativa de suicídio concluindo que dentre os principais fatores de risco o desemprego assume uma posição de destaque. Ah-Young Lim (2014), avaliando os fatores associados ao suicídio em pacientes com transtorno depressivo em seis países asiáticos mostrou em seu estudo que os desempregados tiveram 2,5 vezes mais risco de estar no grupo suicídio.

Em relação aos registros neste estudo, verificou-se que o predomínio da utilização de métodos não violentos, principalmente a ingestão de medicamentos que por maioria das tentativas a ingestão se deu por via oral em consonância com o estudo de Bernardes (2010) que identificando o perfil das tentativas de suicídio atendidas pelo Centro de Controle de Intoxicações da cidade de Londrina conseguiu detectar que 51,1% dos homens associaram o medicamento com bebida alcoólica, e entre as mulheres, 84,8% das associações se referiram a medicamentos.

Santos (2013) analisando a frequência do uso das substâncias tóxicas como meio para tentativas e suicídio, a fim de subsidiar discussões sobre medidas preventivas e de restrição concluiu que os medicamentos foram os meios mais utilizados para a tentativa de suicídio. Poorolajal (2015) avaliando a tendência de suicídio e seus fatores de risco associados, identificou que a ingestão de medicamentos foi a forma mais comum correspondendo a 69,13% das tentativas de suicídio.

Kuramoto (2012), comparando a perspectiva de ideação ou tentativa de suicídio através de estágios sob uso de opioides de prescrição não médica e

pela presença de distúrbios de opioides de prescrição (dependência e /ou abuso) identificou que 15% dos indivíduos relataram tentativa de suicídio. Bloch (2013), buscando estimar a incidência em relação à idade e o gênero e tentativa de suicídio usando medicamentos em Nuuk (Groelândia), concluiu que a maior incidência de tentativas de suicídio foi m relação ao sexo feminino e na faixa etária de 15-19 anos. Observou-se, que a maioria dos estudos citados está de acordo com a presente pesquisa, em que a ingestão de medicamentos, vem a ser fator predominante e importante nas tentativas de suicídio na população do município e de outras regiões (Santos, 2009; Werneck, 2006; Bernardes, 2010).

Apesar dos estudos que mostram a relação da utilização de agrotóxicos e as tentativas de suicídio, neste estudo não foi evidenciado tal relação, ressaltando a importância de estudos com os agricultores que manipulam agrotóxicos a fim de identificar algum fator de risco para o desenvolvimento do comportamento suicida. No Nordeste a quantidade de casos de intoxicação notificados no SINITOX e a incidência de mortes por intoxicação com agrotóxicos é alta, provavelmente por estar coligado ao elevado número de tentativas de suicídio em relação ao quantitativo total de intoxicações (Bombard, 2011). Farias (2012) apud Araújo (2007) refere que na exposição crônica, o indivíduo vem a desenvolver depressão, fator definitivo nos casos de suicídio. Diagnóstico de neuropatia tardia, de síndrome neurocomportamental e distúrbios neuropsiquiátricos estão relacionados ao uso crônico de organofosforados.

Vários motivos podem levar um indivíduo a tentar o suicídio, mas a presença de um distúrbio mental é uma dos fatores de risco. O registro em relação à presença de um transtorno mental e ao uso e tipo de medicamentos usados pode subestimar a realidade das intenções. A principal limitação para o desenvolvimento deste estudo foi o sub-registro da presença de transtornos mentais e explicitações sobre os outros dados e ausência de dados para que a análise pude-se ser mais fidedigna. O que desencadeou certa impossibilidade de realização de qualquer tipo de associação de transtornos mentais com tentativas de suicídio.

9. CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos neste estudo, pode-se concluir que os objetivos delineados para a presente pesquisa foram alcançados, e as hipóteses respondidas parcialmente pela falta de completude no preenchimento das fichas de investigação, disponibilizando assim alto percentual de informações ignoradas.

A discussão que permeia o suicídio é um dos os melhores métodos de prevenção do ato, portanto, a investigação/vigilância nesta área é de extrema relevância para desconstruir o estigma e preconceitos assim como mitos que ainda “circulam na sociedade”.

Outra questão a ser destacada é o uso frequente de medicamentos e de raticidas para a tentativa de suicídio, o que leva a necessidade de um rigoroso controle por parte das autoridades sanitárias sobre a prescrição e a distribuição de medicamentos e sobre a utilização destes produtos químicos, pois essas são medidas fundamentais para a diminuição das taxas de auto-envenenamento.

A educação permanente é uma ferramenta fundamental para o sucesso do funcionamento da rede. O dever precisa ser compartilhado de forma igual entre todas as pessoas que lidam com o caso, sejam elas profissionais de saúde, familiares e pessoas de outros setores também envolvidos, para que não haja uma sobrecarga em um indivíduo. A formação da rede de vigilância, prevenção e controle é de fundamental importância para que a responsabilidade seja dividida e que uns possam ajudar e ser ajudados pelos outros indivíduos integrados.

Os resultados obtidos confirmam a importância de articulação com a rede de saúde mental, a fim de garantir o acompanhamento do paciente após a identificação da ideação suicida, até a internação e a alta hospitalar já que os fatores de risco para a reincidência da tentativa de suicídio existem. Ressalta-se ainda a necessidade de outros estudos epidemiológicos especificamente

estudos de caso controle e coorte com a população que apresenta comportamento suicida.

Referências bibliográficas

- Abreu, K.P., Lima, M.A.D., Kohlrausch., E, Soares JF. (2010) Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica da Enfermagem* [Inter net]. 12:195-200. Acedido em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.html>.
- Aguiar, C.M. S. (2011). *Assistir doentes parassuicidas: subsídios para a reconstrução cognitiva*. Dissertação de mestrado (Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria). Escola superior de enfermagem do Porto.
- Almasi, K., Nora, B., Navneet, K., Roger, W., Jayne, C., Sarah, H., Michael, K., Graham, D., Peter, S., Zoltan, Rihmer., Appleby, L. A Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry* 2009, 9:45.
- Alyrio, R. D. *Metodologia Científica*. PPGEN: UFRRJ, 2008.
- Alves, VM, Silva, AMS, Magalhães, APN, Andrade, TG, Faro, ACM, Nardi, AE. (2014). Suicide attempts in a emergency hospital. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(2), 123-128.
- APA - American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington D.C: APA.
- Asad, N., Karmaliani, R., Sullaiman, N., BANN, C.M., McClure, E. M., Pasha, O., Wright, L. L., Goldenberg, R. L. (2010). Prevalence of Suicidal Thoughts and Attempts Among Pregnant Pakistani Women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(12), 1545–1551.
- Baggio, L., Palazzo, L. S., Aerts, D.R.G.C. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 142-150.
- Barbosa, F.O., Macedo, P.C.M., Silveira, R.M.C. (2011). Depressão e o suicídio. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro vol.14 no.1.
- Bastos, M. J. R. P., Pereira, J.A., Smarzaró, D. C., Costa, E.F. Bossanel, R. C., Oliosá, D.M.S, Pereira, J. G. P., Feitosa, H.N., Costa, M.F., Oliveira, F. J. P, Fávero, J.L., Maciel, E. L. N. (2009). Análise ecológica dos acidentes

- e da violência letal em Vitória, ES. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 123-132.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Jorge, V. M. F., Nonnenmacher, D., Fráguas-Junior, R., Lucia, M. C. S., Zugaib, M. (2011). Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(5), 583-587.
- Bernardes, S.S., Turini, C. A., Matsuo, T. (2010). Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(7), 1366-1372.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A. (2004) Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: Werlang B.G., Botega N. J., (Coords). *Comportamento suicida*. (pp. 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Bezerra-Filho, J. G., Werneck, G. L., Almeida, R. L. F., Oliveira, M. I. V., Magalhães, F. B. (2012). Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(5), 833-844.
- Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., Sareen, J. (2010). A Population-Based Longitudinal Study of Risk Factors for Suicide Attempts in Major Depressive Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(13), 817–826. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.01.003
- Borges, G., Orozco R., Rafful, C., Miller, E. (2012). Suicidality, ethnicity and immigration in the United States. *Psychol Med*. 42(6): 1175–1184.
- Botega, N., Werlang, B., Cais, C., Macedo, M. (2006). Prevenção do comportamento Suicida. *Revista Psico*, vol.37, pp.213-220.
- Bloch, L. H., Drachmann, G. H., Pedersen, M. L. (2013). High prevalence of medicine-induced attempted suicides among females in Nuuk, Greenland, 2008–2009. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 10.3402/ijch.v72i0.21687. doi:10.3402/ijch.v72i0.21687.
- Brandão, A. K. Psicopatologia do suicídio. (2002). *Sinergia*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 127-132.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.271, de 06 de junho de 2014. **Lex:** *Diário Oficial da União*, acesso 9 de junho de 2014.
- Cavalcante, F. G., Nayo, M. C. S., Angas, R. M. N. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.18, n.10, pp. 2985-2994. ISSN 1413-8123.
- Coelho, E. R., Azevedo, F., Gauer, G. J. C., Neto, A. C. (2009). Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (2), 92-96.
- Conselho Federal de Psicologia. *O Suicídio e os Desafios para a Psicologia*. Brasília: CFP, 2013. 152p.
- Copeland, L. A., McIntyre, R. T., Stock, E. M., Zeber, J. E., MacCarthy, D. J., Pugh, M. J. (2014). Prevalence of Suicidality Among Hispanic and African American Veterans Following Surgery. *American Journal of Public Health*, 104(Suppl 4), S603–S608. doi:10.2105/AJPH.2014.301938
- Coryell, W. H. (2006). Clinical assessment of suicide risk in depressive disorder. *CNS Spectr*;11(6): 45561.
- Declan, T. B., Marvin, A. S., Ran, W., Marc, N. P. (2009). Differences in Characteristics of Asian American and White Problem Gamblers Calling a Gambling Helpline. *CNS Spectr*. 2009 February; 14(2): 83–91.
- Fortes, S., Villano, L. A. B., Lopes, C. S. (2008). Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(1):32-7.
- Foucault, M. (1978) *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Freitas, A. F., Costa, D. M., Ckagnazaroff, I. B., Barbosa, F. V. (2014). Perfil metodológico da produção científica no colóquio internacional sobre gestão universitária nas Américas. *Revista GUAL*, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 18-41.
- Gonçalves, A., Freitas, P., Sequeira, C. (2011). Comportamentos Suicidários

em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40: 149-159.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso em:

<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 set. 2014.

Jiménez, A. M., Disotuar, I. M., Silveira, M. M., Aleaga, M. A. (1998)

Comportamiento de la conducta suicida infantojuvenil. *Revista Cubana Med Gen Integr.* 14:554-9.

Karen, G. C., Patrice, A. C., Vaeth, R. C. (2014). Focus On: Ethnicity and the Social and Health Harms From Drinking. *Alcohol Res.* 35(2): 229–237.

Kuramoto, S. J., Chilcoat, H. D., K, J., Martins, S. S. (2012). Suicidal Ideation and Suicide Attempt Across Stages of Nonmedical Prescription Opioid Use and Presence of Prescription Opioid Disorders Among U.S. Adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 178–184.

Laguardia, J. et al. (2004). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 13(3):135 – 147.

Lifeline Australia, et al. (2010) – *Suicide and suicide prevention in Australia:*

Breaking the Silence. Australia. Disponível em:

<http://nimhr.anu.edu.au/files/breaking_the_silence_secured.pdf>.

Lim, A. Y., Lee, A. R., Hatim, A., Tian-Mei, S., Liu, C. Y., Jeon, H. J.,

Hong, J. P. (2014). Clinical and sociodemographic correlates of suicidality in patients with major depressive disorder from six Asian countries. *BMC Psychiatry*, 14, 37. doi:10.1186 /1471-244X-14-37

Lipovetsky, G. (2007). *A sociedade da decepção.* São Paulo: Manole.

Luoma, J. B., Martin, C. E., Pearson, J. L. (2002) Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 159 (6): pp: 909-16.

- Mann, J. J. (2002) A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med.*;136(4): 302-11.
- Meleiro, A. M. A. S. (2010a). Avaliação médico-psiquiátrica do risco de suicídio. *Debates Psiquiatria Hoje*, Ano 2 (5), 10-15.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J. M., Wang, Yuang-Pang. (2005) Epidemiology of suicide in Brasil (1980-2000): characterization of age rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 27(2):131-4.
- Minayo, M. C. S., Cavalcante, F. G., Souza, E. R. (2006) Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica.* 22(8):1587-96.
- Morett, A. E., López., B. A. (1999). Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista médica del Hospital General de México.* 62(3):183-190.
- Nunes, M., Jucá., V. J., Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública.* 23 (10):2375-84.
- Organização Mundial da Saúde. (2014) Preventing Suicide: A global imperative. Genebra: OMS. Disponível em :<apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. (2002) – *Suicide Prevention in Europe - The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Disponível em:< [http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru/hp/measures/suicide %20prevention% 20in%20Europe\(WHO\).pdf](http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru/hp/measures/suicide%20prevention%20in%20Europe(WHO).pdf)>.
- Ores LC et al. (2012) Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Caderno de Saúde Pública*, 28(2):305-312.
- Parente ACM., Soares RB., Araújo ARF., Cavalcante IS., Monteiro CFS. (2007) Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 60 (4):377-81.

- Park, S., Kim, J. W., Kim, B. N., Bae, J. H., Shin, M. S., Yoo, H. J., Cho, SC. (2015). Clinical Characteristics and Precipitating Factors of Adolescent Suicide Attempters Admitted for Psychiatric Inpatient Care in South Korea. *Psychiatry Investigation*, 12(1), 29–36.
doi:10.4306/pi.2015.12.1.29
- Pastore, J. A. D. (2013). É possível uma existência sem excesso?. *Ide*, 35(55), 43-58. Recuperado em 06 de janeiro de 2015, em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062013000100005&lng=pt&tlng=pt>.
- Lemos, M. P., Freire, J. F. (2011) Os contornos tardo-modernos do sofrimento e do adoecimento psíquico: proposições éticas para o Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 303-321.
- Pessotti, I. (1995). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pires, MCC, Silva, TPS, Passos, MP, Sougey, EB, Bastos F, Othon C. (2014). Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(2), 63-74.
- Ramos, I. N. B., Falcão, E. B. M. (2011). Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica. *Revista brasileira de educação médica*. 35 (4): 507-516; 2011.
- Sampaio, D. *Ninguém morre sozinho*. O adolescente e o suicídio. Lisboa: Editorial Caminho, 2002.
- Santos, S. A., Lovisi, G., Legay, L., Abelha, L. (2009). Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 2064-2074.
- Santos, S. A., Legay, L. F., Lovisi, G. M., Santos, J. F. C. (2013). Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008 *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 16(2): 376-87.
- Saraiva, C. B. (1999). Para-suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes. Coimbra: Quarteto.

Saraiva, C. B. (2006). Estudos sobre o Para-Suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte. Coimbra: Redhorse – Indústria Gráfica.

Scheffer, M., Pasa, G. G., Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 533-541.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009). Disponível em 12 de julho de 2015: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=63&Itemid=59.

Souza, E. R., Minayo, M. C. S., Malaquias, J. V. (2002) Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*.18 (3): 673-83.

Souza, V. S., Alves, M. S., Silva, L. A., Lino, D. C. S. F., Nery, A. A., Casotti, C. A. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4),294-300.

Tsirigotis, K., Gruszczyński, W., Tsirigotis-Maniecka, M. (2014). Gender Differentiation in Indirect Self-Destructiveness and Suicide Attempt Methods (Gender, Indirect Self-Destructiveness, and Suicide Attempts). *Psychiatr Q.* 85(2): 197–209.

Turecki G, Ernest C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. (2012). The development origins of suicidal behavior. *Trends Neurosci.*;35(1):14-23.

Vieira, K. F. L., Saraiva, E. R. A., Coutinho, M. P. L. (2010). Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 2, pp. 176-183, abr./jun.

Zhang, W. C., Jia, C. X., Zhang, J.Y., Wang, L.L., Liu, X. C., (2015). Negative Life Events and Attempted Suicide in Rural China. *PLoS ONE*, 10(1), e0116634. doi:10.1371/ journal. pone.0116634.

Zeppegno, P., Gramaglia, C., Castello, L. M., Bert, F., Gualano, M. R., Ressico, F., Torre, E. (2015). Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry*, 15, 13. doi:10.1186/s12888-015-0392-2

- Werneck, G. L., Hasselmann, M. H., Phebo, L. B., Vieira, D. E., Gomes, V. L. O. (2006). Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(10), 2201-2206.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Suicide prevention: Emerging from darkness*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2006). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Geneva: WHO.


ANEXO

ANEXO I - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
INTOXICAÇÃO EXÓGENA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Nº		
<p>Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresenta sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.</p>								
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		3 Data de Notificação			
	2 Agravado/ença		INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10)		T 65.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)					
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data dos Primeiros Sintomas			
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento					
	10 (ou) Idade		1 - Hora 2 - Dia 3 - mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	1 - 1ª Trimestre 2 - 2ª Trimestre 3 - 3ª Trimestre 4 - Não gestacional/ Ignorado 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Rapa/Cor	
	14 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 - Ginásio fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ginásio médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ginásio médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica					
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe						
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código			
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1				
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP			
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
Dados Complementares do Caso								
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data de Investigação		32 Ocupação					
	33 Situação no Mercado de Trabalho							
	01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		09 - Cooperativado			
02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado		10 - Trabalhador avulso				
03 - Autônomo com própria		07 - Desempregado		11 - Empregador				
04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		12 - Outros				
09 - Ignorado								
34 Local de ocorrência de exposição								
1. Residência		2. Ambiente de trabalho		3. Trajeto do trabalho		4. Serviços de saúde		
5. Escolas/creche		6. Ambiente externo		7. Outro		9. Ignorado		
35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência								
36 Atividade Econômica (CNAE)								
Dados de Exposição	37 UF	38 Município do estabelecimento		Código (IBGE)		39 Distrito		
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)					
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP		
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
Intoxicação Exógena								
Sinan NET								
SVS 09/08/2005								

Dados da Exposição	48 Grupo do agente tóxico/Classificação geral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01. Medicamento 02. Agrotóxico/uso agrícola 03. Agrotóxico/uso doméstico 04. Agrotóxico/uso saúde pública 05. Feticida 06. Produto veterinário 07. Produto de uso Doméstico 08. Cosmético/higiene pessoal 09. Produto químico de uso industrial 10. metal 11. Drogas de abuso 12. Planta tóxica 13. Alimento e bebida 14. Outro _____ 99. Ignorado				
	49 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular _____		Princípio Ativo 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____		
	51 Se agrotóxico, qual a finalidade de utilização <input type="checkbox"/> 1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carnepaticida 4. Feticida 5. Fungicida 6. Preservante para madeira 7. Outro _____ 8. Não se aplica 9. Ignorado				
	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual <input type="checkbox"/> 01- Diluição 05- Colheita 09- Outros _____ 1ª Opção: <input type="checkbox"/> 02- Pulverização 06- Transporte 10- Não se aplica 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes 07- Desmaquiagem 99- Ignorado 3ª Opção: <input type="checkbox"/> 04- Armazenagem 08- Produção/formulação				
	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/veículo _____				
	54 Via de exposição/contaminação <input type="checkbox"/> 1- Digestiva 4- Ocular 7- Transplacentária 1ª Opção: <input type="checkbox"/> 2- Cutânea 5- Parenteral 8- Outra _____ 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 3- Respiratória 6- Vaginal 9- Ignorada 3ª Opção: <input type="checkbox"/>				
Dados do Atendimento	55 Circunstância de exposição/contaminação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01- Uso Habitual 02- Acidental 03- Ambiental 04- Uso terapêutico 05- Prescrição médica inadequada 06- Erro de administração 07- Automedicação 08- Abuso 09- Ingestão de alimento ou bebida 10- Tentativa de suicídio 11- Tentativa de aborto 12- Violência/homicídio 13- Outra _____ 99- Ignorado				
	56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		57 Tipo de Exposição <input type="checkbox"/> 1- Aguda - única 2- Aguda - repetida 3- Crônica <input type="checkbox"/> 4- Aguda sobre Crônica 9- Ignorado		
	58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado				
	59 Tipo de atendimento <input type="checkbox"/> 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Domiciliar 4- Nenhum 9- Ignorado		60 Houve hospitalização? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	61 Município de hospitalização _____		62 Data de internação _____		
	63 Código (IBGE) _____		64 Unidade de saúde _____		
Conclusão do Caso	65 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Outro Diagnóstico 5 - Síndrome de abstinência 9 - Ignorado				
	66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____				
	67 Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		68 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9- Ignorado		
	69 Data do óbito _____		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado		
71 Data do Encerramento _____					
Informações complementares e observações					
Observações: _____ _____ _____					
Investigador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. de Unid. de Saúde _____		
	Nome _____		Assinatura _____		
Intoxicação Exógena		Siman NET		SVS 09/08/2005	

**ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DA UNIDADE DE EMERGENCIA
DR. DANIEL HOULY , ARAPIRACA-A**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ESTUDOS AVANÇADOS
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.
Dr. José Roberto Neves
Diretor da Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados

Nos âmbito da unidade curricular de Viseu, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Sandra Márcia da Costa Pereira Lima, mat 3786, do 2º ano do 3TM Curso de Mestrado em Educação para a Saúde e desenvolver um estudo subordinado ao tema "Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio com base nas informações do Sistema de Informação de Agravos - SINAN, de Arapiraca-AL, de 2000 a 2013".

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª S.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, relativas as notificações por suicídio, do período de 2000 a 2013, durante o mês de novembro de 2014.

Em anexo, enciamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados. Este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Arapiraca - Alagoas, explorar as informações do SINAN, analisar as variáveis causais e indicar a importância dos estudos epidemiológicos para a saúde pública.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V.ª S.ª, caso se coadunem com os interesses da instituição a que preside. Mais informamos que o Professor Dr. PhD Amauri Aluisio da Silva, é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone do IPEA: (31) 9952.9095 / 9538.5895.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por favor e sempre os prazos Acadêmicos dos Estudantes. Sem outro assunto de momento e muito grato pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos

