

Perfil epidemiológico das tentativas de suicídio em Palmas-Tocantins, de 2010 a 2014

Epidemiological profile of suicide attempts in Palmas-Tocantins, 2010-2014

Perfil epidemiológico de intentos de suicidio en Palmas, Tocantins, 2010-2014

Daniela Aparecida Araujo Fernandes ¹

Neci Sena Ferreira ²

José Gerley Diaz Castro ³

RESUMO: Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio notificadas, em residentes de Palmas, no período 2010/2014. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo/quantitativo, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Foram 656 notificações, 67,1% feminino e 32,9% masculino. As faixas etárias 21-30 anos (38,3%), 10-20 (30,2%) e 31-40 (17,5%) apresentaram as maiores frequências. Quanto à raça/cor 68,60% declararam-se parda, 20,43% branca, 4,42% preta, 4,42% amarela. Escolaridade se concentra no Ensino Médio completo, 23,47% e incompleto, 19,5%. Situação conjugal 53,81% de solteiros, 28,3% casados/união estável e 5% de separados. Ocupação profissional, os estudantes (19,66%) e donas de casa (16,46%) apresentaram frequências mais elevadas. Identificou-se diferentes tipos de deficiência/transtorno mental em 23,47% e outras deficiências em 5,17%. Envenenamento/intoxicação foi o meio de autoagressão mais utilizado (56,33%). **Conclusão:** Os registros de tentativas de suicídio em Palmas estão acima da média nacional o que sugere a necessidade de estratégias de promoção/prevenção e intervenção para redução da morbimortalidade.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio, Violência, Perfil de saúde, Sistemas de Informação em Saúde, Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT: Objective: To describe the epidemiological profile of suicide attempts reported in Palmas residents in the period 2010-2014. **Methods:** A descriptive/quantitative study was performed using -Notification of Injury Information System (SINAN). **Results:** There were 656 notifications, 67.1% female and 32.9% male. The age groups 21-30 years (38.3%), 10-20 (30.2%)

¹ Psicóloga - CRP 890, Mestre em Psicologia, Especialista em Saúde Coletiva- Moralidade de Residência Residente Multiprofissional em Saúde- Saúde Mental. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP) e Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

² Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e Universidade Federal do Tocantins

³ Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e Universidade Federal do Tocantins

and 31-40 (17.5%) had the highest frequencies. Regarding race / color, 68.60% of them are brown, 20.43% White, 4.42% Black, 4.42% yellow. Education focuses on full High School, 23.47% and incomplete, 19.5%. Marital status 53.81% single, 28.3% married / stable and 5% separated. Occupation, students (19.66%) and housewives (16.46%) had higher frequencies. It identified different types of disabilities / mental disorder in 23.47% and other shortcomings by 5.17%. Poisoning / intoxication was the most popular means of self-harm (56.33%). **Conclusion:** The records of suicide attempts in Palmas are above the national average which suggests to promote strategies / prevention and intervention to reduce morbidity and mortality.

Keywords: Attempted Suicide, Violence, Health Profile, Health Information Systems, Public Health Policy.

RESUMEN: Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los intentos de suicidio en Palmas en el período 2010-2014. **Métodos:** Estudio descriptivo/cuantitativo utilizando los datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN). **Resultados:** Hubo 656 notificaciones, el 67,1% mujeres y 32,9% hombres. Los grupos de edad 21-30 años (38,3%), 10-20 (30,2%) y 31-40 (17,5%) tuvieron las frecuencias más altas. Considerando la raza/color 68.60% son de color marrón, 20.43% blancos, 4.42% Negro, 4,42% amarillo. Focos de escolarización en escuela secundaria completo tienen 23,47% e incompleto 19,5%. Estado civil 53,81% sola, el 28,3% casado/estable y 5% separados. Ocupación, los estudiantes (19,66%) y las amas de casa (16,46%) tenían frecuencias más altas. Se identificaron diferentes tipos de discapacidad/trastorno mental en 23.47% y otras deficiencias de 5,17%. Envenenamiento/intoxicación fue el medio más común de autolesiones (56,33%). **Conclusión:** Los intentos de suicidio en Palmas son mayores que la media nacional, por lo que se necesita de estrategias para la promoción/prevenición e intervención para reducir la morbilidad y la mortalidad.

Palabras-clave: Intento de suicidio, Violencia, Perfil de Salud, Sistemas de Información en Salud, Políticas Públicas de Salud.

1-INTRODUÇÃO

Os acidentes e violências são denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como *causas externas*. São agravos à saúde que podem ou não levar ao óbito, ou causar lesões e/ou traumas, físicos e/ou psicológicos. As causas externas ocupam a terceira maior causa de mortalidade na população geral e a primeira na faixa de 1 a 39 anos, em 2009¹. No município de Palmas as causas externas foram à primeira causa de óbito na população residente em 2013, conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), entre as causas externas estão os suicídios/lesões autoprovocadas intencionalmente, codificado através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde- CID 10 (X60 a X84).

O termo violência autoinfligida é sinônimo de violência autoprovocada, é subdividida em comportamento suicida e auto abuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio - também chamados de “parasuicídio” ou “autolesão deliberada” em alguns países – e

suicídios completados. O auto abuso, inclui atos como a automutilação². As tentativas de suicídio devem ser vistas como uma situação muito séria e ser interpretada como um pedido de socorro, assim “é um sinal de alarme”³.

O “Relatório mundial sobre violência e saúde”, publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2002 ao tratar da violência autoinfligida, considera uma das causas externas de lesões às pessoas e, quase sempre, é produto dos mesmos fatores sociais, psicológicos e circunstanciais encontrados em outros tipos de violência².

Para melhor compreensão do fenômeno, autores apontam os fatores de risco e de proteção à ocorrência do suicídio⁴. A partir do conhecimento dos fatores de risco é possível buscar a prevenção do comportamento, agindo no que é possível transformar e evitar e amenizando o que não há possibilidade de intervenção. Para prevenir devemos reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco a nível individual e coletivo. Contudo, a depender da situação, cultura, sentido, valor e vivência que tal fator efetua na subjetividade podem atuar como de risco ou proteção⁴.

A OMS apresentou algumas recomendações: a conscientização da população acerca do suicídio e seus fatores; intensificar os programas e serviços de conscientização e assistência; investir na ciência sobre o tema, a fim de compartilhar recursos de prevenção e ações⁵. Dessa, forma valoriza-se a intervenção preventiva, levando em consideração a complexidade do fenômeno, que deflagra um sofrimento humano.

Deve-se direcionar a temática do comportamento suicida em favor da saúde mental através de atitudes acolhedoras e oferecer um canal de comunicação entre o indivíduo em todo seu contexto social, familiar e profissional, a fim de fomentar sentimentos de esperança e oferecer orientação⁴. Os aspectos preventivos consistem no enfrentamento das dificuldades ou patologias que levam os indivíduos a buscar uma solução para seu sofrimento que é complexo e multifacetado.

Trabalhar com as tentativas de suicídio, se justifica porque o suicídio vem aumentando significativamente, situando-se como a décima terceira maior causa de óbitos no mundo e na faixa etária de 15 a 44, sendo a quarta maior causa de óbitos². O fenômeno apresenta-se com grande relevância para a saúde pública, pela sua magnitude, gravidade no número de óbitos, internações e sequelas, anos potenciais de vida perdidos, e os danos emocionais irreparáveis causados nas vítimas e nas famílias, provocando prejuízos psíquicos, sociais e econômicos². Impõe esforços humanos e econômicos em assistência à saúde, pela produtividade perdida ou reduzida, absenteísmo, custos legais, dentre outros².

Diante o exposto, percebe-se a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar o acesso dos pacientes como prevê a Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006 - *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*. Considerando os pactos

pela saúde, em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pela Portaria nº 399/GM/MS de 2006. Em 2001, foi implantada a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz foram priorizadas na *Política Nacional de Promoção da Saúde*.

Para consolidar a implementação dessas políticas, especialmente no tocante à vigilância epidemiológica de violências e acidentes, o MS instituiu em 2006 o Sistema de *Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA)* para o preenchimento da *Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, Sexual e/ou Outras Violências*. Essa ficha é composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam as violências perpetradas contra si, contra outra pessoa ou contra grupos populacionais. Para tal, a descrição da magnitude, do impacto do problema e qualidade da informação são aportes necessários para fins de pesquisa e para identificar estratégias de prevenção e intervenção, diante a relevância social e científica.

Dessa forma, essa pesquisa tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio notificadas, em residentes de Palmas, no período de 2010 a 2014.

2- MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo/quantitativo com fonte secundária para investigar fatores associados à ocorrência da tentativa de suicídio em indivíduos residentes de Palmas- Tocantins, no período de 2010 a 2014, a partir das informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na versão 4.2.

A análise descritiva dos dados foi realizada mediante frequências absolutas e relativas⁶ dispostas em tabelas. A tendência de violência autoinfligida no período estabelecido foi analisada mediante o teste de qui quadrado (R^2) para tendência⁷ Para análise dos dados os programas *Tabwin*, *SPSS 20.0*, *Epi-info* e *Bioestatistic* foram utilizados. A significância estatística foi considerada quando o valor de p foi inferior a 0,05.

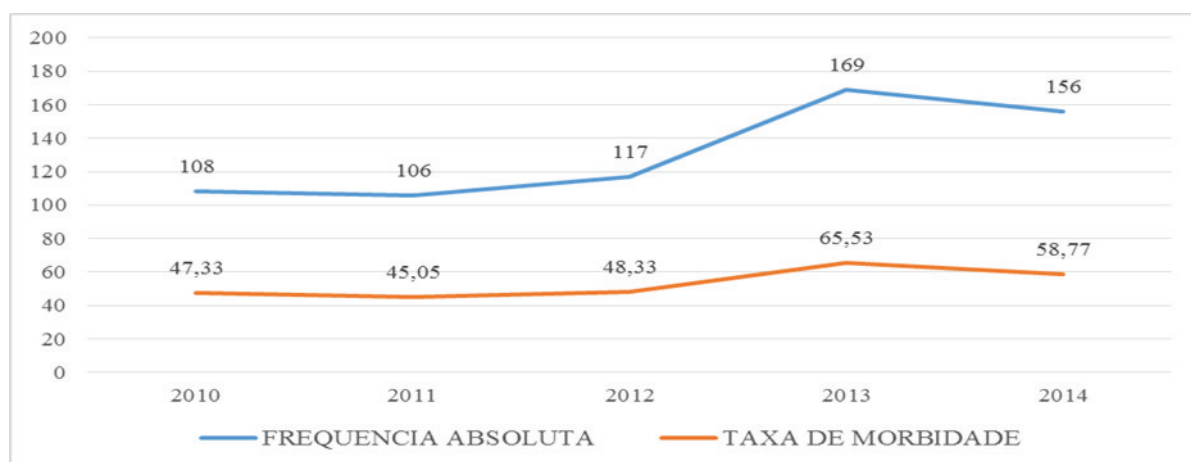
O projeto foi submetido e aprovado pela comissão de avaliação de projetos e pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e do comitê de ética do Centro Universitário Luterano de Palmas, número do parecer do comitê de ética em pesquisa 1.085.437 e realizada em consonância com as diretrizes que norteiam a resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Trabalho desenvolvido na Residência Multiprofissional em Saúde de Palmas, no programa de Saúde Coletiva.

Palmas é capital do estado do Tocantins, fundada em 20 de maio de 1989 e implantada em 1º de janeiro de 1990. Com a recente criação da cidade, vem apresentando um elevado crescimento populacional e que mais evoluiu conforme índices de saúde, educação, emprego e renda⁸. A população estimada no ano de 2015 conforme projeção do IBGE é de 272.726.

3-RESULTADOS

Foram identificados 656 casos de tentativa de suicídio de residentes em Palmas, notificados no período de 2010 a 2014, no banco de dados do SINAN (Figura 1). No ano de 2010 houve 108 casos notificados. 2011 houve 106. 2012, foram 117. No ano de 2013, totalizaram 169 e no ano de 2014, 156 casos. Foi filtrado no SINAN o campo 50- (A lesão foi autoprovocada?) da Ficha de notificação de violência. O campo 50 refere-se às situações em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma, tentou suicídio ou suicidou-se¹.

Figura 1. Frequência absoluta e taxa de morbidade das tentativas de suicídios por residentes em Palmas-Tocantins no período de 2010- 2014.



A partir dos dados que obtiveram *I- Sim* como resposta, foi realizada busca das respectivas variáveis: idade; sexo; raça/cor; escolaridade; ocupação; situação conjugal; deficiência/transtorno; frequência; meio de agressão; suspeita de uso de álcool. Assim, foram elencadas e analisadas 10 variáveis do total das 71 existentes na ficha.

A completude é o grau de preenchimento da variável analisada, mensurado pela proporção de notificações com variável preenchida com categoria distinta daquelas indicadoras de ausência do dado⁹. As variáveis com campo em branco ou preenchidas com “ignorado” foram consideradas como incompletas.

O perfil sociodemográfico é apresentada na Tabela 1, quanto ao sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, ocupação, orientação sexual e identidade de gênero.

Tabela 1 (contínua). Caracterização sociodemográfica das pessoas, notificadas por violência autoprovocada de 2010 a 2014, residentes em Palmas.

Variável		n	%
Sexo	Feminino	440	67,1
	Masculino	216	32,9
Faixa etária	10-20 anos	198	30,2
	21-30 anos	251	38,3
	31-40 anos	115	17,5
	41- 50 anos	69	10,5
	51-60 anos	10	1,5
	>61 anos	13	2,0
Raça/Cor	Branca	134	20,43
	Preta	29	4,42
	Amarela	29	4,42
	Parda	450	68,60
	Indígena	2	0,30
	Ignorado	8	1,22
	Campo em branco	4	0,61
Escolaridade	Analfabeto	6	0,91
	1º a 4º série incompleta do EF	21	3,2
	4º série completa do EF	5	0,8
	3º a 8º série incompleta do EF	88	13,41
	EF completo	39	5,94
	EM incompleto	128	19,5
	EM completo	154	23,47
	ES incompleta	38	5,8
	ES completa	22	3,35
	Ignorado	30	4,57
	Não se aplica	1	0,15
	Campo em branco	124	18,9
	Situação Conjugal	Solteiro	353
Casado/união consensual		186	28,3
Viúvo		2	0,3
Separado		33	5
Não se aplica		6	1
Ignorado		47	7,17
Campo em branco		29	4,42
Ocupação	Trabalhadores Rurais	13	2

	Trabalhadores da Construção Civil	29	4,42
	Trabalhadores Administrativos	36	5,5
	Trabalhadores Domésticos	34	5,18
	Dona-de-casa	108	16,46
	Estudantes	129	19,66
	Vendedores	15	2,28
	Aposentados e Pensionistas	11	1,67
	Outros	62	9,45
	Em branco	219	33,38
Orientação sexual	Heterossexual	21	3,2
	Homossexual	0	0
	Bissexual	0	0
	Não se aplica	2	0,32
	Ignorado	16	2,43
	Em branco	617	94,05
Identidade de gênero	Travesti	0	0
	Mulher Transexual	0	0
	Homem Transexual	0	0
	Não se aplica	21	3,21
	Ignorado	18	2,74
	Em branco	617	94,05

Fonte: Dados retirados do SINAN

Na amostra estudada 67,1% pertenciam ao sexo feminino e 32,9% ao masculino. Por faixa etária, constatam-se maiores frequências entre 21-30 anos, 38,3%, seguida de 10 a 20 anos, 30,2%, na faixa de 31-40, 17,5%, 41-50 com 10,5% e já com porcentagens bem menores as faixas etárias de mais de 61 anos de idade, 2,0% e de 51 a 60 anos, 1,5%.

A raça/cor é uma variável autodeclarada, 68,60% se declararam de cor parda, 20,43% de cor branca, 4,42% preta, 4,42% amarela, incompletude de 1,83%.

A escolaridade se concentra no Ensino Médio completo, 23,47%, Ensino Médio incompleto, 19,5% e de 3ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental, 13,41%.

A situação conjugal é de 53,81% para solteiro, 28,3% entre casados ou em união estável, separados, 5%, viúvos 0,3% e incompletude de 11,59%.

A ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) foi agrupada nessa pesquisa. Ressaltamos a incompletude, totalizando 33,38%. A classificação foi realizada por área de Trabalhadores Rurais, da Construção Civil, Administrativos, Domésticos, Donas-de-casa, Estudantes, Vendedores, Aposentados e Pensionistas

e Outros. Em relação à ocupação com maior relação às tentativas de suicídio em Palmas foram os estudantes, 19,66%, seguida de donas-de-casa, 16,46%. Nesse padrão, outras ocupações que não se encaixavam nas áreas citadas, totalizaram 9,45%, que são elas mais representativas em ordem decrescente: agentes comunitários de saúde (n=7), técnico de enfermagem (n=6), cabelereiro (n=5) e garçom (n=4), entre outros. Em seguida os trabalhadores administrativos, 5,5%, sejam de serviços públicos ou privados, os trabalhadores da construção civil, principalmente pedreiro e servente de obras, 4,42%.

Na orientação sexual 3,2% foi preenchido com a informação (heterossexual) e nos 96,8% restantes esta informação foi omitida. Não foi notificado nenhum caso de violência autoprovocada em que a pessoa tenha orientação sexual homossexual ou bissexual.

A variável identidade de gênero apresentou incompletude de 96,80%. Em 3,21% não se aplica, preenchido quando a identidade de gênero refere-se ao mesmo dosexo de nascimento.

A tabela 2 apresenta informação de deficiências/transtornos, como descrita abaixo:

Tabela 2. Frequência de Deficiência/Transtorno das pessoas, notificadas por violência autoprovocada de 2010 a 2014, residentes em Palmas.

Deficiência/Transtorno	n	%
Sim	154	23,47
Não	439	66,92
Ignorado	51	7,77
Em branco	12	1,82

Fonte: Dados retirados do SINAN

Em 23,47% foi informado algum tipo de deficiência ou transtorno. Entre esses o tipo de deficiência/transtorno mais frequente foi o Transtorno de Comportamento 55,84%, seguido de Transtorno Mental 33,11%, Deficiência Mental 20,12%, Outras deficiências/síndromes 6,49%, Deficiência Física 3,24%, Deficiência Visual 1,29% e Deficiência Auditiva 0,64%. Incompletude de 9,59%. Os tipos de deficiência/transtorno são preenchidos por múltipla escolha.

Identificada a suspeita de uso de álcool na ocorrência da violência autoprovocada em 15,40%, sem suspeita do uso de álcool 66%, incompletude de 18,60%.

Em relação ao meio de agressão, é descrito abaixo na Tabela 3:

Tabela 3. Frequência do meio de agressão realizado, notificadas por violência autoprovocada de 2010 a 2014, residentes em Palmas.

Meio de agressão	n	%	Ignorado
Força corporal/espancamento	9	1,37	0
Enforcamento	38	5,8	0
Objeto contundente	3	0,45	0
Objeto perfuro-cortante	51	7,78	0
Substância/Objeto quente	4	0,61	0
Envenenamento/Intoxicação	369	56,33	1
Arma de fogo	2	0,3	0
Ameaça	4	0,61	1
Outro	218	33,33	3

Fonte: Dados retirados do SINAN

As maiores frequências foram por envenenamento/intoxicação, 56,33% e inclui exposição, ingestão, inalação de produtos químicos, plantas tóxicas e medicamentos. Outros meios somaram 33,33%, utilizado para registro dos não contemplado nas demais categorias, como exemplo precipitação de lugar elevado. Objeto perfuro-cortante 7,78%, inclui arma branca, caco de vidro, chave de fenda, prego e outros. Enforcamento representou 5,80% e os demais meios de agressão com menos representatividade. Esta variável também possibilita múltipla escolha.

Em relação à frequência da tentativa de suicídio 30,20% informou que já havia realizado uma ou mais tentativas, 56,70% relataram ser a primeira tentativa e 13,12% de incompletude.

4-DISCUSSÃO

Foram analisados 656 casos notificados de tentativas de suicídio no município de Palmas, Tocantins, de 2010 a 2014, visando a conhecer o perfil epidemiológico deste fenômeno. As tentativas de suicídio registradas oficialmente são em menores números e menos confiáveis do que os de suicídio¹⁰. “Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes”¹⁰. Para cada caso de suicídio existem pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos e são até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados¹¹. Havendo ainda alguns fatores que dificultam a identificação destes casos: a subnotificação e o tipo de trauma que não dão entrada nos serviços de saúde, por serem de baixo grau de letalidade¹². Outro fator associado à subnotificação é a dificuldade de avaliar se a ocorrência foi acidental ou uma intenção suicida¹³.

Em todas as sociedades existe esse fenômeno, ainda que difiram de um país a outro, de época para época e do meio ambiente urbano ou rural¹⁴. No Brasil de 2009 a 2014 foi notificado um total de 73.790 casos de violência autoprovocada e uma variação relativa de 59,2%¹⁵, ou seja, houve um aumento significativo com o decorrer dos anos, denotificações no SINAN. Em Palmas, de 2010

a 2014 houve uma incidência de tentativas de suicídio de 47,30; 45,05; 48,33; 65,53 e 58,77 por cem mil habitantes, respectivamente, o que corresponde a um crescimento de 15,50% e demonstra elevados valores no município quando comparada aos números nacionais e de outros municípios brasileiros. As tentativas de suicídio no município ocorrem 12,15 vezes mais do que o suicídio.

As ocorrências das tentativas de suicídio são mais frequentes no sexo feminino, enquanto o sexo masculino é mais efetivo nos suicídios consumados, pela utilização de meios de agressão mais letais. No Brasil, a maior representatividade foi do sexo feminino com 1.595 casos (63,3%) em 2009 e 14.333 (66,3%) em 2014¹⁵. Nos serviços de urgência em Barbacena-MG, 80% das tentativas de suicídio correspondiam ao sexo feminino, no período do estudo¹¹. Palmas segue a tendência nacional e de outros municípios brasileiros, de maior prevalência do sexo feminino nas tentativas de suicídio⁸.

No Brasil, com relação ao grupo etário e ao tamanho da população em números absolutos, os intentos suicidas são mais frequentes entre os jovens. Com os adultos há uma relação mais estreita entre as tentativas de suicídio e os suicídios consumados. Em 2014, 50% dos intentos notificados correspondiam à faixa etária de 10 a 29 anos, mas no ano de 2009 e 2010 houve casos com menores de 10 anos¹⁵. Em Independência-CE as tentativas concentraram-se na faixa de 10 a 19 anos¹³. Os acontecimentos da vida que afetam emocionalmente a pessoa são importantes fatores a serem considerados. Na infância e adolescência pesam muito os abusos sexuais, problemas com a orientação sexual. Entre os jovens, dificuldades de relacionamentos com os pais, com os companheiros afetivos e a sociedade, sendo mais influenciado pelo ambiente^{13,15}. Entre as pessoas de idade, encontraram traços de personalidade hipocondríaca, fechado, tímido e excessivamente dependente¹⁵. O perfil das tentativas de suicídio em Palmas- TO é mais prevalente em adolescentes e jovens-adultos, e menos prevalente na população de meia idade e idosa. No município também houve casos em menores de 10 anos.

A variável raça/cor foi dividida em duas categorias branca e não-branca de acordo com as características fenótipos, sendo as pessoas de raça/cor preta, parda, amarela e indígena classificadas como não-brancas nesse estudo. Ao contrário do encontrado no presente estudo, as pessoas de raça/cor branca são as que possuem maiores proporções de tentativa de suicídio no Brasil no período de 2009 a 2014¹⁵. Contudo, a região norte tem uma população predominante de cor parda, 71,2%, seguida de branca 23,6% e preta 4,7%¹⁶ e se correlaciona com os dados dessa pesquisa, com maior ocorrência do agravo na população parda (não-branca).

Percebe-se uma tendência de nível de escolaridade inferior a oito anos de estudo^{8,13,17-18}. Esse estudo apresentou maior nível de escolaridade, de nove a doze anos de estudos, quando comparada às demais pesquisas.

A literatura aponta maior tentativa de suicídio e risco de suicídio em pessoas solteiras, viúvos e separados¹⁸⁻²⁰, solteiros convergem com o perfil identificado nesse estudo.

A ocupação apresentou alta incompletude, mas dos dados obtidos estudantes e dona de casa apresentaram maior frequência. A ocupação de estudante converge com a faixa etária mais prevalente. Grande parte da amostra não exerce atividade profissional remunerada, embora a OMS não tenha identificado associações entre os comportamentos suicidas, renda e desemprego no Brasil, alguns estudos apontam para uma correlação positiva¹³. Entre as mulheres predomina as estudantes, do lar e aposentadas, já entre os homens o perfil de desempregados, trabalhadores manuais ou no setor informal²¹. Ressaltamos o alto número de casos envolvendo os trabalhadores de saúde, fenômeno que deve ser mais estudado.

A Orientação sexual e identidade de gênero são as variáveis que obtiveram quase 100% de incompletude, demonstrando que há dificuldades em realizar essas perguntas ou em respondê-las. São necessários mais estudos à cerca e sensibilizar os profissionais responsáveis pelas notificações, sobre a importância destas informações para orientar políticas públicas voltadas para esta população LGBT.

Os principais fatores de risco para o suicídio são: história de tentativas anteriores e transtornos mentais. É importante identificar as tentativas de suicídio e a relação com os transtornos mentais, a fim de, atuar de forma preventiva¹⁰. Há extensivo estudo, mostrando que em torno de 97% dos casos de suicídio caberiam um diagnóstico²². Os transtornos mentais e mais especificamente a depressão possui maior prevalência nas mulheres e tem forte associação com o suicídio. Contudo é um evento possível de prevenir, se diagnosticado precocemente e realizado o tratamento correto⁴. Nos estudos nacionais e internacionais, os transtornos mentais mais frequentemente associados são: Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e somatoformes; Transtornos do humor (afetivos); Transtornos alimentares; Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas²³. Nessa pesquisa a relação com os transtornos mentais foi de 33,11%, bem abaixo das porcentagens encontradas na literatura nacional que apresenta média de 70% e internacional média de 90%. A baixa porcentagem se justifica pela dificuldade dos profissionais de correlacionar essa informação no momento da notificação; não haver instrumentos validados para tais; ser declarada pela pessoa ou acompanhante no momento da notificação; envolver os preconceitos enraizados na sociedade e ainda por muitas vezes as informações advir de prontuários médicos com baixa qualificação de informações.

Relacionar as tentativas de suicídio com o uso de álcool e outras drogas, é de suma importância na proposição das políticas públicas das violências e seus condicionantes e determinantes. Cerca de 11,2 % da população brasileira é dependente de álcool, e o número de pessoas que faz uso mas não atinge um padrão de dependência é ainda maior, tem atingido populações cada vez mais jovens e estão relacionadas a outras importantes questões sociais e com isso o risco de suicídio¹⁰. No Brasil, no ano de 2014, 14,4% dos casos havia suspeita de uso de álcool¹⁵. No atendimento pré-hospitalar em Arapiraca-AL em 2011, identificaram que 18,7% fizeram uso de álcool, o dia da semana de maior chamada ser o fim de semana, com maior predisposição ao uso de bebidas alcoólicas, evento

que pode favorecer a tentativa de suicídio²⁴. Em Palmas, o resultado (15,40%) está aproximado aos encontrados no Brasil e demais municípios.

Analisar os meios de agressão é importante para estabelecer estratégias de prevenção no nível dos fatores ambientais. No Brasil é mais frequente o envenenamento 52,9%, seguido por objeto perfuro-cortante 9% e enforcamento 8,4%¹⁵. O meio de agressão é bastante variável, com incidência inclusive relacionada com a faixa etária, de 17 a 25 anos e no sexo feminino o meio de agressão mais utilizado é por intoxicação em uma razão de 1:2,4 quando comparada ao sexo masculino¹³. É mais frequente em Palmas a ingestão de medicamentos psicotrópicos e analgésicos de próprio consumo. e conforme observado em diversos estudos, Há também o uso de raticidas ou pesticidas que deveriam ter dispensação e prescrição mais restrita. Outras formas de agressão totalizaram 33,33%, para essa informação constatou-se muitos erros de preenchimentos/inconsistência. Há uma grande subnotificação, principalmente nos casos de intoxicação exógena, seja por envenenamento ou medicamentosa¹³. Nesse estudo as tentativas de suicídio foram por meios de agressão menos letais como envenenamento/intoxicação, lembrando que predomina no sexo feminino.

A frequência das tentativas de suicídio é um dos principais fatores de risco, presente nos estudos da área^{10,18,21} e é ainda maior entre jovens¹³. A repetição de tentativas predominou entre as mulheres, 75,4%¹⁸. No Brasil, em 2014, 28% dos casos haviam realizado uma tentativa anteriormente¹⁵. O maior risco de morte por suicídio, em todos os ciclos de vida é no primeiro ano após uma tentativa, tanto para os que tentam pela primeira vez, quanto para os que reincidem, devendo ser intensificado o tratamento nesse período^{17,18}. Alguns estudos sugeriram que há um pequeno intervalo de tempo entre as tentativas e o suicídio consumado¹³

5- CONCLUSÃO

Nessa pesquisa há uma reincidência de 30,2%, nos indicando a necessidade de uma linha de cuidados de promoção, prevenção e reabilitação, de forma integral e articulada na rede.

O conhecimento do perfil epidemiológico, além dos fatores de risco e de proteção, possibilita o delineamento de estratégias de promoção, prevenção e intervenção, envolvendo a identificação precoce do risco e intervenção diante o fenômeno para redução da morbimortalidade.

Nessa pesquisa foi notória a baixa qualificação do banco de dados, com incompletude e inconsistência de algumas variáveis, sugerindo a necessidade de capacitações permanentes e sensibilização dos profissionais notificadores sobre a importância epidemiológica da notificação e preenchimento de todas as variáveis para subsidiar as políticas públicas, além do monitoramento sistemático sobre a qualidade do banco de dados, e assim a criação de estratégias que se aproximem mais da realidade do fenômeno.

É importante haver acompanhamento multiprofissional, compreensão e respeito à pessoa e sua família, diante o sofrimento apresentado. A violência autoprovocada é um problema de saúde

pública, necessita de investimentos e cuidado pelos diversos níveis de atenção à saúde, de ser discutido nos diversos setores e espaços sociais, de valorizar processos de organização de redes, para uma promoção da vida. Para além dos dados epidemiológicos, é necessário aprofundar mais e dar continuidade aos estudos nessa temática. Os autores esperam que os resultados e discussões deste estudo possam orientar e fortalecer as políticas públicas para a promoção, prevenção e enfrentamento da violência autoinfligida nos serviços de saúde e intersetoriais.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 2- Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre violência e saúde. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi e Rafael Lozano. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.
- 3- Werlang BSG, Botega NJ e colaboradores. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 4- Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. PSICO. 2006 set/dez; 37(3):213-220.
- 5- World Health Organization (WHO). Health XXI: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region. European health for all series n. 5. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen; 1998.
- 6- Vieira S. Introdução à Bioestatística. Rio de Janeiro: Campus; 1981.
- 7- Marôco J. Análise estatística com utilização do SPSS. 3 edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2010.
- 8- Ferreira NS. Perfil epidemiológico e psicossocial de tentativas de suicídio e de suicídios em Palmas (TO) no período de 2000 a 2009 [tese]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2013.
- 9- Abath MB, Lima MLLT, Lima OS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012*. Epidemiol Serv Saude. 2014 jan/mar;23(1):131-142.
- 10- Ministério da Saúde (BR). Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: Unicamp; 2006.

- 11- Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14
- 12- Grossi R, Vansan GA. Mortality by suicide in the municipal district of Maringá, PR, Brazil. *J. BrasPsiq*, 2002; 51 (2): 101-11.
- 13- Pordeus AMJ, Cavalcanti LPG, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, *et al.* Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(5):1731-1740.
- 14- Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Editorial Presença; 1987.
- 15- Ministério da Saúde (BR). Secretaría de Vigilancia em Salud. Departamento de Análisis de la Situación em Salud. *Salud Brasil*, 2014: um análisis de lamorbimortalidad por causas externas. Brasília: Ministerio de salud; 2015.
- 16- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2009.
- 17- Romão NR, Vieira LJES. Tentativas suicidas por envenenamento. *RBPS*, 2004; 17 (1):14-24
- 18- Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad.Saúde Pública*. 2013 jan; 29(1): 175-187.
- 19- Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11 Suppl: 1333-1342.
- 20- Volpe FM, Corrêa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Correa H, Perez S, organizadores. *Suicídio, uma morte evitável*. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p. 11-27.
- 21- Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes, VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006 out; 22(10):2201-2206.
- 22- Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002. 1(3): 181-185.
- 23- Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de Transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 set; 25(9):2064-2074.

24- Magalhães APN, Alves VM, Comassetto I, Lima PC, Faro ACM, Nardi, AE.
Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. J.bras.psiquiater. 2014
jan-mar; 63 (1): 16-22.

Artigo apresentado em 30/01/2017

Artigo aprovado em 30/04/2017

Artigo publicado no sistema em 29/06/2107