

UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TENTATIVAS DE
SUICÍDIO NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA/ES**

MYLENE MURAD MORAES

VILA VELHA
JULHO/2021

UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TENTATIVAS DE
SUICÍDIO NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública da Universidade Vila Velha, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestra em Segurança Pública.

MYLENE MURAD MORAES

VILA VELHA
JULHO/2021

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

M972p Murad, Mylene Moraes.
Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio notificados
no município de Vila Velha / ES Mylene Moraes Murad . – 2021.

61 f. : il.

Orientadora: Simone Chabudee Pylro.
Dissertação (mestrado em Segurança Pública) - Universidade
Universidade Vila Velha, 2021.
Inclui bibliografias.

1. Segurança pública. 2. Violência. 3. Epidemiologia. 4. Suicídio
I. Pylro, Simone Chabudee. II. Universidade Vila Velha. III. Título.

CDD 363.3

MYLENE MURAD MORAES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TENTATIVA DE
SUICÍDIO NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA/ES**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Segurança Pública, como
pré-requisito para obtenção
grau de Mestre em Segurança
Pública.

Aprovado em 27 de julho de 2021,

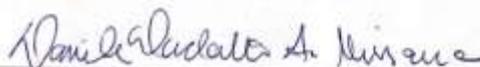
Banca Examinadora:



Profa. Dra. Simone Chabudee Pylro – UVV/ES



Prof. Dr. Pablo Silva Lira – UVV/ES



Profa. Dra. Daniela Ambrozine Missawa - UFES/ES

Aos amores da minha vida, Ronald, Sophya e Lew.
Aos meus pais Sergio e Penha que me ensinaram o valor da educação.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Dra. Simone Chabudee Pylro, pelo apoio, compreensão e orientação que foram fundamentais para a conclusão dessa tese;

A minha amiga e madrinha Profa. Dra. Mônica Cola Brotas Corrêa pelo incentivo e apoio sem os quais essa tese não seria possível;

A minha amiga Profa. Lisângela Firme Lopes Guimarães que muito contribuiu durante a construção dessa tese;

Ao meu amigo Prof. Mestre. Valber Dias Pinto por sua participação e consultoria sobre o tema da tese;

Aos acadêmicos de medicina da UVV, André Zerbini, Lew Freire Murad Moraes de Almeida e Sophya Freire Murad Moraes de Almeida, pelo auxílio na coleta de dados e organização do Webinar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxo de Informações	23
Figura 2 – Campo 54 da Ficha de Notificação	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perspectivas e metáforas de Hillman.....	15
Tabela 2 – Dados sociodemográficos	30
Tabela 3 – Análise de frequência de deficiências e transtornos mentais	32
Tabela 4 – Métodos de autoagressão em função do sexo	34
Tabela 5 – Métodos de autoagressão em função do estado civil.	35
Tabela 6 – Métodos de autoagressão em função da faixa etária.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EMESCAM	Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia
ES	Espírito Santo
HUCAM	Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha - ES
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UVV	Universidade Vila Velha
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

RESUMO

MURAD, Mylene Moraes. Msc. Universidade Vila Velha-ES, julho de 2021. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE VILA VELHA/ES.** Orientadora: Dra. Simone Chabudee Pylro.

No Mundo, o suicídio figura entre as dez principais causas de óbito, principalmente na população adulta jovem. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em 2012, foram cerca de 804 000 óbitos por suicídio. A distribuição dos casos consumados no mundo é desigual. O perfil das vítimas de violência autoprovocada varia de acordo com a região pesquisada. O Município de Vila Velha-ES não possui um perfil definidas vítimas de violência autoprovocada, o que dificulta a implementação de medidas preventivas e o acompanhamento dos casos. Essa pesquisa teve como objetivo traçar um perfil epidemiológico da Violência autoinfligida no Município de Vila Velha, ES, focando nas notificações de suicídio e tentativa de suicídio. Foram analisadas 886 fichas de notificação de violência autoinfligida inseridas no SINAN entre os anos de 2014 a 2019. Foi identificado que ser mulher, ser solteiro ou divorciado, ser adulto jovem, morar na zona urbana e possuir histórico prévio de tentativas de suicídio figuram como fatores de risco nos munícipes de Vila Velha para tentativas de suicídio.

Palavras-chave: Violência Autoinfligida. Violência Autoprovocada. Tentativa de suicídio. Suicídio. Epidemiologia.

ABSTRACT

MURAD, Mylene Moraes. Msc. Vila Velha University-ES, July 2021.. **EPIDEMIOLOGY PROFILE OF NOTIFIED ATTEMPTED SUICIDE CASES IN THE MUNICIPALITY OF VILA VELHA/ES.** Advisor: Dra. Simone Chabudee Pylro.

Worldwide, suicide is among the ten main causes of death, especially in the young adult population. The World Health Organization (WHO) estimates that, in 2012, there were around 804 000 deaths from suicide. The distribution of consummate cases in the world is uneven. The profile of victims of self-inflicted violence varies according to the region surveyed. The Municipality of Vila Velha-ES does not have a defined profile of victims of self-inflicted violence, which makes it difficult to implement preventive measures and follow up on cases. This research aimed to draw an epidemiological profile of self-inflicted violence in the city of Vila Velha, ES, focusing on notifications of suicide and attempted suicide. 886 self-inflicted violence notification forms inserted in the SINAN between 2014 and 2019 were analyzed. It was identified that being a woman, being single or divorced, being a young adult. living in the urban area and having a previous history of suicide attempts as risk factors for the residents of Vila Velha for suicide attempts.

Keywords: Self-inflicted violence. Suicide attempt. Suicide. Epidemiology.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	vii
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS	vii
RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
1. Apresentação	10
2. Introdução	11
3. O fenômeno do suicídio: caracterização e perspectivas.....	14
3.1 Suicídio como fenômeno sociológico	16
3.2 Suicídio como fenômeno médico	19
4. O impacto da notificação compulsória na violência autoinfligida	21
5. Objetivos	24
5.1 Objetivo Geral	24
5.2 Objetivo Específico	24
6. Métodos	25
7. Resultados e Discussão	27
8. Considerações Finais	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICES	45
ANEXOS	48

1 APRESENTAÇÃO

Sou médica formada pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Em 1996 fiz residência em infectologia no Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes (HUCAM) e especialização em Medicina Tropical pela USP, após terminar a residência em 1999. Trabalhei, alguns anos, com Controle de Infecção Hospitalar e infectologia na Santa Casa de Vitória e no Hospital Central, também de Vitória, e ambulatorialmente, no tratamento de pacientes com HIV.

Iniciei meu trabalho em Vigilância Epidemiológica no município de Vila Velha há 14 anos e leciono no Curso de Medicina da Universidade de Vila Velha (UVV) há 10 anos.

Na minha época de faculdade pouco se falava de violência autoinfligida, e durante toda a minha graduação nunca tive nenhum contato acadêmico com o agravo. Durante a residência, tive contato com o assunto, logo no início do programa.

Em uma reunião obrigatória, com a psicóloga do Programa de AIDS do HUCAM, recebi a orientação de nunca comunicar a um paciente que seu exame de HIV era positivo em uma sexta-feira. Haveria sempre o risco de, no fim de semana, esse indivíduo, chocado com a notícia, pudesse atentar contra a própria vida já que não teria o apoio dos médicos e psicólogos do programa no sábado e domingo.

Sigo, e repasso, essa orientação até hoje, sempre pensando que durante a semana esse paciente terá apoio e segurança de que o diagnóstico de AIDS não é uma sentença de morte.

Trabalhando com Vigilância Epidemiológica, apesar de não ser a Referência Técnica de Violência, tenho observado o aumento significativo das notificações do agravo no Município de Vila Velha.

Como professora do Curso de medicina da UVV tenho ouvido vários relatos de alunos do curso que, em algum momento de sua trajetória, tentaram suicídio, e um desses relatos me instigou. Estava conversando na cantina do 'campus' com um discente que me contou que havia tentado suicídio em uma ocasião em que estava desenvolvendo atividades comigo, em uma disciplina. Fiquei surpresa e me questionando como não havia percebido nada acerca dessa questão, na época. Em minha prática como docente, trabalhamos com grupos pequenos de cerca de 10 alunos que se revezam a cada seis semanas e, mesmo assim, não identifiquei naquele pequeno grupo que havia alguém em risco de suicídio.

Por se tratar de um problema grave de saúde pública, em crescimento e com grande impacto social, emocional e econômico na segurança pública, fiquei motivada a traçar o perfil local dos casos com o objetivo de termos ferramentas para identificar a população de risco, direcionar as políticas públicas de prevenção e melhorar a qualidade dos dados sobre o assunto.

2 INTRODUÇÃO

A violência como problema de saúde foi oficializada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2002. Existem diferentes formas de se classificar a violência que, no âmbito da saúde, pode ser pensada a partir de quem a pratica, em autoinfligidas (autoagressões, ideações e tentativas de suicídio e suicídio consumado); interpessoais (violência intrafamiliar e comunitária); e coletiva (violência política, econômica, de classes, guerras, terrorismos). Todas podem resultar desde ferimentos até o óbito (MINAYO, 2007). Neste estudo, pretende-se focar nas violências autoinfligidas, mas em específico, nas práticas relacionadas ao suicídio.

Dentro dos atos suicidas pode-se incluir pensamentos suicidas, as tentativas e o ato em si, que resulta em morte. Vale destacar que o ato de autoagressão pode ou não ter a intenção suicida. Os atos de autolesão que não tem como intenção a morte (PINTO, 2017) não serão alvos desse estudo.

A ideação suicida se materializa em forma de pensamentos e desejos de dar fim a vida que pioram quando acompanhados de um plano. No comportamento suicida, o indivíduo já busca meios de ferir-se ou se matar. Os limites entre as ideações suicidas, o comportamento suicida e o ato consumado são frágeis, já que um pensamento pode evoluir para a consumação do ato ou não. Estudos mundiais relatam que o suicídio consumado é planejado e, muitas vezes, precedidos por tentativas (BAHIA, 2017). Segundo Ribeiro (2018), o suicídio pode ser classificado, de acordo com sua urgência: em baixa (ideação sem planejamento específico), média (planejamento suicida, factível, com projeção para o futuro) e alta (planejamento claro com intenção imediata de ação).

Além dos aspectos relativos ao valor da vida, o suicídio tem um impacto socioeconômico importante. Um óbito pode afetar até seis familiares e quando ocorre em um ambiente com maior concentração de pessoas, tais como escolas ou trabalho, pode alcançar centenas de pessoas. O custo econômico se equipara ao de mortes ocorridas em guerras e homicídios (CALIXTO FILHO, 2016). Nessa mesma perspectiva, as tentativas de suicídio também produzem um alto custo econômico, pois, demandam a extensa utilização dos serviços de saúde. Em um primeiro momento, utilizarão as unidades de urgência e posteriormente, o atendimento ambulatorial para acompanhamento de possíveis sequelas relacionadas ao ato e tratamento psiquiátrico (BAÉRE, 2019). Entre 1998 e 2007 o Sistema Único de Saúde gastou cerca de 35 milhões de reais com internações hospitalares por tentativa de suicídio. Ressalta-se que apenas uma minoria dos pacientes procura os serviços de urgência (MONTEIRO, 2015).

É importante conhecer o perfil epidemiológico do suicida para o entendimento de todos os fatores de risco envolvidos na prática do suicídio, com o objetivo de implantar políticas públicas de prevenção e controle, tendo como alvo a população mais vulnerável (MOREIRA, 2017).

O Ministério da Saúde, reconhecendo a necessidade do conhecimento amplo de todas as variáveis presentes nas tentativas de suicídio e suicídios consumados, instituiu a Portaria N.º 1876, de 14 de agosto de 2006¹, que disserta sobre as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio.

Na Portaria supracitada, encontram-se instruções de como coletar dados e promover a interligação entre os Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde e demais sistemas afins.

Além dessa iniciativa, destaca-se uma preocupação com aspectos relacionados aos registros de práticas suicidas. Nesse sentido, a Portaria N.º 1271 de 6 de junho de 2014 do Ministério da Saúde (MS), instituiu a obrigatoriedade da notificação compulsória de todos os casos de tentativa de suicídio e suicídio (BAÉRE, 2019).

A ficha de notificação de violência é dividida em dois tipos: violência autoprovocada e violência interpessoal (Anexo A).

Nos casos de tentativas de suicídio e suicídio, são preenchidos os campos relacionados à violência autoprovocada. Este documento é de caráter compulsório e fornece dados que são coletados por profissionais de saúde. Após o seu preenchimento, essa ficha é encaminhada à Vigilância Epidemiológica Municipal que envia os dados ao Ministério da Saúde (MS), através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (CRUZ, 2019).

A notificação de violência já está instituída há muitos anos em outros países com excelentes resultados no campo da prevenção. No Brasil essa experiência ainda é recente, demandando pesquisas sobre as estratégias de implantação, o que envolve treinamento dos profissionais de saúde no seu preenchimento, ressaltando a importância dos dados coletados, evitando assim subnotificações. Os serviços de Urgência são a principal fonte notificadora de Violência Autoprovocada.

Isso revela-se um problema, pois, os profissionais dessas instituições, alegando que a prioridade é o atendimento, omitem-se no preenchimento da ficha. Tal ação demanda acesso a computadores e autorização através de senha e 'login' para que adentrem ao portal digital de notificações da saúde. A não identificação da violência autoprovocada configura-se como outro problema. Os profissionais apenas a tratam as lesões decorrentes do ato (BAÉRE, 2019).

A ficha de Violência (Anexo A) é um compilado das fichas utilizadas anteriormente e contém campos atuais como identidade de gênero e comportamento sexual o que se apresenta como mais um fator de confusão, pois, muitos profissionais não têm domínio do tema, levando a erros de classificação (GIRIANELLI, 2018).

O município de Vila Velha não possui um serviço ativo de Vigilância dos casos de Violência Autoprovocada, portanto, não tem um perfil epidemiológico definido de qual segmento populacional é mais susceptível à violência autoinfligida. Na ausência desses

¹ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

dados, o município utiliza políticas de saúde de prevenção e intervenção baseados nos perfis epidemiológicos do Brasil e do Mundo.

Diante do exposto, algumas questões se colocam: qual o perfil epidemiológico da violência autoinfligida do município de Vila Velha-ES? Ele acompanha o perfil das vítimas de violência autoinfligida do Brasil já estabelecido pela literatura?

Considerando o impacto que essa problemática representa, faz-se necessário ampliar o conhecimento dos casos de suicídio para que se possa produzir ferramentas para produção de políticas de prevenção específicas para a realidade de cada localidade.

Esta pesquisa tem como objetivo traçar um perfil epidemiológico da Violência autoinfligida no Município de Vila Velha-ES, focando nas notificações de suicídio e tentativa de suicídio.

No contexto da Segurança Pública, a violência autoinfligida impacta nas ações para manutenção da ordem pública. Um indivíduo que comete ou tenta suicídio demanda intervenção por parte de vários setores que compõem a segurança, tais como, a polícia militar, que, por vezes, vai atender a ocorrência; a polícia civil, acionada para a investigação dos casos de óbito; o corpo de bombeiros, nas situações que necessitem resgate e atendimento emergencial. Conhecer esse perfil epidemiológico irá auxiliar em todas essas ações.

Para o desenvolvimento desse estudo, inicialmente, realizou-se uma breve discussão sobre o fenômeno do suicídio.

No terceiro capítulo, abordou-se impacto da notificação compulsória da Violência Autoinfligida .

No quarto capítulo, foram apresentados os objetivos do estudo.

No quinto capítulo estão descritos os aspectos metodológicos empregados na coleta de dados.

No sexto capítulo foram apresentamos os resultados e a discussão dos dados, organizados segundo as seguintes categorias temáticas de análise: 1) Suicídio como fenômeno sociológico; 2) Suicídio como fenômeno médico.

O sétimo capítulo foi destinado às considerações finais, contendo a síntese das informações obtidas na pesquisa e sugestões de temáticas a serem estudadas.

Espera-se que a partir desse estudo, possa-se traçar o perfil local da população de risco no município de Vila Velha, ES e, com o conhecimento desses dados, melhor direcionar as políticas públicas de prevenção e assistência para a realidade local, tornando essas ações mais eficazes na redução do número de casos e óbitos por violência autoinfligida, que é um importante segmento da segurança pública.

3 O FENÔMENO DO SUICÍDIO: CARACTERIZAÇÃO E PERSPECTIVAS

O suicídio é um tipo de violência intencional, autoprovocada, presente na história da humanidade e nas discussões de filósofos, desde a antiguidade. No mundo, o suicídio figura entre as dez principais causas de óbito, principalmente, na população adulta jovem. A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2012, foram cerca de 804 000 óbitos. A distribuição dos casos consumados no Mundo é desigual. O Brasil ocupa o oitavo lugar, entre os Estados Membros da OMS, mas por se tratar de um país populoso suas taxas de incidência são baixas, ocupando dessa maneira o 73.º lugar em incidência global (BAHIA, 2017).

Os índices de suicídio parecem configurar-se, em geral, de modo distinto entre homens e mulheres. Em 2012, foram 11 821 óbitos no Brasil com predomínio de homens. Entre as mulheres a taxa de tentativas se sobrepõe aos óbitos, já entre os homens predominam a consumação do ato (RIBEIRO, 2018). Esses índices acompanham a literatura mundial que demonstra que a taxa de suicídio mundial, ajustada para idade, é de 11,4 a cada 100 mil habitantes por ano, sendo 15 para homens e 8 para mulheres (OMS, 2014).

O suicídio no Brasil representa 6,8% das mortes por causas externas (PINTO, 2017). O País figura como quarto colocado em crescimento no número de casos na América Latina atrás, apenas, de Guatemala, México e Chile (BATISTA, 2016). Estima-se que esses números sejam quatro vezes maiores, o que caracterizaria uma subnotificação (CALIXTO FILHO, 2016).

Existem fatores de risco descritos para o suicídio no Mundo, dentre eles: o sexo masculino, a faixa etária ente 15 e 44 anos, ser idoso, ser morador de área urbana, estar desempregado, viver só e ser imigrante. Outro fator descrito é o suicídio entre pacientes internados, o que está diretamente associado a doenças crônicas ou terminais. Existe uma correlação de 90% entre os pacientes que praticam violência autoinfligida e doenças psiquiátricas (CALIXTO FILHO, 2016). Dentre os fatores ambientais, evidenciam-se os estressores como separações, problemas financeiros; acesso facilitado a meios como medicamentos, venenos, armas de fogo; exposição dos casos na mídia. Considera-se como preditor ter tentado suicídio anteriormente ou possuir parentes, ou conhecidos que tentaram, ou consumaram o ato (BAHIA, 2017).

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou um manual² cujo objetivo é informar as maneiras mais adequadas de abordagem do tema para profissionais da mídia. Recomendações como não descrever detalhadamente o método utilizado, cuidado na utilização de vídeos e na divulgação de suicídios de celebridades. Esse cuidado irá refletir-se em uma comunicação adequada que não descreva o suicídio como a única

² <https://www.google.com/searchclient=safari&rls=en&q=manual+oms+2008+midia+e+suicidio&ie=UTF-8&oe=UTF-8#>

maneira de solução dos problemas e ainda auxiliará indivíduos com ideação suicida a procurarem ajuda, como cita Baére (2019).

Além dos aspectos já mencionados, a temática do suicídio está permeada de tabus sociais, que envolvem religião e preconceito, tornando escassas as publicações (BAÉRE, 2019).

Diferentes discussões e perspectivas se apresentam na análise desse fenômeno, discutindo o que pode levar ao suicídio. Hillman (1926) destaca algumas abordagens tradicionais sobre esse fenômeno, a saber, a medicina psiquiátrica, a religião e o direito. Em todas elas, o suicídio deve ser impedido, importando salvar a vida a qualquer preço. O referido autor destaca, ainda que, todas as pessoas funcionam a partir de metáforas básicas, que são modelos de pensamento que determinam como se enfrenta os problemas nas atividades laborais. Metáforas essas que se caracterizam como atitudes semiconscientes, enraizadas na própria psique (Hillmann, 1926). Essas metáforas destacadas pelo referido autor estão alinhadas com diferentes perspectivas (sociológica, médica, do direito e a da teologia) e são apresentadas na tabela 1, a seguir:

Tabela 1 –

PERSPECTIVA	METÁFORA BÁSICA
SOCIOLÓGICA	A sociedade que é uma realidade viva que sedesintegra com o suicídio.
MÉDICA	O médico promove a vida, com o objetivo de adiar a morte, em oposição ao suicídio que encurta a vida.
DIREITO	O suicídio é considerado um crime, pois, vai contra o conceito de justiça, derivada da relação do homem com Deus, com outros homens e consigo mesmo.
TEOLÓGICA	Deus é o criador da vida e ela é Dele, portanto, não se pode praticar suicídio, pois, a vida não nos pertence.

Hillman (1926)

No caso da perspectiva sociológica, faz-se necessário refletir sobre a sociedade na qual o indivíduo que pratica o suicídio está inserido, o que inclui considerar aspectos, tais como, o clima, a época do ano, os vínculos sociais, o sexo, o gênero e a idade. Nesse tipo de metáfora, a análise tem como foco os aspectos sociais.

Na perspectiva médica, o ponto principal é o dever do médico de proteção a vida, portanto, o suicídio se opõe diretamente a essa tarefa primordial. O médico tem como principal objetivo evitar a suicídio a qualquer custo, procurando maneiras de prevenção e tratamento que evitem a morte por suicídio. Para o direito, o suicídio não é reconhecido como um direito humano a ser protegido.

Desta forma, apesar de não ser considerado um crime passível de punição, o incentivo e o ato de prover meios que auxiliem um indivíduo a praticar suicídio são penalizáveis.

Para a teologia, em que se considera que a vida é um bem outorgado por Deus (ou pelos deuses), ninguém poderia retirar a própria vida, pois, ao fazê-lo, estaria subtraindo algo que não lhe pertence.

Em todas essas perspectivas, a interpretação do referido fenômeno pauta-se por aspectos exteriores ao indivíduo. No presente trabalho serão destacadas as perspectivas sociológica e médica do suicídio.

3.1 Suicídio como fenômeno sociológico

O suicídio é um fenômeno sociológico estabelecido, que transcende épocas e não está vinculado à local ou sociedade específica. Desse modo, é uma temática amplamente explorada pela literatura, teologia e pelos estudos filosóficos, visto que é um ato intrinsecamente correlacionado com o sofrimento existencial e com as razões que permeiam o propósito individual (Hillman, 1926)

No final do século XVIII, houve um relevante movimento artístico, com abordagem da melancolia e o sofrimento do ser. Foi a corrente literária ultrarromântica alemã denominada “*Sturm und Drang*”, cuja fundamentação residia nos conceitos “*Sturm der Leidenschajten*” (tempestade das paixões) e “*Drang des Wunsches*” (ímpeto dos desejos). Entre seus representantes, está o escritor Johann Wolfgang von Goethe, autor da obra ‘Os sofrimentos do jovem Werther’, o qual romantiza o suicídio de um nobre após um amor não correspondido, e provocou uma onda de suicídios por entre jovens leitores europeus que idealizavam suas angústias na personagem. Posteriormente, em meados do século XIX, surgiria uma vertente brasileira do Romantismo inspirada nesta tendência europeia. Em consonância com as influências advindas de *Sturm und Drang*, despontava na filosofia o movimento pessimista, sendo um dos precursores o filósofo alemão Arthur Schopenhauer (1788-1860). Em seu livro “O mundo como vontade e representação” (1819), o pensador descreve o homem como um infeliz refém da Vontade metafísica. Conforme Schopenhauer, a existência é uma condição inata de sofrimento, visto que a Vontade, coisa-em-si dos fenômenos do mundo, é um processo de autodiscórdia, que fomenta no indivíduo um círculo vicioso pela saciedade de seus desejos. Schopenhauer compara esse ciclo com os infortúnios dos mitos gregos Íxion, Danaides e Tântalo, que são submetidos eternamente a castigos niilistas devido à condenação divina.

Desse modo, ainda que a satisfação gere o alívio momentâneo do sofrer, o ímpeto ilusório renova-se e mais desejos são desenvolvidos: se há rápida satisfação destes, sobrevém o tédio; se há demora para realizá-los, sobrepõe-se a angústia. Portanto, o homem dissocia-se da razão e afunda-se profundamente em seus próprios demônios, os

³ O Grande Livro Dos Mitos Gregos, R Graves - 2008 - Ediouro Publicações

quais, por sua vez, refletem em atos de guerra e violência (Schopenhauer, 2005).

Todo QUERER nasce de uma necessidade, portanto, de uma carência, logo, de um sofrimento. A satisfação põe um fim ao sofrimento; todavia, contra cada desejo satisfeito permanecem pelo menos dez que não o são. Ademais, a nossa cobiça dura muito, as nossas exigências não conhecem limites; a satisfação, ao contrário, é breve e módica. Mesmo a satisfação final é apenas aparente: o desejo satisfeito logo dá lugar a um novo: aquele é um erro conhecido, este um erro ainda desconhecido. Objeto algum alcançado pelo querer pode fornecer uma satisfação duradoura, sem fim, mas ela se assemelha sempre apenas a uma esmola atirada ao mendigo, que torna sua vida menos miserável hoje, para prolongar seu tormento amanhã. - Daí, portanto, deixar-se inferir o seguinte: pelo tempo em que o querer preenche a nossa consciência, pelo tempo em que estamos entregues ao ímpeto dos desejos com suas contínuas esperanças e temores, por conseguinte, pelo tempo em que somos sujeito do querer, jamais obtemos felicidade duradoura ou paz. E em essência é indiferente se perseguimos ou somos perseguidos, se tememos a desgraça ou almejamos o gozo: o cuidado pela Vontade sempre exigente, não importa em que figura, preenche e move continuamente a consciência. Sem tranquilidade, entretanto, nenhum bem-estar verdadeiro é possível. O sujeito do querer, conseqüentemente, está sempre atadado a roda de Íxion que não cessa de girar, está sempre enchendo os tonéis das Danaides, é o eternamente sedento Tântalo (SCHOPENHAUER)”

É relevante salientar que Schopenhauer preconizava que a contemplação à arte era o único modo efetivo de alívio do sofrimento e não considerava o suicídio como um ato válido neste contexto. Contudo, baseando-se no pensamento pessimista schopenhaueriano, já que a vida é sofrimento, é compressível conceber o suicídio como um modo de ruptura desse ciclo de angústia (Schopenhauer, 2005).

Já no século XIX, o pensador Émile Durkeim, fundador da sociologia moderna, escreveu um extenso pioneiro trabalho sobre suicídio. Para Durkeim, o objeto de estudo da sociologia são os fatos sociais, que é definido como “toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais”. O fato social é, portanto, geral à medida que se aplica a todos os indivíduos de uma sociedade, é coercitivo ao conduzir o indivíduo a atos contra a vontade própria em nome do coletivo e exterior, visto que sua constituição precede a existência individual. O sociólogo também ressalta que os indivíduos estão interligados através de uma coesão social, representada pela solidariedade.

Cabe salientar que existem dois tipos de solidariedade: a mecânica (características de sociedades primitivas, em que a coesão se dá mediante à semelhança coletiva e estados de consciência comuns aos membros, estabelecendo o direito repressivo para mantê-la) e a orgânica (característica de sociedades complexas, em que há divisão do trabalho social, sendo os papéis individuais essenciais para a construção do coletivo) (ARAUJO, 2005).

Em relação ao suicídio, Durkheim compreende o ato como:

Nous disons donc définitivement: On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat (Durkheim, 1986, p.5).⁴

Portanto, segundo Durkheim, o suicídio é uma questão individual, mas uma problemática coletiva. Dessa forma, em qualquer sociedade, existirá um grupo de indivíduos que são suscetíveis ao suicídio e deve-se procurar as causas sociais desencadeadoras de tal fenômeno. À medida que se diminui a coesão social, aumentam-se significativamente tendências disruptivas como o suicídio. Desse modo, infere-se que o suicídio é um fato social, contemplando as características de coercitividade, exterioridade e generalidade. A partir desse conceito e a fim de abranger as etiologias e circunstâncias do ato, Durkheim subdivide o suicídio em três tipos: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio anômico.

O suicídio egoísta é compreendido como aquele que ocorre quando se sobrepõe o estado do eu individual em detrimento do eu social, em que o individualismo excessivo promove a dissociação do indivíduo dos grupos sociais em que está incluso, sejam estes familiares, religiosos ou políticos. Como exemplo, Durkheim cita um maior índice de suicídios entre homens solteiros, divorciados e viúvas, visto que estes são desconexos de um núcleo familiar e, sem as responsabilidades individuais advindas da participação nesta instituição, perdem o sentido existencial.

O suicídio egoísta também está intrinsecamente correlacionado com o distanciamento religioso: de acordo com o sociólogo, doutrinas, tal como a protestante, que permitem uma maior liberdade de pensamento individual possuem maior índice de suicídio entre membros, visto que há um afastamento do grupo social e do propósito divino. Em contrapartida, observa-se na religião judaica, que é mais rígida e interpreta esta prática como pecaminosa, uma unificação dos integrantes e, devido a esta coesão, há menos casos de suicídios na comunidade judaica (TEIXEIRA, 2004).

Quanto mais numerosas são as maneiras de agir e de pensar, marcadas por um caráter religioso, subtraídas, por conseguinte, ao livre exame, mais a ideia de Deus está presente em todos os detalhes da existência e faz convergir para um único e mesmo objetivo as vontades individuais. Inversamente, quanto mais um grupo confessional deixa ao julgamento dos indivíduos, mais ele está ausente de sua vida, menos tem coesão e vitalidade (DURKHEIM, 2004, p. 188).

A antítese do suicídio egoísta seria o suicídio altruísta, em que o indivíduo comete o ato visando o bem-estar do grupo em que está inserido. Como exemplo, cita-se os pilotos japoneses combatentes na Segunda Guerra Mundial, os kamizakes, os quais morriam em prol da honra de sua nação.

⁴ Dizemos, portanto, em definitivo: Chamamos de suicídio qualquer caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado.

Por fim, há o suicídio anômico, o qual seria o mais prevalente na contemporaneidade. Segundo Durkheim, ele é fruto da transição da solidariedade mecânica para orgânica, mediante a implementação da divisão social do trabalho, a qual fragilizou as relações sociais. Desse modo, em sociedades complexas, existe o fenômeno da anomia, que se caracteriza pela redução da solidariedade e dos laços coletivos. Portanto, a anomia está correlacionada com problemáticas sociais, tal como crises político-econômicas e estados de guerra, em que a perturbação social determina a fragilização das instituições, deixando-as incapazes de exercer moralização sobre o indivíduo e, conseqüentemente, tornando-o vulnerável ao suicídio. Nessa perspectiva, conclui-se que a solução para diminuição de casos de suicídios reside, primordialmente, na cessação da anomia, por meio do fortalecimento da solidariedade social e das instituições fundamentais, bem como na promoção de propósito individual mediante a inclusão em núcleos de socialização (TEIXEIRA, 2004).

3.2 Suicídio como fenômeno médico

O médico tem como metáfora básica a promoção da vida, sendo suas tarefas baseadas no preceito de que um médico nunca pode ferir, mas impedir a doença, tratando e curando sempre que possível, diminuindo a dor e sofrimento do paciente, sempre objetivando o bem-estar físico, isto é, a vida. A proteção a vida se dá do ponto de vista orgânico, justificando o uso de qualquer meio disponível para evitar a morte mediante suicídio. O médico não tem uma preocupação com a psique, a não ser quando esse interfira na saúde física (HILLMAN, 1926).

Na área da psiquiatria, diferentemente de muitas especialidades médicas, o tratamento não é visto da perspectiva direta da luta contra morte, mas sim objetivando uma vida funcional e comportamental adaptadas. Neste aspecto, o suicídio para os psiquiatras é um desfecho perturbador, primariamente por não fazer parte da rotina desse especialista e por trazer o sentimento de fracasso e culpa, pois, diversas vezes é difícil precisar o motivo que levou ao ato.

As doenças físicas têm fatores ambientais e genéticos já definidos e identificáveis que explicam de maneira clara a causa do óbito, enquanto o fenômeno do suicídio na visão médica, não possui causas orgânicas amplamente conhecidas, levantando hipóteses que o suicídio seja resultado alterações bioquímicas no metabolismo da serotonina, adrenalina e predisposição genética (TENG, 2015).

Os médicos generalistas têm papel primordial na identificação dos pacientes que apresentem sinais de comportamento suicida de modo a intervir para evitar a consumação do ato, entretanto, é perceptível o desconforto dos profissionais médicos para lidar com o assunto.

O suicídio é marcado por ser chamado no meio médico de fenômeno subnotificado e nas ciências sociais de tabu. A inter-relação entre subnotificação e tabu se dá pela ausência de registro formal nos prontuários médicos e atestados de óbito do suicídio que é um tabu originado do contexto histórico da penalização e condenação do suicídio ao

longo dos séculos tanto nos sentidos político-jurídico quanto no filosófico-moral-religioso.

O suicídio como fenômeno médico, teve na teoria psiquiátrica do início de século XIX, como a primeira tentativa de definição de causas com Pinel e sistematizada posteriormente por seu discípulo Esquirol em 1927. A teoria afirmava que o suicídio tinha características de alienação mentais e apenas um indivíduo delirante cometeria tal ato, conseqüentemente o ato suicida seria involuntário não merecendo punição e sim compreensão para a prevenção. Freud, em seu texto “Além do Princípio do Prazer”, descreve o suicídio a partir da dinâmica psíquica individual, em que os indivíduos possuem duas forças internas ou pulsão de vida, Eros (que nos impulsiona a viver) e Thanatos (que nos impulsiona a autodestruição), sendo o desequilíbrio dessas forças que tornariam o suicídio possível (RAMOS, 2011).

Na graduação médica o fenômeno do suicídio é centrado, durante a formação do profissional, em uma perspectiva predominantemente biomédica com desvalorização da subjetividade o que resulta em profissionais despreparados para lidar com o agravo. A identificação dos indivíduos suscetíveis e conseqüente prevenção se tornam mais difíceis, pois, o resultado do viés que ocorre durante a faculdade se traduz em uma visão moral que se sobrepõem a técnica. A ideologia religiosa tem que ser considerada por interferirem no olhar do médico a cerca do tema, pois, para a grande maioria das religiões a vida é uma dádiva sagrada fazendo com que o suicido seja visto como um atestado a Deus (SOEIRO, 2021).

No intuito de promover a vida, é justificável ao médico, utilizar de qualquer método que evite a morte por suicídio. Esses métodos podem incluir drogas, confinamento e vigilância constante, métodos esses utilizados usualmente para conter criminosos. A promoção da vida se baseia em ampliar a expectativa de vida do paciente, já que a morte é inevitável, levando a seguinte equação: boa vida = mais vida. O médico se utiliza de todas as ferramentas que possui para adiar a morte a qualquer custo. O suicídio encurta a vida, portanto, não promove a saúde. O suicídio é visto como uma disfunção, um desvio, um sintoma cujo único modo de combater é a prevenção. Entende-se assim que como preconceito, baseado no terror fundamental da morte, o conceito de prevenção de suicídio no qual se fundamenta toda a prática médica (HILLMAN, 1926).

Dado o impacto social e financeiro do suicídio, são necessárias políticas públicas que se baseiam primordialmente na prevenção, visão médica do suicídio. As notificações das tentativas de suicídio e suicídio tem papel fundamental para definir o perfil da população de risco.

4 O IMPACTO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA

A vigilância epidemiológica teve início no século XIX na Europa, com o objetivo de monitorar e controlar doenças transmissíveis, sendo a notificação baseada em agravos de interesse sazonal.

No Brasil, até 1973, as doenças imunopreveníveis, em conjunto com aquelas transmitidas por vetores, tuberculose, hanseníase, raiva humana e doenças meningocócicas constituíam os agravos de notificação compulsória (SOUZA, 2009). Portanto, a notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória às autoridades de saúde da ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública e deve ser realizada por qualquer profissional de saúde (BRASIL, 2017).

Somente a partir de 1975, por meio da Lei N.º 6259/1975 e Decreto N.º 78231/19766, a notificação de doenças transmissíveis passou a ser obrigatória com a primeira lista nacional instituída.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado a partir de 1990. Tinha a missão de padronizar a coleta e o processamento dos dados das doenças de notificação compulsória, de modo a contribuir para análise do perfil de morbidade, possibilitando o planejamento de ações preventivas em todo território nacional, nas esferas municipais, estaduais e federal. O uso do SINAN passou a ser obrigatório a partir da publicação da Portaria MS/GM N.º 18 882, de 18 de dezembro de 1997.

Semanalmente, no SINAN, são inseridos os dados provenientes de todos os agravos presentes na lista nacional de doenças de notificação compulsória instituída a partir da Portaria N.º 205, de 17 de fevereiro de 2016, sendo possível incluir ao nível municipal e estadual agravos não presentes nessa lista de acordo com a necessidade regional (BRASIL, 2016).

O fato de o sistema ser descentralizado permite acesso às informações ao nível local, o que viabiliza o planejamento de ações de saúde, definindo as áreas prioritárias para intervenções e o impacto destas (SOUZA, 2009).

A Portaria GM/MS N.º 1271/2014 inclui pela primeira vez na lista de agravos de notificação compulsória as violências. O registro no SINAN é feito através do código Y09, presente na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Tal portaria define que todos os casos de tentativa de suicídio devem ser de notificação imediata em esfera municipal seguindo o fluxo de transmissão dos dados para todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A notificação imediata é aquela que deve ser realizada pelo profissional responsável pelo primeiro atendimento ao caso, em até 24 horas. A tentativa de suicídio foi incluída como de notificação imediata, pois, são necessárias ações rápidas de encaminhamento a

⁵ L6259 - Planalto. <http://www.planalto.gov.br>

⁶ Decreto N.º 78231/1976. <http://www.planalto.gov.br>

centros especializados, de modo a evitar novas tentativas de suicídio e a concretização do ato suicida (BRASIL, 2014).

A violência autoprovocada, que é definida como tentativa de suicídio, suicídio, autoflagelação e automutilação, está incluída nos agravos de notificação compulsória definidos pela Portaria N.º 205, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016).

Em 2016, foi publicado pelo Ministério da Saúde (MS) um instrutivo para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Violência Autoprovocada. O objetivo foi de melhorar a qualidade dos dados incluídos.

A Ficha de Notificação é estruturada em blocos. Cada um deles possui campos que contemplam desde os dados gerais como a residência até os mais específicos como o tipo de ocorrência e encaminhamentos.

Existem três tipos de campos: 1- de preenchimento obrigatório, que se não preenchidos impossibilitam a inserção da ficha no SINAN; 2- essencial que contém dados necessários a investigação do caso e 3- campo chave que identifica o registro no SINAN (Brasil, 2016).

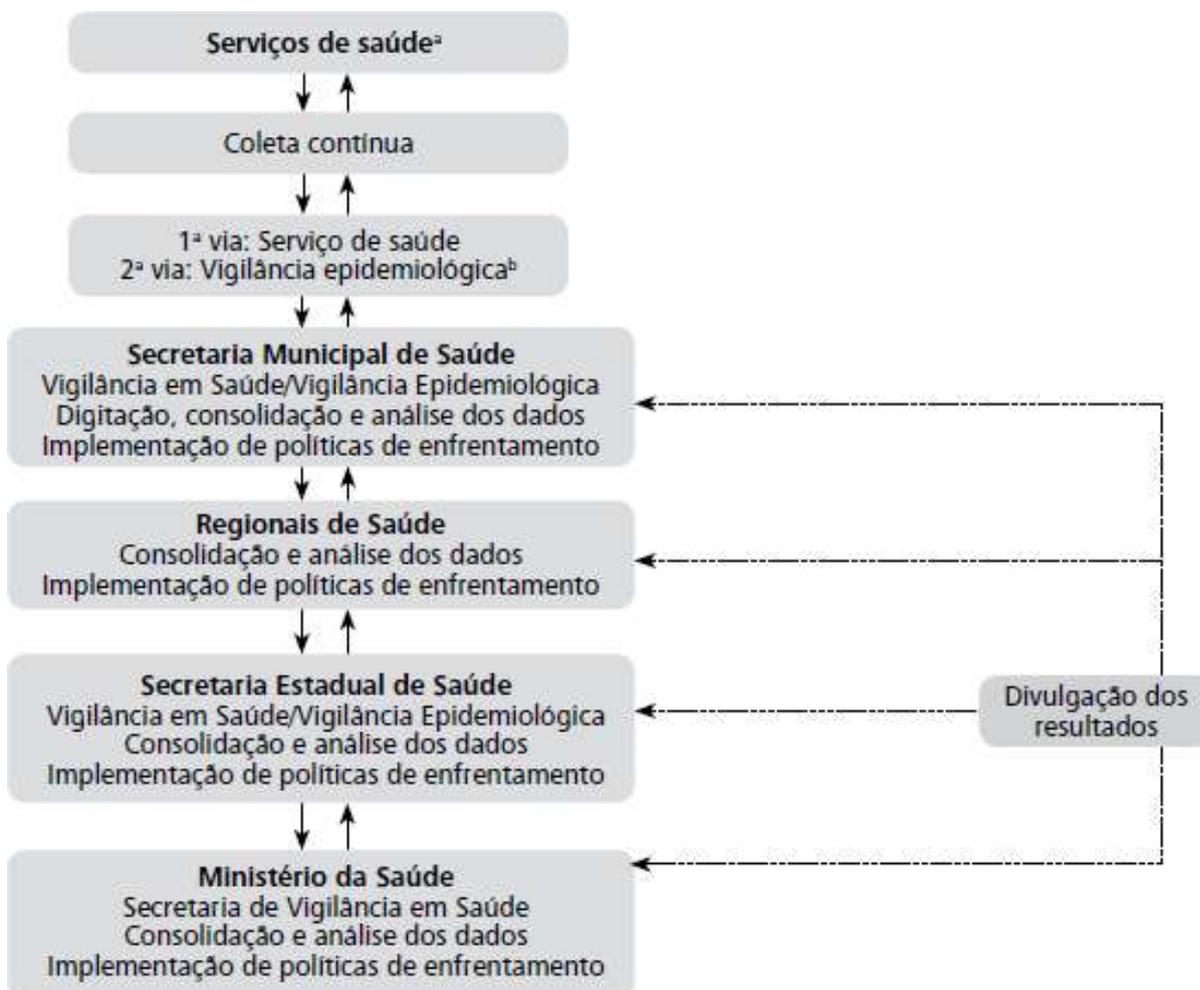
A partir do recebimento da Ficha de Notificação Compulsória deflagram-se as ações da Vigilância Epidemiológica.

A Vigilância Epidemiológica das lesões autoprovocadas visa:

- Identificar a frequência e características dos tipos e formas de violência;
- Identificar pessoas em situação de vulnerabilidade e locais de ocorrências;
- Possibilitar o direcionamento de ações para áreas prioritárias e de maior risco;
- Divulgar informações colhidas com a finalidade de incrementar medidas de prevenção, promoção e assistência;
- Monitoramento e avaliação das ações realizadas.

Após a identificação do caso de violência autoprovocada é utilizado o fluxo de notificação de violência no SINAN, tal como exposto na Figura 1.

Figura 1 – Fluxo de Informações



Fonte: Guia de Vigilância em Saúde: volume único, Brasil, 2019. <https://portalarquivos2.saude.gov.br>

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Traçar um perfil epidemiológico da Violência autoinfligida no Município de Vila Velha, ES, focando nas notificações de suicídio e tentativa de suicídio.

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar os grupos de risco para tentativa de suicídio e suicídio do Município de Vila Velha, ES;
- Identificar por meio da ficha de notificação da violência autoprovocada o sexo com maior frequência de tentativas de suicídio;
- Identificar por meio da ficha de notificação da violência autoprovocada as faixas etárias com maior frequência de tentativas de suicídio;
- Identificar por meio da ficha de notificação da violência autoprovocada os meios mais utilizados nas tentativas de suicídio.

6 MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa documental, buscando analisar o fenômeno da Violência Autoinfligida a partir de fontes primárias de dados.

As informações foram compiladas de Fichas de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal e Autoinfligida, que foram inseridas no SINAN entre os anos de 2014 a 2019, período pré pandemia de Covid 19, compreendendo o período em que a notificação obrigatória foi instituída no SINAN, que é utilizado como banco de dados federais.

A partir de janeiro de 2020, o SINAN foi substituído por outra plataforma de Vigilância Epidemiológica denominada E SUS, que está ainda em processo de implantação dificultando a copilação de dados e introduzindo um viés de confusão no estudo, pois, foram comparadas fichas que foram inseridas em metodologias diferentes.

Como critério de inclusão, o documento utilizado será a Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal e Autoinfligida do Ministério da Saúde em que o campo 54 (lesão autoprovocada) estiver preenchido como 1(sim). Como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Campo 54 da Ficha de Notificação

54 A lesão foi autoprovocada?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal e Autoinfligida do Ministério da Saúde

Para acessar as fichas no SINAN, mediante autorização da Prefeitura Municipal de Vila Velha, foram utilizados os computadores da Vigilância Epidemiológica de Vila Velha que possuem o programa instalado. Foram emitidas planilhas com dados estratificados por ano de notificação e variáveis definidas previamente utilizando o programa Tabwin7 para tabulação de dados. O Tabwin é um aplicativo utilizado para a tabulação de dados e cruzamento de informações de forma rápida, possibilitando aos gestores, estudantes e público, em geral, obter informações diversas no âmbito do SUS, sendo importante na gestão das políticas de saúde. Esse aplicativo permite, de maneira rápida e segura, realizar pesquisa de dados em fontes oficiais a partir de todos os sistemas de informações no SUS disponíveis (DATASUS, 2019).

As fichas também foram salvas no formato de PDF para que possam ser analisadas posteriormente.

⁷ <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3>

Por se tratar de uma pesquisa documental, de dados de livre acesso à população, não há necessidade de aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa. Ainda assim, manter-se-á o compromisso com a ética e confidencialidade dos documentos pesquisados, de modo a respeitar todas as diretrizes das Resoluções nº466/2012 e 510/2016 do Ministério de Saúde, que direcionam as pesquisas com seres humanos.

Os resultados obtidos foram divulgados por meio da participação em eventos científicos e pela publicação de artigos em periódicos especializados, com o intuito de contribuir para o avanço da formulação de conhecimentos sobre a temática pesquisada, e para o fomento de outras investigações.

A coleta de dados do SINAN do Município de Vila Velha foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice A).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram analisados por meio do Statistical Package for Social Science (SPSS) na sua versão 26 para Windows.

Foram utilizadas, primeiramente estatísticas descritivas (análise de frequência, medidas de tendência central e análise de dispersão) dos dados contidos nos relatórios, compreendendo um comportamento geral dos dados, e, em seguida, realizadas análises de Qui-Quadrado independente para compreender a relação entre os registros dos métodos escolhidos para autoagressão e variáveis sociodemográficas.

Primeiramente, ressalta-se que o banco de dados fornecidos apresentava dados ausentes. Ou seja, quando se notificava uma situação, nem todos os dados eram coletados, fazendo com que o número de participantes por categorias sociodemográficas e das demais variáveis possam apresentar variações. O preenchimento incorreto ou ausente das fichas de notificação podem inviabilizar a utilização das informações do banco de dados. Essas inconsistências sinalizam a necessidade de treinamento no preenchimento das fichas e posterior revisão dos dados antes de serem inseridos nos bancos de dados (GIRIANELLI, 2018).

Quanto aos dados sociodemográficos, pode-se constatar que, dos que foram cadastrados por tentativa de suicídio, 72,80% (f = 645) eram do sexo feminino e 27,20% (f = 241) eram do sexo masculino. O predomínio do sexo feminino nas tentativas de suicídio é semelhante ao encontrado na literatura mundial e brasileira (VELOSO, 2017). As mulheres são a população mais vulnerável independente da escolaridade, devido a uma tendência maior de distúrbio psiquiátrico em mulheres. Os achados epidemiológicos reforçam que no sexo feminino a frequência de tentativas de suicídio se sobrepõe ao sexo masculino (BAHIA, 2017).

A maior frequência de tentativas de suicídio em mulheres pode ser explicada também pela alta incidência nessa população de solidão, desemprego e baixa escolaridade (RIBEIRO, 2018), e como fuga para conflitos (LEITE, 2016). Os dados seguem a literatura mundial que relata que mulheres são mais propensas às tentativas de suicídio, enquanto os homens alcançam o resultado de morte por suicídio cerca de três vezes mais, o que se justificaria pela utilização por parte dos homens de métodos mais letais (MOREIRA, 2017). Quanto ao estado civil, 65,80% (f = 431) são solteiros, 26,71% (f = 175) são casados(a)s e 7,48% (f = 49) são separados. Temos neste caso semelhança com a literatura que descreve com fator de risco para o suicídio o fato de viver sozinho englobando ser divorciado, viúvo ou nunca ter se casado (CFM, 2014).

No tocante a idade, averiguou-se uma média de 29 anos e 5 meses de idade (DP = 13,39), sendo 18,40% (f = 204) jovens até 18 anos, 57,70% (f = 640) adultos de 19 até 59 anos, e 2,90% (f = 32) eram idosos, de 60 anos para cima. O dado da presente pesquisa assemelha-se a predominância na faixa etária 20 e 29 anos (VELOSO, 2017).

Na faixa etária de 10 a 19 anos, verificou-se um crescimento nas tendências de suicídio que poderiam ser explicadas pela adolescência, fase repleta de mudanças físicas e emocionais que podem levar a conflitos internos de busca de identidade e a acentuação de problemas familiares. A adolescência apresenta os maiores índices de comportamento suicida e, por vezes, essa pode ser uma maneira de buscar a atenção familiar para suas angústias (PINTO, 2017). No artigo “Violência gera violência: fatores de risco para a tentativa de suicídio entre adolescentes” os adolescentes do estudo revelaram falta de acolhimento familiar. Um ambiente que deveria ser afetivo demonstrou-se ser o inverso, revelando descaso, omissões e violência. Em algumas situações, o isolamento e o suicídio podem se configurar como única saída possível (LEITE, 2016). O suicídio entre jovens vem crescendo mundialmente e, no Brasil, já é a terceira causa de morte nessa população. Além dos fatores de risco já identificados, o suicídio de pessoas famosas ou próximas ao adolescente figura como um fator de risco adicional. Destaca-se, ainda, que a faixa etária de 15 a 19 anos tem a depressão como principal transtorno capaz de desencadear as tentativas de suicídio e conseqüentemente o óbito (BATISTA, 2016).

Como na literatura, a população mais prevalente é a de adultos jovens tendo impacto socioeconômico relevante (MACHADO, 2017). Foi observado um número elevado de óbitos em adultos jovens, o que produz um impacto econômico considerável por se tratar de uma população economicamente ativa. O crescente número de suicídios nessa população pode ser explicado por diversos fatores como: desemprego, baixa capacitação profissional, uso de drogas, depressão, tendência a automutilação (MOREIRA, 2017).

A baixa frequência de idosos no estudo pode ser explicada pela tendência dos idosos de não informar as suas ideias suicidas o que resulta em maior êxito (PINTO, 2017), por serem mais efetivos na consumação da morte ou serem tratados em domicílio e nas instituições que os abrigam (BAHIA, 2017). Vivemos em uma sociedade cujos padrões de beleza da juventude são supervalorizados, o envelhecimento que traz consigo as rugas e cabelos brancos que podem diminuir a autoestima, associadas ao isolamento, perda de vínculos e abandono contribuem para o risco aumentando de suicídio entre idosos (VABO, 2016). A análise da população idosa revelou uma taxa de suicídio variando entre 7,3 a 7,8 óbitos por 100 000 habitantes, a maior entre todas as faixas etárias (CALIXTO FILHO, 2017).

Em relação à localização, 98,50% (f = 792) estão na zona urbana, 1,24% (f = 10) na zona rural e 0,24% (f = 2) na zona periurbana. Na literatura está descrita uma maior frequência de tentativas de suicídio em pessoas que residem em zona urbana. A pesquisa não foi capaz de precisar o local de maior frequência de ocorrência das tentativas de suicídio devido à ausência de preenchimento deste campo na ficha de notificação compulsória.

Há trabalhos relatando que cerca de 89,9% dos casos foram nas residências sendo os óbitos mais frequentes em homens, residentes de zona urbana e baixa escolaridade (VELOSO, 2017). A residência configura como principal local das tentativas de suicídio,

o que pode ser explicado pelo acesso facilitado aos meios de intoxicação exógena mais comuns (medicamentos e raticidas). Tal fato demanda um cuidado maior por parte dos serviços de saúde e familiares quando identificados pacientes com tendências suicidas. A residência também figura como local preferencial para enforcamentos, meio preferencial dos homens (RIBEIRO, 2018).

Não foi possível avaliar na pesquisa a frequência de acordo com a atividade laboral devido a ausência desse campo como obrigatório na ficha de notificação compulsória. Sabe-se que uma atividade laboral que está ligada intimamente com os suicídios é a agricultura. Essa população padece em condições precárias, dificuldades econômicas, êxodo rural além da exposição a produtos tóxicos proveniente do uso de agrotóxicos. A literatura médica relaciona o uso frequente dessas substâncias com alterações do Sistema Nervoso Central que levam desde distúrbios de ansiedade, insônia até a quadros depressivos graves que podem evoluir para o suicídio pela simples manipulação desses organofosforados (PINTO, 2017).

Averiguou-se que 98,86% (f = 860) foram registados por tentativa de suicídio e 1,14% (f = 10) foram registrados como suicídio. A predominância de ausência de êxito ao consumir o ato suicida presente nos dados do nosso trabalho se justifica pela escolha de nossa fonte primária para coletas de dados, a ficha do SINAN. Analisando os sistemas de informação, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) é mais eficiente para detecção dos casos de suicídio quando comparado ao SINAN. O SINAN tem melhor acurácia no registro das tentativas de suicídio que provêm das Unidades de Saúde e Serviços de Urgência.

As subnotificações não devem ser excluídas as subnotificações, que ocorrem por motivos diversos, que incluem a alta demanda de atendimento, desconhecimento da importância da notificação e despreparo para o preenchimento da mesma (RIBEIRO, 2018). A subnotificação também prejudica a coleta de dados devido a grande proporção de causas mal definidas. Associada a isso, vários casos de suicídio são mascarados por outras denominações como acidente, afogamento, envenenamento acidental (PINTO, 2017).

Foi verificado que 54,48% (f = 348) tentaram mais de uma vez e 45,52% (f = 291) tentaram uma única vez (ver tabela 2). No caso da predominância de mais de uma tentativa de suicídio cometida pelo mesmo indivíduo, apurada nessa pesquisa, se assemelha fortemente aos dados de outras pesquisas epidemiológicas, que demonstram associação significativa entre exposições repetidas e suicídio (VELOSO, 2017). A literatura revela que cerca de 20% dos pacientes que tentaram suicídio repetirão a tentativa em até um ano e obterão êxito em cerca de 10% dos casos. Para cada caso de óbito por suicídio há a estimativa de pelo menos 20 tentativas de suicídio (MONTEIRO, 2015).

O histórico de tentativas de suicídio é o principal fator preditivo para a consumação do ato suicida. Dados da literatura apontam que cerca de 5% da população vai tentar suicídio em algum período da vida, essa estimativa é maior entre adolescentes, variando de 3% a 20%. Estimativas também indicam que as tentativas de suicídio superam em dez

vezes os números de suicídios. Cerca de 75% dos pacientes com comportamento suicida procuram os serviços de Atenção Primária antes de morrerem sendo que 45% no mês que cometeram suicídio (VABO, 2016). O óbito por suicídio tem maior frequência dentro do primeiro ano após a primeira tentativa de suicídio. Esse fato detona a relevância de medidas de prevenção e tratamento voltada para os indivíduos em que foi identificada a tentativa de suicídio (CALIXTO FILHO, 2017).

Tabela 2 – Dados sociodemográficos

		<i>f</i>	%
Sexo	Masculino	645	72,80%
	Feminino	241	27,20%
Estado civil	Solteiros	431	65,80%
	Casados	175	26,71%
	Separados	49	7,48%
Faixa etária	Jovens	204	18,40%
	Adultos	640	57,70%
	Idosos	32	2,90%
Zona	Urbana	792	98,50%
	Rural	10	1,24%
	Periurbana	2	0,24%
Tentativa de suicídio	Falha	860	98,86%
	Conclusiva	10	1,14%
Mais de uma tentativa	Sim	348	54,48%
	Não	291	45,52%

Quanto a presença de deficiências, nenhum dos registros apresentaram deficiência física ($f = 870$). Em relação à deficiência intelectual, foi verificado que 99,20% ($f = 864$) constataram ausência e 0,80% ($f = 7$) apresentaram a presença de alguma deficiência intelectual. Acerca de deficiências visuais, 99,50% ($f = 866$) registraram ausência e 0,50% ($f = 4$) apresenta de alguma deficiência. Sobre deficiência auditiva, 99,70% ($f = 868$) demonstraram ausência e 0,30% ($f = 3$) demonstraram presença de alguma deficiência (ver tabela 3). Os dados epidemiológicos da literatura não corroboram com os achados, pois, é citado como fator de risco para o suicídio a presença de doenças crônica e debilitantes (CFM, 2014)

Quanto aos transtornos mentais, 81,30% (f = 708) não apresentaram transtorno, porém, 18,70% (f = 163) demonstraram presença de algum transtorno mental. Acerca dos transtornos de comportamento, 87,50% (f = 755) relataram a ausência e 12,50% (f = 108) registraram presença de algum transtorno de comportamento (ver tabela 3). Diferentemente de outros estudos, não foi constatada maior frequência de transtornos mentais e de comportamento. Estudos identificaram como fatores de risco para óbito por lesão autoprovocada a presença de doenças psiquiátricas, ressaltando a depressão, ansiedade e uso abusivo de álcool, tendo a depressão como o mais evidente (Monteiro, 2015); (PINTO, 2017).

O desenvolvimento de transtornos mentais está diretamente ligado ao ambiente familiar, escolar e da comunidade e também a abusos de natureza física, sexual e moral que ocorrem na infância (BATISTA, 2016).

O suicídio é uma atitude pensada por um indivíduo que enxerga o autoextermínio como único meio de pôr fim a um sofrimento sem solução. O paciente evolui de pensamentos suicidas para ameaças, tentativas e finalmente o suicídio. O comportamento suicida pode ser confundido pela família como uma condição pontual relacionada, por exemplo, ao desemprego ou rompimento amoroso.

O foco das medidas de prevenção deve ser a população com transtornos mentais, já que 90% dos suicidas apresentam doenças psiquiátricas diagnosticáveis e tratáveis. Os pacientes que comentem suicídio não o fazem de modo súbito dando a oportunidade de identificação e intervenção antes da concretização do suicídio. Os profissionais da Saúde Mental identificam com maior frequência o comportamento suicida, portanto, utilizam as ferramentas cognitivas descritas na literatura como de suma importância para a prevenção. Entre as ferramentas cognitivas descritas estão: acolher sem julgar, escutar com empatia, identificar e aprender a gerenciar emoções. As utilizações dessas ferramentas auxiliam a criação de vínculo e cuidado com o paciente que tem comportamento suicida (VABO, 2016).

Tabela 3 – Análise de frequência de deficiências e transtornos mentais.

Deficiência/transtorno		f	%
Deficiência física	Sim	0	0,00%
	Não	870	100%
Deficiência intelectual	Sim	7	0,80%
	Não	864	99,20%
Deficiência visual	Sim	4	0,50%
	Não	866	99,50%
Deficiência auditiva	Sim	3	0,30%
	Não	868	99,70%
Transtornos mentais	Sim	163	18,70%
	Não	708	81,30%
Transtorno de comportamento	Sim	108	12,50%
	Não	755	87,50%

No que se refere aos tipos de agressão, em relação a uso de força corporal para a tentativa de suicídio, encontrou-se que 90,70% (f = 788) dos casos investigados não utilizaram desse método, e 9,30% (f = 81) chegaram a utilizar.

Quanto ao enforcamento, 2,10% (f = 18) dos casos registraram esse método e 97,90% (f = 853) não. Em relação ao uso de objetos contundentes na tentativa de suicídio, constatou-se que 1,00% (f = 9) utilizaram e 99,00% (f = 869) não utilizaram esse método. No tocante ao uso de objetos cortantes, 18,60% (f = 162) afirmaram a utilização desse método de autoagressão e 81,40% (f = 708) não o utilizaram. Com relação a envenenamento, 58,80% (f = 517) relataram esse meio para a tentativa de suicídio, sendo o método mais frequente entre os dados coletados. No tocante ao uso de arma de fogo, 0,70% (f = 6) utilizaram esse método e 99,30% (f = 860) optaram por outro.

Os dados reafirmam achados de pesquisas prévias que demonstram o envenenamento como método preferencial. As lesões autoprovocadas decorrentes de envenenamento lideram seguidas pelo uso de objetos perfurocortantes, sendo que cerca de 80% dos pacientes admitem a intencionalidade da lesão (BAHIA, 2017).

Os medicamentos predominam nos casos que não evoluem para morte e raticidas são de uso elevado, isso se deve ao fato do fácil acesso aos mesmos nas residências (VELOSO, 2017); (LEITE, 2016); (MOREIRA, 2017). O uso de pesticida aparece em diversos casos como causa da morte, o que revela a facilidade de aquisição, consequentes da

deficiência na fiscalização da comercialização dos mesmos.

Quando analisados os óbitos registrados, constatou-se que a maioria ocorreu por lesão autoprovocada, não relacionada com intoxicação, cujo principal meio foi o enforcamento (MOREIRA, 2017). Uma das consequências da opção preferencial dos pacientes pela utilização, nas tentativas de autoextermínio, de meios de baixa letalidade, como intoxicações medicamentosas leves e cortes é que ao procurarem os serviços de urgência não recebem a atenção necessária dos profissionais de saúde do setor, tendo alta na maioria das vezes sem os devidos encaminhamentos para os serviços psiquiátricos. Isso resulta em um retorno à situação de origem sem a possibilidade de alívio de seu sofrimento (BAÉRE, 2019).

A partir da análise de qui-quadrado, constatou-se que não houve nenhuma associação entre algum método específico de autoagressão com algum sexo específico (ver tabela 4). Os dados diferem da literatura, pois, não houve um método preferencial relacionado ao sexo. As mulheres têm uma preferência pelo envenenamento, sendo que um dos fatores que contribui para a maior efetividade dos homens em consumir o suicídio é o uso de métodos mais letais (BAHIA, 2017); (RIBEIRO, 2018); (LEITE, 2016); (MOREIRA, 2017); (CALIXTO FILHO, 2017). Os homens utilizam para execução do suicídio o enforcamento, seguido de estrangulamento e sufocamento (BATISTA, 2016).

A ingestão de medicamentos nessas tentativas de suicídio é 5 vezes maior nos pacientes do sexo feminino quando comparados aos pacientes do sexo masculino (RIBEIRO, 2018). Quando observamos as internações, por tentativas de suicídio, aparecem em alta prevalência o álcool e pesticidas. Enforcamentos e estrangulamentos apresentaram as menores taxas de internações por lesão autoprovocada. Isso reforça que os medicamentos são o principal meio de intoxicação usado pelas mulheres (Monteiro, 2015) e no sexo masculino há prevalência dos métodos mais letais como o enforcamento com maior êxito (Monteiro, 2015).

Tabela 4 – Métodos de autoagressão em função do sexo

		Masculino		Feminino		Total		Qui ²
		f	%	f	%	f	%	
Força corporal	Sim	21	8,80%	60	9,50%	81	9,30%	,721
	Não	219	91,30%	569	90,50%	788	90,70%	
Enforcamento	Sim	6	2,50%	12	1,90%	18	2,10%	,587
	Não	235	97,50%	618	98,10%	853	97,90%	
Obj.contundente	Sim	1	0,40%	8	1,30%	9	1,00%	,281
	Não	233	99,60%	625	98,70%	869	99,00%	
Obj.cortante	Sim	43	18,40%	119	18,70%	162	18,60%	,910
	Não	191	81,60%	517	81,30%	708	81,40%	
Obj.quente	Sim	3	1,30%	6	0,90%	9	1,00%	,663
	Não	231	98,70%	629	99,10%	860	99,00%	
Envenenamento	Sim	137	57,60%	380	59,30%	517	58,80%	,645
	Não	101	42,40%	261	40,70%	362	41,20%	
Arma de fogo	Sim	1	0,40%	5	0,80%	6	0,70%	,567
	Não	233	99,60%	627	99,20%	860	99,30%	

Em seguida, foram realizadas associações entre os métodos de tentativa de suicídio e o estado civil, utilizando os grupos de maiores frequências (solteiros, casados e separados). No que se refere ao uso de força corporal, 98,40% (f = 422) dos solteiros, 96,50% (f = 165) dos casados e 97,70% (f = 43) dos separados não optaram por esse meio. Quanto a enforcamento, 95,60% (f = 410) dos solteiros, 90,60% (f = 155) dos casados e 95,50% (f = 42) dos solteiros não escolheram esse método. Quanto aos objetos contundentes, 99,50% (f = 426) dos solteiros, 98,80% (f = 168) dos casados e 100% (f = 45) dos separados não buscaram esse método. No tocante aos objetos cortantes na tentativa de suicídio, 81,80% (f = 351) dos solteiros, 82,60% (f = 142) dos casados e 73,90% (f = 34) dos separados não tentaram esse método, mas aqui se encontra uma frequência maior de escolhas quanto a

esse método. Por fim, quanto ao uso de objetos quentes, 99,50% (f = 427) dos solteiros, 97,70% (f = 168) dos casados e 100% (f = 45) dos separados não optam por esse método. Para esses citados acima, não se pode encontrar associação entre a escolha do método e alguma classificação de estado civil (ver tabela 5). Porém, o teste de qui-quadrado de independência mostrou que há associação entre a preferência por arma de fogo e o estado civil [$X^2(2) = 10,012$; $p < 0,05$], mais especificamente para os casados, indicando que esse perfil sociodemográfico, optam mais frequentemente por esse meio de tentativa de suicídio. Também foi possível encontrar associações estatisticamente significativas entre o estado civil e envenenamento [$X^2(2) = 8,642$; $p < 0,05$]. Para esse meio, os solteiros apresentam maiores tendências e os casados apresentam baixa tendência de escolha para esse método (ver tabela 5). Não existe na literatura, até o presente momento, referência sobre a associação e o estado civil e a preferência de método de tentativa de suicídio.

Tabela 5 – Métodos de autoagressão em função do estado civil.

		Solteiro(a)		Casado(a)		Separado(a)		Qui ²
		f	%	f	%	f	%	
Força corporal	Sim	7	1,60%	6	3,50%	1	2,30%	,363
	Não	422	98,40%	165	96,50%	43	97,70%	
Enforcamento	Sim	19	4,40%	16	9,40%	2	4,50%	,061
	Não	410	95,60%	155	90,60%	42	95,50%	
Obj.contundente	Sim	2	0,50%	2	1,20%	0	0%	,524
	Não	426	99,50%	168	98,80%	45	100%	
Obj.cortante	Sim	78	18,20%	30	17,40%	12	26,10%	,385
	Não	351	81,80%	142	82,60%	34	73,90%	
Obj.quente	Sim	2	0,50%	4	2,30%	0	0,00%	,079
	Não	427	99,50%	168	97,70%	45	100%	
Envenenamento	Sim	279	64,30%	91	52,30%	26	53,10%	,013*
	Não	153	35,70%	83	47,70%	23	46,90%	
Arma de fogo	Sim	1	0,20%	5	2,90%	0	0,00%	,007*
	Não	426	99,80%	166	97,10%	45	100%	

* = valor de p significativo, $p < 0,05$

No que se refere aos meios tentados para o suicídio em função da faixa etária, acerca do uso da força corporal, verificou-se que a maioria de jovens (97,50%; f = 199), adultos (98,20%; f = 611) e idosos (96,80%; f = 30) não optam por método. Quanto ao uso de enforcamento, a maioria dos jovens (93,60%; f = 191), adultos (94,90%; f = 155) e idosos (93,50%; f = 42) não optaram por esse método. Resultados similares foram encontrados para objetos contundentes [jovens (99,00%; f = 202), adultos (99,00%; f = 616), e idosos (96,80%; f = 30)], objetos quentes [jovens (99,50%; f = 203), adultos (98,70%; f = 616), e idosos (96,70%; f = 31)] e armas de fogo [jovens (100%; f = 202), adultos (99,00%; f = 617), e idosos (100%; f = 31)], sendo método pouco frequentes (ver tabela 6).

Para o método de envenenamento, pode-se ver, assim como para os dados gerais, uma frequência maior por esse método de autoagressão. No que tange aos objetos cortantes como método escolhido para autoagressão, pode-se constatar associações quanto as faixas etárias [$X^2(2) = 11,129$; $p < 0,05$]. Averiguou-se que os jovens possuem uma maior associação com esse método, sendo um método mais frequente entre esse público e menos frequente para os adultos (ver tabela 6).

A maior frequência encontrada na utilização de objetos cortantes por jovens está em concordância com a literatura pesquisada. A automutilação é meio frequente utilizado por adolescentes. Os adolescentes justificavam a automutilação como uma maneira de aliviar a ansiedade e os sintomas da depressão. Outro fator agravante para o risco de automutilação é a violência sexual na infância e adolescência, sendo que nem toda automutilação objetiva o suicídio (FIGUEIREDO, 2019). O abuso sexual é um dos fatores desencadeantes do suicídio, mas as subnotificações desses eventos impossibilitam uma correlação mais precisa. A literatura médica formulou a hipótese que agressões sexuais nos primeiros anos de vida aumentam a expressão de um tipo específico de neuroreceptores em suicidas que tem como principal função a regulação da resposta comportamental e fisiológica a eventos estressores, amplificando essas respostas (PINTO, 2017).

Tabela 6 – Métodos de autoagressão em função da faixa etária

		Jovens		Adultos		Idosos		Qui ²
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Força corporal	Sim	5	2,50%	11	1,80%	1	3,20%	,732
	Não	199	97,50%	611	98,20%	30	96,80%	
Enforcamento	Sim	13	6,40%	32	5,10%	2	6,50%	,777
	Não	191	93,60%	155	94,90%	42	93,50%	
Obj.contundente	Sim	2	1,00%	6	1,00%	1	3,20%	,481
	Não	202	99,00%	616	99,00%	30	96,80%	
Obj.cortante	Sim	53	26,60%	100	16,00%	8	25,80%	,004*
	Não	151	74,00%	525	84,00%	23	74,20%	
Obj.quente	Sim	1	0,50%	8	1,30%	0	0,00%	,530
	Não	203	99,50%	616	98,70%	31	100%	
Envenenamento	Sim	116	56,90%	374	59,00%	19	61,30%	,825
	Não	88	43,10%	260	41,00%	12	38,70%	
Arma de fogo	Sim	0	0,00%	6	1,00%	0	0,00%	,323
	Não	202	100%	617	99,00%	31	100%	

* = valor de p significativo, $p < 0,05$

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência de violência autoinfligida, que engloba as tentativas de suicídio e suicídio, vem crescendo no Mundo e no Brasil. Apesar de a obrigatoriedade da notificação ter sido instituída no Brasil desde 2014, os profissionais de saúde da Atenção Básica e dos serviços de Urgência desconhecem a ficha de notificação compulsória ou optam pelo não preenchimento da mesma por diversos motivos como a escassez de tempo, a falta de treinamento específico para o preenchimento resultando na subnotificação ou notificações incompletas que não possuem os critérios mínimos para a inclusão no SINAN. Consequentemente os dados epidemiológicos não refletem a realidade em sua totalidade. O presente trabalho utilizou como banco primário de dados as fichas de notificação de violência autoprovocada inseridas no SINAN o que pode representar um viés de informação, pois, sabidamente ocorrem as subnotificações. Daí a urgência no estabelecimento de programas de treinamento em Vigilância Epidemiológica, pois, somente através deles haverá capacidade de compilação dados mais acurados que permitam realizar as intervenções necessárias para prevenção das tentativas de suicídio e suicídio.

Nessa pesquisa foi mapeado o perfil epidemiológico nas tentativas de suicídio no município de Vila Velha, como houve baixa frequência nos nossos dados de notificações de suicídio consumado, o perfil específico dessa população não foi descrito. Isso denota anecessidade de ampliação da pesquisa com a utilização de outros bancos primários como o Sistema de Informação de mortalidade (SIM).

Foi Identificado que ser mulher, ser solteiro ou divorciado, ser adulto jovem e morar na zona urbana e possuir histórico prévio de tentativas de suicídio como fatores de risco nos munícipes de Vila Velha para tentativas de suicídio, dado esse em consonância com a literatura mundial. O envenenamento foi o método mais utilizado nas tentativas de suicídio, entretanto, diferentemente da literatura, não há associação desse método com o sexo feminino. Não houve associação de nenhum método específico de autoagressão com o sexo, mas encontrou-se a associação entre o uso de armas de fogo e ser casado e o envenenamento e ser solteiro, dados esse não relatados na literatura pesquisada até o momento.

Quando associamos o método utilizado à faixa etária visualizamos uma maior frequência do uso de objetos cortantes entre jovens. Os adolescentes mais frequentemente praticam a automutilação como via para alívio de sofrimento o que pode explicar essa maior tendência no uso de objetos perfuro cortante. Essa faixa etária está sujeita a diversos fatores de risco identificados na literatura como tendência a transtornos psiquiátricos ressaltando a depressão, o isolamento social, desemprego, a desesperança no futuro.

Diferentemente da literatura, ser idoso, em Vila Velha, não configurou como fator de risco. Os indivíduos acima de 70 anos têm alta incidência de óbito por suicídio. Nos idosos a solidão, a presença de doenças crônicas e debilitantes contribuem para que a taxa de

suicídio seja alta. O idoso utiliza, na maioria das vezes, meios mais letais de modo a obter êxito no evento morte com mais frequência que os adultos jovens.

Diversas ações de educação podem e devem ser realizadas baseando-se no perfil epidemiológico identificado da população de Vila Velha, visando os profissionais de saúde e população sobre como identificar os fatores de risco associados ao suicídio. Foi realizada no dia 27 de maio de 2021, por meio virtual, uma discussão sobre o suicídio como resultado dos impactos da pandemia. O evento teve a participação da autora dessa tese e do médico psiquiatra Valber Dias Pinto, mestre em fisiologia, fazendo uma análise sobre o suicídio como a via final de vários processos (Anexo C). Estavam presentes na Webinar profissionais de saúde de várias áreas, além de profissionais do direito. Projetos como esse serão multiplicados para alcançar o maior público possível contribuindo para um maior conhecimento sobre o suicídio, sabidamente um importante problema de saúde e segurança pública.

A realização de outros estudos epidemiológicos se faz necessária para se traçar um perfil mais claro da população de risco e os impactos de a pandemia de Covid 19 nos índices de suicídio e no perfil do grupo suscetível. O conhecimento dessa população auxilia na identificação dos indivíduos predispostos as tentativas de suicídio e suicídio, permitindo a instalação de políticas públicas que visem a prevenção e tratamento desses indivíduo.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, F. M. Aurora. O SUICÍDIO: CONTRIBUIÇÕES DE ÉMILE DURKHEIM E KARL MARX PARA A COMPREENSÃO DESSE FENÔMENO NA CONTEMPORANEIDADE. Marília, v.11, n. 1, p. 119-138, Jan/Jun., 2018.
2. ARAUJO, Marta do Socorro Sousa de. SOLIDARIEDADE SOCIAL: as ponderações de Émile Durkheim. R. Pol. Públ., v. 9, n. 2, p.51-70, jul./dez. 2005 <https://core.ac.uk/download/pdf/233143035.pdf>
3. BAÉRE, Felipe de. Registros de tentativas de suicídio no Distrito Federal: Uma realidade subnotificada. Interação em Psicologia, 2019. v.23, n. 1.
4. BAHIA, Camila Alves; AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2017. Rio de Janeiro, 22 (9): 2841- 2850.
5. BATISTA, Nathalia Oliveira; et al. Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. Rev.Pan-Amaz Saúde, 2016. 7 (4): 61-66.
6. BRASIL. Lei n.º 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm. Acesso em: 03 de outubro de 2019.
7. BRASIL. Decreto n.º 78 231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei n.º 6 259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78231-12-agosto-1976-427054-publica-caooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 03 de outubro de 2019
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de janeiro de 2011; Seção 1:37.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205_17_02_2016.html. Acesso em: 05 de outubro de 2019

10. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde /Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Vol.2 (Série B. Textos Básicos de Saúde).
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3.^a. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.740.
12. Ministério da Saúde. Portaria N.º 1876, de 14 de agosto de 2006, que disserta sobre as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html Acesso em: 05 de outubro de 2019
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet].2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde,2016.Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf Acesso em: 10 de outubro de 2019.
14. Ministério da Saúde (2014). Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
16. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.271, de 06 de junho de 2014. Brasília: Diário Oficial da União, p.67, 09 jun. 2014b. Seção 1.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – n ° 01, de 12 de agosto de 2014. Brasília, 2014c.
18. CALIXTO FILHO, Magid; ZERBINI, Talita. Epidemiologia do suicídio no Brasil entreos anos de 2000 e 2010.Saúde, Ética & Justiça. 2016. 21(2): 45-51.
19. CRUZ, Nyedja Patricia Silva da; SILVA, Mirele Conceição da; SANTOS, Henrique Landim; OLIVEIRA, Conceição Maria de. Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada: desafios enfrentados pelo profissional de Saúde. HumanÆ. Questões controversas do mundo contemporâneo,2019.v, 13, n. 2 .
20. DATASUS, Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acesso em: 8 de novembro de 2019.
21. GIRIANELLI, Vania Reis; et al. Qualidade das notificações de violências interpessoale autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. Cad. Saúde Coletiva, 2018. Rio de Janeiro, 26 (3): 318-326.

22. HILLMAN, James. Suicídio e alma, 1926. Tradução de Sônia Maria Caiuby Labate. 4 ed. Pretopolis, RJ:Vozes, 2011.
23. LEITE, Fernanda Álvares Alves; ALVES, Michelle Alexandra Gomes. Violência gera violência: fatores de risco para a tentativa de suicídio entre adolescentes. Rev Med Minas Gerais, 2016. 26 (8): S330- S335
24. MACHADO, Leoni Vanderléa; PEREIRA, Marcelo Elias. Tentativa de suicídio por intoxicação exógena, no período de 2009 a 20014, Araucária/ PR: um olhar sobre a violência. Saúde & Ciência em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde, 2017.v.3, n 01.
25. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. Impactos da Violência na Saúde, 2007 pp.21-42. DOI 10.7476/9788575415887.003
26. MONTEIRO, Rosane Aparecida; et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente – Brasil, 2002 a 2013. Ciência & Saúde Coletiva, 2015. Rio de Janeiro, 20 (3): 689-699.
27. MOREIRA, Roberta Magda Martins; et al. Análise Epidemiológica dos Óbitos por suicídio. SANARE, 2017. Sobral, V.16 Suplemento n.01: 29-34.
28. PINTO, Lélia Lessa Teixeira; et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2017. 66 (4): 203-210.
29. RAMOS, Isadora Nunes Barbosa; Falcão, Eliane Brígida Moraes. Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica. Rev. Brasileira de Educação Médica 35 (4) : 507- 516; 2011.
30. RIBEIRO, Nilva Maria; CASTRO, Sybelle de Souza; SCATENA, Lúcia Marina Scatena; HAAS, Vanderlei José. Análise da Tendência temporal do suicídio e de Sistemas de Informações em Saúde em relação às tentativas de suicídio. Texto Contexto Enfermagem, 2018. 27(2): e2110016.
31. SCHOPENHAUER, Arthur, 1788-1860. O mundo como vontade e como representação. Tradução de: Di e Welt als Wille und Vorstellung “Quatro livros, seguidos de um apêndice que contém a crítica da filosofia kantiana” São Paulo: Editora UNESP, 2005. ISBN 85-7139-5861. Disponível em: <http://heliohintze.com.br/admin/modSite/arquivos/post/616d4727763ba8efede1a43794cd72e6.pdf> – SCHOPENHAUER
32. SOEIRO, Ana Cristina Vidigal, et al. Abordagem do suicídio na educação médica: analisando o tema na perspectiva dos acadêmicos de medicina. Rev. Brasileira de Educação Médica | 45 (1): e030, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200292>

33. SOUZA, Domingues CMAS. Notificação compulsória de doenças e agravos no Brasil: um breve histórico sobre a criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN. In: Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde: produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. p. 39-48. (Série B Textos Básicos de Saúde, Vol. 1).
34. VABO, Amnérís Silva Ribeiro; et al. Comportamento suicida: um olhar para além do modelo biomédico. Revista ACRED, 2016. v. 6, n. 12.
35. VELOSO, Caique; et al. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. Rev Gaúcha Enfermagem, 2017. 38(2): e66187. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.66187>.
36. TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v6, n11, p.143-52, ago 2002 <https://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/20.pdf>
37. TENG, Chei Tung; PAMPANELLI, Mariana Bonini. O Suicídio no contexto psiquiátrico. Rev. Brasileira de Psicologia, 02(01), Salvador, Bahia, 2015.
38. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 de outubro de 2019.

Apêndices

Apêndice A. Autorização da pesquisa na SemsA



**PREFEITURA DE
VILA VELHA**

**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**

Rua Castelo Branco 1803, Centro,
Vila Velha - ES - CEP. 29100-041
Telefone: (27) 3389.7231

Comunicação Interna

Número	Origem	Destino	Data	Emitida	Recebida por
003/2020	NÚCLEO DE EDUCAÇÃO	Vigilância	01/12/2020	Nádia Alencar	
	PERMANENTE /SEMSA	Epidemiológica/SEMSA			

Resumo do Assunto

AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE PESQUISA EM CAMPO

Texto

Sr.(a)Gerente da Unidade Campo de Pesquisa

Considerando o parecer favorável do Núcleo de Educação Permanente, no que diz respeito ao Projeto de Pesquisa e documentações apresentadas;

Considerando carta de anuência emitida pela Subsecretaria de Saúde da Atenção Primária à saúde e Secretário Municipal de Saúde, à solicitação constante no processo, encaminhamos o pesquisador Mylene Murad Moraes, responsável para iniciar a pesquisa nas dependências da Secretaria de Saúde cujo campo é o setor de Vigilância Epidemiológica.

A pesquisa intitulada "**Violência Autoprovocada: Desafios da notificação e acolhimento nos serviços Municipais de Saúde de Vila Velha**". Esta Pesquisa não será submetida ao conselho de ética por se tratar da utilização de dados Públicos.

Portanto o PESQUISADOR deverá dirige-se ao(s) campo(s) escolhido(s) para a pesquisa, apresenta ao(s) gerente(s) a "AUTORIZAÇÃO PARA INICIO DE PESQUISA EM CAMPO" pactuando com este e os demais profissionais envolvidos a viabilização da coleta de dados propostas no projeto, sendo que o pesquisador só pode ter acesso a dados público, conforme declaração em anexo.

Após a conclusão do trabalho, o PESQUISADOR enviará uma cópia impressa e digitalizada ao Núcleo de Educação Permanente (NUEPE), onde será incluído no acervo da SEMSA, que ficará disponibilizado na página da Educação permanente em Saúde /SEMSA, disponível para consulta

Nádia Souza M. de Alencar
Enfermeira
CORAN-ES 435.232
M. 98133-8/3

NÁDIA SOUZA MOREIRA DE ALENCA
COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Anexos

Anexo A - Ficha de Notificação

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

SVS 15.06.2015

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

RELATÓRIO DE EXTENSÃO

I. IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DA ATIVIDADE	
Suicídio: Via final de vários processos	
DADOS DA ATIVIDADE	
Nome do Coordenador:	Mylene Murad Moraes
Registro na Extensão:	
Tipo de Atividade:	() Programa () Projeto vinculado a programa () Projeto isolado (x) Evento () Curso
Area / Curso (por extenso):	Medicina
Período a que se refere o Relatório:	2021/1
Carga Horária Total:	2h
Período de Realização (início e término):	27/05/2021 de 20h até às 22h
A atividade vem sendo apoiada pela PRPPGE desde (mês/ano):	
Trata-se de Evento de divulgação científica/apresentação de trabalhos?	() Sim (x) Não
O evento teve parceria com sociedades científicas e/ou instituições públicas e/ou privadas?	() Sim (x) Não
O evento contou com palestrante internacional?	() Sim (x) Não
Nome:	
Nacionalidade:	

II. RESUMO DAS ATIVIDADES EXECUTADAS NO PERÍODO

OBJETIVOS ALCANÇADOS
Foi apresentado ao público, graduandos em Medicina, médicos e comunidade presente, as características do paciente com idealizações suicidas e suas implicações tanto no seu cotidiano, como no da sua família. Foi analisado os impactos da pandemia e como o isolamento social pode auxiliar no desenvolvimento e intensificação do quadro, assim como verificar as mudanças nos hábitos e relações familiares resultantes no núcleo familiar após esse desfecho. Os participantes puderam ser instruídos quanto a sinais de alerta e gatilhos que podem ser identificados, assim como maneiras de conduzir o quadro e procurar ajuda, com o profissional adequado.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO SUCINTA DOS RESULTADOS
Os participantes puderam ser instruídos quanto a sinais de alerta e gatilhos que podem ser identificados, assim como maneiras de conduzir o quadro e procurar ajuda com o profissional adequado. Informar o avanço, teórico, experimental ou prático obtido pela atividade de extensão, deixando claros aspectos como impacto e abrangência social, interdisciplinaridade e publicidade.

PRINCIPAIS FATORES NEGATIVOS E POSITIVOS QUE INTERFERIRAM NA ATIVIDADE

RESUMO DO PROJETO PARA PUBLICAÇÃO NO CADERNO DE EXTENSÃO DA UVV
Ampliar o olhar do graduando em Medicina, assim como da população que pode participar acerca das ferramentas dispostas para identificar o quadro do paciente com ideais suicidas, assim como acompanhar a sua evolução, com sinais de piora ou melhora, junto ao auxílio do médico psiquiatra. Identificou-se um aumento nos dados a partir da pandemia do COVID-19 e foi explanado sobre as interferências que aconteceram na rotina familiar, na maneira de se relacionar socialmente com as pessoas e nas consequências do isolamento social no âmbito da saúde mental a partir da pandemia. Descrever, de forma resumida: Introdução, Objetivo, Metodologia e Conclusão (máximo de 400 caracteres).

PÚBLICO BENEFICIADO
PÚBLICO BENEFICIADO Acadêmicos de Medicina, Acadêmicos de Psicologia e População em geral

NÚMERO DE PARTICIPANTES	
Número de Crianças (0 a 12 anos):	
Número de Adolescentes (13 a 24 anos):	15
Número de Adultos (25 a 59 anos):	14
Número de Idosos (60 anos em diante):	

ARTICULAÇÃO DA ATIVIDADE DE EXTENSÃO COM AS ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA**APRESENTAR O(S) TIPO(S) DE AVALIAÇÃO REALIZADA(S) E RESULTADOS**

Foi realizado um questionário referente a palestra do dia, pelo google forms, para a realização da presença. Houve uma baixa de 10 pessoas que não assinaram o formulário final, mesmo que sendo necessário para obtenção do certificado.

TRABALHOS PUBLICADOS E/OU ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO RELACIONADOS COM A ATIVIDADE

Exemplos: livros, capítulos de livros, artigos em periódicos nacionais e internacionais, resumos em congressos, reuniões científicas e semelhantes. Use as indicações em anexo para o registro de cada trabalho. Anexar primeira página dos trabalhos publicados (observar a necessidade de citação da UUV/PRPPGE como agência de suporte financeiro na publicação). Indicar claramente entre os autores dos trabalhos, quando for o caso, os bolsistas e os voluntários (se necessário, use folha extra).

PATENTE OU REGISTRO DE INVENÇÃO OU TÉCNICA

Informar o título, se a patente é nacional, internacional ou "joint ventures" e outros dados que julgar adequados.

OUTRAS ATIVIDADES EXTENSIONISTAS, CIENTÍFICAS OU ADMINISTRATIVAS

Informar dados que julgar pertinentes no período, como por exemplo, organização ou participação em eventos científicos, consultorias, assessorias a órgãos de fomento, etc. Citar premiações obtidas em função do desenvolvimento da atividade de extensão (título do prêmio, quem outorgou, data, local); honorárias acadêmicas. (se necessário use folha extra).

III. EQUIPE**a) EQUIPE INTERNA - UUV**

PROFESSOR COORDENADOR			
NOME COMPLETO	E-MAIL	CPF	CH TOTAL
Mylene Murad Moraes	mylenemurad@gmail.com	031.704.697-70	5h

PROFESSOR COLABORADOR (BOLSISTA)			
NOME COMPLETO	E-MAIL	CPF	CH TOTAL

PROFESSOR VOLUNTÁRIO			
NOME COMPLETO	E-MAIL	CPF	CH TOTAL

TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS			
NOME COMPLETO	E-MAIL	CPF	CH TOTAL

MONITOR BOLSISTA DE EXTENSÃO				
NOME COMPLETO	CURSO	E-MAIL	CPF	CH TOTAL

MONITOR VOLUNTÁRIO DE EXTENSÃO				
NOME COMPLETO	CURSO	E-MAIL	CPF	CH TOTAL

*COMISSÃO ORGANIZADORA VOLUNTÁRIA – DOCENTE E DISCENTE UVV					
NOME COMPLETO	**DESCRIÇÃO	CURSO	E-MAIL	CPF	CH TOTAL
Mylene Murad Moraes	Docente	Medicina	mylenemurad@gmail.com	031.704.697-70	5h
Valber Dias Pinto	Docente	Medicina	valberdiaspinto@gmail.com	030.892.307-39	5h
André Zerbini de Souza da Silva	Discente	Medicina	andrezerbini@gmail.com	148.749.307-00	5h
Sophya Freire Murad Moraes de Almeida	Discente	Medicina	sophya655321@gmail.com	103.988.377-08	5h

* Os nomes preenchidos neste quadro não devem repetir nos quadros acima.

** Especifique se é docente ou discente.

b) EQUIPE EXTERNA

* COMISSÃO ORGANIZADORA VOLUNTÁRIA – EGRESSOS, OUTRA IES E COMUNIDADE EXTERNA			
NOME COMPLETO	***DESCRIÇÃO	E-MAIL	CH TOTAL

* Somente para eventos.

** Os nomes preenchidos neste quadro não devem constar na relação do público ouvinte.

*** Especifique se é egresso, outra IES, comunidade externa.

INTEGRANTE – EGRESSOS, OUTRA IES E COMUNIDADE EXTERNA			
NOME COMPLETO	**DESCRIÇÃO	E-MAIL	CH TOTAL

* Os nomes preenchidos neste quadro não devem constar na relação do público ouvinte.

** Especifique se é egresso, outra IES, comunidade externa.

QUADRO RESUMO DO NUMERO DE PESSOAS ENVOLVIDAS NA EXECUÇÃO DA ATIVIDADE										
Da UVV								Outras IES	Egressos	Comunidade Externa
Professor			Téc. Adm.	M. Bolsista de Extensão		M. Voluntário de Extensão				
Coord.	Colab.	Vol.		Grad. / Tecnol.	Pós	Grad. / Tecnol.	Pós			
1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0

IV. ANEXOS

Incluir xerox ou original de folder, fotos, trabalhos publicados, avaliação realizada com os participantes, artigos de jornal, cartazes, lista de presença, etc.

OBS: Encaminhar o relatório à Coordenação de Área para aprovação e envio à PRPPGE.

Vila Velha - ES, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do representante

ANEXO C - Relação de Participantes (ouvintes) para Confeção de Certificados

NOME	E-MAIL	CARGA HORÁRIA
Tereza Cristina Lopes Duarte	psi.terezacristina@gmail.com	2h
Brena Marcial Caliman	brenacaliman15@hotmail.com	2h
Paloma Lima Borôto	paloma_lboroto@hotmail.com	2h
Fabício Prado Monteiro	fabriciopmonteiro@gmail.com	2h
Tainah Berbeti Pacheco de Lacerda Lage	tainahllage@gmail.com	2h
Leodir Dessabato Coelho	leodessabato@gmail.com	2h
Ieda Carneiro Kalil	jedakalil@gmail.com	2h
Matheus Rogério Zanotti	matheus8.cem@hotmail.com	2h
Brunno Machado Rodrigues	brunnocellapp@gmail.com	2h
Caio Lebal Peixoto	caiolebal1996@gmail.com	2h
Luiz Jefferson Barbosa Junior	luizjeffersonbarbosajunior@gmail.com	2h
Gabriel Lopes Ataides De Oliveira	glopes.med@gmail.com	2h
John Lucas Medeiros Pinto	johnlucas007@hotmail.com	2h
Ana Luisa Gonçalves Crespo Brandão	ana03luisa@hotmail.com	2h
Rodrigo Galveas Terra	rodrigo_galveas@hotmail.com	2h
Wamberto Reis da Silva	wambertosilva@gmail.com	2h
Simony Zerbini de Souza da Silva	simonyzerbini@gmail.com	2h
André Zerbini de Souza da Silva	andrezerbini@gmail.com	2h
Débora Borges Monteiro	deboraborgesmonteiro1@gmail.com	2h
Vilma Azevedo Canuto Pereira	enfvilma.pereira@gmail.com	2h
Francielle siqueira Stange	franstange@gmail.com	2h
Sueli Lima e Silva	s.limaesilva20@gmail.com	2h
Fernanda Palacio	murtapalacio@gmail.com	2h
Pedro Henrique Alves Soares Barbosa	phsoares@outlook.com	2h
Roberto Vieira Dias	robertovdias@hotmail.com	2h
Luiz Alberto Porto Pacheco	luiz_alberto.pacheco@gmail.com	2h
Iaci Sant'Anna do Nascimento	cizinhasn58@gmail.com	2h
Fabio Pereira Colli	fpcolli@gmail.com	2h

ANEXO D - Divulgação

SUICÍDIO: VIA FINAL DE VÁRIOS PROCESSOS
POSSÍVEIS IMPACTOS DA PANDEMIA

MYLENE MURAD
INFECTOLOGISTA
ESPECIALISTA EM MEDICINA TROPICAL PELA USP
MESTRANDA EM SEGURANÇA PÚBLICA
PROFESSORA TITULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UVV

VALBER DIAS PINTO
PSIQUIATRA
MESTRE EM FISIOLOGIA

27/05 - 20H30MIN - GOOGLE MEET - CÓDIGO: QMB-NHBT-QTG

ANEXO E - Formulário de Inscrição

SUICÍDIO: VIA FINAL DE VÁRIOS PROCESSOS

POSSÍVEIS IMPACTOS DA PANDEMIA

SUICÍDIO: VIA FINAL DE VÁRIOS PROCESSOS

É com imenso prazer que convidamos toda comunidade científico-acadêmica para participar de uma discussão sobre o suicídio como resultado dos impactos da pandemia. O evento terá a participação da médica infectologista Mylene Murad, especialista em medicina tropical e professora titular do curso de Medicina da UUV e o médico psiquiatra Valber Dias Pinto, mestre em fisiologia, fazendo uma análise sobre o suicídio como a via final de vários processos.

Dia 27/05 às 20h30min
Plataforma Google Meet: <https://meet.google.com/qmb-nhbt-qtg>

Nome

Texto de resposta curta

E-mail*

Texto de resposta curta

Profissão/Ocupação *

- Acadêmico área de Saúde
- Profissional área de Saúde
- Profissional Segurança Pública
- Outros...

Em uma escala de 0 a 5, o quanto você acha que a pandemia pelo COVID-19 influenciou no seu emocional?

	0	1	2	3	4	5	
Pouco	<input type="radio"/>	Muito					

Em uma escala de 0 a 5, o quanto você acha que a pandemia do COVID-19 foi o fator predominante para o desfecho do suicídio?

	1	2	3	4	5	
Pouco	<input type="radio"/>	Muito				

ANEXO F - Palestra

Dr. Valber Dias Pinto está apresentando

Thiago Andrade e mais 14

20:47

Conceitos

- **Suicídio:** ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção é a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal;
- **Comportamento suicida:** pensamentos, planos e tentativa de suicídio;
- **Suicidabilidade:** ter tentado suicídio, ter familiares que tentaram ou se suicidaram, ter ideias e/ou planos de suicídio.

Dr. Valber Dias Pinto está apresentando

SUICÍDIO: VIA FINAL DE VÁRIOS PROCESSOS

Participants: Mylene Murad, Dr. Valber Dias Pinto, Vilma Azevedo..., Delfora Brito, Iida Kalli, Iaci Sant'Anna, ELIAS BARCOLOS, Paloma Boroto, mychelle murad...

Dr. Valber Dias Pinto está apresentando

Leis Meloni e mais 10

09:20
20:51

Brasil

11 MIL
fótons e prótons
vida, por ano,
em média.

QUARTA MAIOR CAUSA
de morte entre
15 a 29 anos

HOMENS
Terceira maior causa
entre 15 a 29 anos

MULHERES
Oitava maior causa
entre 15 a 29 anos

*65,6% dos óbitos nessa faixa etária são por causas externas (violências e acidentes)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2017

Seminário Anual - Núcleo de Pesquisa em Saúde // pesquisa@univatesonline.edu.br

Participants: Mylene Murad, Dr. Valber Dias P..., Vilma Azevedo..., Débora Britton, Iêda Kalli, Iaci Sant'Anna, ELIAS BARCELOS, Paloma Boroto, mychele murad...

21:27

Participants: Dr. Valber Dias P..., Mylene Murad, Vilma Azevedo Carst..., Iêda Kalli, Iaci Sant'Anna, ELIAS BARCELOS, Paloma Boroto, mychele murad mora..., Mariana Fracalossi, Leo Coelho, Thays Andrade, Débora Britton, Bruno Machado, Tainah L., Patrícia Pereira Neves, Mathias Zanotti, Roberto Vieira Dias, André Zanini, André Luiz Maymam, Tereza Cristina, Fabricio prado montel..., Ciro Leibel, Rodrigo Galvães, Wamberto Reis da S..., Fernanda Palácio, João Victor, Luciana Kelly, Breno Calmon

ANEXO G - Participações pelo *Chat* e *Feedback*

