

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Camila Alves Bahia

**Estudo sobre as tentativas de suicídio e suicídios consumados envolvendo adolescentes
no Brasil**

Rio de Janeiro

2019

Camila Alves Bahia

**Estudo sobre as tentativas de suicídio e suicídios consumados envolvendo adolescentes
no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Cecilia de Souza Minayo.

Rio de Janeiro

2019

Título do trabalho em inglês: Study about suicide attempts and suicide involving adolescents in Brazil.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B151e Bahia, Camila Alves.
Estudo sobre as tentativas de suicídio e suicídios consumados envolvendo adolescentes no Brasil / Camila Alves Bahia. — 2019.
151 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientadora: Maria Cecília de Souza Minayo.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Tentativa de Suicídio. 2. Suicídio. 3. Adolescente. 4. Sistemas de Informação. 5. Epidemiologia. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.280981

Camila Alves Bahia

**Estudo sobre as tentativas de suicídio e suicídios consumados envolvendo
adolescentes no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Aprovada em: 24 de abril de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr Carlos Eduardo Freite Estellita-Lins
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
em Saúde

Prof^o Dr^a Leticia Fortes Legay
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina

Prof^a Dr^a Joviana Quintes Avanci
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a Dr^a Liana Wernersbach Pinto
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^a Dr^a Maria Cecilia de Souza Minayo
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2019

À Deus pelo sustento diário e à minha família pelo apoio e amor incondicional nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por exatamente tudo! A Ti, toda honra e glória!

À minha família, por sempre me apoiar na vida acadêmica e compreender todos os momentos de ausência para que este estudo fosse realizado.

À minha querida orientadora Cecilia Minayo, por ter me aceitado como orientanda em um estudo quantitativo, pela paciência, confiança, por me ensinar tanto a cada orientação acadêmica, profissional e pessoal. Meu melhor e maior exemplo na vida acadêmica e profissional! Esse doutorado certamente não seria o mesmo sem você!

À equipe do CLAVES, por todo apoio, carinho e riquíssimas trocas nestes quatro anos. Em especial às professoras Joviana e Liana, por dividirem seu tempo e conhecimento acerca do tema.

À equipe da Revista Ciência e Saúde Coletiva, pelos consistentes ensinamentos sobre a escrita e ética na pesquisa científica, que tanto me fizeram refletir e contribuíram na escrita deste estudo.

À todos do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, incluindo sua equipe técnica administrativa, que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste trabalho.

À toda equipe (atual e antiga) do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em especial à Marta Silva e a Cheila Marina, por todo incentivo, apoio, amor e credibilidade neste trabalho.

Aos colegas da Coordenação de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, pela compreensão, trocas e apoio neste doutorado.

Aos amigos da turma 2015.1 do Doutorado em Saúde Pública, em especial Gabriela, Jasilaine, Lidiane, Marcos, Melissa, Nádia e Priscila, por dividir conhecimentos, dúvidas, alegrias e anseios ao longo deste doutorado.

Aos amigos e parceiros de vida: “Micela”, Alice, Mariana, Marcio, Rosane e Paulo, pelo apoio e trocas tão fundamentais para a composição deste trabalho.

*“Tudo que eu faço pra me suportar desde cedo
Tudo que eu passo em segredo
A lágrima oculta por trás do sorriso
Eu preciso lidar com meus medos.*

*Dias passam, nada muda
Digo que tô bem, mas preciso de ajuda
Nado contra a dor, mas me afogo na culpa
Vocês me ouvem, mas ninguém me escuta”.*

Luis Lins –“Tô bem”

RESUMO

O comportamento suicida na adolescência apresenta características clínicas, estatísticas e de compreensão psicodinâmica diferentes das pessoas em outras etapas da vida. O objetivo geral desta tese foi analisar a situação das tentativas de suicídio e suicídio consumado, em especial os fatores associados a esses fenômenos, envolvendo adolescentes (10 a 19 anos) no Brasil. Para tal foram elaborados quatro artigos, que buscaram descrever as notificações e internações decorrentes de lesão autoprovocada entre adolescentes no país; o perfil das vítimas de lesão autoprovocada atendidas em serviços de urgência e emergência nas capitais brasileiras; a mortalidade por suicídio no período de 2007 a 2016; e analisar os fatores associados aos óbitos por suicídio entre adolescentes no Brasil, no período entre 2011 e 2016. Como resultados foram observadas 15.702 notificações de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, com destaque para meninas com idade entre 15 e 19 anos, da cor da pele/raça branca, sendo a residência o principal local de ocorrência, e o envenenamento/intoxicação se destacou como meio mais utilizado independente de idade e sexo. Ocorreram 12.060 internações por lesões autoprovocadas entre 2007 a 2016, sendo as meninas e o grupo de 15 a 19 anos o mais afetado. A Região Sudeste lidera as taxas de internação em ambos os sexos. Foram registrados 4.949 atendimentos relacionados à violência nos serviços de urgência e emergência, 9,5% destes decorrentes de lesões autoprovocadas, dos quais 18,8% envolviam adolescentes. Do total de vítimas, destacou-se mulheres brancas (39,8%) e o domicílio constituiu o local de ocorrência mais frequente (86,4%). Ocorreram 7.695 óbitos por suicídio de adolescentes no Brasil, com maior frequência no grupo etário de 15 a 19 anos (84,7%) e sexo masculino. A análise dos fatores de risco identificou que adolescentes brancos (IC95%= 1,49 – 3,89) e os que utilizaram enforcamento, substância quente e arma de fogo possuem maiores chances de morrer por suicídio após uma tentativa. Desta forma, o estudo mostra a elevada magnitude das tentativas e suicídios envolvendo adolescentes, e evidencia a necessidade de outros estudos qualitativos que possam validar os achados e analisar fatores que aqui não puderam ser avaliados. Reitera-se a necessidade de cuidados especiais aos jovens que tentam suicídio, com um acompanhamento permanente, cuidadoso e que englobe as diversas partes de sua vida, como atendimento às necessidades de saúde, incentivo aos estudos, participação comunitária, melhora na comunicação com os pais, entre outros.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio, Suicídio, Adolescente, Sistemas de Informação, Epidemiologia.

ABSTRACT

Suicidal behavior in adolescence has clinical, statistical and psychodynamic characteristics that are different from those of people at other stages of life. The general objective of this thesis was to analyze the situation of suicide attempts and suicide, especially the factors associated with these phenomena, involving adolescents (10 to 19 years old) in Brazil. To this end, four articles were prepared, which sought to describe the notifications and hospitalizations resulting from self-harm among adolescents in the country; the profile of victims of self-harm treated in urgency and emergency services in Brazilian capitals; mortality from suicide in the period from 2007 to 2016; and to analyze the factors associated with deaths by suicide among adolescents in Brazil, between 2011 and 2016. As a result, 15,702 reports of self-harm involving adolescents were observed, with emphasis on white girls aged between 15 and 19 years, the residence was the main place of occurrence, and poisoning as the most used means regardless of age and sex. There were 12,060 hospitalizations for self-harm between 2007 and 2016, with girls and the group aged 15 to 19 years being the most affected. The Southeast Region leads hospitalization rates for both sexes. There were 4,949 visits related to violence in the urgency and emergency services, 9.5% of them resulted from self-harm, of which 18.8% involved adolescents. Of the total number of victims, white women stood out (39.8%) and the home was the most frequent place of occurrence (86.4%). There were 7,695 deaths from suicide among adolescents in Brazil, with a higher frequency in the age group from 15 to 19 years (84.7%) and males. The analysis of risk factors identified that white adolescents (95%CI= 1.49 – 3.89) and those who used hanging, hot substances and firearms are more likely to die by suicide after an attempt. Thus, the study shows the high magnitude of suicide attempts and suicides involving adolescents, and highlights the need for other qualitative studies that can validate the findings and analyze factors that could not be evaluated here. The need for special care for young people who attempt suicide is reiterated, with permanent, careful monitoring that encompasses the different parts of their lives, such as meeting health needs, encouraging studies, community participation, improving communication with parentes, among others.

Keywords: Suicide, Attempted; Suicide; Adolescent; Information Systems; Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo 1 - Figura 1: Distribuição temporal das taxas de internação decorrentes de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, Brasil, 2007-2016.....	65
Artigo 3 - Figura 1: Distribuição das taxas de mortalidade por suicídio em adolescentes brasileiros (10 a 19 anos) segundo Unidade da Federação, período 2007 a 2011 (a) e 2012 a 2016 (b).....	98
Artigo 3 - Gráfico 1: Distribuição das taxas de mortalidade por suicídio em adolescentes brasileiros segundo sexo e região de residência, 2007-2016.....	100
Artigo 4 - Figura 1. Detalhamento do processo de linkage e montagem da base de dados de análise.....	113

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 - Tabela 1. Distribuição das notificações de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, segundo características sociodemográficas, das circunstâncias do ato e do encaminhamento realizado, Brasil, 2011-2014.....	60
Artigo 1 - Tabela 2. Distribuição das taxas de notificação (por 100 mil hab.) de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, segundo região e Unidade da Federação de ocorrência, Brasil, 2011-2014.....	63
Artigo 1 - Tabela 3. Distribuição das taxas de internação (por 100 mil hab.) decorrentes de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, segundo região e Unidade da Federação, Brasil, 2017-2016.....	66
Artigo 2 - Tabela 1. Perfil de vítimas de lesões autoprovocadas atendidas nos serviços de urgência e emergência participantes do VIVA Inquérito 2014, Brasil, N=477.....	78
Artigo 2 - Tabela 2. Análise bivariada entre o grupo de lesões autoprovocadas e outras violências atendidas em serviços de urgência e emergência. Brasil.....	80
Artigo 2 - Tabela 3. Modelo explicativo para os atendimentos de lesões autoprovocadas em serviços de urgência e emergência.....	81
Artigo 3 - Tabela 1. Distribuição dos óbitos segundo raça/cor e local de ocorrência. Brasil, 2007 a 2016.....	96
Artigo 4 - Tabela 1. Descrição das tentativas que evoluíram a óbito por suicídio. Brasil, 2011 a 2016.....	116
Artigo 4 - Tabela 2. Análise bivariada entre os óbitos envolvendo adolescentes, por suicídio e outras causas. Brasil, 2011 a 2016.....	120
Artigo 4 - Tabela 3. Modelo explicativo para os fatores associados ao óbito por suicídio envolvendo adolescentes. Brasil, 2000 a 2016.....	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	Center for Disease Control and Prevention
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	JUSTIFICATIVA	14
3.	MARCO SOCIOCULTURAL E EPIDEMIOLÓGICO	15
3.1	TENTATIVAS E SUICÍDIO – CONCEITOS E MAGNITUDE	15
3.2	A SITUAÇÃO DO BRASIL	18
3.3	SUICÍDIO E ADOLESCÊNCIA	19
3.3.1	Características da Adolescência	19
3.3.2	Suicídio na Adolescência.....	21
4.	FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO BRASIL	29
5.	OBJETIVOS	311
5.1	OBJETIVO GERAL.....	311
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	311
6.	MÉTODO	322
6.1	NOTIFICAÇÕES E INTERNAÇÕES POR LESÃO AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES NO BRASIL, 2007 A 2016	322
6.2	LESÃO AUTOPROVOCADA EM TODO OS CICLOS DA VIDA: PERFIL DAS VÍTIMAS ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CAPITAIS DO BRASIL	333
6.3	MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM ADOLESCENTES BRASILEIROS, 2007-2016.....	355
6.4	FATORES ASSOCIADOS AOS ÓBITOS POR SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES NO BRASIL	366
7.	RESULTADOS	38
7.1	ARTIGO 1 – NOTIFICAÇÕES E INTERNAÇÕES POR LESÃO AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES NO BRASIL, 2007 A 2016	39
7.2	ARTIGO 2 – LESÃO AUTOPROVOCADA EM TODOS OS CICLOS DA VIDA: PERFIL DAS VÍTIMAS QUE RECORREM AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CAPITAIS DO BRASIL.....	655

7.3	ARTIGO 3 - MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM ADOLESCENTES BRASILEIROS, 2007-2016	866
7.4	ARTIGO 4: FATORES ASSOCIADOS AOS ÓBITOS POR SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NO BRASIL	1033
8.	CONCLUSÕES	1300
	REFERÊNCIAS	1333
	ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO VIVA / SINAN	14848
	ANEXO B - FICHA DO VIVA INQUÉRITO	1500

1. INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta uma análise das tentativas de suicídio e dos suicídios consumados de adolescentes (10 a 19 anos) no Brasil, visando a mostrar especificidades e semelhanças de manifestação dentro do país.

São quatro as hipóteses deste trabalho: (1) a primeira é que a morte autoinfligida de jovens têm os mesmos fundamentos macrosociais descritos por Durkheim (1989) em relação às tipologias dentro de cada sociedade; (2) a segunda é que, embora com cores e contornos locais, os fatores psicossociais e familiares relativos à adolescência, tornam esse período da vida mais exposto aos riscos de suicídio; (3) o terceiro é que, num país continental como o Brasil, existem grandes diferenças socioculturais e epidemiológicas na maneira como o fenômeno se apresenta neste grupo etário; (4) o quarto é que nenhum fator de risco por si só pode ser visto como causa ou justificativa para o suicídio. Em geral, vários problemas se associam ao desejo de morte, no entanto, conhecer o que a literatura já tem disponível quanto ao fenômeno, ajuda a encontrar os melhores caminhos para apoiar os adolescentes que precisam de ajuda nessa fase tão crucial de sua vida.

Este estudo parte de uma visão global do suicídio no mundo e no país e tenta aprofundar o fenômeno tratando especificamente dos adolescentes, dividindo-os em dois grupos: os de 10 a 14 anos e os de 15 a 19 anos.

A tese é estruturada em introdução com breve referencial teórico sobre o tema, justificativa e objetivos. Métodos, resultados e discussão são descritos em forma de artigos, os quais também possuem uma breve introdução, objetivos e método, respeitando as normas editoriais de cada revista à qual foram submetidos. A conclusão é apresentada ao fim desta tese, assim como os anexos e referenciais teóricos utilizados.

Por ter um cunho quantitativo, o texto não permite explicações importantes que precisam ser aprofundadas em trabalhos de cunho qualitativo. Mas permite, em muitos casos, articular alguns fatores de risco relacionados às tentativas e à morte autoinfligida.

2. JUSTIFICATIVA

A adolescência é uma fase do desenvolvimento em que ocorrem indagações sobre o valor do indivíduo e sua organização para a fase adulta. Este é um contexto complexo, permeado por angústias e ansiedades que podem levar ao sofrimento e busca por comportamentos audaciosos ou de risco, dentre eles o comportamento suicida.

O comportamento suicida na adolescência apresenta características clínicas, estatísticas e de compreensão psicodinâmica diferentes das pessoas em outras etapas da vida (RESMINI, 2004).

Porém, ainda assim, é um assunto controvertido e cercado de tabu para a maioria das sociedades, com bases dos valores morais ou religiosos que, em geral, condenam os indivíduos que atentam contra si.

A magnitude que se têm hoje das tentativas e dos suicídios sugerem sub-registro e aponta a necessidade de serem feitos estudos capazes de melhor conhecer o evento, além de, a partir destes, que possam ser realizadas ações para fazer face frente a este problema de saúde pública.

Pelo exposto, justifica-se a realização desta tese, que visa a apresentar uma análise das tentativas e suicídios entre adolescentes no Brasil, a partir de múltiplas abordagens e fontes de dados.

3. MARCO SOCIOCULTURAL E EPIDEMIOLÓGICO

3.1 TENTATIVAS E SUICÍDIO – CONCEITOS E MAGNITUDE

O suicídio é um grave problema de saúde pública mundial. É um fenômeno complexo e universal, já que existe em todas as sociedades (WHO, 2002; MINAYO, 2005).

Durkheim, em sua análise sobre o suicídio no final do século XIX, insere o tema nas reflexões científicas, e conceitua o evento como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, e que ela sabia que produziria este resultado” (DURKHEIM, 1989).

O autor ainda indica que o suicídio faz parte de todas as culturas e da história da humanidade, embora alguns países paguem um preço mais caro pelas mortes autoinfligida (DURKHEIM, 1989).

No ano de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório sobre Violência, aborda de forma inovadora o tema da violência no campo da saúde e conceitua três tipos de violência, sendo elas a violência coletiva, interpessoal e a autoprovocada (WHO, 2002). As terminologias abordadas neste Relatório foram reiteradas na publicação “*Preventing suicide: a global imperative*” de 2014 (WHO, 2014).

A violência autoprovocada ou auto-infligida refere-se a violência cometida por um indivíduo contra si mesmo, sendo subdividida em comportamento suicida e auto-agressão (WHO, 2002). Comportamento suicida é o termo que engloba desde a ideação suicida, planejamento, tentativa de suicídio, até a própria morte autoinfligida ou suicídio (BOTEGA, 2015; WHO, 2002; WHO, 2014). É um fenômeno complexo e multicausal, e apesar de esses termos estarem inseridos num mesmo contexto, os grupos nos quais se enquadram possuem características distintas (RESMINI, 2004).

A *ideação suicida* se refere aos pensamentos de se matar, em vários graus de intensidade e elaboração (WHO, 2002). Estudos como o de Resmini (2004) sugerem que parece existir uma relação consistente da ideação suicida com a elaboração de um plano, e conseqüentemente o suicídio consumado (RESMINI, 2004).

Já as *tentativas de suicídio* (também chamadas parassuicídios) se caracterizam pelo comportamento suicida não fatal e compreendem atos intencionais (como envenenamentos e automutilações) cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo ato não resulta

em óbito (WHO, 2002; WHO 2014). Elas costumam ser menos planejadas que o suicídio consumado e, por vezes, são realizadas em um ímpeto momentâneo (RESMINI, 2004).

Nela, o indivíduo executa um ato através de expressão motora, resultante de um conflito psíquico, que não foi adequadamente transformado em pensamentos e palavras (material simbólico). “*São ações que substituem as palavras e querem comunicar algo no lugar delas*” (RESMINI, 2004). E ainda:

“É um ato do indivíduo em relação a si próprio, com variado grau de consciência sobre seu significado e com possibilidade de provocar um dano físico que real ou aparentemente ameaça a vida, de modo que é potencialmente perigosa a sua execução, quer pela intencionalidade autodestrutiva subjacente, quer pelo desconhecimento do indivíduo sobre os riscos a que se expõe, e cuja motivação situa-se no amplo espectro que vai desde o desejo de acabar com a própria existência até o desejo de, com o ouro, modificar o ambiente familiar” (RESMINI, 2004).

A OMS estima que as tentativas sejam cerca de números reais do comportamento suicida são que o suicídio consumado, e que, para cada tentativa registrada nos sistemas de informação, existem pelo menos quatro não registradas (WHO, 2002; WHO, 2014).

A auto-agressão inclui atos como a automutilação (WHO,2002). A automutilação é a destruição direta e deliberada de partes do corpo com ou sem a intenção de se matar, e pode ser dividida em três categorias: *grave*, que inclui cegar-se e amputar dedos, mãos, braços, pés ou genitália; *estereotipada*, a qual inclui bater a cabeça, morder-se, bater no próprio braço, cortar olhos e garganta e arrancar o próprio cabelo; e *superficial a moderada*, que inclui ações como cortar-se, arranhar-se, queimar-se ou enfiar agulhas pela pele ou arrancar cabelos de forma compulsiva (WHO, 2002).

Já o *suicídio* ou comportamento suicida fatal é o ato deliberado de matar a si mesmo, e o processo de autodestruição começa, em geral, com o pensamento de acabar com a própria vida, se estendendo até o desenvolvimento de um plano para realizar esse intento. (WHO, 2002; MINAYO, 2005; WHO, 2014).

O termo suicídio é conhecido desde o século XVII, e suas várias definições possuem uma ideia central, relacionada ao ato de terminar com a própria vida, e ideias periféricas relacionadas à motivação, intencionalidade e letalidade (BOTEGA, 2015).

Cada suicídio é uma tragédia pessoal que leva prematuramente a vida de um indivíduo e tem efeito para além do individual, pois a morte de uma pessoa afeta a vida emocional, social e econômica de familiares, amigos e comunidades e todos os níveis da realidade social (comunidades, províncias e países) (WHO, 2002; WHO, 2014).

Coletivamente e sob a ótica da epidemiologia, o suicídio, mais que uma tentativa que atingiu o desfecho, é um ato realizado com características epidemiológicas que podem ser distintas daquelas que cometeram as tentativas em que o desfecho não foi o óbito (RESMINI, 2004). No entanto, as tentativas podem ser preditivas de suicídio fatal como se verá nesta tese. Segundo a OMS, uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos; e para cada adulto que morre pode haver outros 20 que tentam dar cabo à vida (WHO, 2014).

Estimativas da OMS apontam que o suicídio é a terceira maior causa de mortes no mundo (WHO, 2002) e dentre as causas violentas é a primeira. No ano de 2012, foram registradas pelos 172 Estados membros da OMS mais de 800 mil mortes autoinflingidas, representando uma taxa anual de 11.4/100.000, sendo 15/100.000 de homens e 8.0/100.000 de mulheres.

Esses índices estão distribuídos de forma desigual globalmente e dentro dos países. A taxa de suicídio é maior na Ásia (17,7/100 mil habitantes), vindo a seguir, na Europa (12/100 mil habitantes). As Américas apresentam taxa de mortalidade de 6,1/100 mil habitantes (WHO, 2014).

A maior carga global das mortes por suicídio (75% de todos esses eventos) ocorre em países de baixa renda, tendo em vista que estes países abrigam grande parte da população mundial (WHO, 2014; WHO, 2016).

Nos países mais ricos, o suicídio é responsável por 81% das mortes violentas de homens e mulheres, numa razão de três óbitos masculinos para um feminino. No mundo essa razão é de 1,8 (WHO, 2014; WHO, 2016).

Embora o suicídio seja a mais relevante causa de óbito violento no mundo, em números absolutos, ele tem diminuído (registraram-se 883.000 mortes em 2000 e 804.000 em 2012). Os padrões dessa variação são diferentes segundo as regiões: observa-se um crescimento de 38% na África e uma queda de 47% na Região do Pacífico Ocidental.

O motivo da diminuição desses eventos em 48,4% dos países membros da OMS é ainda desconhecido, mas a instituição sugere a hipótese de maior consciência das populações sobre os riscos e as possibilidades de atuação para preveni-los, assim como a melhoria dos serviços de saúde no atendimento primário e secundário.

3.2 A SITUAÇÃO DO BRASIL

No Brasil, dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – componente contínuo (VIVA/Sinan) mostram que, entre os anos de 2009 e 2016, chegaram às unidades de saúde e foram notificados mais de 143 mil casos de lesão autoprovocada compreendidas como tentativa de suicídio.

Neste período, a maior proporção das notificações envolvia mulheres; indivíduos de raça/cor branca, com idade entre 10 e 29 anos. O sudeste é a região que mais notificou esse tipo de agravo. A residência é o local de ocorrência mais frequente para o ato, seguido da via pública. E o envenenamento é o meio de autoagressão mais utilizado (BRASIL, 2015).

O Brasil é o oitavo país em número de suicídios consumados no mundo embora ocupe o 73º lugar entre os membros da OMS que notificam esses eventos. As taxas nacionais são consideradas baixas (entre 4,8/100.000 e 5,5/100.000), particularmente, quando comparadas às de homicídios que, no país são muito mais elevadas (23/100.000 habitantes). Em número, no Brasil, ocorrem, em média, 24 suicídios por dia (WHO, 2014).

Em 2013, as mortes por suicídio no país alcançaram uma taxa de mortalidade de 5,2 óbitos por 100 mil habitantes, sendo a maior parte destes óbitos de homens entre 30 a 39 anos. A região que apresentou maior proporção de mortes, para ambos os sexos, foi a sudeste (BRASIL, 2015).

Os números reais do comportamento suicida são subestimados. A subnotificação do fenômeno é notória, pois, para cada tentativa registrada nos sistemas de informação, avalia-se que existam pelo menos quatro não incluídas, como já referido anteriormente (WHO, 2002; WHO, 2014).

O sub-registro tanto dos atos fatais como das tentativas pode ocorrer por vários motivos, como por exemplo, a dificuldade de identificação se a causa do óbito foi intencional ou acidental, se a família do indivíduo ou os profissionais de saúde negaram a realidade, omitindo-se de notificá-la devidamente, ou ainda, o fato de muitos indivíduos serem socorridos em casa, não chegando aos equipamentos de saúde (BRAGA, 2013). Fortes obstáculos ao registro mais próximo à realidade são ainda os tabus, mitos e preconceitos por motivos morais, religiosos e culturais. (MINAYO, 2005; BRAGA, 2013).

Em revisão sobre o fenômeno do suicídio, Minayo (2013) aponta o peso dos fatores socioculturais no sub-registro, e mostra que no Brasil, ele ocorre, culturalmente pela perplexidade da sociedade em relação a esse tipo de morte, o que leva à estigmatização do

indivíduo que se matou ou tentou fazê-lo e a sua família. Em decorrência, os familiares, em geral, tendem a esconder o evento. Esse peso cultural se encontra também entre os profissionais de saúde que costumam preencher de modo impreciso os instrumentos de coleta de dados dos sistemas de informação (MINAYO, 2013; MINAYO et al, 2015; MINAYO et al, 2017; 2018; BRASIL, 2005).

Apesar da maioria das teorias contemporâneas que estudam o suicídio entenderem o evento como resultado de transtornos mentais, alguns fatores são apontados pela literatura como risco, como é o caso de: pessoas cuja história familiar registra esse mesmo tipo de evento em gerações anteriores ou contemporâneas; o fato da repetição de tentativas; ser do sexo masculino; possuir transtornos psiquiátricos; possuir problemas de orientação sexual; ser vítima contumaz de violência; fazer uso abusivo de álcool; vivenciar doenças crônicas, degenerativas e dolorosas; viver isoladamente e sem suporte social; perder o emprego ou a condição financeira, dentre outros (BRASIL, 2005; WHO, 2002; WHO, 2014; SHAIN, 2007; WHO, 2016).

A seguir, colocar-se-á o foco da discussão nos suicídios consumados e nas tentativas entre adolescentes, analisando a contribuição da literatura sobre o tema.

3.3 SUICÍDIO E ADOLESCÊNCIA

3.3.1 Características da Adolescência

A adolescência é uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento, intermediária entre a infância e a idade adulta, e sua principal característica se traduz na busca pela identidade pessoal (RESMINI, 2004; SAITO, 2014).

Cabe aqui a diferenciação entre puberdade e adolescência. A primeira corresponde às alterações biológicas típicas deste ciclo de vida, que ocorrem de forma semelhante e cronologicamente na maioria dos indivíduos. Sua ocorrência indica que a pessoa está entrando na adolescência, e se caracteriza pelo crescimento físico, por mudanças de composição corporal e de eclosão hormonal (RESMINI, 2004; SAITO, 2014).

Já a adolescência engloba modificações psicológicas, sociais e culturais que, diferentemente da puberdade, podem variar de acordo com a família, a sociedade e as normas e valores da cultura em que o indivíduo está inserido. É um período que suscita indagações

sobre valores e significados, sendo uma etapa da vida de extrema importância para a construção do sujeito individual e social (RESMINI, 2004; SAITO, 2014).

Um adolescente, em geral, apresenta características psicológicas específicas na forma como lida com os impulsos sexuais dependendo das identificações que carrega em si desde a infância com pessoas significativas e com a ansiedade própria da idade. É também um momento de maior desenvolvimento do pensamento lógico-abstrato em oposição ao pensamento concreto das crianças (RESMINI, 2004).

Embora no Brasil, para efeitos legais, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescentes, indivíduos com idade entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990), a duração da adolescência pode ser variável. Pois ela é influenciada por fatores individuais e culturais. Inicia-se com a puberdade e termina quando o jovem consolida sua identidade pessoal – nela se incluindo a capacidade de estabelecer uma relação amorosa, desenvolver uma atividade profissional e de perceber que possui valores estáveis e constantes (RESMINI, 2004).

Entende-se, pois, que o adolescente é um ser em transformação, em ritmo muito mais acelerado que no período de vida adulta. Em geral, o ser humano vivencia uma fase da existência repleta de paradoxos, multifacetada, com significados e ideias antagônicas. Pela delicadeza desse momento da vida, ela pode ser, em alguns casos, terreno fértil para o surgimento de transtornos mentais (RESMINI, 2004). Particularmente, porque, por se achar autossuficiente, o jovem tende a romper com os laços familiares que lhe deram sustentação. Problemas normais nesta fase são: a rebeldia, as alterações de humor, as dificuldades de esperar e de suportar insucessos, a desconstrução do que foi vivenciado em casa, a valorização do grupo em lugar da família e a maior vulnerabilidade aos desafios e problemas (SAITO, 2014).

Nesse processo, o adolescente pode experimentar sentimentos de solidão, amenizado pelo pertencimento a algum grupo, que além de criar identificação, serve como antídoto para o isolamento e o luto da separação-individuação em relação aos pais. (RESMINI, 2004).

Todos os estudiosos são unânimes em dizer que a crise na adolescência é necessária ao desenvolvimento dos indivíduos, já que permite sua autonomia, desenvolvimento da identidade e acúmulo de experiências em curto espaço de tempo. Porém, uma minoria, por falta de apoio, de compreensão ou por problemas pessoais, experimenta dificuldade em superar esta fase conflituosa e desenvolve psicopatologias e desvios comportamentais, inclusive, o comportamento suicida (RESMINI, 2004).

3.3.2 Suicídio na Adolescência

Apesar de ser um evento raro na infância e nos primeiros anos da juventude, a ocorrência desse tipo de comportamento no mundo vem apresentando aumento nas últimas décadas. Isso se deve à maior vulnerabilidade dessa etapa da vida, em que ocorrem, frequentemente, ideações e tentativas de auto eliminação (BAHLS, 2002; PELKONEN, 2003). A literatura aponta também que a ideação suicida é comum entre escolares adolescentes, e que as tentativas de suicídio e o suicídio aumentam com a idade, tornando-se mais frequentes após a puberdade, sendo mais raras entre crianças (BAHLS, 2002).

Mesmo que os dados mostrem o quanto os jovens são vulneráveis ao suicídio, há sub-registro desse tipo de evento, cuja ocorrência costuma ser negada pela família que sente culpa ou vergonha por não saber lidar com os problemas deles (BENINCASA, 2006; BRAGA, 2013), como por exemplo, as rupturas com os laços infantis, a formação de grupos de pares, e as experiências arrojadas de liberdade, as ousadias nos contatos sociais e sexuais, dentre outras. (WHO, 2014; WHO, 2016).

A OMS chama atenção para os diversos riscos que os jovens correm dizendo que muitos morrem por lesões acidentais (acidentes de trânsito, por exemplo), lesões intencionais (como suicídio e violência interpessoal) e causas relacionadas à gravidez (WHO, 2014). No caso aqui em pauta, o suicídio constitui a segunda principal causa de morte de adolescentes entre 15 e 29 anos, correspondendo a 8,5% dos óbitos por todas as causas nessa faixa etária, no mundo e está atrás apenas das mortes por acidentes de trânsito (WHO, 2014; WHO, 2016).

Dados do Center for Disease Control and Prevention (CDC) mostram que nos Estados Unidos o suicídio é a sexta causa de morte entre indivíduos entre 5 e 12 anos, sendo que as taxas de mortalidade por esse evento na população de 10 a 14 anos aumentou em 10% entre 2008 e 2013, (CDC, 2013).

Estimativas da OMS mostram que adultos jovens que vivenciaram eventos adversos na infância apresentam um risco 49 vezes maior de tentar suicídio em comparação com os que não tiveram essa experiência (WHO, 2014). Porém há uma perspectiva de gênero. Os suicídios são três a quatro vezes mais comuns entre adolescentes do sexo masculino do que no sexo feminino. Já as tentativas são duas a cinco vezes mais comuns entre as meninas (BAHLS, 2002).

O meio mais utilizado para a tentativa de suicídio entre os adolescentes são as intoxicação e cortes nos pulsos, enquanto os suicídios são cometidos, em maioria, por

enforcamento, precipitações e intoxicações exógenas (BAHLS, 2002). Adolescentes com controle insuficiente de seus impulsos podem, ao cometer uma tentativa, chegar à consumação do suicídio por um erro de cálculo, sem diretamente terem tido intenção de se matar (RESMINI, 2004). Alguns, durante um surto psicótico, podem arriscar se matar com métodos bastante agressivos, seguindo a ordem de alucinações auditivas de cunho imperativo (RESMINI, 2004).

Há ainda o que a literatura chama de “equivalente suicida”, em que o adolescente apesar de negar, apresenta conduta que põe sua vida em risco. Uma das formas mais comuns é o ato de dirigir automóveis e motocicletas além da velocidade de segurança (o que popularmente é conhecido como “pegas” ou “rachas”). Trata-se, portanto, de uma tentativa de morte autoinfligida, em que o acidente disfarça ou mascara o ato suicida (RESMINI, 2004).

3.3.3 Fatores de risco para o suicídio na adolescência

Os fatores de risco sociais e ambientais para o comportamento suicida na adolescência, descritos na literatura, incluem transtornos psiquiátricos, em particular, a depressão severa, o fácil acesso a meios como pesticidas ou armas de fogo; relações conflituosas que afetam o crescimento e o desenvolvimento e prejudicam a vida afetiva como *bullying*, maus tratos familiares; dificuldades e mau desempenho na escola; isolamento social; eventos estressores, como dificuldades em relacionamentos amorosos (em especial entre adolescentes do sexo feminino) ou de comunicação com os pais, problemas de orientação sexual, e ausência de apoio familiar (BAHLS, 2002; BRASIL, 2005; JOE et al, 2016; WHO, 2002; WHO, 2014; WHO, 2016; SHAIN, 2007). Outros fatores incluem sexo masculino, ter pessoalmente ou histórico familiar de suicídio ou de tentativas de suicídio, ter doença física grave, crônica ou incapacitante (BAHLS, 2001; BRASIL, 2005; JOE et al, 2016; WHO, 2002; WHO, 2014; WHO, 2016; SHAIN, 2007).

A seguir, alguns desses elementos são tratados com maior detalhe.

Os *Transtornos psiquiátricos* na adolescência que predispõem ao suicídio incluem depressão, transtornos de personalidade borderline, transtorno bipolar, uso ou abuso de substâncias, estresse pós-traumático, história de agressão ou impulsividade, além de histórico

de problemas mentais na família (BAHLS, 2001; BRASIL, 2005; JOE et al, 2016; WHO, 2002; WHO, 2014; WHO, 2016; SHAIN, 2007).

Estudos apontam que em adolescentes, a depressão maior é debilitante e envolve alto grau de morbidade e mortalidade, especialmente por meio do suicídio. (BAHLS, 2002; BRAGA, 2013). Ela costuma se apresentar de forma duradoura, afetando múltiplas funções e causando significativos danos psicossociais na vida dos indivíduos (BAHLS, 2002).

Sua manifestação costuma ser semelhante à que ocorre em adultos, mas também apresenta características típicas desta fase da vida, como irritação e instabilidade emocional, humor deprimido, perda de energia, sentimentos de desesperança e culpa, alterações do sono, baixa autoestima, além de ideias e tentativas de se matar (BAHLS, 2002; BENINCASA, 2006).

O risco de comportamento suicida em adolescentes deprimidos é três vezes maior comparando-os com os não-deprimidos (BAHLS, 2002; SHAIN, 2007). Embora esses transtornos ocorram principalmente com meninas, a depressão e a ansiedade são fatores para o comportamento suicida em qualquer idade, gênero ou país (WHO, 2016).

O *Bullying* é outro fator evidenciado como relacionado ao suicídio e tentativas de suicídio entre adolescentes. Constitui-se como uma violência intencional e repetitiva, que ocorre numa relação desigual de poder, por meio de comportamentos cruéis, humilhantes e intimidadores e sem motivos evidentes (LEAO, 2010).

Essas atitudes agressivas, intencionais e repetitivas, manifestadas de forma verbal, física e psicológica geram dor e angústia. E em geral, envolvem os autores, as vítimas e as testemunhas. Podem ocorrer em muitos lugares, mas o mais comum e grave é a escola (BARBOSA, 2016). O *bullying* gera consequências para o desenvolvimento escolar, causa baixa autoestima, estresse, depressão, pensamentos de vingança contra o agressor, fortes ideias de morte e, por vezes, leva ao suicídio fatal (BARBOSA, 2016).

A escola tem papel estratégico para a promoção e proteção da saúde dos alunos, pois é o local onde são reproduzidos padrões de comportamento de socialização, mas onde também existem relacionamentos que põem em risco a saúde dos jovens. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) apontaram que 5,4% dos estudantes inseridos na pesquisa relataram ter sofrido *bullying* quase sempre ou sempre nos últimos 30 dias (MALTA et al, 2010). Nesse sentido, os educadores devem ficar atentos, pois o ambiente escolar também é um espaço privilegiado para a identificação precoce de situações problemáticas,

particularmente quando se trata de adolescentes para quem o grupo de amigos e o tratamento personalizado dos professores são de extrema importância (BAGGIO, 2009).

Em seu estudo, Baggio (2009) mostra que os escolares que referiram sofrer agressão por parte de colegas, através de injúrias e brigas, possuíam mais sentimentos de discriminação, medo de ir à escola e risco para suicídio, que os outros estudantes: 66% dos jovens de sua amostra que haviam planejado suicídio possuíam poucos amigos. Braga (2013) confirma, dizendo que as dificuldades que esses meninos e meninas sentem frente às exigências sociais e psicológicas do seu meio podem impulsioná-los a desenvolver pensamentos e comportamentos suicidas (BRAGA, 2013).

Ao contrário, enquanto pesquisas mostram que problemas de relacionamento com os colegas na adolescência podem se tornar um fator de risco para tentativas de suicídio e do suicídio consumado, outros ressaltam que as trocas afetivas durante esse período da vida reduzem o impacto de experiências negativas, além de influenciar positivamente o desenvolvimento emocional, social, afetivo e cognitivo e características pessoais, como habilidades para resolução de problemas e aumento da autoestima, amenizando impactos de experiências estressoras (DAUDT, 2007; BRAGA, 2013).

Recentemente o bullying tomou nova face frente às mudanças no mundo, e alcançou a internet através do *cyberbullying*, e em especial de jogos virtuais, como é caso do chamado “Baleia Azul”. Este jogo surgido na Rússia em 2015 foi relacionado a causa de suicídio de um adolescente de 15 anos que saltou do topo de um edifício, e de outros 130 suicídios. O jogo apresenta instruções e desafios dados por um mentor, sendo o participante solicitado a enviar fotos para comprovar a realização da tarefa. São propostos cerca de 50 desafios que envolvem desde automutilações até o suicídio propriamente dito. Dentre eles há vários atos de ousadia como subir em telhados, assistir filmes de terror, ouvir músicas psicodélicas entre outros (SOUSA, 2017). Esse jogo se mostrou como um importante risco à automutilação e ao suicídio em adolescentes, pois os jovens desse grupo etário tendem a enfrentar desafios sem medir suas consequências para se projetar, além de ser os usuários mais frequentes das redes sociais. No Brasil, há relatos de suicídios de adolescentes relacionados ao “Baleia Azul”, no estado de Mato Grosso e em Minas Gerais (SOUSA, 2017).

A relação conflituosa ou negligente com os pais ou responsáveis também se mostra importante fator de risco para o comportamento suicida dos adolescentes. Segundo Baggio (2009), no grupo por ele estudado, adolescentes que vivenciavam indiferença familiar frente a

seus comportamentos, ou tinham histórico de agressão por parte dos pais, apresentaram 2,7 mais chances de demonstrar comportamento suicida do que os que não sofriam essas manifestações de violência. Outros autores como Pelkonen (2003) também ressaltam que a comunicação deficiente com os pais ou ter pais com problemas policiais eleva a chance de os adolescentes desenvolverem comportamento autodestrutivo.

O divórcio mal resolvido dos pais e a perda de pessoas significativas também são apontados como fatores de risco para o comportamento suicida entre adolescentes. E estudos mostram que os oriundos de famílias nucleares possuem menor tendência a cometer suicídio, quando comparados com os que têm pais separados de forma conflituosa ou quando ocorre o falecimento de um familiar de referência (BRAGA, 2013). Esses achados são corroborados pelo estudo de Pelkonen (2003) que, ao realizar autopsias psicológicas a respeito de adolescentes que cometeram suicídio, observou que metade deles possuía pais separados. É preciso ficar claro que não há aqui um elogio ao conservadorismo, mas apenas uma advertência sobre a forma dolorosa para os filhos, de uma separação conflituosa dos pais.

Pesquisas mostram ainda que indivíduos com histórico familiar de suicídio possuem maior vulnerabilidade para repetir o comportamento e que, histórias de tentativas de suicídio prévias e perda recente de pessoa amada, aumentam a probabilidade de suicídio na adolescência (BRAGA, 2013, PELKONEN, 2003).

O uso abusivo de álcool e de drogas ilícitas aumenta o risco de comportamento suicida e os efeitos dessas substâncias são recursivos: ou o indivíduo deprimido usa substâncias tóxicas para aliviar suas tensões, ansiedades ou depressão, ou as implicações que tais substâncias trazem, aumentam a agressividade, as distorções cognitivas e diminuem a capacidade de resolução de problemas (BRAGA, 2013). Baggio (2009) observou que beber ou ficar embriagado apresentou associação estatisticamente significativa com o planejamento suicida pelos adolescentes por ele estudados.

Imitação e contágio dizem respeito à influência da divulgação do suicídio de colegas ou de pessoas que o adolescente considera importantes (BRAGA, 2013). Uma das primeiras associações conhecidas entre os meios de comunicação de massa e o suicídio vem do chamado “Efeito Werther”, quando começaram a surgir vários relatos na Europa de jovens que cometeram o suicídio usando o mesmo método que o herói da novela de Goethe *Die Leiden des Jungen Werther* (Os Sofrimentos do Jovem Werther), publicada em 1774. No caso, o herói se dá um tiro após um amor mal-sucedido. Esse efeito, à época, resultou na

proibição do livro em diversos lugares e o termo foi usado para designar a imitação de suicídios (WHO, 2000).

No século XIX Durkheim também levantou a hipótese de que o aumento da ocorrência de tentativas de suicídio após a exposição ao suicídio de outras pessoas poderia ocorrer devido a um “fator imitativo” (DURKHEIM, 1982). A OMS, igualmente, acreditando nesse fator, em 2002 publicou um manual de orientação para a mídia que, em geral, é seguido por todos os países membros.

Adolescentes estão mais vulneráveis à exposição na mídia que indivíduos adultos e há estudos como o de Shain (2007) que mostram o quanto a forma como a cobertura jornalística sobre um caso de uma morte autoinfligida envolvendo adolescentes pode levar a outras. No mesmo sentido, Braga (2013) ressalta que adolescentes à procura de solução para seus problemas podem se “contagiar” pelos episódios veiculados em jornais, televisão e internet. E a situação se agrava se ele tiver presenciado a morte autoinfligida de um familiar ou conhecido.

Atualmente, a morte de celebridades e séries como “13 Reasons Why” – série que traz a narrativa de uma adolescente que se suicida – também suscitaram a discussão do tema (SOUSA, 2017). A associação entre presenciar uma tentativa de suicídio de familiares ou amigos e a maior incidência de tentativas de suicídio entre adolescentes foi encontrada em diversos estudos no mundo (RESMINI, 2004). Em famílias em que jovens se mataram há maior frequência de tentativas posteriores de parentes de primeiro e segundo grau.

Em relação ao *gênero*, dados indicam que as taxas de suicídio consumado, assim como nos outros grupos etários, são maiores entre adolescentes do sexo masculino; enquanto as taxas de tentativas de suicídio são maiores entre adolescentes do sexo feminino (BAGGIO, 2009; BRAGA, 2013; SHAIN, 2007, PELKONEN, 2003). Dados do CDC apontam que nos Estados Unidos, a taxa de suicídio entre meninos com idade entre 15 e 19 anos, é seis vezes maior que entre meninas na mesma faixa etária; enquanto a taxa de tentativa de suicídio é duas vezes mais alta entre meninas que entre meninos (CDC 2005; SHAIN, 2007).

Estudo realizado em amostra de adolescentes escolares em um município da região metropolitana de Porto Alegre mostrou que meninos referiram 40% menos planejamento suicida que meninas, mas o sexo masculino apresentou associação significativa com o suicídio (BAGGIO, 2009), confirmando dados internacionais. Esse autor e Braga (2013) reafirmam também a ideia de que a decisão de cometer suicídio não ocorre de maneira rápida.

Em geral, o indivíduo manifesta anteriormente algum sinal com relação ao desejo de morte ou comete várias tentativas (BRAGA, 2013).

No tocante às relações interpessoais, as questões relacionadas à sexualidade são centrais na adolescência. Lidar com a sexualidade seja talvez a tarefa mais importante desta fase da vida, e os adolescentes tendem a hipervalorizar aspectos relacionados ao sexo (RESMINI, 2004).

Entre as meninas, observa-se forte necessidade de se ligarem a um parceiro do sexo oposto e quando ocorre uma separação, experimentam sentimentos intensos de abandono semelhantes aos indivíduos com transtorno borderline, o que pode levar às tentativas de suicídio (RESMINI, 2004).

Outro ponto a destacar é a questão da *orientação sexual e identidade de gênero*. Adolescentes com profundas dúvidas quanto à sua orientação sexual e identidade de gênero sofrem angustias mais intensas, assim como danos à sua autoestima, o que os coloca em maior risco para as tentativas de suicídio e suicídio consumado (RESMINI, 2004).

Em especial dos adolescentes do grupo LGBT enfrentam o medo de desapontar a expectativa dos pais ou a não aceitação sociofamiliar e por alguns grupos de pares, o que provoca um maior esforço adaptativo e um maior potencial de estresse, assim como desenvolvimento de depressão e solidão nestes adolescentes (RESMINI, 2004).

Jovens que expressam sua homossexualidade podem se sentir sem liberdade para se expressarem devido aos preconceitos sofridos, rejeição dos colegas e diversos tipos de violências aos quais são submetidos, pois ainda é associada a doença ou anormalidade e é observado o predomínio da heteronormatividade (MINAYO, 2011).

O supracitado, associado à expectativa de se relacionar e ser correspondido e a não correspondência, podem provocar tristeza, momentos de depressão e até de ideação ou tentativas de suicídio. Adolescentes homossexuais e bissexuais apresentam risco aumentado para a tentativa de suicídio (RESMINI, 2004; MINAYO, 2011).

No *uso dos meios*, os meninos utilizam os mais agressivos, como arma de fogo, enforcamento, precipitação de locais altos. As meninas possuem um comportamento menos agressivo que meninos (BRAGA, 2013). O maior número de tentativas entre adolescentes do sexo feminino pode ser explicado pelo predomínio de transtornos mentais, em especial da depressão (BAHLS, 2002; BRAGA, 2013).

Por fim, há ainda a questão das *tentativas anteriores* como um forte e comprovado fator de risco para o suicídio consumado. Portanto, do ponto de vista da saúde pública, é importante ressaltar que esse fator indica um sinal de alerta para o sofrimento do jovem e possibilidade de ação oportuna para prevenção do suicídio (RESMINI, 2004).

4. FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO BRASIL

No Brasil, alguns sistemas de informação em saúde são capazes de demonstrar a magnitude das tentativas e suicídios que são notificadas ao SUS. Dentre eles citam-se o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS).

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, tem como objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes, além de servir como subsídio para a formulação de políticas em saúde, com intuito de prevenir esses eventos.

Este Sistema possui dois componentes. O primeiro, chamado “VIVA Contínuo/Sinan”, formado pela vigilância contínua de violência interpessoal e autoprovocada, e tem por objetivo captar dados destas violências em serviços de saúde. Possui como fonte de informação a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal e Autoprovocada, que tem como objeto de notificação:

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, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2016).

Esta notificação está incluída na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, ou seja, é obrigatória a todos os profissionais de saúde, de serviços públicos ou privados do país (BRASIL, 2017).

Esta Ficha fornece dados epidemiológicos do evento e ainda possibilita que a pessoa em situação de violência seja inserida na rede de proteção e prevenção. É importante ressaltar que casos de tentativa de suicídio, assim como casos de violência sexual, são de comunicação imediata (em até 24 horas) à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (BRASIL, 2017).

No escopo das violências autoprovocadas, são objeto de notificação as autoagressões (incluindo-se as automutilações) e as tentativas de suicídio que chegaram aos serviços de saúde. Desta forma, através do VIVA Contínuo/Sinan, é possível captar dados

sociodemográficos do indivíduo que tentou suicídio ou se autoagrediu, assim como obter informações sobre o local da ocorrência, reincidência do fato, o meio de agressão, a natureza da lesão e encaminhamento dado ao episódio (BRASIL, 2013).

O segundo componente, chamado “VIVA/Inquérito” é realizado periodicamente e recolhe informações sobre violências e acidentes atendidos em serviços de urgência e emergência das capitais brasileiras e de municípios selecionados (BRASIL, 2013). Através desse instrumento é possível captar dados da pessoa que cometeu lesão autoprovocada e necessitou atendimento médico nos referidos serviços, assim como informações sociodemográficas, o período em que o ato foi cometido, o meio utilizado, se a lesão autoprovocada foi uma tentativa de suicídio, a natureza da referida lesão, a parte do corpo atingida e a evolução do atendimento (BRASIL, 2013).

Já as internações hospitalares da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), que tiveram como causa principal uma lesão autoprovocada, podem ser analisadas através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Esse registra as hospitalizações da rede pública (federal, estadual, municipal) e conveniada desde 1983, e sua cobertura representa cerca de 70% a 80% do total das internações por motivos de saúde do país. O SIH permite ainda saber o custo das hospitalizações para o SUS (BITTENCOURT, 2006; BRASIL, 2011).

Os dados de óbitos por suicídio, podem ser conhecidos e analisados através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS) que possui abrangência nacional, bom grau de confiabilidade, e permite a formulação de indicadores sobre mortalidade geral e específica (JORGE et al, 2007).

Mais uma vez, é preciso deixar claro que os registros dizem respeito aos eventos que chegam aos vários sistemas e são devidamente classificados. Essa observação é importante porque, embora haja empenho das autoridades de saúde para melhorar as informações do setor, o sub-registro se dá na classificação inicial do evento. O fenômeno dos sub-registros do suicídio (ideações, tentativas, atos consumados) é cultural, público e notório no Brasil e no mundo. A morte autoinfligida é um dos fatos sociais mais difíceis de serem precisamente conhecidos, registrados e divulgados como fartamente reconhecido neste estudo e como unanimidade entre os estudiosos.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a situação das tentativas de suicídio e suicídio consumado, em especial os fatores associados a esses fenômenos, envolvendo adolescentes (10 a 19 anos) no Brasil.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as tentativas de suicídio notificadas no Brasil, no período de 2011 a 2014 e das internações hospitalares por lesões autoprovocadas, envolvendo adolescentes no Brasil de 2007 a 2016.
- Analisar as tentativas de suicídios envolvendo adolescentes registrados no componente inquérito do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Inquérito) no ano de 2014;
- Analisar a mortalidade por suicídio envolvendo adolescentes brasileiros, no período de 2007 a 2016.
- Analisar os fatores associados aos óbitos por suicídio entre adolescentes no Brasil, no período entre 2000 e 2016.

6. MÉTODO

A seguir serão apresentados, separadamente, os métodos empregados nos quatro estudos desenvolvidos a fim de se atender aos objetivos propostos.

6.1 NOTIFICAÇÕES E INTERNAÇÕES POR LESÃO AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES NO BRASIL, 2007 A 2016

Estudo descritivo-analítico, baseado na análise das notificações e internações decorrentes de lesões autoprovocadas ocorridas na adolescência (10-19 anos) no Brasil. As fontes de dados são oriundas dos seguintes sistemas de informação de saúde:

- *Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes* – componente contínuo, o qual registra os dados no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (*VIVA/Sinan*), de 2011 a 2014. Selecionou-se esse período porque somente em 2011 a notificação de violência interpessoal/autoprovocada foi inserida na lista de eventos de notificação compulsória, e os dados de 2014 são os últimos disponibilizados pelo Datasus. As informações aqui analisadas decorrem das notificações feitas no campo “lesão autoprovocada”, onde deve ser demarcada a “própria pessoa” com um “sim” e como “autor da agressão”.

- *Sistema de Informações Hospitalares (SIH)*, sendo estudadas as internações hospitalares cujo diagnóstico principal foi lesão autoprovocada, conforme os códigos X60 a X84 da CID-10, nos anos 2007 a 2016.

Todos os dados foram agregados e analisados segundo duas faixas etárias (10 a 14 anos e 15 a 19 anos) e por sexo.

Para análise das *notificações registradas no VIVA/SINAN* foram calculadas medidas de frequências segundo raça/cor (branca, preta/parda, indígena e amarela); presença de deficiência; zona de residência (rural/periurbana e urbana); local de ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, via pública que inclui local de prática esportiva, bar ou similar, comércio ou local de serviços, indústria e local de construção); meio utilizado (enforcamento, uso de objeto contundente, uso de objeto perfuro-cortante, substância quente,

envenenamento/intoxicação e uso de arma de fogo); se a lesão autoprovocada ocorreu outras vezes; se houve uso de álcool; e o encaminhamento que foi dado e para onde: rede de saúde, rede de atenção social e de educação, Conselho Tutelar, Delegacia Especializada, Justiça da Infância e Juventude, além de outros, como Rede de Atenção à Mulher, Ministério Público e Centro de Referência dos Direitos Humanos. Com a finalidade de verificar associações com a variável desfecho (notificações por lesão autoprovocada) utilizou-se o teste qui quadrado, com nível de significância de 5%. Também foram analisados os meios de agressão segundo Unidade da Federação (UF), e calculadas taxas (por 100 mil habitantes) segundo Região Brasileira e UF.

Na análise das *internações hospitalares* calcularam-se as taxas (por 100 mil habitantes) segundo região e UF, além de ter sido feita uma análise de evolução temporal do evento no período de 2007 a 2016.

Para o cálculo das taxas, empregou-se como numerador a quantidade de notificações ou de internações por lesões autoprovocadas e, como denominador, a estimativa populacional fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para cada ano. Na construção do banco de dados e cálculo das taxas, foram usados os programas Excel e Stata 14.0.

Este estudo dispensou avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar de análise de base de dados secundários e não nominais (as bases de dados são disponibilizadas no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS).

6.2 LESÃO AUTOPROVOCADA EM TODO OS CICLOS DA VIDA: PERFIL DAS VÍTIMAS ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CAPITAIS DO BRASIL

Estudo transversal com base nos dados de atendimento a vítimas de lesões autoprovocadas registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente inquérito (VIVA/inquérito). Este inquérito foi realizado no ano de 2014, no período de 30 dias consecutivos, entre os meses de setembro a novembro de 2014. Os turnos foram sorteados através de amostragem probabilística por conglomerado em único estágio

estratificado pelo tipo de estabelecimento (emergência geral, unidades de pronto-atendimento, emergências especializadas), sendo o turno a unidade primária de amostragem.

Envolveu 86 serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), localizados em 24 capitais e no Distrito Federal, onde o tamanho da amostra foi de, no mínimo, 2.000 atendimentos por causas externas, assumindo coeficiente de variação inferior a 30% e erro padrão menor que 3.

Eram elegíveis para a entrevista, todos os atendimentos por causas externas realizados no turno sorteado em cada estabelecimento, sendo excluídos os casos em que o paciente procurou a mesma unidade pelo mesmo motivo. Nos casos em que o indivíduo atendido era uma criança, as respostas eram dadas por seus responsáveis ou pela equipe de saúde que atendeu a pessoa. Os casos de lesão autoprovocada caracterizados neste estudo decorrem da ocorrência do respectivo agravo que originou o atendimento no serviço de urgência e emergência estudado.

Primeiramente, os casos de lesão autoprovocada foram analisados segundo sexo por variáveis sociodemográficas: faixa etária – criança (0 a 9 anos), adolescente (10 a 19 anos), adulto (20 a 59 anos) e idoso (60 anos e mais); raça/cor da pele autodeclarada; escolaridade em anos de estudo; dia da semana do atendimento; local da ocorrência; zona de residência; meio utilizado no evento; se a lesão autoprovocada foi tentativa de suicídio (onde entrevistado ou responsável declarou se a lesão teve intenção suicida); a intencionalidade do ato (autodeclaração se a lesão foi intencional ou acidental); ingestão de bebida alcoólica nas 6 horas anteriores ao evento; natureza da lesão; parte do corpo atingida; e a evolução do atendimento.

Para verificar as associações entre o desfecho de interesse (lesão autoprovocada) e as variáveis independentes, foi realizada análise bivariada por meio do teste qui-quadrado com correção de segunda ordem de Rao-Scott, a qual incorpora o plano amostral complexo e com nível de significância de 5%.

A seguir foi realizada uma análise bivariada segundo casos de lesão autoprovocada e demais casos de violências atendidos nos serviços estudados por variáveis pertinentes à modelagem estatística: faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade em anos de estudo, zona de residência e ingestão de bebida alcoólica nas 6 horas anteriores ao evento. Com a finalidade de verificar associações utilizou-se o teste de Rao-Scott, com nível de significância de 5%. Após essa análise bivariada, as variáveis com um valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para

inclusão no modelo múltiplo. Na análise múltipla, foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$ para os fatores associados às lesões autoprovocadas. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico Stata 14, com uso do comando svy, específico para a análise de planos amostrais complexos.

O projeto do VIVA Inquérito 2014 foi avaliado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (parecer no. 735.933/2014), e foi utilizada a concordância verbal das vítimas ou de seus responsáveis ou acompanhantes, quando menores de 18 anos ou quando se tratava de vítima inconsciente. Para este estudo, foram utilizados dados não nominais.

6.3 MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM ADOLESCENTES BRASILEIROS, 2007-2016

Trata-se de um estudo transversal dos óbitos por suicídio, ocorridos entre os anos de 2007 a 2016 no Brasil, na faixa etária de 10 a 19 anos. Como fonte de dados, utilizou-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS), sendo selecionados os óbitos cuja causa foi classificada nos códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da 10^a. Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

Foram construídas as distribuições de frequência dos óbitos de acordo com as seguintes variáveis: sexo, grupo etário (10 a 14 anos; 15 a 19 anos), raça/cor, local de ocorrência, Região e Unidade da Federação (UF).

Foram calculadas as taxas brutas para as regiões e UF brasileiras segundo o sexo. Para tanto, utilizou-se como numerador o número de óbitos por suicídio ocorridos na área/sexo em questão e no denominador a população da área/sexo em questão (região ou UF). A população utilizada para o cálculo das taxas de mortalidade foi obtida junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A série temporal foi dividida em dois períodos de cinco anos (quinquênios) para cálculo das taxas (2007-2011 e 2012-2016) e posterior comparação do perfil do evento nos períodos.

Para construção dos bancos e cálculo das taxas foi utilizado o programa Excel[®] e o pacote estatístico Stata 14. Para apresentação das taxas das UF foram construídos mapas temáticos no programa TabWin 4.1.3.

Este estudo dispensou avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar de análise de base de dados secundários e não nominais (a base de dados utilizada é disponibilizada no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS).

6.4 FATORES ASSOCIADOS AOS ÓBITOS POR SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES NO BRASIL

Estudo transversal analítico, no qual se utilizaram dados provenientes do *linkage* de duas bases de dados: Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes – componente contínuo, o qual registra os dados no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan), e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O VIVA/Sinan é a base da qual foram retiradas as notificações das tentativas de suicídio ocorridas entre 2011 e 2016. Do SIM extraíram-se os registros de óbito que ocorreram no Brasil, também entre 2011 e 2016.

O estudo considerou adolescentes, indivíduos entre 10 e 19 anos nas duas fontes de informação. No VIVA/Sinan esses indivíduos foram selecionados através uma nova variável criada (idade), em que seus valores seriam o resultado da diferença entre a data da notificação e a data de nascimento. Não foi necessária a identificação de duplicidades nas duas bases, pois as mesmas já haviam sido revisadas pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente foram selecionadas as notificações de lesões autoprovocadas por adolescentes registradas no SINAN. Para tal, realizou-se o filtro através da variável LES_AUTOP (selecionaram-se os registros iguais a “1”, correspondentes à lesão autoprovocada igual a “Sim”).

Posteriormente esses registros foram buscados no SIM (sendo esta base formada por indivíduos de 10 a 19 anos com qualquer causa básica de morte), por meio da composição de pares através das variáveis: nome, nome da mãe e data de nascimento.

Para identificação de pares reais, foram inicialmente calculados scores que se referem à chance dos registros serem pares verdadeiros (sendo, para este estudo, delimitado o score maior ou igual a 7.000, pois, a partir desse, foram encontrados pares com maiores chances de serem verdadeiros). Após esta identificação inicial, os pares foram revisados manualmente, para identificação de sua veracidade nos registros das duas bases.

Consideraram-se “pares verdadeiros” os casos em que os registros nas duas bases de dados possuíam o mesmo nome, o nome da mãe e a data de nascimento, mesmo quando houvesse pequenos erros de digitação. Excluíram-se os considerados “pares falsos”, ou seja, os registros em que o nome da pessoa, da mãe ou a data de nascimento eram diferentes. A partir de então, formou-se uma nova base de dados para análise, da qual constam apenas os pares verdadeiros.

Primeiramente, os pares foram analisados segundo sexo por variáveis sociodemográficas: faixa etária (10 a 14 e 15 a 19 anos); raça/cor da pele; escolaridade; zona de residência; local da ocorrência; se a tentativa de suicídio foi de repetição; meio utilizado no evento; suspeita de uso de álcool, e tempo entre a última tentativa e o óbito.

Posteriormente, realizou-se uma análise bivariada para verificar associações entre o desfecho de interesse (óbito por suicídio) e as variáveis independentes, sendo elas: faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, zona de residência; local da ocorrência; se a tentativa de suicídio foi de repetição; meio utilizado no evento; suspeita de uso de álcool, e tempo entre a última tentativa e o óbito. As associações foram verificadas através do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Após a análise bivariada, as variáveis com um valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para inclusão no modelo de regressão logística. Este foi escolhido por admitir variáveis dependentes dicotômicas. Nessa análise, consideraram-se significativos os valores de $p < 0,05$ para os fatores associados aos óbitos por suicídio.

Utilizou-se o ambiente Python para manusear as bases de dados e realizar o *linkage*, e o pacote estatístico Stata 14 para a análise dos dados pareados.

Este estudo dispensou avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar de análise de base de dados secundários e não nominais (as etapas do linkage foram realizadas pelo Ministério da Saúde e as análises realizadas utilizaram dados anonimizados).

7. RESULTADOS

Os resultados, organizados em forma de artigo, são apresentados a seguir, separadamente, seguindo o modelo requerido pelas revistas em que foram publicados ou às quais foram submetidos.

7.1 ARTIGO 1 – NOTIFICAÇÕES E INTERNAÇÕES POR LESÃO AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES NO BRASIL, 2007 A 2016*

**Artigo aprovado e publicado na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, vol.29 n°2 2020*

Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil,
2007 a 2016

Adolescent intentional self-harm notifications and hospitalizations in Brazil,
2007-2016

Notificaciones e internaciones por lesión autoprovocada en adolescentes en Brasil, 2007-2016
Lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil

Camila Alves Bahia¹

Joviana Quintes Avanci²

Liana Wernersbach Pinto²

Maria Cecilia de Souza Minayo²

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

²Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli/CLAVES, da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP, Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

Resumo

Objetivo: descrever o perfil das notificações e internações de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes no Brasil.

Método: estudo descritivo, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2011-2014) e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (2007-2016) sobre lesões autoprovocadas.

Resultados: houve 15.702 notificações, predominando o grupo etário de 15-19 anos (76,4%) do sexo feminino (71,6%), e raça/cor da pele branca (58,3%); a residência foi o local mais frequente dessas ocorrências (88,5% de 10-14 anos; 89,9% de 15-19 anos); o meio mais utilizado foi envenenamento/intoxicação (76,6% e 78,0%, respectivamente nas idades de 10-14 e 15-19); houve 12.060 internações, com predominância do sexo feminino (58,1%) e maior ocorrência na região Sudeste (2,7 e 7,0 notificações/100 mil habitantes, nos grupos de 10-14 e 15-19 anos, respectivamente).

Conclusão: os resultados reforçam a necessidade de os serviços de saúde estarem sensíveis ao registro, atenção e cuidado desses adolescentes.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio; Adolescente; Sistemas de Informação; Hospitalização; Epidemiologia Descritiva

Abstract

Objectives: to describe the profile of case notifications and hospitalizations of intentional self-harm involving adolescents in Brazil.

Method: this was a descriptive study with data from the Notifiable Health Conditions Information System (SINAN) (2011-2014) and the Brazilian National Health System Hospital Information System (SIH/SUS) (2007-2016) about intentional self-harm.

Results: there were 15,702 notifications, with predominance of the 15-19 years age group (76.4%), females (71.6%) and White race/skin color (58.3%); the home was the most frequent place of occurrence (88.5% among those 10-14 years old and 89.9% among those 15-19 years old); poisoning/intoxication was the most used method (76.6% and 78% in the 10-14 and 15-19 age groups, respectively); there were 12,060 hospitalizations, with a predominance of females (58.1%) and greater occurrence in Southeast Region (2.7 and 7.0 notifications/100,000 inhabitants in the 10-14 and 15-19 age groups, respectively).

Conclusion: the results reinforce the need for health services to be sensitive to recording cases and providing care to these adolescents.

Keywords: Suicide, Attempted; Adolescent; Information Systems; Hospitalization; Epidemiology, Descriptive

Resumen

Objetivos: describir el perfil de las notificaciones y hospitalizaciones por lesiones autoprovocadas en adolescentes en Brasil.

Métodos: estudio descriptivo con datos de los Sistemas de Información de Agravamiento de Notificación (2011 a 2014) y de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud (SIH/SUS) (2007 a 2016) sobre lesiones autoprovocadas.

Resultados: hubo 15.702 notificaciones, con predominio del grupo de 15-19 años (76,4%), mujeres (71,6%) y raza/color de piel blanca (58,3%); la residencia fue el lugar más frecuente (88,5% entre 10 y 14 años y 89,9% entre 15 y 19 años); envenenamiento/intoxicación fue el medio más utilizado (76,6% y 78,0% respectivamente en las edades de 10-14 y 15-19); hubo 12,060 hospitalizaciones, con predominio de mujeres (58,1%) y mayor ocurrencia en la Región Sudeste (2,7 y 7,0 notificaciones/100 mil habitantes entre 10 y 14 y entre 15 y 19 años).

Conclusión: los resultados refuerzan la necesidad de que los servicios de salud sean sensibles al registro y la atención y cuidado de estos adolescentes.

Palabras-clave: Intento de Suicidio; Adolescente; Sistemas de Información; Hospitalización; Epidemiología Descriptiva

Introdução

Lesão autoprovocada é definida como a violência que a pessoa inflige a si mesma, podendo ser classificada como comportamento suicida ou autoagressão. O comportamento suicida se caracteriza pelo fato de o indivíduo causar lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal ou do verdadeiro motivo do ato. Nele estão incluídos pensamentos, planejamento, tentativas de se matar e o ato consumado.¹ Já a autoagressão engloba automutilações, desde as mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas, até as mais severas, como amputação de membros.^{2,3} Sexo, idade, cultura e etnia têm implicações importantes na epidemiologia do suicídio, e vários fatores de risco são reconhecidamente associados a distintas causas, as quais interagem entre si, a exemplo de problemas médicos, biológicos, ambientais, psiquiátricos e psicológicos, filosófico-existenciais, além de motivações e problemas sociais.⁴

A transição da infância para a adolescência representa um período crítico para a vulnerabilidade do comportamento suicida.⁵ Na adolescência, algumas particularidades próprias da idade aumentam o risco das lesões autoprovocadas, como (i) grandes transformações biopsicossociais, (ii) comportamento naturalmente mais impulsivo e depressivo, (iii) aumento dos transtornos mentais, (iv) maior suscetibilidade ao consumo de álcool e drogas, (v) solidão, (vi) indagações sobre problemas sociais, sentido da vida e inserção no mundo, (vii) aumento dos conflitos familiares, a maioria deles decorrente da busca de autonomia, (viii) crises ou rupturas com namorados ou com amigos e (ix) ousadias nos contatos sociais e sexuais.^{3,6-9}

Todo esse contexto de vulnerabilidade coloca as lesões autoprovocadas como um sério problema de Saúde Pública, e a adolescência como um período da vida quando essa problemática lidera as principais causas de morte.^{3,10} Em 2012, o suicídio se encontrava em terceiro lugar entre as causas de óbitos de adolescentes no mundo, atrás dos acidentes de trânsito e das infecções respiratórias.¹¹ No entanto, há dificuldades para se obterem estatísticas sobre as tentativas de suicídio, por vários fatores: questões socioculturais, morais, religiosas e econômicas; imprecisão no diagnóstico; e dificuldade de conhecer as circunstâncias dessas ocorrências, até porque muitas dessas tentativas são de baixa gravidade e resolvidas em casa.¹²

No país, dois sistemas de informações em saúde têm sido utilizados para se conhecer a dimensão das tentativas de suicídio. Um é o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), responsável pelo registro dos dados sobre a morbidade hospitalar e fornecimento dos dados sobre os procedimentos realizados durante as internações em hospitais públicos e conveniados ao SUS;¹³ o outro é o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em seu componente contínuo, alimentado pela Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal/autoprovoada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Esse formulário é preenchido diante de todo caso suspeito ou confirmado de violência, atendido nos serviços de saúde.^{14,15}

As tentativas de suicídio ocupam lugar importante no estudo das lesões autoprovocadas cometidas por adolescentes, uma vez que são um preditor importante para a morte autoinfligida. As tentativas superam em número os suicídios: estima-se que para cada ato consumado na população geral, haja no mínimo 20 tentativas entre os jovens.¹⁶⁻¹⁹ Contudo, estima-se que 67 a 75% dessas tentativas sejam de baixa letalidade, como já foi relatado: um terço dos adolescentes que sofrem esse tipo de lesão chega a ser atendido nas emergências ou prontos-socorros para cuidar dos danos decorrentes de seu ato.²⁰⁻²¹

No Brasil, as taxas de hospitalização por tentativas de suicídio são maiores entre adolescentes do sexo feminino (três para cada internação do sexo masculino), com maior idade, e nos municípios de mais de 1 milhão de habitantes. Os meios preferidos utilizados nessas tentativas, entre o sexo feminino, são as intoxicações por substâncias, especialmente analgésicos. No sexo masculino, prevalece o uso de objetos cortantes e de armas de fogo.²² Entre os anos 2000 e 2009, 15,1% das internações por suicídio envolveram adolescentes, e em 2014, 22,8% das tentativas notificadas no Sinan correspondiam a indivíduos nessa fase da vida.²³

Estudos epidemiológicos são importantes. Conhecer o perfil das tentativas de suicídio permite não só identificar quais adolescentes estão sob maior risco como subsidiar as decisões voltadas a sua prevenção e ações para seu atendimento pela Saúde.¹²

Neste contexto, este artigo teve por objetivo descrever o suicídio envolvendo adolescentes no Brasil mediante dois de seus aspectos: (i) as notificações realizadas no período de 2011 a 2014 e (ii) as internações hospitalares por lesões autoprovocadas, de 2007 a 2016.

Método

Estudo descritivo, sobre notificações e internações decorrentes de lesões autoprovocadas ocorridas na adolescência (10-19 anos), no Brasil.

As fontes de dados são oriundas dos seguintes sistemas de informações de saúde:

- a. Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan). Foram selecionadas para análise as notificações que, no campo da Ficha de Notificação Individual do Sinan destinada ao registro de ‘lesão autoprovocada’, encontravam-se demarcadas como ‘sim’, e no campo de referência do ‘autor da agressão’, a ‘própria pessoa’. O período de 2011 a 2014 foi selecionado porque somente em 2011 a notificação de violência interpessoal/autoprovocada foi inserida na lista de eventos de notificação compulsória, e também porque os dados de 2014 eram os últimos disponibilizados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) no momento da análise.
- b. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foram selecionadas as internações hospitalares ocorridas nos anos de 2007 a 2016 e cujo diagnóstico principal foi ‘lesão autoprovocada’, conforme os códigos X60 a X84 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID-10).

Todos os dados foram agregados e analisados segundo sexo e duas faixas etárias - 10 a 14 e 15 a 19 anos.

Para análise das notificações registradas no VIVA/Sinan, foram calculadas medidas de frequências segundo as seguintes variáveis:

- a. raça/cor da pele (branca; preta/parda; indígena; amarela);
- b. presença de deficiência (sim; não);
- c. zona de residência (rural/periurbana; urbana);
- d. local de ocorrência (residência; habitação coletiva; escola; via pública; e outros [local de prática esportiva, bar ou similar; comércio ou local de serviços; indústria; local de construção]);
- e. meio utilizado (enforcamento; uso de objeto contundente; uso de objeto perfurocortante; uso de substância quente; envenenamento/intoxicação; uso de arma de fogo);
- f. ocorrência anterior (sim; não);
- g. uso de álcool (sim; não); e
- h. encaminhamento realizado e para onde (rede de saúde; rede de assistência social; rede de educação; Conselho Tutelar; Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente; Justiça da Infância e da Juventude; outros [Rede de Atenção à Mulher; Ministério Público; Centro de Referência dos Direitos Humanos]).

Com a finalidade de verificar associações das variáveis supracitadas com o desfecho - notificações por lesão autoprovocada, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Também foram descritos os meios de agressão, segundo Unidade da Federação (UF).

Foram calculadas taxas de notificação e de internação (por 100 mil habitantes) segundo macrorregião nacional e UF, para os períodos estudados. Nesse cálculo, empregou-se como numerador a quantidade de notificações ou de internações por lesões autoprovocadas, e como denominador, as estimativas da população de adolescente disponibilizadas pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para cada ano. Na construção do banco de dados e cálculo das taxas, foram aplicados os programas Excel e Stata 14.0.

O projeto do estudo dispensou avaliação por parte de um Comitê de Ética em Pesquisa porque utilizou bases de dados secundários, não nominais, disponíveis para consulta pública no sítio eletrônico do Datasus (www.datasus.gov.br).

Resultados

Entre os anos de 2011 e 2014, houve 67.388 notificações de lesão autoprovocada realizadas pelos serviços de saúde, correspondendo a 14% de todos os registros de violências. Dessas notificações, 15.702 (23,3%) referiam-se a adolescentes, 3.699 (23,6%) de 10 a 14 anos e 12.003 (76,4%) de 15 e 19 anos. Nos dois grupos etários discriminados, houve predomínio de indivíduos do sexo feminino: 2.952 (79,8%) na faixa de 10 a 14 anos e 8.594 (71,6%) na de 15 a 19 anos.

A Tabela 1 mostra que a raça/cor da pele dos adolescentes esteve associada, de forma significativa, às lesões autoprovocadas nos dois grupos etários e segundo o sexo ($p=0,004$ e $p<0,001$, respectivamente). As adolescentes de raça/cor da pele branca de 10 a 14 anos corresponderam a 59,2% do total. As diferenças se repetiram no grupo de 15 a 19 anos (58,7% do sexo feminino contra 57,3% do masculino). Por sua vez, entre os jovens de raça/cor da pele amarela e os indígenas, nos dois grupos de idade, foi o sexo masculino que se destacou nas ocorrências de tentativas de suicídio. Igualmente, encontrou-se associação significativa entre algum tipo de deficiência e tentativas de suicídio, com maior frequência no sexo masculino, seja nos mais velhos, seja nos mais novos ($p<0,001$). Residir em uma zona urbana também se mostrou associado à tentativa de suicídio entre adolescentes de 15 a 19 anos ($p=0,001$).

A residência foi o principal local onde os adolescentes tentaram suicídio, principalmente no sexo feminino, em cuja faixa de 10 a 14 anos o percentual foi de 91,0% de tentativas de suicídio em casa, enquanto no sexo masculino, na mesma faixa etária, essa proporção foi de 78,9%. No grupo de 15 a 19 anos, essa proporção foi de 93,0% para o sexo feminino e de 82,0% para o masculino ($p<0,001$) (Tabela 1).

O envenenamento/intoxicação se destacou como o meio mais utilizado nas tentativas de suicídio, independentemente de idade e sexo. Na idade de 10 a 14 anos, entre as tentativas no sexo feminino, o uso de objeto perfurocortante sobressaiu-se com o segundo lugar em frequência (13,3%), ao passo que, no sexo masculino, para ambos os grupos etários, a segunda maior frequência foi de enforcamento, seguido da utilização de objeto perfurocortante, emprego de arma de fogo e uso de substância quente ($p < 0,001$) (Tabela 1). Independentemente da faixa etária, o envenenamento e as intoxicações destacaram-se como principal meio para tentativas de suicídio em quase todos os estados brasileiros: as exceções couberam ao Acre, entre seus adolescentes de 10 a 14 anos, e ao estado do Amazonas, onde o enforcamento sobressaiu em ambos os grupos de idade.

A Tabela 1 ainda mostra um número expressivo de reincidência de casos atendidos decorrentes de tentativas (aproximadamente 30%, em cada faixa etária), situação mais presente no sexo feminino. A associação com uso de álcool nas tentativas de suicídio mostrou-se ainda mais evidente no sexo masculino ($p < 0,001$). A rede de saúde revelou-se o destino da maioria dos encaminhamentos de adolescentes após essas tentativas, vindo a seguir o Conselho Tutelar (Tabela 1).

A região Sul sobressaiu-se quanto ao número e taxas de notificações, independentemente da idade e do sexo: no grupo de 10 a 14 anos, a taxa variou entre 17,6 e 4,4 casos por 100 mil hab., no sexo feminino e no masculino, respectivamente, aumentando para 44,1 entre o sexo feminino e 18,4 entre o masculino, por 100 mil hab., na faixa de 15 a 19 anos. Em seguida, apareceram as regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte, quanto à taxa de notificação (Tabela 2).

A Tabela 2 mostra que Mato Grosso do Sul foi o estado com a maior taxa de tentativas de suicídio de adolescentes que chegaram aos serviços de saúde (20,9 e 64,6 casos notificados/100 mil hab., respectivamente no grupo de 10 a 14 e 15 a 19 anos), seguido de Alagoas, Roraima, Tocantins, Minas Gerais e Santa Catarina. Em todos os estados do país, à exceção do Amazonas, as maiores taxas de tentativas de suicídio entre adolescentes notificadas pelos serviços de saúde foram observadas no sexo feminino. Se no estado do Amazonas, nas duas faixas etárias, as taxas de tentativa de suicídio foram maiores no sexo masculino, no Pará e no Maranhão, as taxas foram iguais para ambos os sexos na faixa etária de 10 a 14 anos.

Ocorreram 12.060 internações por lesões autoprovocadas intencionalmente, no período de 2007 a 2016, sendo 3.350 (27,8%) entre jovens de 10 e 14 anos e 8.710 (72,2%) entre os de 15 a 19 anos. Nos dois grupos etários, as adolescentes foram maioria, atingindo 1.947 (58,1%) das internações no grupo de menor idade e 4.435 (50,9%) no de maior idade (dados não apresentados).

Na Figura 1 podem ser visualizadas as séries históricas das taxas de internação por tentativas de suicídio segundo sexo, para as faixas etárias estudadas. No grupo de 10 a 14 anos, observou-se um leve aumento dessas taxas até 2008 e, a partir de então, uma tendência de decréscimo no sexo masculino até 2010, seguida de uma estabilidade em ambos os sexos. Entre os anos de 2014 e 2015, as taxas voltaram a subir, especialmente no sexo masculino (2,5 e 2,4 internações/100 mil hab.), e logo a declinar até 2016. Entre as adolescentes, as taxas mostraram-se mais estáveis ao longo do período, havendo um leve aumento nos anos de 2013 e 2015.

Comportamento distinto foi observado no grupo de adolescentes entre 15 e 19 anos. Este segmento etário apresentou taxas maiores que o de 10 a 14 anos. Desde 2007, o sexo feminino destacou-se mais que o sexo masculino. A partir de 2012, essa relação se inverteu com o sexo masculino, cuja taxa de 5,0 internações/100 mil hab. em 2012 passou a 6,0/100 mil hab. em 2014, enquanto no sexo feminino essa taxa se reduzia, principalmente a partir de 2011.

A Tabela 3 mostra que a região Sudeste liderou as taxas de internação por tentativa de suicídio cometidas em ambos os sexos, vindo a seguir as regiões Norte, Sul, Centro-Oeste e, com as mais baixas taxas, o Nordeste. Sob uma análise geral, vale ressaltar, no tocante às internações, que o sexo masculino se sobrepôs ao feminino na maior parte dos estados, no grupo etário de 15 a 19 anos. O Pará e a Paraíba se destacaram nas taxas de hospitalização de adolescentes de 10 a 14 anos que tentaram suicídio, ao passo que Acre e Ceará sobressaíram-se nos casos de jovens de 15 a 19 anos. Alagoas e Sergipe foram os estados a apresentar as taxas de internação por tentativa de suicídio mais baixas do país, na faixa de 10 a 14 anos, e o Rio Grande do Norte, na faixa de 15 a 19 anos.

Discussão

O estudo traz um panorama das tentativas de suicídio entre adolescentes atendidos por esse motivo, nos serviços de saúde no Brasil, nos últimos anos. Ainda que se saiba da existência de subnotificação, não é desprezível o elevado número de notificações e internações por lesões autoprovocadas. Não obstante as limitações dos dados, seus achados reforçam um perfil já conhecido na literatura: primazia feminina; maior ocorrência entre adolescentes mais velhos (15 a 19 anos); residência como local principal para ocorrência do ato; e vulnerabilidade das condições de saúde como fator de risco, a exemplo da presença das deficiências.^{1,3,24}

Sobre a diferença entre os sexos, sobressai a escolha do método menos letal no sexo feminino, grupo que tende a apresentar maior reincidência. No sexo masculino, predominam o uso abusivo de substância psicoativa e de álcool, e a escolha de métodos que envolvem maior risco de morte autoinfligida.^{1,24}

Quanto à idade, Brent et al.²⁵ explicam que adolescentes mais velhos são, do ponto de vista da cognição, mais aptos a planejar e executar atos suicidas, apresentando intenção mais elaborada do que os mais jovens, além de contarem com um nível de autonomia mais elevado e, portanto, receberem menos supervisão e apoio dos pais. Tal situação pode aumentar a oportunidade de sua desconexão familiar e social, tornando menos provável o reconhecimento do risco iminente de darem fim à própria vida.²⁴

Sobre a condição de raça/cor de pele, as discussões da literatura especializada são pouco conclusivas. Estudos mostram que indivíduos brancos têm, tradicionalmente, taxas de comportamento autodestrutivo mais elevadas que os não brancos.^{5,18,25}

No que diz respeito à distribuição das tentativas de suicídio e sua notificação no país, observa-se uma combinação de condicionantes socioculturais, econômicos e psicobiológicos possível de explicar as elevadas taxas observadas na região Sul, afetando especialmente famílias de agricultores expostas a pesticidas e a viver de forma mais isolada. A cultura predominantemente alemã e a consequente “imigração” da taxa de suicídio do país de origem, a baixa escolaridade, a tradição do patriarcado, a maior incidência de transtornos mentais e um histórico geracional de suicídio, verificável em muitas famílias, são questões relevantes

para reflexão sobre o assunto.¹ Contudo, é curioso observar que a região Sudeste lidera as internações pela causa estudada, o que talvez se justifique pela maior procura e eficácia do socorro médico prestado nos centros urbanos, além de questões relacionadas ao contexto regional/local, possivelmente mais bem descritas em análises específicas por região/localidade.^{12,22}

Na análise da evolução temporal, chama a atenção o ligeiro decréscimo das internações hospitalares decorrentes de tentativas de suicídio entre 2009 e 2013, e a sobreposição dos adolescentes do sexo masculino com maior idade, em relação às adolescentes, entre os anos de 2013 e 2016. Quanto a esse decréscimo observado, apesar de a taxa do país ter aumentado até 2012,³ atribui-se como hipótese o incremento das ações de prevenção, bastante alavancadas por crescentes alertas da Organização Mundial da Saúde³ e maior sensibilização para o tema de parte dos profissionais da Educação e da Saúde. É importante atentar para o aumento das internações de adolescentes do sexo masculino até 2016, possível indicativo de maior fragilidade desse grupo, em um contexto social e econômico a estimular maior competição por oportunidades, dada a baixa perspectiva de trabalho e de futuro e, por conseguinte, a tendência a aumentar seu sofrimento psíquico e perda do sentido da vida. Nesse cenário adverso, os adolescentes, de maneira geral, podem se encontrar mais vulneráveis diante dessa falta de perspectiva. Alguns reagem a essa situação com o isolamento social, estresse e insegurança pessoal, que pode contribuir para uma maior pressão para o sucesso social, exercida pela família e pelo ambiente competitivo fora de casa.¹⁸ Estudos futuros, especialmente os que incluam a análise desses fatores nos tempos atuais, podem avançar nessa compreensão.

A reflexão sobre as lesões autoprovocadas que não levam à morte é estratégica, face a características típicas da adolescência: impulsividade, problemas de identificação, conflitos e rompimentos de relacionamento, ademais de frequentes frustrações raivosas sem a disponibilidade da assistência de um adulto compreensivo. Conhecer melhor o grupo que tenta suicídio é primordial quando se pensa na prevenção dessas ocorrências; também é recomendável um atendimento multidisciplinar, ao jovem e sua família, visando evitar a alta reincidência (30%), que torna os adolescentes mais vulneráveis ao ato consumado.²⁶

Abordar essas tentativas com seriedade, dar atenção e acolhimento ao adolescente e família e considerar o ato como um sinal de alerta para problemas que estejam se

manifestando são algumas das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio. É preciso que os serviços de saúde estejam preparados nesse sentido: seja para os atendimentos emergenciais, seja para dar continuidade a estratégias de apoio ao adolescente, ajudando-o a encontrar um sentido na vida e superar suas angústias.

Brent²⁷ também faz algumas recomendações aos profissionais da Saúde: (1) compreender melhor o comportamento suicida em faixas etárias mais novas, para uma intervenção mais precoce; (2) prestar atenção ao uso de mídias sociais e seu impacto sobre o jovem,²⁸ reconhecendo não apenas o potencial danoso como também preventivo das redes de informação e comunicação;²⁹ (3) focar os antecedentes imediatos das tentativas e seus efeitos no curto prazo, nos casos em que o abuso de substâncias tóxicas se destaca; e (4) aliar o conhecimento biológico do ser humano e do jovem em particular, utilizando-se de modelos teóricos, psicológicos e contextuais.

É importante assinalar algumas limitações do estudo em tela, tais como as fragilidades das estatísticas de notificação e internação dos sistemas de informações em saúde que foram utilizadas. Primeiramente, porque os casos atendidos nos serviços de saúde são os mais graves. Na população geral, estima-se que, para cada três tentativas, uma seja atendida em serviço médico de urgência. O estigma social conferido ao comportamento suicida e o medo da criminalização do ato são alguns dos motivos para não se registrar esses episódios no sistema de saúde. em segundo lugar, há subnotificação dos dados e erros de classificação dos casos. Somando-se a todas as fragilidades do sistema público de saúde, cumpre lembrar que as informações de registros hospitalares disponíveis, base deste trabalho, abrangem apenas a rede SUS. Não existem dados provenientes da rede privada de emergência e hospitalar, menos ainda quando se trata de lesões autoprovocadas.

Os resultados apresentados reforçam a necessidade de os serviços de saúde estarem sensíveis ao registro, atenção e cuidado dos adolescentes que a eles chegam por essa causa. Os números de tentativas de suicídio são elevados, revelando a dimensão do fenômeno. É mister seguir o imperativo de atuar na elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas à adolescência. Receber e atender com habilidade e compreensão, apoiar psicologicamente e acompanhar esses jovens, desde quando chegam aos serviços, é essencial para a melhoria de sua qualidade de vida, especialmente daqueles que passam por intenso sofrimento psíquico e isolamento social.

Referências:

1. Botega NJ. Crise suicida: Avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
2. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. Rev. Volume I. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009.
3. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2020 Feb 13]. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en/
4. Minayo MC, Avanci JQ, Figueiredo AEB. Violência Autoinfligida: ideias, tentativas e suicídio consumado. In: Minayo MC, Assis SG (Org.). Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
5. Centers for Disease Control and Prevention, Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2005. MMWR [Internet]. 2006 Jun [cited 2020 Feb 13];55(SS-5):1-108. Available from: Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/SS/SS5505.pdf>
6. Hedeland RL, Teilmann G, Jorgensen MH, Thiesen LR, Andersen J. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. Acta Paediatr [Internet]. 2016 May [cited 2020 Feb 13];105(10):1231-8. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1111/apa.13458>
7. Daniel SS, Goldston DB. Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. Suicide Life Threat Behav [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 Feb 13];39(3):252. Available from: Available from: <http://10.1521/suli.2009.39.3.252>
8. Joffe RT, Offord DR, Boyle MH. Ontario child health study: suicidal behavior in youth age 12-16 years. Am J Psychiatry [Internet]. 1988 Nov [cited 2020 Feb 13];145(11):1420-3. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1420>

9. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professional [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2020 Feb 13]. 18 p. Available from: Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf
10. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2004 Dec [cited 2020 Feb 13];24(8):957-79. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>
11. World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2020 Feb 13]. Available from: Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/
12. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 maio [citado 2020 fev 13];30(5):1057-66. Disponível em: Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054213>
13. Souza ER. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da Saúde Pública. In: Minayo MCS, Deslandes SF (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 255-73.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2020 Fev 13]. 72 p. Disponível em: Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/sinan/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf
15. Pinto LW, Assis SG. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000-2014. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 jun [citado 2020 fev

- 13];20(6):1681-92. Disponível em: Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.03532015>
16. World Health Organization. Mental health: suicide data [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Sep 29]. Available from: Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
17. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Harris MJ, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2008 Jan [cited 2020 Feb 13];47(1):32-40. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815a56cb>
18. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo Jr CA. National study of US Emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2005 Oct [cited 2020 Feb 13];46(4):963-75. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.04.018>
19. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley K, Kleiman EM, Chang B, Nock MK. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* [Internet]. 2016 Jan [cited 2020 Feb 13];46(2):225-36. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
20. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2013. *MMWR* [Internet]. 2014 Jun [cited 2020 Feb 13];63(4):1-168. Available from: Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6304a1.htm>
21. Carlson GA, Abbott SF. Mood disorders and suicide. In: Caplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol 2, 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 2367-91.
22. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Suicídios no Brasil por faixas etárias (2000-2008)*. Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz; 2013.

23. Minayo MCS, Bahia CA, Avanci JQ. Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil. In: Ministério da Saúde (Org.). Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2020 fev 13]. v. 1, p. 325-41. Disponível em: Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
24. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2006 Mar-Apr [cited 2020 Feb 13];47(3-4):372-94. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
25. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1999 Dec [cited 2020 Feb 13];38(12):1497-505. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00010>
26. Anderson LM, Lowry LS, Wuensch KL. Racial differences in adolescents' answering questions about suicide. *Death Stud* [Internet]. 2015 Jun [cited 2020 Feb 13];39(10):600-4. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1047058>
27. Brent D. A time to reap and a time to sow: reducing the adolescent suicide rate now and in the future: commentary on Cha et al. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Feb 13];59(4):483-5. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12903>
28. Sgobin SMT, Travali ALM, Coelho OR, Botega NJ. Direct and indirect cost of suicide attempts in a general hospital: a cost of illness study. *São Paulo Med J* [Internet]. 2015 May-Jun [cited 2020 Feb 13];133(3):218-26. Available from: Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.8491808>
29. Hokby S, Hadlaczky G, Westerlund J, Wasserman D, Balazs J, Germanavicius A, Carli V. Are mental health effects of internet use attributable to the webbased content or perceived consequences of usage? A longitudinal study of European adolescents. *JMIR Menl Health* [Internet]. 2016 Jul [cited 2020 Feb 13];3(3):e31. Available from: Available from: <https://mental.jmir.org/2016/3/e31/>

Tabela 1: Distribuição das notificações de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade, sexo, segundo características sociodemográficas, das circunstâncias do ato e de encaminhamento. Brasil, 2011 a 2014.

Características	Idade (em anos) e sexo														Valor de p ^a	
	10 a 14							15 a 19								
	Masc (N=747)		Fem (N=2.952)		Total (N=3.699)		Valor de p ^a	Masc (N=3.409)		Fem (N=8.594)		Total (N=12.003)		Valor de p ^a		
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%			
Raça/cor da pele															0,004	<0,001
Branca	355	56,7	1.483	59,2	1.838	58,7		1.683	57,3	4.238	58,7	5.921	58,3			
Preta/parda	251	40,1	991	39,6	1.242	39,7		1.181	40,2	2.873	39,8	4.054	39,9			
Indígena	11	1,8	15	0,6	26	0,8		54	1,8	56	0,8	110	1,1			
Amarela	9	1,4	15	0,6	24	0,8		19	0,7	50	0,7	69	0,7			
Presença de deficiência	118	20,5	350	15,5	468	16,5	0,004	527	20,8	958	15,1	1.485	16,7	<0,001		
Zona de residência															0,217	0,001
Rural/periurbana	73	0,1	249	8,7	322	9,0		359	10,8	744	8,8	1.103	9,4			

Urbana	648	89,9	2.627	91,3	3.275	91,1		2.957	89,2	7.674	91,2	10.631	90,6	
Local de ocorrência							<0,001						<0,001	
Residência	554	78,9	2.525	91,0	3.079	88,5		2.542	82,0	7.397	93,0	9.939	89,9	
Habitação coletiva	8	1,1	26	0,9	34	1,0		29	0,9	30	0,4	59	0,5	
Escola	25	3,6	82	3,0	107	3,1		30	1,0	70	0,9	100	0,9	
Via pública	70	10,0	57	2,1	127	3,7		278	9,0	230	2,9	508	4,6	
Outros	45	6,4	86	3,1	131	3,8		221	7,1	224	2,8	445	4,0	
Meio utilizado							<0,001						<0,001	
Enforcamento	73	15,6	65	3,2	138	5,6		358	14,6	201	3,4	559	6,7	
Uso de objeto contundente	7	1,5	23	1,1	30	1,2		30	1,2	41	0,7	71	0,8	
Uso de objeto perfurocortante	56	12,0	268	13,3	324	13,1		339	13,8	622	10,4	961	11,4	
Substância quente	15	3,2	39	1,9	54	2,2		46	1,9	95	1,6	141	1,7	
Envenenamento/intoxicação	288	61,5	1.610	80,1	1.898	76,6		1.574	64,2	4.986	83,6	6.560	78,0	
Uso de arma de fogo	29	6,2	6	0,3	35	1,4		103	4,2	17	0,3	120	1,4	
Ocorrência anterior	132	24,6	656	29,1	788	28,2	0,041	695	28,1	1.906	30,1	2.601	29,6	0,057

Uso de álcool	88	16,5	163	7,9	251	9,7	<0,001	562	24,7	637	11,1	1.199	15,0	<0,001
Encaminhamento							0,230							0,038
Rede de saúde	331	65,9	1.490	71,4	1.821	70,4		1.499	80,5	4.437	83,5	5.936	82,7	
Rede de assistência social	24	4,8	76	3,6	100	3,9		101	5,4	225	4,2	326	4,5	
Rede de educação	–	–	1	0,1	1	–		–	–	–	–	–	–	
Conselho Tutelar	145	28,9	513	24,6	658	25,4		258	13,9	636	12,0	894	12,5	
Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente	2	0,4	5	0,2	7	0,3		3	0,2	6	0,1	9	0,1	
Justiça da Infância e da Juventude	–	–	–	–	–	–		–	–	–	–	–	–	
Outros	–	–	1	0,1	1	0,0		2	0,1	8	0,2	10	0,1	

a) Teste do qui-quadrado de Pearson

Nota 1: Os valores das categorias 'ignorado' e 'missing' foram excluídos da análise. Para o grupo etário de 10 a 14 anos, eles apresentaram os seguintes valores, segundo variável: raça/cor da pele (n=569), presença de deficiência (n=868), zona de residência (n=102), local de ocorrência (n=221), ocorrência anterior (n=905) e uso de álcool (n=1104). Já para o grupo de 15 a 19 anos, eles apresentaram os seguintes valores: raça/cor da pele (n=1.849), presença de deficiência (n=3.117), zona de residência (n=269), local de ocorrência (n=952), ocorrência anterior (n=3.201) e uso de álcool (n=3.981).

Nota 2: As variáveis 'Meio utilizado' e 'Encaminhamento' não somam o valor total, desde que se pode assinalar mais de uma opção para cada uma delas na Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), fonte dos dados utilizados no estudo.

Tabela 2. Distribuição das taxas de notificação (por 100 mil hab.) de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, segundo região e Unidade da Federação de ocorrência, Brasil, 2011-2014

Região e UF	Idade (em anos) e sexo					
	10 a 14			15 a 19		
	Masc (N=747)	Fem (N=2.952)	Total (N=3.699)	Masc (N=3.409)	Fem (N=8.594)	Total (N=12.003)
Taxa	Taxa	Taxa	Taxa	Taxa	Taxa	
Norte	0,9	2,5	1,7	4,4	10,8	7,5
Rondônia	0,9	1,3	1,1	1,2	2,5	1,8
Acre	1,1	5,9	3,5	0,6	8,8	4,7
Amazonas	1,1	0,2	0,7	4,3	3,5	3,9
Roraima	0,9	13,1	6,9	30,5	65,4	47,6
Pará	0,3	0,3	0,3	0,1	1,4	0,8
Amapá	2,4	6,5	4,4	5,8	27,5	16,5
Tocantins	3,4	14,1	8,7	24,6	66,3	45,1
Nordeste	0,9	3,9	2,4	4,7	12,8	8,7
Maranhão	0,4	0,4	0,4	1,8	2,4	2,1
Piauí	1,9	7,0	4,4	11,7	25,8	18,7
Ceará	0,4	1,3	0,8	1,3	4,0	2,6
Rio Grande do Norte	0,5	1,7	1,1	3,8	6,4	5,1
Paraíba	0,6	3,5	2,0	5,4	8,3	6,8
Pernambuco	1,2	6,4	3,8	7,1	18,5	12,7
Alagoas	5,4	26,6	15,9	24,2	90,7	57,4
Sergipe	0,2	0,5	0,4	1,2	1,5	1,4
Bahia	0,1	0,6	0,4	1,4	2,8	2,1
Sudeste	2,6	11,2	6,8	11,5	32,2	21,7

Minas Gerais	3,4	17,2	10,2	17,6	55,4	36,1
Espírito Santo	2,5	11,3	6,8	6,0	22,8	14,2
Rio de Janeiro	1,4	4,2	2,8	4,7	10,0	7,3
São Paulo	1,2	10,8	6,6	11,7	30,2	20,8
Sul	4,4	17,6	10,9	18,4	44,1	31,0
Paraná	4,5	15,8	10,1	15,5	37,0	26,1
Santa Catarina	4,1	18,3	11,1	21,2	50,9	35,7
Rio Grande do Sul	4,6	19,2	11,7	19,7	47,3	33,2
Centro-Oeste	2,5	9,4	5,9	11,5	24,9	18,1
Mato Grosso do Sul	6,9	35,7	20,9	34,8	95,8	64,6
Mato Grosso	0,5	3,5	2,0	3,6	8,9	6,2
Goiás	2,1	4,1	3,1	9,1	12,1	10,6
Distrito Federal	1,4	4,1	2,7	4,5	8,1	6,4

Figura 1: Distribuição temporal das taxas de internação decorrentes de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, Brasil, 2007-2016

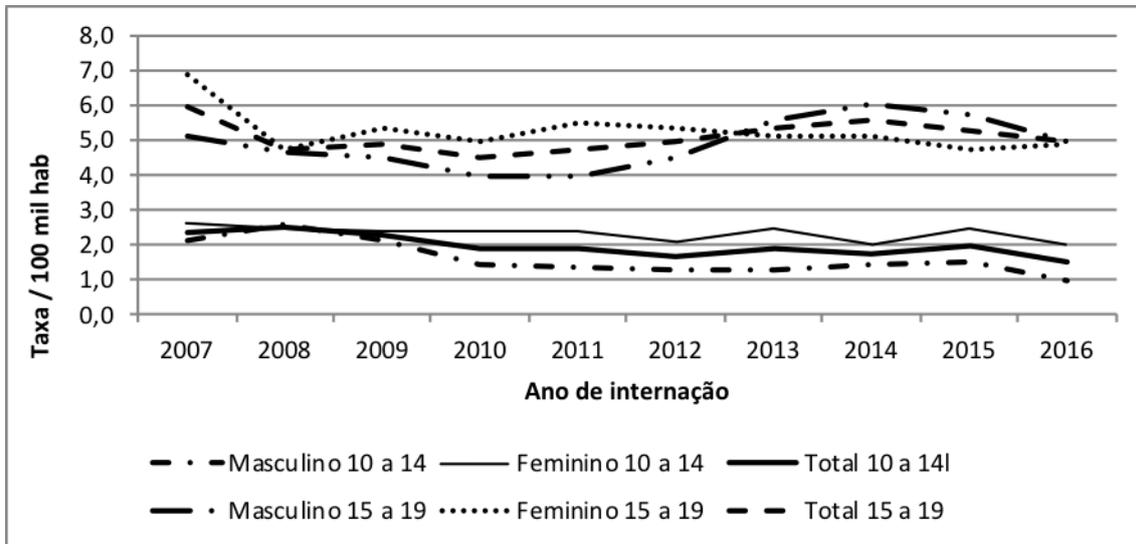


Tabela 3. Distribuição das taxas de internação (por 100 mil hab.) decorrentes de lesões autoprovocadas envolvendo adolescentes, por idade e sexo, segundo região e Unidade da Federação, Brasil, 2017-2016

Região e UF	Idade (em anos) e sexo					
	10 a 14			15 a 19		
	Masculino (N=1.403)	Feminino (N=1.947)	Total (N=3.350)	Masculino (N=4.275)	Feminino (N=4.435)	Total (N=8.710)
Norte	3,1	1,9	2,5	5,0	3,3	4,2
Rondônia	1,2	1,9	1,5	5,0	4,7	4,8
Acre	3,0	2,4	2,7	20,7	6,5	13,6
Amazonas	0,5	0,4	0,4	1,3	0,8	1,0
Roraima	0,4	0,8	0,6	1,6	0,4	1,0
Pará	5,4	2,9	4,2	6,4	4,6	5,5
Amapá	0,5	1,2	0,9	0,8	3,0	1,9
Tocantins	2,2	1,4	1,8	1,8	1,2	1,5
Nordeste	1,2	1,1	1,2	4,4	2,9	3,7
Maranhão	0,6	0,7	0,6	3,2	1,5	2,4
Piauí	0,8	0,9	0,9	1,3	3,2	2,2
Ceará	2,1	2,2	2,1	14,7	7,1	11,0
Rio Grande do Norte	0,5	0,2	0,4	1,1	0,6	0,9
Paraíba	6,4	1,3	3,9	6,6	2,0	4,3
Pernambuco	0,4	0,4	0,4	1,2	1,1	1,1
Alagoas	0,3	0,4	0,3	1,2	0,8	1,0
Sergipe	0,2	0,5	0,3	4,9	1,1	3,0
Bahia	1,0	1,5	1,2	2,2	3,5	2,8
Sudeste	1,7	3,7	2,7	5,8	8,3	7,0
Minas Gerais	2,0	3,7	2,8	6,2	9,7	7,9
Espírito Santo	2,2	3,4	2,8	4,8	6,1	5,4
Rio de Janeiro	0,4	0,7	0,6	2,0	2,0	2,0
São Paulo	1,9	4,9	3,4	7,1	10,2	8,6
Sul	1,4	1,9	1,6	3,8	3,8	3,8
Paraná	1,6	2,3	2,0	4,4	5,2	4,8
Santa Catarina	1,6	2,5	2,0	4,2	3,9	4,1

Rio Grande do Sul	1,0	1,1	1,0	3,0	2,4	2,7
Centro-Oeste	1,3	1,5	1,4	3,9	3,8	3,8
Mato Grosso do Sul	1,1	0,8	1,0	4,2	3,3	3,7
Mato Grosso	1,3	1,8	1,6	4,0	2,0	3,1
Goiás	1,0	1,5	1,3	3,1	3,7	3,4
Distrito Federal	1,9	2,0	2,0	5,4	6,5	6,0

7.2 ARTIGO 2 – LESÃO AUTOPROVOCADA EM TODOS OS CICLOS DA VIDA:
PERFIL DAS VÍTIMAS QUE RECORREM AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DE CAPITAIS DO BRASIL*

**Artigo aprovado e publicado na Revista Ciência e
Saúde Coletiva, vol.22 nº9 Set.2017*

Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida
Perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil

Self-harm throughout in all life cycles:
Profile of victims in emergency and capital emergency services in Brazil

Camila Alves Bahia¹

Joviana Quintes Avanci²

Liana Wernersbach Pinto²

Maria Cecilia de Souza Minayo²

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz;
Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

²Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli/CLAVES, da Escola
Nacional de Saúde Pública/ENSP, Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

RESUMO: Caracteriza-se o perfil das vítimas de lesão autoprovocada que procuraram atendimento em serviços de urgência e emergência nas capitais brasileiras, utilizando-se a base de dados do Viva Inquérito de 2014. Metodologicamente, foi realizada estatística descritiva das lesões autoprovocadas por sexo e análise por regressão logística. As características avaliadas foram: faixa etária, sexo, raça/cor de pele, escolaridade, zona de residência, características do evento, uso de álcool e evolução do atendimento. Os resultados mostram que quase 10% dos atendimentos por violências nos serviços de urgência e emergência pesquisados decorrem de lesões autoprovocadas, com destaque para casos que envolvem mulheres e adultos. Há diferenças entre gêneros inclusive as relacionadas à escolha do método para cometer suicídio. Alguns fatores geralmente associados às tentativas de suicídio não puderam ser avaliados, porque as informações não estavam contidas no escopo do instrumento de coleta. Conclui-se que observar o que ocorre nas emergências é muito importante para os estudos de suicídio porque elas constituem a porta de entrada dos casos que chegam aos serviços. No entanto, dado seu caráter pontual, as informações que emite são muito restritas. Assim, os pacientes necessitam de acompanhamento posterior para prevenção das reincidências.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; inquérito; violência; serviços de emergência.

ABSTRACT: The aim of the study is characterize the profile of the victims of self-inflicted injuries that searched urgency and emergency care services in Brazilian capitals using the “Viva Inquérito” database 2014. Descriptive statistics of self-reported lesions by sex and logistic regression analysis were performed. The characteristics evaluated were age, sex, race/color of skin, schooling, area of residence, characteristics of the event, alcohol use and evolution of care. The results show that almost 10% of the visits for violence in the emergency and emergency services surveyed are due to self-harm, with emphasis on cases involving women and adults. There are differences between important genres related to the phenomenon, including related to the choice of the suicidal method. Some factors generally associated with suicide attempts could not be evaluated, because the necessary information was not within the scope of the collection instrument. It is concluded that the emergency service is very important for suicide studies because they are the gateway to cases that arrive at services. However, given its punctual nature, the information it issues is very restricted. Thus, patients need follow-up to prevent new attempts.

Keywords: Suicide attempt, surveys, violence, emergency medical services.

Introdução

O suicídio é uma autoviolência definida como um ato intencional para acabar com a própria vida^{1,2}. Comportamentos suicidas não fatais aparecem sob a forma de *ideação suicida*, quando há pensamentos que fomentam o desejo de dar fim à existência e se agrava quando acompanhados de um *plano suicida* sobre o método de autoaniquilamento. A *tentativa de suicídio* envolve condutas voltadas para se ferir em que há intenção de se matar, podendo resultar em ferimento ou morte. Se a tentativa de suicídio resulta em morte, passa a ser definida como suicídio. Já o *comportamento suicida* se refere a um tipo de conduta da pessoa que busca se ferir ou se matar. A *lesão autoprovocada* é a violência que a pessoa inflige a si mesma. Ela, geralmente é classificada como comportamento suicida ou como autoagressão (engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros)¹. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) considera como autoprovocados, as lesões e os envenenamentos intencionalmente desferidos pela própria pessoa a si mesma, e as tentativas de suicídio³.

Em geral, as fronteiras entre *autonegligência*, *lesão autoprovocada*, *ideação suicida*, *comportamento suicida* e *suicídio consumado* são tênues, uma vez que, de um lado, uma tentativa pode ser interrompida e se fixar como ideia ou intenção, enquanto um pensamento pode eclodir com angústias e ansiedades avassaladoras e explodir em forma de ato contra a vida. De outro lado, nem todo o *pensamento sobre a morte* ou o desejo de morrer é evidência de algum risco^{2,4,5}. Conforme estudos em todo o mundo, uma morte autoinfligida é pensada, preparada e antecedida por tentativas. Existem suicídios por impulso, mas são raros.

O *suicídio fatal* se encontra entre as dez principais causas de óbito no mundo atingindo principalmente jovens e jovens adultos, o que tem impacto social, econômico, familiar, comunitário e nas sociedades². Em 2012, foram registrados pelos 172 Estados membros da OMS, 804.000 mortes autoinfligidas, representando uma taxa anual de 11,4/100.000, sendo 15/100.000 de homens e 8,0/100.000 de mulheres⁶. Contudo, nos mais ricos, o suicídio é responsável por 81% dos óbitos por causas violentas entre homens e mulheres, e nas regiões em desenvolvimento ou subdesenvolvidas, por 44% das mortes

masculinas e 70% das femininas. Apesar de terem taxas mais reduzidas, 75% das mortes autoinfligidas ocorrem nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento que abrigam a maior parcela da população mundial⁷.

Os índices de suicídio consumados estão distribuídos desigualmente no mundo^{2,8}. O Brasil é o oitavo país em número de suicídios entre os Estados membros da OMS, com média de 24 suicídios/dia. Mas suas taxas são consideradas baixas: ocupa o 73º lugar (entre 4,8/100.000 e 5,5/100.000)^{9,10}.

Sexo, idade, cultura e etnia têm implicações importantes na epidemiologia do suicídio. As taxas globais evidenciam vulnerabilidade para dois picos etários: a faixa de 15 a 35 anos e a de 75 anos ou mais. Os índices variam de 0,9/100.000 no grupo de 5 a 14 anos a 66,9/100.000 entre pessoas com mais de 75⁴. Nos países mais ricos, os homens se infligem a morte três vezes mais que as mulheres. Nos países em desenvolvimento essa proporção é menor: 1,5 homens para cada mulher. A exceção fica para a região oeste do Pacífico, onde existe quase uma equivalência (17,6% e 16,6% respectivamente). Aí, o suicídio na população de 15 a 29 anos constitui a primeira causa de morte em ambos os sexos. No Brasil a diferença entre os rapazes e as moças é 3:0 a 4:1 respectivamente, conforme a faixa etária². Quanto à etnia, no caso brasileiro, é relevante o fenômeno entre os adolescentes indígenas. Outra característica brasileira é a maior concentração das mortes autoinfligidas em municípios de baixo porte populacional¹¹.

Os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida são: problemas biológicos, médicos, ambientais, psiquiátricos, psicológicos, filosófico existenciais e por motivações sociais. Os fatores psiquiátricos e psicológicos mais comuns são: depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar; esquizofrenia; ansiedade e transtornos de personalidade; alcoolismo; desesperança e solidão e comorbidades. Intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool constituem fatores predisponentes frequentes para o suicídio, e são agravantes quando o paciente se encontra deprimido. De todos esses elementos, o álcool é o mais significativo. Algumas pesquisas¹² mostram traços genéticos que predispõem pessoas de uma mesma família a comportamento autodestrutivo. Pesquisas sobre a base biológica do fenômeno revelam níveis alterados de metabólitos de serotonina no fluído neuroespinhal de pessoas que tiveram morte autoinfligida¹². Mas, estudos da OMS^{2,4} consideram que o comportamento suicida pode ser um transtorno psiquiátrico

herdado e o suicídio, uma resposta ao padecimento de doenças graves incapacitantes e dolorosas.

Dos fatores microsociais mais importantes estão perdas pessoais, violências, isolamento social, conflitos interpessoais, relacionamentos interrompidos ou perturbados, problemas legais e no ambiente de trabalho. Na infância e na adolescência pesam muito os abusos físicos e sexuais. Entre os jovens, são relevantes as dificuldades de relacionamento com pais, brigas com namorados, problemas com a orientação sexual e solidão. E entre idosos, Duberstein et al¹³ citam traços de personalidade hipocondríaca, fechada, tímida ou excessivamente independente. Do ponto de vista social mais amplo, em sua obra clássica, Durkheim¹⁴ ressalta que os índices de suicídio são um sintoma da patologia social e da desintegração social. Mas, ressalta que esse fenômeno acontece em todas as sociedades, embora difira de país para país, de época para época e do ambiente urbano para o rural.

Como fatores ambientais ressaltam-se: (1) estressores da vida: conflitos interpessoais, separações, rejeições, perdas, problemas financeiros e no trabalho, e vergonha por algo socialmente reprovado; (2) facilidade de acesso a meios que possibilitem o enforcamento, o afogamento, a queda de altura, o uso de arma de fogo, abuso de medicamentos e venenos; (3) exposição a casos espetaculares, por efeito de vizinhança ou dos meios de comunicação. Ter tentado se matar anteriormente, ter parentes ou conhecidos que tentaram ou cometeram suicídio são fortes preditores de comportamentos suicidas^{1,9,15-18,19,20, 21}.

Em geral, suicídios, tentativas e autoagressões são subnotificadas, mesmo em países com bons sistemas de informação. Segundo a OMS⁴, existem evidências de que apenas 25% dos que tentam se matar, entram em contato com hospitais. Chegam aos serviços apenas os casos graves. E mesmo esses costumam ser tratados apenas de forma emergencial quanto às lesões que causam.

O Sistema de Informação Hospitalar brasileiro registrou que as tentativas foram responsáveis por 153.061 das internações de pessoas com idade de 10 anos ou mais no período de 1998 a 2014, o que coloca esse evento como uma das principais causas de hospitalização^{9,22,23}. A situação é mais crítica quando se estima que de cada três tentativas, apenas uma recebeu atenção dos serviços de saúde²³.

Os serviços de urgência e emergência são os primeiros locais onde as pessoas que tentaram suicídio recebem cuidados, por isso, são estratégicos para prevenção secundária, atenção a suas consequências e redução de custos dos serviços de saúde. No entanto, é um espaço onde ocorrem escassas pesquisas. Desta forma, este artigo busca contribuir para ampliar o conhecimento do fenômeno nesses serviços, mapeando as ocorrências e os potenciais fatores de risco, tendo como espaço serviços de urgências e emergências de capitais brasileiras.

Método

Estudo transversal com base nos dados de atendimento a vítimas de lesões autoprovocadas registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em seu componente inquérito. Este inquérito foi realizado no ano de 2014, no período de 30 dias consecutivos, entre os meses de setembro a novembro de 2014. Os turnos foram sorteados através de amostragem probabilística por conglomerado em único estágio estratificado pelo tipo de estabelecimento (emergência geral, unidades de pronto-atendimento, emergências especializadas), sendo o turno a unidade primária de amostragem.

Envolveu 86 serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), localizados em 24 capitais e no Distrito Federal, onde o tamanho da amostra foi de, no mínimo, 2.000 atendimentos por causas externas, assumindo coeficiente de variação inferior a 30% e erro padrão menor que 3.

Eram elegíveis para a entrevista, todos os atendimentos por causas externas realizados no turno sorteado em cada estabelecimento, sendo excluídos os casos em que o paciente procurou a mesma unidade pelo mesmo motivo. Nos casos em que o indivíduo atendido era uma criança, as respostas eram dadas por seus responsáveis ou pela equipe de saúde que a atendeu. Os casos de lesão autoprovocada caracterizados neste estudo decorrem da ocorrência do respectivo agravo que originou o atendimento no serviço de urgência e emergência estudado.

Primeiramente, os casos de lesão autoprovocada foram analisados segundo sexo por variáveis sociodemográficas: faixa etária – criança (0 a 9 anos), adolescente (10 a 19 anos),

adulto (20 a 59 anos) e idoso (60 anos e mais); raça/cor da pele autodeclarada; escolaridade em anos de estudo; dia da semana do atendimento; local da ocorrência; zona de residência; meio utilizado no evento; se a lesão autoprovocada foi tentativa de suicídio (onde entrevistado ou responsável declarou se a lesão teve intenção suicida); a intencionalidade do ato (autodeclaração se a lesão foi intencional ou acidental); ingestão de bebida alcoólica nas 6 horas anteriores ao evento; natureza da lesão; parte do corpo atingida; e a evolução do atendimento.

Para verificar as associações entre o desfecho de interesse (lesão autoprovocada) e as variáveis independentes, foi realizada análise bivariada por meio do teste qui-quadrado com correção de segunda ordem de Rao-Scott, a qual incorpora o plano amostral complexo, e com nível de significância de 5%.

A seguir, foi realizada uma análise bivariada segundo casos de lesão autoprovocada e demais casos de violências atendidos nos serviços estudados por variáveis pertinentes à modelagem estatística: faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade em anos de estudo, zona de residência e ingestão de bebida alcoólica nas 6 horas anteriores ao evento. Com a finalidade de verificar associações utilizou-se o teste de Rao-Scott, com nível de significância de 5%. Após essa análise bivariada, as variáveis com um valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para inclusão no modelo múltiplo. Na análise múltipla, foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$ para os fatores associados às lesões autoprovocadas. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico Stata 14, com uso do comando svy, específico para a análise de planos amostrais complexos.

O projeto do VIVA Inquérito 2014 foi avaliado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (parecer no. 735.933/2014), e foi utilizada a concordância verbal das vítimas ou de seus responsáveis ou acompanhantes, quando menores de 18 anos ou quando se tratava de vítima inconsciente.

Resultados

No Viva-Inquérito de 2014 foram registrados 4.949 atendimentos relacionados à violência, sendo 477 (9,5%) decorrentes de lesões autoprovocadas, dos quais 18 (2,9%) envolveram crianças, 94 (18,8%) adolescentes, 348 (74,6%) adultos e 16 (3,7%) idosos.

Da tabela 1 pode-se verificar que 62,4% das vítimas de lesão autoprovocada eram de cor de pele preta ou parda e 34,3% branca. Na comparação entre os sexos, observa-se que o percentual de mulheres brancas foi superior (39,8%) ao dos homens (29,4%). Ao passo que entre os pretos/pardos, os homens se destacam (67,8% contra 56,3% das mulheres) e entre os indígenas há uma sobreposição feminina (1,9% contra 0,2% dos homens). Constatou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição da variável cor da pele segundo o sexo ($p=0,0497$). Tal diferença também foi observada para a variável escolaridade ($p=0,027$). Interessante perceber que as mulheres se sobrepõem aos homens tanto a que têm baixa escolaridade (45,3% contra 37,9%) quanto às que possuem escolaridade mais elevada (11,0% contra 3,2%). Independentemente do sexo, nota-se que um grande número de vítimas possuía de zero a quatro anos de estudo (41,2%).

Verifica-se que a faixa etária adulta e os dias da semana domingo (18,0%) e terça-feira (16,3%) foram os dois componentes com mais frequência de atendimento por lesões autoprovocadas. Contudo, a análise dos dados não mostra diferença significativa dessas variáveis segundo o sexo. Tanto para homens como para mulheres, o domicílio constituiu o local de ocorrência da maior parte das lesões (86,4%) e os indivíduos residiam majoritariamente na zona urbana (96,9%). No entanto, também não há associação estatística significativa por sexo (tabela 1).

Quanto aos meios empregados, nota-se que 53,6% das lesões autoprovocadas decorreram de envenenamento (homens = 38,9% e mulheres = 69,4%) e 34,5% do uso de objeto perfurocortante (homens = 42,6% e mulheres = 25,8%). Observa-se na tabela 1 que há diferença significativa na distribuição desta variável segundo o sexo ($p<0,001$). Chama a atenção o fato de que 9,4% dos homens empregaram o enforcamento para se automutilar, contra 0,7% das mulheres. Outra questão que se mostrou distinta entre os sexos foi no quesito “intencionalidade do ato” ($p=0,015$): assumido como intencional para 80,0% das mulheres e 66,0% dos homens. Na situação de 69,4% das mulheres e 48,5% dos homens ($p=0,002$) houve

a autodeclaração de tentativa de suicídio (ou a declaração do responsável nos episódios que envolviam crianças e adolescentes). É importante ressaltar que 30,0% dos indivíduos relataram ter consumido bebida alcoólica nas seis horas precedentes à tentativa. Mas não houve diferença estatística significativa nesse quesito.

Para ambos os sexos, observou-se predomínio de intoxicação/queimaduras/outras (45,0%) e corte/laceração (33,8%). Contudo, na comparação por sexo, nota-se que cortes/lacerações foram mais frequentes entre os homens (40,7%) e intoxicação/queimaduras/outras (54,5%) entre as mulheres ($p=0,009$). Com relação à parte do corpo atingida, no grupo feminino, em 57,2% dos casos houve lesões de múltiplos órgãos/regiões e em 27,6%, danos aos membros superiores e inferiores. Entre os homens, destacam-se, nesta ordem, lesões de membros superiores e inferiores (44,4%), de múltiplos órgãos/regiões (33,6%) e de cabeça/pescoço (14,6%). Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos para a distribuição dessa variável ($p=0,018$). Por fim, constatou-se que a maioria dos casos evoluiu para alta após o atendimento (61,4%). Contudo, em 24,5% deles, a internação hospitalar se fez necessária e em 9,2% houve encaminhamento para outros serviços, indiferentemente do sexo dos pacientes.

Tabela 1: Perfil de vítimas de lesões autoprovocadas atendidas nos serviços de urgência e emergência participantes do VIVA Inquérito 2014, Brasil, N=477

Variável		Masculino	Feminino	Total	p-valor
		%	%		
Total		53,2	46,8	100,0	
Faixa etária	Criança	4,0	1,6	2,9	0,5515
	Adolescente	20,3	17,2	18,8	
	Adulto	71,9	77,7	74,6	
	Idoso	3,9	3,6	3,7	
Raça/cor	Branca	29,4	39,8	34,3	0,0497
	Preta/parda	67,8	56,3	62,4	
	Amarela	2,6	2,0	2,3	
	Indígena	0,2	1,9	1,0	
Escolaridade (em anos)	0 a 4	37,9	45,3	41,2	0,0268
	5 a 8	30,6	23,4	27,4	
	9 a 11	28,3	20,3	24,7	
	12 e mais	3,2	11,0	6,7	
Dia da ocorrência	Domingo	16,8	19,3	18,0	0,9740
	Segunda	16,7	15,7	16,2	
	Terça	18,0	14,4	16,3	
	Quarta	11,1	10,0	10,5	
	Quinta	8,6	10,7	9,6	
	Sexta	14,7	14,9	14,8	
	Sábado	14,2	15,1	14,6	
Local da ocorrência	Domicílio	82,2	90,8	86,4	0,0831
	Escola	2,0	2,9	2,4	
	Área de recreação	0,2	0,2	0,2	
	Via pública	15,7	6,1	11,0	
Zona de residência	Periurbana / Rural	3,2	3,1	3,2	0,9190
	Urbana	96,8	96,9	96,9	
Meio utilizado	Envenenamento	38,9	69,4	53,6	<0,001
	Enforcamento	9,4	0,7	5,2	
	Arma de fogo	2,0	0,0	1,1	
	Objeto perfuro cortante	42,6	25,8	34,5	
	Precipitação de lugar elevado	7,1	4,1	5,7	
Tentativa de suicídio	Sim	48,5	69,5	58,3	0,0021
Intencionalidade	Intencional	66,0	80,0	72,6	0,0149
	Acidental	34,0	20,0	27,4	
Ingestão de bebida alcoólica	Sim	34,4	24,7	30,0	0,1274
	Sem lesão	7,3	10,0	8,6	
Natureza da lesão	Contusão/Entorse/Luxação	6,9	7,1	7,0	0,0093
	Corte/Laceração	40,7	25,8	33,8	

	Fratura/Amputação/Traumas	8,5	2,6	5,7	
	Intoxicação/Queimadura/outras	36,7	54,5	45,0	
Parte do corpo atingida	Cabeça/Pescoço	14,6	9,5	12,4	
	Coluna/Tórax/Abdome	5,7	5,7	5,7	
	Genitais/Ânus	1,7	0,0	0,9	0,0183
	Membros S /I	44,4	27,6	37,0	
	Múltiplos órgãos/regiões	33,6	57,2	44,0	
Evolução	Alta	60,7	62,0	61,4	
	Encaminhamento para outros serviços	10,1	8,3	9,2	
	Internação hospitalar	25,1	23,8	24,5	0,6295
	Evasão	3,2	5,9	4,5	
	Óbito	0,9	0,0	0,5	

Na Tabela 2 observa-se a distribuição da variável desfecho (ser vítima de violência autoprovocada) em comparação com os demais casos de violências atendidos nos serviços estudados, segundo variáveis pertinentes para a modelagem estatística. Observa-se diferença estatisticamente significativa para as variáveis faixa etária e sexo ($p < 0,001$). Na infância são mais frequentes os atendimentos decorrentes por outras formas de violência que não a lesão autoprovocada (11,8% contra 2,9%). Já na faixa etária adulta (20 a 59 anos) se destacam os atendimentos de lesões autoprovocadas nos serviços estudados (74,6% contra 67,4% dos casos decorrentes por outras formas de violências) ($p < 0,001$). Na comparação entre os sexos, ressalta-se a vulnerabilidade feminina nos atendimentos por lesão autoprovocada. Já entre os homens, ressalta-se a utilização da urgência/emergência para outros tipos de violência ($p < 0,001$). Verifica-se predomínio dos indivíduos de cor da pele preta/parda para ambos os sexos, perfazendo mais de 60% dos casos atendidos. A escolaridade também mostra diferença significativa na análise bivariada ($p = 0,042$). Nota-se maior escolaridade (9 a 11 anos) das vítimas de lesões autoprovocadas (41,2%), em comparação com o grupo mais atendido por outras violências (32,6%). A zona de residência e o consumo de álcool nas seis horas anteriores ao desfecho não se mostraram distintos entre as pessoas atendidas seja por lesão autoprovocada seja por outras violências.

Tabela 2: Análise bivariada entre o grupo de lesões autoprovocadas e outras violências atendidas em serviços de urgência e emergência. Brasil.

Variável	Outras violências	Lesão	Total	p-valor
	n=4472	Autoprovocada n=477		
	%	%		
Faixa etária				
0 a 9 anos	11,8	2,9	10,9	<0,001
10 a 19 anos	18,0	18,8	18,1	
20 a 59 anos	67,4	74,6	68,1	
60 ou mais	2,7	3,7	2,8	
Sexo				
Masculino	69,6	53,2	68,0	<0,001
Feminino	30,4	46,8	32,0	
Raça/cor				
Branca	29,3	34,3	29,7	0,081
Negra/parda	68,9	62,4	68,3	
Amarela	1,0	2,3	1,1	
Indígena	0,9	1,0	0,9	
Escolaridade				
0 a 4	32,8	27,4	32,3	0,042
5 a 8	28,7	24,7	28,3	
9 a 11	32,6	41,2	33,4	
12 e mais	5,9	6,7	6,0	
Zona de residência				
Urbana	95,9	96,8	96,0	0,293
Periurbana / Rural	4,1	3,2	4,0	
Ingestão de bebida alcoólica				
Sim	33,5	29,9	33,2	0,288
Não	66,5	70,1	66,8	

Após a análise bivariada, procedeu-se ao ajuste do modelo de regressão logística, no qual foram incluídas as variáveis sexo, faixa etária, cor da pele e escolaridade por apresentarem p-valor inferior a 0,2. No modelo final, permaneceram apenas as variáveis sexo e escolaridade. Assim, verificou-se maior chance de as mulheres serem atendidas por lesões autoprovocadas nos serviços de urgência e emergência, em comparação com o grupo assistido por outras formas de violência (IC95% = 1,6-2,6) (Tabela 3). Com relação à escolaridade,

verifica-se mais chance para ocorrência da lesão autoprovocada em todos os grupos estudados, se comparados com os de maior quantidade de anos de estudo (12 anos ou mais).

Tabela 3: Modelo explicativo para os atendimentos de lesões autoprovocadas em serviços de urgência e emergência

Variável	OR	IC
Sexo		
Masculino		<i>Referência</i>
Feminino	2,00	(1,6 - 2,6)
Escolaridade (em anos)		
12 e mais		<i>Referência</i>
0 a 4	4,50	(2,3 - 8,9)
5 a 8	4,80	(2,6- 9,1)
9 a 11	5,80	(2,2 - 14,9)

Discussão

O ineditismo em abordar num mesmo estudo o perfil das vítimas por lesão autoprovocada em todo o ciclo de vida, com uma amostra de base populacional, e a sua comparação com as vítimas por outros tipos de violência a partir de informações de atendimento em serviços de urgência e emergência são os pontos altos deste trabalho. O Viva-Inquérito se mostra potente fonte de dados sobre as lesões autoprovocadas não fatais, pois cobre uma lacuna de informações geralmente não registradas e tratadas. No caso das tentativas de suicídio isso é ainda mais importante porque apenas uma minoria de pessoas chega à internação hospitalar onde há uma forma de registro já estabelecida.

Vale ressaltar que quase 10% dos atendimentos por violências nos serviços de urgência e emergência pesquisados decorrem de lesões autoprovocadas, com destaque para os casos que envolvem mulheres e adultos, o que corrobora os achados de Monteiro²⁴ para as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, atendidas pelo Sistema Único Saúde. O pequeno número de atendimentos para as lesões autoprovocadas envolvendo crianças (0 a 9 anos) pode sugerir a raridade do evento, mas também o sub-registro do agravo, já que casos de tentativas podem ser identificados como acidentes

domésticos ou negligência, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos responsáveis. Ademais, o conhecimento sobre suicídio em crianças ainda é muito incipiente face, de um lado, ao imaginário social de alegria associada a esse momento da vida, mas também ao tema bastante controverso da intencionalidade do ato que inclui responsabilidade. Entre os idosos, apesar de dados mundiais apontarem para taxas elevadas para as lesões autoprovocadas, nesse estudo poucos foram os casos que chegaram aos serviços de urgência e emergência, seja porque eles são mais efetivos na consumação da morte autoprovocada¹⁸ ou porque os agravos são tratados em casa ou nas instituições.

Os achados sobre o sexo da vítima vão ao encontro dos dados internacionais em várias partes do mundo^{1,5,6,9,18}. Merece destaque a constatação de que a vulnerabilidade feminina se revela como questão chave do perfil de vítimas de lesão autoprovocada, inclusive na comparação com vítimas de outras formas de violência. Sabe-se que as mulheres tendem mais às tentativas de suicídio, enquanto os homens têm mais êxito para acabar com a própria vida^{5,6,8,18,25}. A tendência de maior frequência de problemas de saúde mental entre mulheres colocam-nas em posição de maior risco ao comportamento suicida. Além disso, a sobreposição feminina ao suicídio dialoga mais com a preferência de gênero na escolha do método suicida do que com a intenção de morte em si²⁶. Como constatado nesse estudo, os homens tendem a optar por meios mais letais para se matar, como objeto perfurocortante. Enquanto as mulheres utilizam mais as várias formas de envenenamento^{26;27}. A verificação da dificuldade masculina em identificar o episódio suicida como intencional, levanta a hipótese do não reconhecimento da fragilidade emocional, típica do machismo. Vale destacar a significativa sobreposição das mulheres indígenas atendidas por tentativas de autoeliminação em comparação com os homens indígenas. Embora seja um dos grupos mais vulneráveis ao suicídio no Brasil²⁸, há ainda muito a ser desvelado sobre os fatores de risco vinculados, sobretudo, à visão de mundo, à cultura e à psicopatologia.

É importante destacar o papel relevante, estratégico e preciso do atendimento nas urgências e emergências às vítimas de lesões autoprovocadas, uma vez que esses serviços: (1) constituem-se como porta de entrada para o cuidado em saúde e a opção de grande parte da população em busca por atendimento; (2) são oportunos na abordagem epidemiológica do fenômeno; (3) atendem a episódios de tentativas de suicídio que são o mais forte preditor de suicídio consumado em crianças, adolescentes, adultos e idosos; e (4) são, muitas vezes,

responsáveis pelo tratamento imediato ou para encaminhamento dos casos para outras instâncias do sistema de saúde²⁹.

Existe um potencial importante do serviço de urgência e emergência em detectar e cuidar de casos em estágios ainda primários do fenômeno e de impedir um dano ainda mais grave para a vítima. No entanto, quando os profissionais só dão atenção pontual aos casos, tratando sintomaticamente as lesões sem preocupação de entender as circunstâncias do evento, os atendimentos trazem pouca informação na identificação das vítimas, prejudicam o correto registro dos eventos e não promovem uma possível prevenção de novos episódios^{1,2}. Nesse sentido, estudos têm revelado que 19% das tentativas de suicídio tratadas em emergências reaparecem no mesmo tipo de serviço seis meses depois¹⁹. E 39% consumam o ato até um ano depois do primeiro atendimento^{30,31}. Estudos^{32,33} também ressaltam que 3% a 12% dos adultos sem demanda explícita de problemas de saúde mental que comparecem às emergências apresentam ideação suicida³². E de 8% a 12% das pessoas que chegam aos mesmos serviços motivados por outros problemas têm uma ideação suicida silenciada³³. Ainda, um número significativo de pessoas que acorrem aos atendimentos de emergência por problemas gastrointestinais e fortes dores de cabeça, segundo Ballard et al²⁹, apresentam traumas e lesões autoprovocadas. Apesar dessa complexidade de situações humanas com as quais os profissionais de emergência trabalham e da reincidência como risco para o suicídio, a maioria das pessoas que eles atendem recebe alta após prescrição medicamentosa, com ou sem avaliação psicossocial.

Ballard et al²⁹ recomendam que todos os pacientes que chegam nas emergências em situação que sugira associação com lesão autoprovocada sejam rastreados quanto ao risco de cometer suicídio. Uma intervenção breve, com o delineamento de um plano de segurança que coloque o paciente em contato com serviços de saúde mental é uma das ações mais benéficas e eficazes^{1,34,35}. É, portanto, imperativo que se redobrem esforços para encontrar formas mais eficazes e métodos para prevenir o suicídio em todas as faixas etárias que chegam aos serviços de emergência.

Dentre as limitações do estudo ressalta-se, do ponto de vista do fenômeno e do próprio serviço, a força do mito, do estigma, das conveniências familiares e sociais e das

razões políticas que induzem à subnotificação e à má classificação do suicídio. Esses problemas culturais e institucionais dificultam a elucidação e a prevenção.

Há limitações que são do próprio trabalho. Uma delas é o viés de seleção, uma vez que provavelmente apenas uma parte dos casos de lesões autoprovocadas ocorridas no período tenha chegado aos serviços de urgência e emergência. Nas ocorrências mais leves as pessoas se cuidam em casa. Assim, é possível que os dados aqui apresentados não sejam suficientemente representativos da situação do país. Outra limitação é que fatores relevantes associados às tentativas de suicídio descritos na literatura não puderam ser avaliados. É o caso da presença de transtornos mentais, de doenças terminais e degenerativas, de problemas sociais, ambientais, de motivações sociais e influência da mídia, já que tais informações não estão no escopo das fontes de dados utilizadas. Outra limitação também é a impossibilidade de fazer comparações com outros estudos sobre o tema, realizados em serviços de urgência e emergência no Brasil, porque não se encontrou uma literatura específica. Por fim, o Inquérito-Viva é um instrumento ainda jovem de captação sobre violência que afeta a saúde no país, o que limita a investigação do fenômeno a um período restrito de tempo.

Finalizando, os autores consideram que, apesar de todas as limitações e lacunas do trabalho, este artigo abre portas para outros estudos que aprofundem o que aqui foi encontrado. E também, acreditam que ele contribui para se pensarem as melhores formas de atuar nas urgências e emergências, tornando-as serviços que contribuem para prevenção de suicídios, de acordo com a mensagem da Organização Mundial de Saúde: *“Preventing suicide: a global imperative!”*²

Contribuição dos autores:

CA Bahia, JQ Avanci, LW Pinto e MCS Minayo participaram da redação, contribuíram na concepção e delineamento do manuscrito, revisão crítica do conteúdo, análise e interpretação dos resultados e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. World Health Organization (WHO). World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde). Geneva: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
3. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10º Revisão. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009. Volume I.
4. World Health Organization (WHO). The world health report 2003. Shaping the future. Geneva: WHO, 2003.
5. Minayo MC; Souza, Edinilza Ramos de (orgs). Suicídio: violência autoinfligida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Ed.). Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 311-331.
6. DeLeo D, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A. Suicidal Behavior: Theories and Research Findings. Gottingen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
7. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, et al. Trends in mortality from suicide, 1965–99. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 341–49.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
9. Minayo MCS. Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. In: Maria Cecilia de Souza Minayo; Ana Elisa Bastos Figueiredo; Raimunda Magalhães da Silva. (Org.). Comportamento suicida de pessoas idosas. 1a.ed.Fortaleza: Editorial UFC, v. 1, p. 35-58; 2016.

10. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:19–30.
11. Minayo MC, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. *Revista de Saúde Pública* 2010; 44:750-757.
12. Mann, JJ et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2005, [S.l.], v. 294, n. 16, p. 2064-2074.
13. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S. Suicide et 50 years of age and older: perceived physical illness, Family discord and financial strain. *Psychological Medicine* 2004; 34(1)137-146.
14. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
15. Turhan E, Inandi T, Aslan M, Zeren C. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences* 2011; 16(4): 347–52.
16. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psych* 2002;1(3): 181–5.
17. Ima J, Choib SH, Hongc D, Seoc HJ, Parkb S, Hongb JP. Proximal risk factors and suicide methods among suicide completers from national suicide mortality data 2004-2006 in Korea. *Comprehensive Psychiatry* 2011; 52: 231–237
18. Minayo MCS, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20:2423-2430.
19. Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis* 2010; 31:1–6.
20. Hoven CW, Mandell DJ, Bertolote JM. Prevention of mental ill-health and suicide: Public health perspectives. *European Psychiatry* 2010; 25: 252–256.
21. DeLeo D, Evans R. *International Suicide Rates and Prevention*. Guttingen: Hogrefe & Huber; 2004.

22. Martins Junior DF, Felzemburgh R.M., Dias A.B., Caribé A.C., Bezerra-Filho S., Miranda-Scippa, A. Suicide attempts in Brazil, 1998–2014: an ecological study. *BMC Public Health* 2016, p.1-8.
23. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3): 231-236. 2014.
24. Monteiro, RA, et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente-Brasil, 2002 a 2013. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2015, v.20, n.3, p.689-699.
25. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25(12): 2632-2638.
26. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31: 86-94.
27. Vásquez-Rojas R, Quijano-Serrano M. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. *Rev Colombiana Psiquiat.* 2013; 43(S1):36-46.
28. Machado, DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J. bras. psiquiatr.* 2015; 64(1): 45-54.
29. Ballard ED, Cwik M, Storr CL, Goldstein M, Eaton WW, Wilcox HC. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *General Hospital Psychiatry* 2014; 36:437–441
30. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *Br J Psychiatry* 2003;183: 28–33
31. Boudreaux ED, Miller I, Goldstein AB, Sullivan AF, Allen MH, Manton AP, Arias SA, Camargo Jr CA. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): Method and design considerations. *Contemporary Clinical Trials* 2013; 36:14–24.

32. Boudreaux ED, Clark S, Camargo Jr CA. Mood disorder screening among adult emergency department patients: a multicenter study of prevalence, associations and interest in treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30 (1):4–13.
33. Claassen CA, Larkin GL. Occult suicidality in an emergency department population. *Br J Psychiatry* 2005;186: 352–3.
34. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ* 2008; 86 (9): 703–9.
35. Qin P, Webb R, Kapur N, et al. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J Intern Med* 2013; 273:48–58.

7.3 ARTIGO 3 - MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM ADOLESCENTES BRASILEIROS,
2007-2016*

**Artigo não submetido a revistas científicas*

Camila Alves Bahia¹

Joviana Quintes Avanci²

Liana Wernersbach Pinto²

Maria Cecília de Souza Minayo²

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz;
Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

²Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli/CLAVES, da Escola
Nacional de Saúde Pública/ENSP, Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

Resumo

Introdução: Dentre os problemas de saúde pública presentes na adolescência, o suicídio se destaca de forma importante. Em nível global, o suicídio é a terceira causa de morte entre adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos. O presente artigo visa analisar a mortalidade por suicídio envolvendo adolescentes brasileiros (10 a 19 anos), no período de 2007 a 2016.

Método: Estudo transversal dos óbitos por suicídio, ocorridos entre os anos de 2007 a 2016 no Brasil, na faixa etária de 10 a 19 anos, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS), sendo selecionados aqueles cuja causa foi classificada nos códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da 10ª. Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Foram calculadas as distribuições de frequência dos óbitos de acordo com as seguintes variáveis: sexo, grupo etário (10 a 14 anos; 15 a 19 anos), raça/cor, local de ocorrência, Região e Unidade da Federação (UF), e as taxas brutas para as regiões e UF brasileiras segundo o sexo. A série temporal foi dividida em dois períodos de cinco anos (quinquênios) para cálculo das taxas (2007-2011 e 2012-2016).

Resultados: No período estudado ocorreram 7.695 óbitos por suicídio de adolescentes no Brasil, dentre os quais 15,3% possuíam idade entre 10 e 14 anos e 84,7%, entre 15 a 19 anos. O sexo masculino apresentou maior proporção de óbitos - 56% na faixa entre 10 a 14 anos, e 71,5% entre 15 e 19 anos. Já em relação à raça/cor, mais de 50% dos óbitos ocorreram entre adolescentes da raça/cor preta ou parda nos dois grupos etários e em ambos os sexos. O domicílio foi o local de ocorrência do óbito para 650 (55,2%) adolescentes com idade entre 10 e 14 anos, e para 3.634 (55,8%) de 15 a 19 anos. No primeiro quinquênio (2007-2011) a taxa de mortalidade foi de 3,2 óbitos/100 mil nas regiões norte e centro-oeste e 1,5 óbitos/100 mil habitantes na região sudeste, já no segundo quinquênio (2012 a 2016) a região centro-oeste mostrou a maior taxa (4 óbitos/100 mil habitantes), seguida da região norte (3,7 óbitos/100 mil habitantes).

Discussão: As taxas aqui apresentadas são motivo de preocupação, pois a adolescência é uma fase da vida importante. Chama atenção a existência de 41 óbitos de indivíduos com 10 anos de idade e de 83 com 11 anos) detectados no período. Seriam importantes estudos qualitativos

particularmente nos casos ocorridos no início da puberdade (entre 10 e 11 anos) para melhor compreensão dos fatores específicos que interferem no bem-estar desses jovens.

Palavras-chave: Suicídio, Sistemas de informação, Mortalidade, Estudos transversais.

Introdução

O suicídio faz parte do grupo de causas de mortalidade chamado “causas externas”. Nesse grupo ainda estão inseridos os homicídios, acidentes de trânsito, e eventos com intenção indeterminada (BOTEGA, 2015). Para a Organização Mundial da Saúde, o suicídio é um problema de saúde pública e uma forma de violência autodirigida para acabar com a própria vida (WHO, 2014). Dentre os problemas de saúde pública presentes na adolescência, o suicídio se destaca de forma importante na maior parte dos países e no Brasil.

No Brasil, a fonte de informação oficial sobre o suicídio é o Sistema de Informação sobre Mortalidade, alimentado pela Declaração de Óbito (DO), cujo preenchimento é de responsabilidade do médico. Nos casos de óbito por causa violenta e/ou acidental e em locais em que há Instituto Médico Legal (IML) a DO será preenchida pelo médico do IML; em localidades sem IML, será o médico da localidade ou outro profissional investido de autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual quem realizará o preenchimento (BRASIL, 2011).

Quando se trata da magnitude deste evento, é inevitável a discussão sobre o sub-registro, associado ao mito e estigma que envolvem o tema, e que nos leva a crer que este é um evento “silencioso” entre as causas de óbito nos sistemas de informação.

Nos casos de óbito por causa mal definida em que se suspeita de suicídio é possível a realização da autópsia psicológica, com a finalidade de elucidar a morte, onde são realizadas entrevistas com pessoas próximas da pessoa falecida para elucidação das circunstâncias que levou à morte, pois para a determinação do suicídio é necessário estabelecer se houve a intenção de se matar (OPAS, 2013).

Em nível global, o suicídio é a terceira causa de morte entre adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, (WHO, 2016). Nos Estados Unidos, o Centro de Controle de Doenças ressalta que o suicídio entre adolescentes 15 e 19 anos triplicou entre os anos de 1950 e 2011 (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2013). A questão é ainda mais alarmante quando se sabe que as taxas oficiais de morte podem mascarar a real extensão do problema, já que é bem expressivo o número de adolescentes que denotam variados tipos de

comportamento autodestrutivo (SCHILLING; ASELTINE; GLANOVSKY; JAMES; JACOBS, 2009).

Ainda assim são poucas as informações sobre tendências temporais de suicídios envolvendo adolescentes. Analisando os dados da OMS para a Europa, Kõlves e Leo (2014 e 2016) encontraram uma diminuição nas taxas de suicídio na faixa etária de 10 a 14 anos e na de 15 a 19 anos, embora no segmento mais jovem não tenha sido encontrada diminuição nos dados sobre as meninas (KÕLVES; LEO, 2014 e 2016).

Adolescentes meninas têm elevada taxa de ideação e tentativa de suicídio, enquanto os meninos costumam ser mais efetivos na realização do ato (WHO, 2016). Fatores familiares e socioeconômicos são identificados como risco para o suicídio juvenil (HAWTON; SAUNDERS; OCONNOR, 2012; BJÖRKENSTAM; KOSIDOU; BJÖRKENSTAM, 2017), assim como psicopatologia parental, história familiar de comportamento suicida, nascer de mães jovens e mães com baixa escolaridade, divórcio parental, ter famílias monoparentais e conflitos entre pais e filhos e ser filho primogênito (GOULD; GREENBERG; VELTING; SHAFFER, 2003; SOOLE; KÕLVES; LEO, 2015; BRIDGE; GOLDSTEIN; BRENT, 2006; RIORDAN; SELVARAJ; STARK; GILBERT, 2006; MITTENDORFER-RUTZ; RASMUSSEN; WASSERMAN, 2004). Van Orden et al (2010) sugerem que o suicídio sofre influência importante de três fatores: experiência de solidão/isolamento (“pertença frustrada”), percepção do indivíduo ser um fardo para os outros e a presença de comportamentos suicidas anteriores.

Deste modo, este artigo visa analisar a mortalidade por suicídio envolvendo adolescentes brasileiros (10 a 19 anos), no período de 2007 a 2016.

Método

Trata-se de um estudo transversal dos óbitos por suicídio, ocorridos entre os anos de 2007 a 2016 no Brasil, na faixa etária de 10 a 19 anos. Como fonte de dados, utilizou-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS), sendo selecionados aqueles cuja causa

foi classificada nos códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) da 10ª. Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

Foram construídas as distribuições de frequência dos óbitos de acordo com as seguintes variáveis: sexo, grupo etário (10 a 14 anos; 15 a 19 anos), raça/cor, local de ocorrência, Região e Unidade da Federação (UF).

Foram calculadas as taxas brutas para as regiões e UF brasileiras segundo o sexo. Para tanto, utilizou-se como numerador o número de óbitos por suicídio ocorridos na área/sexo em questão e no denominador a população da área/sexo em questão (região ou UF). A população utilizada para o cálculo das taxas de mortalidade foi obtida junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A série temporal foi dividida em dois períodos de cinco anos (quinquênios) para cálculo das taxas (2007-2011 e 2012-2016).

Para construção dos bancos e cálculo das taxas foi utilizado o programa Excel® e o pacote estatístico Stata 14. Para apresentação das taxas das UF foram construídos mapas temáticos no programa TabWin 4.1.3.

Resultados

Entre os anos de 2007 a 2016 ocorreram 7.695 óbitos por suicídio de adolescentes no Brasil, dentre os quais 1.177 (15,3%) possuíam idade entre 10 e 14 anos e 6.518 (84,7%), entre 15 a 19 anos. No período em análise, o sexo masculino apresentou maior proporção de óbitos, totalizando 659 (56%) na faixa entre 10 a 14 anos, e 4.661 (71,5%) entre 15 e 19 anos (Tabela 1).

A análise dos dados da mortalidade por suicídio segundo a idade mostra que os óbitos aumentam à medida que aumenta a idade. Chama atenção a existência de 41 óbitos de indivíduos com 10 anos de idade e de 83 com 11 anos, fatos que merecem um estudo qualitativo. Já em relação à raça/cor, verifica-se maior proporção de óbitos (acima de 50%) entre adolescentes da raça/cor preta ou parda nos dois grupos etários e em ambos os sexos. Os óbitos envolvendo indígenas variaram entre 5,2% (15 a 19 anos) e 10,6% (10 a 14 anos).

O domicílio foi o local de ocorrência do óbito para 650 (55,2%) adolescentes com idade entre 10 e 14 anos, e para 3.634 (55,8%) de 15 a 19 anos. O hospital também apareceu como local de ocorrência desses óbitos, variando de 287 (24,4%) e 1.352 (20,7%) nos dois grupos etários.

Tabela 1. Distribuição dos óbitos segundo raça/cor e local de ocorrência. Brasil, 2007 a 2016.

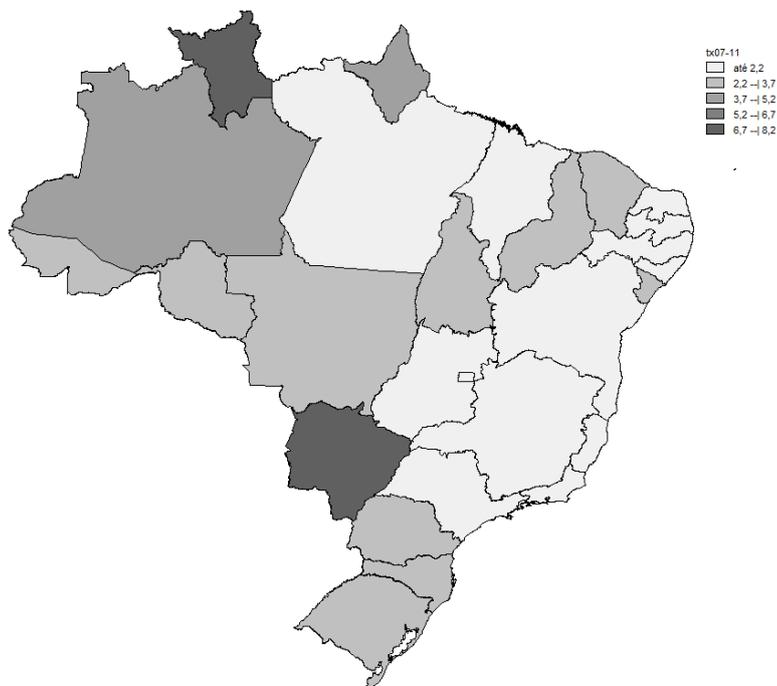
	Masc(n=5.320)		Fem(n=2.375)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
10	35	0,7	6	0,3	41	0,5
11	55	1,0	28	1,2	83	1,1
12	102	1,9	64	2,7	166	2,2
13	175	3,3	167	7,0	342	4,4
14	292	5,5	253	10,7	545	7,1
15	435	8,2	337	14,2	772	10,0
16	678	12,7	376	15,8	1.054	13,7
17	961	18,1	393	16,5	1.354	17,6
18	1.185	22,3	359	15,1	1.544	20,1
19	1.402	26,4	392	16,5	1.794	23,3
Raça/cor						
Branca	1.976	37,1	899	37,9	2.875	37,4
Preta/parda	2.809	52,8	1.206	50,8	4.015	52,2
Amarela	15	0,3	5	0,2	20	0,3
Indígena	305	5,7	162	6,8	467	6,1
Ignorado	215	4,0	103	4,3	318	4,1
Local de ocorrência						
Hospital	865	16,3	774	32,6	1.639	21,3

Outro estabelecimento de saúde	69	1,3	59	2,5	128	1,7
Domicílio	3.091	58,1	1.193	50,2	4.284	55,7
Via pública	377	7,1	106	4,5	483	6,3
Outros	883	16,6	230	9,7	1.113	14,5
Ignorado	35	0,7	13	0,5	48	0,6

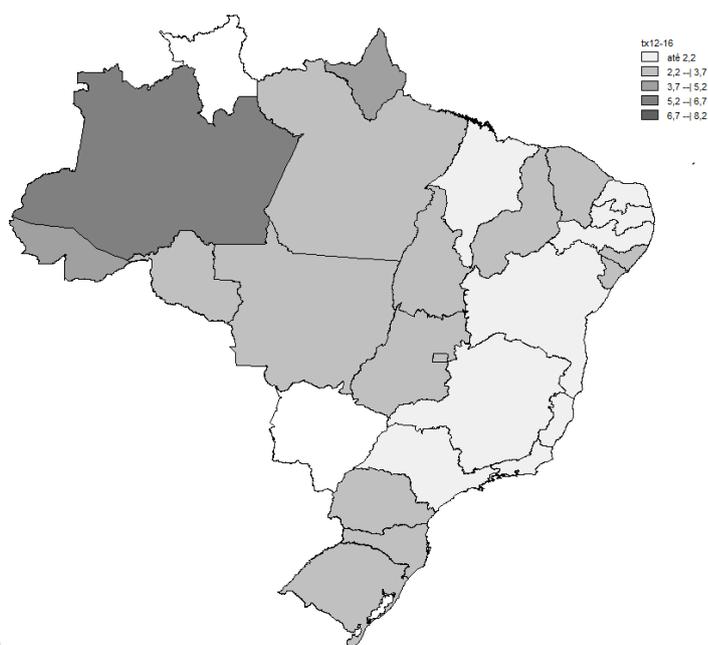
Observando-se as taxas de mortalidade por quinquênio (2007-2011; 2012-2016), no primeiro período a taxa de mortalidade foi de 3,2 óbitos/100 mil nas regiões norte e centro-oeste e 1,5 óbitos/100 mil habitantes na região sudeste. Quando caracterizadas as Unidades Federativas, os estados de Roraima (8,2 óbitos/100 mil habitantes) e Mato Grosso do Sul (8 óbitos/100 mil habitantes) apresentaram as maiores taxas. Já o Rio de Janeiro apresentou a menor taxa deste período (0,7 óbitos/100 mil habitantes). No segundo quinquênio (2012 a 2016) a região centro-oeste mostrou a maior taxa (4 óbitos/100 mil habitantes), seguida da região norte (3,7 óbitos/100 mil habitantes). A região sudeste novamente apresentou a menor taxa (1,8 óbitos/100 mil habitantes). O estado de Mato Grosso do Sul é campeão (9,6 óbitos/100 mil habitantes) quando comparado aos outros estados, e o Rio de Janeiro (1,1 óbitos/100 mil habitantes) possui a menor (Figura 1).

Figura 1: Distribuição das taxas de mortalidade por suicídio em adolescentes brasileiros (10 a 19 anos) segundo Unidade da Federação, período 2007 a 2011 (a) e 2012 a 2016 (b)

(a)

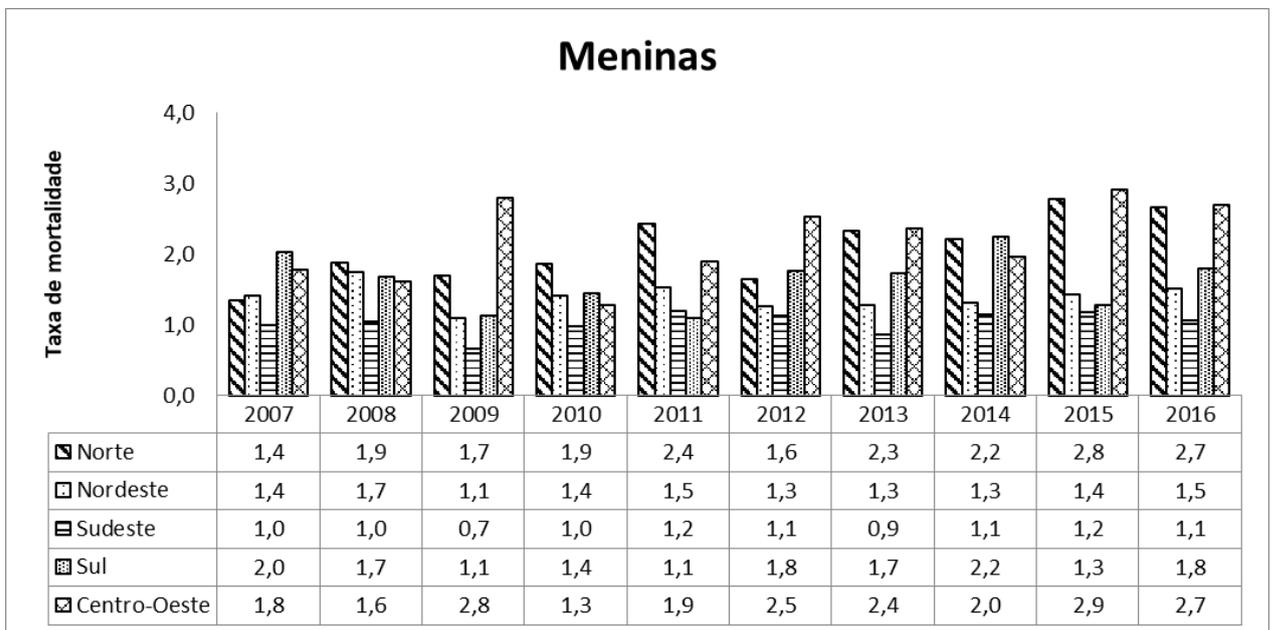
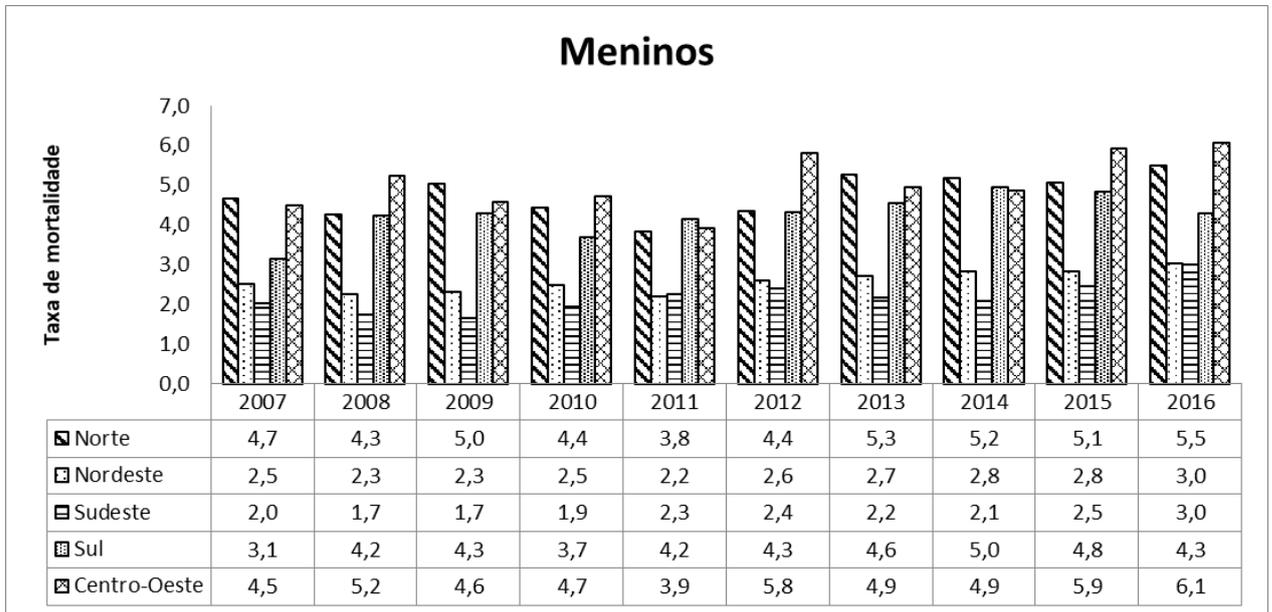


(b)



No Gráfico 1 pode-se observar a evolução das taxas ao longo do período estudado, segundo sexo e regiões. Com relação ao sexo masculino, destacam-se as taxas das regiões Centro-oeste e Sul. No centro-oeste as taxas variaram de 4,5 a 6,1 óbitos/100 mil em 2007 e 2016, respectivamente. Já a região norte apresentou as menores taxas (4,7 e 5,5 óbitos/100 mil habitantes em 2007 e 2016, respectivamente) em todo o período. Entre as meninas, este perfil se manteve, tendo a região centro-oeste com as maiores taxas de óbito observadas (1,8 e 2,7 óbitos/100 mil habitantes em 2007 e 2016, respectivamente), e a região norte com as menores taxas (1,4 e 2,7 óbitos/100 mil habitantes em 2007 e 2016, respectivamente). A inspeção visual das séries parece mostrar uma leve tendência de aumento no final do período de análise.

Gráfico 1: Distribuição das taxas de mortalidade por suicídio em adolescentes brasileiros segundo sexo e região de residência, 2007-2016



Discussão

Ao caracterizar o suicídio entre os adolescentes brasileiros no período de 2007 a 2016, observou-se que os achados corroboram, em geral, com a literatura sobre o tema: a maior parte dos óbitos ocorre entre adolescentes de 15 a 19 anos, do sexo masculino e da raça/cor preta ou parda. Estudo realizado por Pérez, Téllez e David (2015), caracterizando o suicídio envolvendo adolescentes em uma cidade da Colômbia, observou que nessa localidade o suicídio entre adolescentes tem aumentado e o grupo mais afetado são meninos com idade entre 15 a 19 anos.

O local onde ocorreu o óbito foram, em sua maioria, o domicílio e os hospitais, o que é corroborado pela literatura e pelos achados em outros estudos como o de Pérez, Téllez e David (2015). Outros fatores não puderam ser observados, como é o caso do meio utilizado, a escolaridade e o estado civil.

As taxas aqui apresentadas são motivo de preocupação, pois a adolescência é uma fase da vida importante. Seriam importantes estudos qualitativos particularmente nos casos ocorridos no início da puberdade (entre 10 e 11 anos) para se compreender melhor os fatores específicos que interferem no bem-estar desses jovens. Chama atenção a existência de 41 óbitos de indivíduos com 10 anos de idade e de 83 com 11 anos) detectados no período.

Um estudo descritivo como este, que mostra a magnitude do fenômeno, ressalta a evidência dos fatores de risco multifatoriais que envolvem o fenômeno, embora, em geral, as estratégias de prevenção se baseiam em fatores individuais. A OMS (2002; 2014) chama atenção para o que denomina ambiente em que vive a pessoa, como sendo fundamental para sua qualidade de vida. E a importância de fatores contextuais para o suicídio tem sido destacada por um pequeno, mas promissor, corpo de literatura. Phillips et al (2002) e Zhang (2010) sugerem que vários fatores sociais e microsociais podem contribuir para o comportamento suicida: por exemplo, fatores como divórcio; desavenças no interior da família; insatisfação com a situação social; migração de áreas rurais para áreas urbanas; situações no ambiente da escola que facilitam a discriminação, o *bullying* e o isolamento social, excesso de exposição às mídias sociais; dentre outros.

No caso específico dos adolescentes, os conflitos com pais e as omissões deles em relação aos jovens, sobretudo as relacionais; e os maus-tratos que sofrem ou presenciam no

interior da família; e crises em relacionamentos românticos podem estar associados a suicídios principalmente dos mais jovens com idade de 10 a 15 anos. Os transtornos mentais são mais importantes, na caracterização dos fatores que influenciam nas tentativas e mortes de adolescentes mais velhos (COSKUN; ZOROGLU; GHAZIUDDIN, 2012; GRØHOLT; EKEBERG, 2003; PEYRE et al, 2017). Por fim, estudos como este, os quais apresentam dados segundo as diferenças regionais, gênero e etnia, precisam ser aprofundados para compreender que problemas, sociais, ambientais ou microssociais estão levando um grupo significativo de jovens brasileiros à morte autoinfligida. Este reconhecimento das circunstâncias inclui também as questões pessoais, já que é um grupo pequeno, dentre os que vivenciam condições adversas de vida ou de relacionamento, que cometem suicídio.

Referências

BARBEDO, M.; MATOS, M. Fazer mal a si próprio. In: MATOS, M.; SAMPAIO, D. (coord.). Jovens com saúde: diálogo com uma geração. Lisboa: Texto Editores, 2009. p. 123-130.

BJÖRKENSTAM, Charlotte; KOSIDOU, Kyriaki; BJÖRKENSTAM, Emma. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in sweden. *Bmj*, [S.L.], p. 1334, 19 abr. 2017.

BOTEGA NJ. Crise suicida. Avaliação e manejo. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRIDGE, Jeffrey A.; GOLDSTEIN, Tina R.; BRENT, David A.. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, [S.L.], v. 47, n. 3-4, p. 372-394, mar. 2006.

COSKUN, Murat; ZOROGLU, Salih; GHAZIUDDIN, Neera. Suicide Rates among Turkish and American Youth: a cross-cultural comparison. *Archives Of Suicide Research*, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 59-72, jan. 2012.

GOULD, Madelyn S.; GREENBERG, Ted; VELTING, Drew M.; SHAFFER, David. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: a review of the past 10 years. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 386-405, abr. 2003.

GRØHOLT, Berit; EKEBERG, Øivind. Suicide in young people under 15 years: problems of classification. *Nordic Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 57, n. 6, p. 411-417, out. 2003.

HAWTON, Keith; SAUNDERS, Kate Ea; O'CONNOR, Rory C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, [S.L.], v. 379, n. 9834, p. 2373-2382, jun. 2012.

KÖLVES, Kairi; LEO, Diego de. Adolescent Suicide Rates Between 1990 and 2009: analysis of age group 15-19 years worldwide. *Journal Of Adolescent Health*, [S.L.], v. 58, n. 1, p. 69-77, jan. 2016.

KÖLVES, Kairi; LEO, Diego de. Suicide rates in children aged 10–14 years worldwide: changes in the past two decades. *British Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 205, n. 4, p. 283-285, out. 2014.

MINAYO MC; Souza, Edinilza Ramos de (orgs). Suicídio: violência autoinfligida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Ed.). *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 311-331.

MITTENDORFER-RUTZ, E; RASMUSSEN, F; WASSERMAN, D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *The Lancet*, [S.L.], v. 364, n. 9440, p. 1135-1140, set. 2004.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS; Centers for Disease Control and Prevention. *Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2013. <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/2013/035.pdf>. Accessed January 23, 2015.

OPAS. Autópsia Verbal para o aprimoramento da notificação da causa básica de morte no Brasil. Organização Pan Americana de Saúde, 2013. Disponível em : https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3251:autopsia-verbal-para-o-aprimoramento-da-notificacao-da-cao-basica-de-morte-no-brasil&Itemid=685

PÉREZ, Oscar Adolfo Medina; TÉLLEZ, Ángel Saúl Díaz; DAVID, Andrés José Rozo. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Revista de La Facultad de Medicina*, [S.L.], v. 63, n. 3, p. 431-438, 25 ago. 2015.

PEYRE, Hugo; HOERTEL, Nicolas; STORDEUR, Coline; LEBEAU, Gaële; BLANCO, Carlos; MCMAHON, Kibby; BASMACI, Romain; LEMOGNE, Cédric; LIMOSIN, Frédéric; DELORME, Richard. *Contributing Factors and Mental Health Outcomes of First Suicide*

Attempt During Childhood and Adolescence. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, [S.L.], v. 78, n. 06, p. 622-630, 28 jun. 2017.

PHILLIPS, Michael R; YANG, Gonghuan; ZHANG, Yanping; WANG, Lijun; JI, Huiyu; ZHOU, Maigeng. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, [S.L.], v. 360, n. 9347, p. 1728-1736, nov. 2002.

RIORDAN, Daniel V.; SELVARAJ, Sivasubramaniam; STARK, Cameron; GILBERT, Julie S. E.. Perinatal circumstances and risk of offspring suicide. *British Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 189, n. 6, p. 502-507, dez. 2006.

SCHILLING, Elizabeth A.; ASELTINE, Robert H.; GLANOVSKY, Jaime L.; JAMES, Amy; JACOBS, Douglas. Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. *Journal Of Adolescent Health*, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 335-341, abr. 2009.

SOOLE, Rebecca; KÖLVES, Kairi; LEO, Diego de. Suicide in Children: a systematic review. *Archives Of Suicide Research*, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 285-304, 3 jul. 2015.

STECK, Nicole; EGGER, Matthias; SCHIMMELMANN, Benno G.; KUPFERSCHMID, Stephan. Suicide in adolescents: findings from the swiss national cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 47-56, 29 jun. 2017.

VAN ORDEN, Kimberly A.; WITTE, Tracy K.; CUKROWICZ, Kelly C.; BRAITHWAITE, Scott R.; SELBY, Edward A.; JOINER, Thomas E.. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, [S.L.], v. 117, n. 2, p. 575-600, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO; 2014.

ZHANG, J.. Marriage and Suicide among Chinese Rural Young Women. *Social Forces*, [S.L.], v. 89, n. 1, p. 311-326, 1 set. 2010.

7.4 ARTIGO 4: FATORES ASSOCIADOS AOS ÓBITOS POR SUICÍDIO DE ADOLESCENTES NO BRASIL*

**Artigo não submetido a revistas científicas*

Camila Alves Bahia¹

Maria Cecília de Souza Minayo²

Antony Stevens³

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

²Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli/CLAVES, da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP, Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

³ Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas/CGIAE, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis/DASNT, Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS, Ministério da Saúde/MS

Resumo

Introdução: O suicídio na adolescência é um fenômeno complexo e multicausal e vem apresentando aumento nas últimas décadas. Isso se deve à maior vulnerabilidade dessa etapa da vida, em que frequentemente ocorrem ideações e tentativas de autoeliminação. O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados aos óbitos por suicídio entre adolescentes no Brasil, no período entre 2011 e 2016.

Método: Estudo transversal analítico, no qual se utilizaram dados provenientes do linkage de informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Primeiramente, os pares foram analisados segundo sexo por faixa etária (10 a 14 e 15 a 19 anos); raça/cor da pele; escolaridade; zona de residência; local da ocorrência; se a tentativa de suicídio foi de repetição; meio utilizado no evento; suspeita de uso de álcool, e tempo entre a última tentativa e o óbito. A análise bivariada verificou associações entre o desfecho de interesse (óbito por suicídio) e as variáveis independentes, sendo elas: faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, zona de residência; local da ocorrência; se a tentativa de suicídio foi de repetição; meio utilizado no evento; suspeita de uso de álcool, e tempo entre a última tentativa e o óbito. As associações foram verificadas através do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Nesta, aquelas variáveis com um valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para inclusão no modelo de regressão logística na qual, consideraram-se significativos os valores de $p < 0,05$ para os fatores associados aos óbitos por suicídio. Utilizou-se o ambiente Python para manusear as bases de dados e realizar o linkage, e o pacote estatístico Stata 14 para a análise dos dados pareados.

Resultados: Foram encontrados 704 pares verdadeiros, dentre os quais, 460 (65,3%) tiveram o suicídio como causa básica de morte (códigos X60 a X84 da CID X) e 244 (34,7%) faleceram por outras causas básicas. Os adolescentes que morreram por suicídio, em sua maioria eram homens (55,87%), com idade entre 15 a 19 anos (87,5%), de raça/cor branca (59,4%), e haviam cursado da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (57,8%). O local de residência de 79,1% dos que se suicidaram depois das tentativas era na zona urbana. Chama atenção que a expressiva maioria das tentativas que levaram a óbito tenha acontecido nas moradias (residências e habitações coletivas), chegando a 93,0% no caso dos meninos. O desfecho das

mortes das meninas ocorreu principalmente nos estabelecimentos de saúde (52,8%); e dos meninos, nos domicílios (58,9%). A repetição da tentativa de suicídio antes do óbito aconteceu em 20,3% dos casos das adolescentes do sexo feminino e 9,5%, nos do sexo masculino. O meio de agressão mais utilizado na tentativa de suicídio anterior ao óbito foi o enforcamento tanto pelas meninas (51,2%) como pelos meninos (73,7%). No sexo feminino, o envenenamento fica em segundo lugar, sendo o meio utilizado por 51,2% das meninas. No sexo masculino, em segundo lugar vem o uso abusivo de álcool o que foi observado, com maior frequência, entre os meninos (17,5%). Na análise bivariada, observou-se que os adolescentes da raça/cor branca que tentaram suicídio tinham 2,4 vezes ($p < 0,000$) mais chances de morrer por essa causa que os pretos ou pardos. Já entre os indígenas a chance de morrer por suicídio mostrou-se 7,4 vezes ($p < 0,000$) maior. Morar em zona urbana, no momento da tentativa de suicídio diminuiu em 28% a chance de morte autoinfligida ($p < 0,000$). A ocorrência de morte autoinfligida entre os que apresentaram repetição de tentativas de suicídio foi 0,31 vezes menor do que entre aqueles que não haviam tentado outras vezes ($p < 0,000$). Adolescentes que utilizaram o enforcamento como meio de autoagressão apresentaram 15% mais chances de morrer por suicídio, quando comparados aos que utilizaram objeto perfurocortante ($p < 0,000$). A existência de notificação anterior à ocorrência do óbito apresentou-se como potencial fator protetor contra o suicídio consumado, independente do período em que essa tenha ocorrido. No modelo final, observou-se que adolescentes brancos (IC95% = 1,49 – 3,89) e os que utilizaram substância quente (como queimadura por fogo, entre outros), enforcamento e arma de fogo possuem maiores chances de morrer por suicídio após uma tentativa.

Discussão: A associação de duas fontes de informação sobre o evento, analisando conjuntamente informações sobre o momento da tentativa e o óbito, possibilitou compreender com mais clareza algumas situações de maior risco para os adolescentes, foco desse estudo. Os resultados ressaltam a importância do setor saúde no acompanhamento desse grupo, num momento de transição psicossocial tão crucial para o amadurecimento do ser humano. Para a saúde pública, esta pesquisa tem um valor peculiar, mostrando que não se deve banalizar ou julgar de forma apressada como um ato manipulativo a tentativa de suicídio.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de Suicídio; Sistemas de Informação; Registro Médico Coordenado.

Introdução

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 814 mil pessoas morreram por suicídio em 2000. Nos últimos anos as taxas de mortalidade por suicídio apresentaram aumento de cerca de 60% em alguns países e hoje é a segunda principal causa de morte de indivíduos com idade entre 15 e 29 anos, correspondendo a 8,5% das mortes nessa faixa etária (WHO, 2014; WHO, 2016).

Nos Estados Unidos, dados da American Association of Suicidology mostram que, em 2017, um jovem morreu por suicídio a cada 1 hora e 24 minutos. Isso corresponde a uma taxa de 2,5 óbitos/100 mil hab entre adolescentes com idade entre 10 e 14 anos e 11,8 óbitos/100 mil hab para os com idade entre 15 e 19 anos (AAS, 2017).

O suicídio na adolescência é um fenômeno complexo e multicausal e vem apresentando aumento nas últimas décadas. Isso se deve à maior vulnerabilidade dessa etapa da vida, em que frequentemente ocorrem ideações e tentativas de dar cabo à vida, na maioria das vezes, sem maiores consequências (BAHLS, 2002; PELKONEN, 2003). As tentativas de suicídio e o suicídio aumentam com a idade, e se tornam mais frequentes após a puberdade, sendo um fenômeno raro entre crianças (BAHLS, 2002).

A vulnerabilidade dos adolescentes ao suicídio é já fartamente descrita na literatura e envolve fatores de risco sociais, emocionais e ambientais como transtornos psiquiátricos, em particular, depressão severa; fácil acesso a meios como pesticidas ou armas de fogo; relações conflituosas que afetam seu crescimento e desenvolvimento e prejudicam a vida afetiva, como o *bullying*; maus tratos familiares; dificuldades e mau desempenho na escola; isolamento social; dificuldades nos relacionamentos amorosos ou de comunicação com os pais; problemas de orientação sexual; e ausência de apoio familiar (BAHLS, 2002; BRASIL, 2005; JOE et al, 2016; WHO, 2002; WHO, 2014; WHO, 2016; SHAIN, 2007).

Mesmo que a vulnerabilidade nessa etapa da vida seja reconhecida, os dados sobre o fenômeno, sobretudo sobre as tentativas, são sub-registrados, por vários motivos como: negação da pela família que sente culpa ou vergonha por não saber lidar com o problema, tabus culturais, dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com o problema, entre outros (BENINCASA, 2006; BRAGA, 2013).

Mesmo tendo consciência dos sub-registros, as informações contidas nos sistemas oficiais permitem uma aproximação da magnitude tanto das tentativas como dos suicídios notificados. É a essas fontes que se recorre neste estudo, tentando retirar o máximo de proveito dos dados que oferecem. As tentativas de suicídio são registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em seu componente contínuo, o qual registra os dados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan). Esse sistema fornece dados sociodemográficos do indivíduo que cometeu tentativa, como informações sobre o local da ocorrência, reincidência do fato, o meio de agressão, a natureza da lesão, assim como o encaminhamento dado ao episódio (BRASIL, 2013).

Já os dados de óbitos por suicídio são registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS) que possui abrangência nacional, bom grau de confiabilidade, e permite a formulação de indicadores sobre mortalidade geral e específica (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007), e fornece informações sociodemográficos e referentes ao óbito, como data, local de ocorrência e causa básica do óbito.

Apesar das fontes de informação oficiais trazerem dados importantes sobre tentativas e suicídio consumado, nenhuma delas sozinha é capaz de abarcar todas as questões que envolvem o evento, já que cada uma foi formulada com uma finalidade específica. Por este motivo, é importante a utilização de técnicas como o *linkage* para que as informações das diferentes bases de dados sejam agrupadas e informem dados de melhor qualidade sobre o fenômeno em estudo.

Linkage, ou relacionamento de bases de dados, é o processo no qual se combinam registros de um mesmo indivíduo, presentes em duas dessas bases (COELI; PINHEIRO; CAMARGO JUNIOR, 2015). Esse processo permite que hipóteses etiológicas possam ser mais bem exploradas com uso de um conjunto maior de variáveis disponíveis para análise secundários. Possibilita, por exemplo, acompanhar eventos de saúde em diferentes momentos do curso de vida de determinado indivíduo (COELI, 2015). No caso concreto deste estudo, acredita-se que a utilização do *linkage* permita atingir maiores esclarecimentos sobre os fatores associados ao óbito por suicídio entre adolescentes.

Desta forma, este artigo que o utiliza o *linkage* tem como objetivo analisar os fatores associados aos óbitos por suicídio entre adolescentes brasileiros, no período entre 2011 e 2016.

Método

Estudo transversal analítico, no qual se utilizaram dados provenientes do *linkage* de duas bases de dados: Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências em seu componente contínuo (VIVA/Sinan) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O VIVA/Sinan é a base da qual foram retiradas as notificações das tentativas de suicídio ocorridas entre 2011 e 2016. Do SIM extraíram-se os registros de óbito que ocorreram no Brasil, também entre 2011 e 2016.

O estudo considerou adolescentes, indivíduos entre 10 e 19 anos nas duas fontes de informação. No VIVA/Sinan esses indivíduos foram selecionados através uma nova variável criada (idade), em que seus valores seriam o resultado da diferença entre a data da notificação e a data de nascimento. Não foi necessária a identificação de duplicidades nas duas bases, pois elas já haviam sido revisadas pelo Ministério da Saúde.

Inicialmente foram selecionadas as notificações de lesões autoprovocadas por adolescentes registradas no SINAN. Para tal, realizou-se o filtro através da variável LES_AUTOP (selecionaram-se os registros iguais a “1”, correspondentes à lesão autoprovocada igual a “Sim”). Estes casos foram compreendidos como notificações de tentativa de suicídio.

Posteriormente esses registros foram buscados no SIM (sendo esta base formada por indivíduos de 10 a 19 anos com qualquer causa básica de morte), por meio da composição de pares através das variáveis: nome, nome da mãe e data de nascimento.

Para identificação de pares reais, foram inicialmente calculados scores que se referem à chance de os registros serem pares verdadeiros (sendo, para este estudo, delimitado o score maior ou igual a 7.000, pois, a partir desse, foram encontrados pares com maiores

chances de serem verdadeiros). Após esta identificação inicial, os pares foram revisados manualmente, para identificação de sua veracidade nos registros das duas bases.

Consideraram-se “pares verdadeiros” os casos em que os registros nas duas bases de dados possuíam o mesmo nome, o nome da mãe e a data de nascimento, mesmo quando houvesse pequenos erros de digitação. Excluíram-se os considerados “pares falsos”, ou seja, os registros em que o nome da pessoa, da mãe ou a data de nascimento eram diferentes. A partir de então, formou-se uma nova base de dados para análise, da qual constam apenas os pares verdadeiros.

Primeiramente, os pares foram analisados segundo sexo por variáveis sociodemográficas: faixa etária (10 a 14 e 15 a 19 anos); raça/cor da pele; escolaridade; zona de residência; local da ocorrência; se a tentativa de suicídio foi de repetição; meio utilizado no evento; suspeita de uso de álcool, e tempo entre a última tentativa e o óbito.

Posteriormente, realizou-se uma análise bivariada para verificar associações entre o desfecho de interesse (óbito por suicídio) e as variáveis independentes, sendo elas: faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade, zona de residência; local da ocorrência; se a tentativa de suicídio foi de repetição; meio utilizado no evento; suspeita de uso de álcool, e tempo entre a última tentativa e o óbito. As associações foram verificadas através do teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

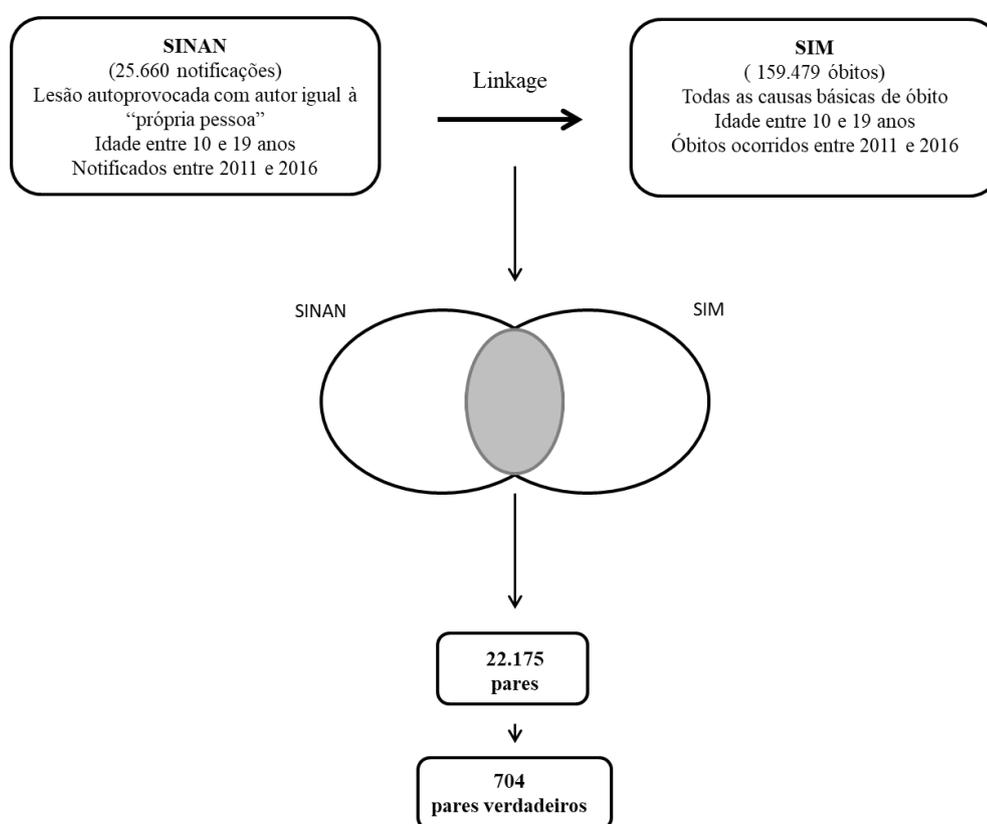
Após a análise bivariada, as variáveis com um valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para inclusão no modelo de regressão logística. Este foi escolhido por admitir variáveis dependentes dicotômicas. Nessa análise, consideraram-se significativos os valores de $p < 0,05$ para os fatores associados aos óbitos por suicídio.

Utilizou-se o ambiente Python para manusear as bases de dados e realizar o *linkage*, e o pacote estatístico Stata 14 para a análise dos dados pareados. Este estudo dispensou avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar de análise de base de dados secundários e não nominais (as etapas do linkage foram realizadas pelo Ministério da Saúde e as análises posteriormente realizadas utilizaram dados anonimizados).

Resultados

Os 25.660 adolescentes notificados por lesão autoprovocada (compreendida como tentativa de suicídio) entre 2011 e 2016, foram buscados entre os 159.479 registros de mortalidade por todas as causas no mesmo período. Inicialmente encontraram-se 25.175 possíveis pares. Esses dados passaram por uma revisão individual, restando apenas 704 pares verdadeiros, conforme os critérios assinalados no método. A Figura 1 traz a descrição do processo do linkage.

Figura 1. Detalhamento do processo de linkage e montagem da base de dados de análise



Dos 704 pares verdadeiros, ou seja, dos 704 **indivíduos notificados por tentativa de suicídio que, em algum momento da vida foram a óbito**, 460 (65,3%) tiveram o suicídio como causa básica de morte (códigos X60 a X84 da CID X), e 244 (34,7%) faleceram por outras causas básicas.

Dentre os indivíduos que foram notificados por tentativa de se matar e que evoluíram a óbito por suicídio (n=460), 257 (55,8%) eram do sexo masculino, sendo a faixa etária com

maior número de mortos a de 15 a 19 anos em ambos os sexos: 163 (80,3%) e 225 (87,5%) entre meninas e meninos respectivamente.

Indivíduos de raça/cor branca eram os mais frequentes entre os que morreram, sendo 103 (55,1%) mulheres e 145 (59,4%) homens. Em relação á escolaridade, 62 (4,6%) das meninas que morreram por suicídio possuíam o ensino médio no momento da tentativa, enquanto 107 (57,8%) dos meninos haviam cursado da 5ª à 8ª série do ensino fundamental.

Dos que, depois das tentativas, se suicidaram ,residiam em área urbana, 154 (77,4%) mulheres e 197 (79,1%) homens. A ocorrência das tentativas se deu, de forma expressiva, nas residências e habitações coletivas dos adolescentes, chegando a 169 (94,4%) dos casos que aconteceram com as meninas e 214 (93,0%) com os meninos. A via pública veio em segundo lugar de opção para tentar se matar por jovens de ambos os sexos: o caso de sete (3,9%) meninas e 12 (5,2%) meninos. Praticamente não foram registradas tentativas nas escolas e nos locais de prática esportiva.

Quanto ao local de óbito, observam-se diferenças entre os sexos. As mortes por suicídio de 103 meninas (52,8%) ocorreram em algum estabelecimento de saúde. No caso dos meninos, 136 (58,9%) foram a óbito no domicílio.

A repetição da tentativa de suicídio antes do óbito aconteceu em 30 casos (20,3%) do sexo feminino e 19 (9,5%) do sexo masculino. O meio de agressão mais utilizado imediatamente antes do suicídio fatal foi o enforcamento, tanto pelas meninas como pelos meninos: 86 (51,2%) e 168 (73,7%) respectivamente. No sexo feminino, o envenenamento vem em segundo lugar, atingindo 86 (51,2%) meninas; no caso dos meninos o segundo meio mais utilizado foi a arma de fogo: 25 (17,5%). O uso de álcool na tentativa de suicídio que levou `morte, foi observado em 13 casos de meninas (10,2%) e em 24 (17,5%) de meninos.

Em relação ao tempo em que houve a notificação de lesão autoprovocada compreendida como tentativa de suicídio, observa-se que, entre as meninas, 42 casos (40%) foram registrados entre o primeiro e o 15º dias antes da data do óbito. Já entre os meninos, 71 (56,8%) foram notificados no mesmo dia em que ocorreu o óbito – Tabela 1. Ressalta-se que em 290 casos, a data da notificação foi posterior à data do óbito: 125 (39,9%) do sexo feminino e 165 (42,2%) do sexo masculino.

Ressalta-se que as variáveis raça/cor, zona de residência, local de ocorrência da tentativa de suicídio e uso de álcool antes da tentativa não apresentaram significância estatística.

Tabela 1. Descrição das tentativas que evoluíram a óbito por suicídio. Brasil, 2011 a 2016.

	Sexo				Total	pvalor	
	Feminino		Masculino				
	n	%	n	%			
Total	203	44,1	257	55,87	460	-	
Faixa etária							
10 a 14	40	19,7	32	12,5	72	0,034	
15 a 19	163	80,3	225	87,5	388		
Raça / cor							
Branca	103	55,1	145	59,4	248	0,647	
Preta/parda	64	34,2	74	30,3	138		
Indígena	20	10,7	25	10,3	45		
Escolaridade							
Analfabeto	2	1,4	-	-	2	0,056	
1ª a 4ª série EF	12	8,6	14	7,6	26		
5ª a 8ª série EF	60	43,2	107	57,8	167		
Ens. Médio	62	44,6	60	32,4	122		
Superior Incompleto	3	2,2	4	2,2	7		
Zona de residência							
Periurbana/rural	45	22,6	52	20,9	97	0,659	
Urbana	154	77,4	197	79,1	351		
Local de ocorrência da tentativa							
Escola/ local de prática esportiva							
	1	0,6	2	0,9	3	0,900	
Residência/habitação coletiva							
	169	94,4	214	93,0	383		
Via pública	7	3,9	12	5,2	19		
Bar/comércio	2	1,1	2	0,9	4		

Local de ocorrência do óbito						
Via pública	9	4,6	5	2,2	14	
Domicílio	83	42,6	136	58,9	219	0,003
Hospital/ estabelecimento de saúde	103	52,8	90	38,9	193	
Outras tentativas						
Não	118	79,7	181	90,5	299	0,004
Sim	30	20,3	19	9,5	49	
Meio da agressão						
Objeto perfurocortante	1	0,6	7	3,0	8	
Substância quente	3	1,7	5	2,2	8	
Envenenamento	69	41,1	23	10,1	92	0,000
Enforcamento	86	51,2	168	73,7	254	
Arma de fogo	9	5,4	25	11,0	34	
Uso de álcool antes da tentativa						
Não	115	89,8	113	82,5	228	0,084
Sim	13	10,2	24	17,5	37	
Tempo entre a notificação e o óbito						
Mesmo dia	30	28,6	71	56,8	101	
1 a 15 dias	42	40,0	30	24,0	72	
16 a 30 dias	7	6,6	4	3,2	11	
1 e 2 meses	6	5,7	2	1,6	8	0,000
2 e 6 meses	11	10,5	5	4,0	16	
6 meses a 1 ano	2	1,9	6	4,8	8	
mais de 1 ano	7	6,7	7	5,6	14	

Foram retirados os registros inseridos como “ignorado”.

Na análise bivariada (Tabela 2) realizada com intuito de verificar possíveis associações entre as características sociodemográficas relativas à tentativa e ao óbito por suicídio, observou-se que os adolescentes do sexo masculino têm 3% mais chances de morrer por suicídio que as adolescentes do sexo feminino ($p=0,809$).

Em relação à idade, os jovens de 15 a 19 anos tem 10% menos chances de morrer que os adolescentes com idade entre 10 e 14 anos ($p=0,646$). Indivíduos da raça/cor branca que tentaram suicídio tinham 2,4 vezes ($p<0,000$) mais chances de morrer por essa causa que os pretos ou pardos. Já entre os indígenas este número se torna muito relevante, pois a chance de morrer por suicídio mostrou-se 7,4 vezes ($p<0,000$) maior do que entre os adolescentes brancos.

Os adolescentes que, no momento da tentativa de suicídio, estavam cursando ou já tinham concluído o ensino fundamental apresentaram 27% ($p=0,146$) menos chances de morrer por suicídio quando comparados aos de maior escolaridade. Já os analfabetos apresentaram 22% ($p=0,846$) menos chances de morrer por essa causa quando comparados ao mesmo grupo com mais estudo.

Nos casos estudados, morar em zona urbana no momento da tentativa de suicídio diminuiu em 72% a chance de morte autoinfligida ($p<0,000$). Quando a tentativa anterior se deu em locais como residência ou habitação coletiva houve um aumento de 54% de chance de suicídio posterior ($p=0,634$).

A chance de ocorrência de morte autoinfligida entre os que apresentaram repetição de tentativas de suicídio foi 69% menor do que entre aqueles que não haviam tentado outras vezes ($p<0,000$).

Adolescentes que utilizaram o enforcamento como meio de autoagressão apresentaram chance 15 vezes maior de morrer por suicídio, quando comparados aos que utilizaram objeto perfurocortante ($p<0,000$). Quando o meio utilizado foi arma de fogo, esta chance apresentou-se 3 vezes maior ($p=0,017$).

A chance de ocorrência de suicídios consumados entre os que utilizaram alguma bebida alcoólica antes da tentativa foi 27% menor que entre os que não relataram uso de bebida ($p=0,097$). E a existência de notificação anterior à ocorrência do óbito apresentou-se

como potencial fator protetor contra o suicídio consumado, independente do período em que essa tenha ocorrido. - Tabela 2.

Tabela 2. Análise bivariada entre os óbitos envolvendo adolescentes, por suicídio e outras causas. Brasil, 2011 a 2016.

	Óbitos				IC	OR	p valor
	Outras causas		Suicídio	(n=460)			
	(n=244)						
	n	%	n	%			
Sexo							
Feminino	110	45,1	203	44,1	<i>Referência</i>		
Masculino	134	54,9	257	55,9	(0,76 - 1,42)	1,03	0,809
Faixa etária							
10 a 14	35	14,3	72	15,6	<i>Referência</i>		
15 a 19	209	85,7	388	84,4	(0,58 - 1,39)	0,90	0,646
Raça/cor							
Preta/parda	113	55,7	138	32,0	<i>Referência</i>		
Branca	85	41,9	248	57,5	(1,68 - 3,39)	2,38	<0,000
Indígena	5	2,4	45	10,5	(2,83 - 19,18)	7,36	<0,000
Escolaridade (em anos)							
Ens. Médio	48	31,6	122	38,5	<i>Referência</i>		
Analfabeto	1	0,7	2	0,6	(0,69 - 8,88)	0,78	0,846

Ens. Fundamental	103	67,7	193	60,9	(0,48 - 1,11)	0,73	0,146
Zona de residência							
Periurbana/rural	17	7,2	97	21,7	<i>Referência</i>		
Urbana	219	92,8	351	78,3	(0,16 - 0,48)	0,28	<0,000
Local de ocorrência da tentativa							
Escola/ local de prática esportiva	2	1,0	3	0,8	<i>Referência</i>		
Residência/habitação coletiva	165	84,6	383	93,6	(0,25 - 9,34)	1,54	0,634
Via pública/bar/comércio	28	14,4	23	5,6	(0,08 - 3,56)	0,54	0,528
Outras tentativas							
Não	111	66,1	299	85,9	<i>Referência</i>		
Sim	57	33,9	49	14,1	(0,20 - 0,49)	0,31	<0,000
Meio da agressão							
Objeto perfurocortante	13	8,1	8	2,0	<i>Referência</i>		
Substância quente	3	1,9	8	2,0	(0,88 - 21,30)	4,33	0,071
Envenenamento	102	63,7	92	23,2	(0,58 - 3,69)	1,46	0,418
Enforcamento	27	16,9	254	64,2	(5,81 - 40,16)	15,28	<0,000
Arma de fogo	15	9,4	34	8,6	(1,26 - 10,73)	3,68	0,017

Uso de álcool antes da tentativa

Não	118	79,7	228	86,0	<i>Referência</i>		
Sim	30	20,3	37	14,0	(0,37 - 1,08)	0,63	0,097

Tempo entre a notificação e o óbito

Mesmo dia	19	10,3	101	43,9	<i>Referência</i>		
1 a 15 dias	35	19,0	72	31,3	(0,20 - 0,73)	0,38	0,003
16 a 30 dias	7	3,8	11	4,8	(0,10 - 0,85)	0,29	0,025
1 e 2 meses	11	6,0	8	3,5	(0,48 - 0,38)	0,13	<0,000
2 e 6 meses	14	7,6	16	7,0	(0,90 - 0,51)	0,21	0,001
6 meses a 1 ano	24	13,1	8	3,5	(0,24 - 0,16)	0,06	<0,000
mais de 1 ano	74	40,2	14	6,0	(0,16 - 0,07)	0,03	<0,000

Após a análise bivariada, foi realizado o modelo de regressão logística, a fim de se identificar os reais fatores de risco associados e ainda para controlar possíveis variáveis de confundimento.

Para tal, foram incluídas as variáveis raça/cor, zona de residência, outras tentativas, meio de agressão e tempo entre a notificação e o óbito, por apresentarem p-valor inferior a 0,2.

No modelo final, permaneceram apenas as variáveis raça/cor e meio de agressão. Com isso, observou-se que adolescentes brancos possuem 2 vezes mais chances de morrer por suicídio após uma ou mais tentativas (IC95%= 1,49 – 3,89).

Em relação ao meio utilizado na tentativa, verificou-se maior chance de evoluir a óbito os casos de adolescentes que utilizaram enforcamento, substância quente (que inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor d'água substância química, entre outras), e arma de fogo – Tabela 3.

Tabela 3. Modelo explicativo para os fatores associados ao óbito por suicídio envolvendo adolescentes. Brasil, 2000 a 2016.

Variável	ORa	IC
Raça/cor		
Preta/parda		<i>Referência</i>
Branca	2,41	(1,49 - 3,89)
Indígena	2,45	(0,85 - 7,05)
Meio da agressão		
Objeto perfurocortante		<i>Referência</i>
Substância quente	6,2	(1,17 - 32,67)
Envenenamento	2,05	(0,74 - 5,65)
Enforcamento	19,53	(6,76 - 56,35)
Arma de fogo	1,94	(1,55 - 15,73)

ORa= Odds Ratio Ajustada

Discussão

O suicídio é um fenômeno social presente ao longo da história e está associado a uma série de fatores culturais, psicológico, culturais, morais, socioambientais, econômicos, entre outros (WHO, 2018). Isso demonstra sua complexidade e alerta para o fato de que, generalizações sobre seus fatores de risco, podem enviesar a compreensão do evento, além de não serem eficazes para promover ações de prevenção. Os fatores de risco têm valor preditivo distinto e relativo, e seu impacto difere segundo duração, fase da vida do indivíduo e intensidade. Nenhum fator de risco ou proteção explica o suicídio de forma isolada (BOTEGA, 2015).

O *linkage* aqui realizado permitiu maior aproximação de uma pergunta muito importante para a área de saúde pública: em que medida os jovens que tentam dar cabo de sua vida chegam ao ato fatal? Isso foi feito, associando duas fontes de informação sobre o evento, analisando conjuntamente informações sobre o momento da tentativa e o óbito, o que possibilitou compreender com mais clareza algumas situações de maior risco para os adolescentes, foco desse estudo.

Para responder à referida questão, tentou-se descrever as variáveis sociodemográficas das tentativas de suicídio de adolescentes que posteriormente morreram por suicídio, além de detectar os fatores de risco associados a essas mortes.

A resposta veio, mostrando que dos 704 pares verdadeiros, ou seja, dos 704 indivíduos notificados por tentativa de suicídio que, em algum momento da vida foram a óbito, a maioria (65,3%) tiveram o suicídio como causa básica de morte. Esse resultado ressalta, particularmente, a importância do setor saúde no acompanhamento desse grupo, num momento de transição psicossocial tão crucial para o amadurecimento do ser humano. Assim se confirmam os achados de Botega (2015) para quem, tentativas pregressas juntamente com transtornos mentais são os principais fatores de risco para o suicídio, e sua ocorrência aumenta o risco de novas tentativas.

Apesar de a tentativa anterior ser considerada o principal preditor do suicídio (PÉREZ; TÉLLEZ; DAVID, 2015; WHO, 2014), quando observadas as tentativas anteriores registradas nas notificações de tentativas de suicídio, observou-se que os que tentaram

suicídio tinham chance menor de evolução ao óbito por suicídio, além disso, a proporção de tentativas registradas foi maior no grupo que evoluiu ao óbito por outras causas. Uma hipótese para este achado é de que houve sub-registro destes dados nas notificações, motivados pelo estigma e tabu relativos aos profissionais de saúde, que os levam a não questionar e registrar esta informação.

Storino et al (2018) em seu estudo sobre as atitudes dos profissionais da atenção básica frente ao comportamento suicida identificou que apesar de se constituírem como importante componente da prevenção do suicídio, as atitudes destes profissionais frente a este evento ainda são pouco abordadas; e seu estudo observou que médicos e enfermeiros possuem mais atitudes positivas em relação ao suicídio que agentes comunitários e técnicos de enfermagem, e observou que de forma geral, os profissionais de saúde apresentam dificuldade de identificar e lidar com o paciente que apresenta comportamento suicida.

Assim como foi comprovado que o óbito por suicídio pode estar associado a tentativas anteriores, o mesmo pode estar associado a algumas variáveis sociodemográficas como ser de cor branca se destaca aqui, o que converge com estudos feitos em todo o mundo conforme cita o documento sobre violência da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002). Ressalta-se que recente estudo sobre os suicídios entre jovens negros no Brasil ocorridos entre 2012 e 2016, realizado pelo Ministério da Saúde, mostrou que a taxa de mortalidade por suicídio envolvendo brancos se mostrou estável, enquanto a mortalidade envolvendo negros apresentou aumento no período estudado. Em 2016, o risco de suicídio foi 67% maior entre adolescentes negros que entre brancos (BRASIL, 2018).

As diferenças de gênero na escolha dos meios tanto para tentativas como para perpetrar a própria morte também são marcantes. Nas tentativas, usam-se meios mais agressivos entre os meninos, (MINAYO, 2011; GUNNELL, 2000; LIU, 2009; JÚNIOR; RODRIGUES; MENESES FILHO; COSTA; RÊGO; COSTA; BATISTA, 2019). E nas mortes, o enforcamento como o meio principal é comum a toda a população brasileira (JÚNIOR; RODRIGUES; MENESES FILHO; COSTA; RÊGO; COSTA; BATISTA, 2019; PÉREZ; TÉLLEZ; DAVID, 2015; MINAYO, 2015). Já em segundo lugar, as meninas preferem se matar por meio de envenenamento, e os meninos usam armas de fogo. Mesmo nos casos encontrados de tentativas com baixa intenção letal (incluindo-se aqui as automutilações), alguns registros mostram o uso de meios mais agressivos à medida que o

tempo passa (JÚNIOR; RODRIGUES; MENESES FILHO; COSTA; RÊGO; COSTA; BATISTA, 2019; PÉREZ; TÉLLEZ; DAVID, 2015).

Para a saúde pública, esta pesquisa tem um valor peculiar. Ela ressalta – como tem sido dito pela OMS (2014) - que não se deve banalizar ou julgar de forma apresada e superficial como um ato manipulativo a tentativa de suicídio. É importante destacar que na vida conturbada do adolescente, a tentativa pode se tornar um marco inicial de ações preventivas, incluídas as de saúde mental, de proteção e qualidade de vida (BOTEGA, 2015).

O expressivo número de registro de notificações de suicídio no mesmo dia em que ocorreu a morte sugere que muitos casos só foram notificados após o óbito. Este fato ressalta o mito que encobre a omissão de muitas famílias e instituições, inclusive as de saúde, muitas vezes incapazes de enfrentar as manifestações que o adolescente demonstra, prejudicando um trabalho de acompanhamento necessário e reconhecidamente eficaz para quase todos os casos (MINAYO, 2005; BRAGA, 2013). O tabu do suicídio gera preconceitos e estigmas que se misturam a conveniências familiares e sociais, quase sempre ligadas ao contexto moral, religioso, político e cultural em que o indivíduo está inserido. Além da própria pessoa que não recebe apoio, a outra vítima é o processo de notificação e a má classificação. Autores como Botega (2015) e outros consideram que o número de casos costuma ser 10 vezes maior do que o registrado oficialmente. Esse fenômeno ocorre no mundo inteiro (OMS, 2002).

O perfil encontrado entre os adolescentes notificados por tentativa de suicídio e que morreram por suicídio concorda com o perfil já descrito em outros estudos: maior risco entre o sexo masculino, com idade maior que 15 anos (PÉREZ; TÉLLEZ; DAVID, 2015; JÚNIOR; RODRIGUES; MENESES FILHO; COSTA; RÊGO; COSTA; BATISTA, 2019; LIU, 2009; GUNNELL, 2000; WHO, 2014). O grupo mais vulnerável para a tentativa são mulheres com idade maior de 15 anos (SÁNCHEZ-TERUEL; MUELA-MARTÍNEZ; GONZÁLEZ-CABRERA; HERRERA; GARCÍA-LEÓN, 2018). Adolescentes estão mais propensos ao imediatismo e à impulsividade. A imaturidade emocional pode levar alguns a não ter condições de lidar com estresses agudos, como divórcio dos pais, fracasso escolar, *bullying* ou término de relacionamento (BOTEGA, 2015; PÉREZ; TÉLLEZ; DAVID, 2015).

Cabe aqui ainda uma discussão sobre o “paradoxo do gênero”. Durkheim, já no século XIX, trouxe em seu estudo sobre suicídio a informação de que havia um maior número

de mulheres internadas nos manicômios, e que o suicídio era cerca de quatro vezes maior entre homens do que entre elas (DURKHEIN, 1982). Até o momento presente, os dados (WHO, 2014) mostram que na maioria dos países, as mulheres tentam suicídio mais que os homens e expressam mais ideias suicidas. Os homens se matam mais, pois tentam suicídio por meios mais violentos e letais (em especial, por armas de fogo) (BOTEGA, 2015; GERSTER, 2019; GUNNELL, 2000). Esse paradoxo se observa tanto em adultos como em adolescentes. Em países com mais alto poderio econômico a taxa de suicídio consumado é três vezes mais alta entre os homens que entre as mulheres (DUGAS; LOW; O'LOUGHLIN; O'LOUGHLIN, 2015; RHODES, 2014). Mesmo em locais em as taxas de suicídio entre homens e mulheres são semelhantes, os atos costumam ser vistos de forma dicotômica, relacionando força masculina e fraqueza feminina.

As explicações do fenômeno costumam ser derivadas de machismo. Há a ideia de que as mulheres são mais fracas e menos capazes de se matar (LESTER; HEIM, 1992). No entanto, a essa ideia machista é possível opor outras explicações, como por exemplo, a baixa prevalência de alcoolismo entre as mulheres, menos apreço por armas de fogo, maior religiosidade, atitudes mais flexíveis em eventos adversos ocorridos durante a vida e procuram, mais que os homens, ajuda e serviços de apoio ou de saúde quando têm algum problema (MINAYO, 2005; BOTEGA, 2015). Alguns fatores de proteção foram observados na análise bivariada como morar em zona urbana, que neste estudo apresenta risco menor de evolução ao óbito por suicídio. Estudos como o de Pérez; Téllez; David (2015) mostram que 83% dos adolescentes estudados que se suicidaram moravam em zona urbana o que é compreensível pela escassa quantidade deles que reside no campo. Botega (2015) ressalta que muitos dos fatores protetores influenciam o desenvolvimento psíquico desde a infância e protegem contra as adversidades, não apenas contra o suicídio.

Considerações finais

Este estudo buscou elucidar os fatores associados aos suicídios entre adolescentes no Brasil, tendo em vista os jovens que já haviam tentado suicídio anteriormente.

Apesar da importância do estudo avaliando juntamente duas fontes de dados que possuem objetivos diferentes, é vista a necessidade de se estudar conjuntamente outras fontes, como as intoxicações exógenas, pois muitos dos casos de tentativa são relacionados a este tipo de problema. Portanto, certamente este trabalho tem vários limites.

Além dos fatores que aqui foram tratados, a literatura aponta outros, como a existência de patologias prévias (dentre eles os transtornos mentais), alterações socioculturais (perda de emprego, alterações no padrão de vida local, grupo em que o indivíduo está inserido, presença de apoio social, entre outros). Especificamente, sobre o adolescente, não foi possível observar o desempenho escolar, os transtornos psiquiátricos dele e de sua família, a história de comportamento autoagressivo, a história de suicídio de parentes e de personalidades cultuadas e a influência da mídia.

Portanto, o trabalho é passível de ser aprimorado. De um lado, com mais estudos técnicos que possam confrontar os dados e encontrar as melhores explicações, através de possíveis estratificações por faixa etária, sexo, ou região do Brasil. De outro, com pesquisas qualitativas que possam validar os achados aqui ressaltados.

É ainda irrefutável a discussão sobre a qualidade dos dados sobre as tentativas e suicídios consumados no país, o que prejudicou não apenas este estudo, mas elaboração de programas de prevenção. Os dados aqui trabalhados mostraram o quanto algumas características possuem baixa qualidade de informação, como por exemplo, o uso de álcool, tentativas anteriores, entre outras e a ocorrência de notificações pós-óbito.

Este estudo tentou alertar quanto à necessidade de cuidados especiais aos jovens que tentam suicídio, com um acompanhamento permanente, cuidadoso e que englobe as diversas partes de sua vida, como atendimento às necessidades de saúde, incentivo aos estudos, participação comunitária, melhora na comunicação com os pais, entre outros.

Apesar das limitações, o conteúdo deste trabalho contém informações preciosas que podem subsidiar programas de prevenção de suicídio e de acolhida aos sobreviventes. Do ponto de vista técnico, o texto tem o mérito de ser o primeiro sobre o tema a utilizar o *linkage* no país, conferindo-lhe um lugar de originalidade.

Referências

ALMEIDA, Thassiany Sarmento Oliveira de; FOOK, Sayonara Maria Lia; MARIZ, Saulo Rios; CAMÊLO, Edwirde Luiz Silva; GOMES, Lidiane Cristina Félix. Suicide attempts: epidemiologic trends towards geoprocessing. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1183-1192, abr. 2018.

AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY (AAS). Facts & Statistics. National Suicide Statistics. 2017 Data - Rates, numbers, and rankings of each state. Disponível em: <https://www.suicidology.org/resources/facts-statistics>

BAHLS, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *Jornal de Pediatria*, [S.L.], v. 78, n. 5, p. 359-366, out. 2002.

BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Bol. psicol, São Paulo*, v. 56, n. 124, p. 93-110, jun. 2006.

BOTEGA NJ. Crise suicida. Avaliação e manejo. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínic, São Leopoldo*, v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010, 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de

Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COELI, Cláudia Medina; PINHEIRO, Rejane Sobrino; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Conquistas e desafios para o emprego das técnicas de record linkage na pesquisa e avaliação em saúde no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 795-802, out. 2015.

D'EÇA JÚNIOR, Aurean; RODRIGUES, Livia dos Santos; MENESES FILHO, Edivaldo Pinheiro; COSTA, Larissa di Leo Nogueira; RÊGO, Adriana de Sousa; COSTA, Luciana Cavalcante; BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante?. *Cadernos Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 20-24, mar. 2019.

DUGAS, Erika N.; LOW, Nancy C.; O'LOUGHLIN, Erin K.; O'LOUGHLIN, Jennifer L.. Recurrent suicidal ideation in young adults. *Canadian Journal Of Public Health*, [S.L.], v. 106, n. 5, p. 303-307, jul. 2015.

DURKHEIM E. *O suicídio: estudo sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982

GERSTNER, RM; LARA LARA, F. Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017. *Anales Sis San Navarra*, Pamplona , v. 42, n. 1, p. 9-18, abr. 2019.

GORDIS, Leon. *Epidemiologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GUNNELL, David J.. The epidemiology of suicide. *International Review Of Psychiatry*, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 21-26, jan. 2000.

JOE, Sean; BANKS, Andrae; BELUE, Rhonda. Suicide risk among urban children. *Children And Youth Services Review*, [S.L.], v. 68, p. 73-79, set. 2016.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do sim e do sinasc. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 643-654, jun. 2007.

LESTER, David; HEIM, Nikolaus. Sex Differences in Suicide Notes. *Perceptual And Motor Skills*, [S.L.], v. 75, n. 2, p. 582-582, out. 1992.

LIU, Ka-Yuet. Suicide Rates in the World: 1950-2004. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 204-213, abr. 2009.

MINAYO MC; Souza, Edinilza Ramos de (orgs). Suicídio: violência autoinfligida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Ed.). *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 311-331.

MINAYO MCS, Bahia CA, Avanci JQ. Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil. In: Ministério da Saúde. (Org.). *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, v. 1, p. 325-341.

MINAYO, M.C.S. Amor e Violência: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

PAGANO, Marcelo. *Princípios de bioestatística*. 1 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

PELKONEN, Mirjami; MARTTUNEN, Mauri. Child and Adolescent Suicide. *Pediatric Drugs*, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 243-265, 2003.

PÉREZ, Oscar Adolfo Medina; TÉLLEZ, Ángel Saúl Díaz; DAVID, Andrés José Rozo. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Revista de La Facultad de Medicina*, [S.L.], v. 63, n. 3, p. 431-438, 25 ago. 2015.

RHODES, Anne e. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 120, 2014.

SÁNCHEZ-TERUEL, David; MUELA-MARTÍNEZ, José-Antonio; GONZÁLEZ-CABRERA, Manuel; HERRERA, María-Remedios Fernández-Amela y; GARCÍA-LEÓN, Ana. Variables relacionadas con la tentativa suicida en una provincia de España durante tres años (2009-2011). *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 277-286, jan. 2018.

SHAIN, Benjamin N.. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, [S.L.], v. 120, n. 3, p. 669-676, 1 set. 2007.

STORINO, Bárbara Diniz; CAMPOS, Carolina Figueredo e; CHICATA, Luciana Coutinho de Oliveira; CAMPOS, Mariana de Almeida; MATOS, Mayra Soares da Costa; NUNES, Roberta Martins Carvalho Mesquita; VIDAL, Carlos Eduardo Leal. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 369-377, dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suicide. Fact sheet. 2018 Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World report on violence and health*. World Health Organization, 2002.

8. CONCLUSÕES

A adolescência, etapa crucial do ciclo de vida, de extrema importância para a construção do sujeito individual e social, é permeada de problemas normais para esta fase, como rebeldia, alterações de humor, dificuldades de esperar e suportar insucessos, e uma maior vulnerabilidade aos desafios e problemas; o que pode levar este adolescente a experimentar sentimentos de solidão e motivá-lo ao consumo de substâncias, tentativas de suicídio e suicídio.

O presente estudo buscou conhecer o perfil dos adolescentes que tentaram suicídio (notificações), daqueles que foram atendidos em unidades de urgência e emergência devido a uma violência autoprovocada, dos que necessitaram de internação na rede do SUS devido a uma tentativa de suicídio, dos suicídios consumados neste grupo etário, e os fatores associados ao suicídio envolvendo os adolescentes brasileiros, tendo como pontos norteadores as hipóteses de que a morte auto infligida de jovens têm os mesmos fundamentos macrosociais descritos por Durkheim (1989) em relação às tipologias dentro de cada sociedade; os fatores psicossociais e familiares relativos à adolescência tornam esse período da vida mais exposto aos riscos de suicídio; no Brasil, existem grandes diferenças socioculturais na maneira como o fenômeno se apresenta neste grupo; e que nenhum fator de risco por si só pode ser visto como causa ou justificativa para o suicídio.

Como estudo epidemiológico, demonstrou a magnitude do evento em termos de tempo, pessoa e lugar, além de identificar potenciais fatores relacionados com o aumento ou diminuição do risco ao suicídio no grupo de adolescentes do país. Contribuiu ainda com a demonstração de que a magnitude de tentativas de suicídio e suicídio é alarmante - mais de 15 mil notificações e 12 mil internações por lesão autoprovocada, além de mais de 7 mil suicídios envolvendo adolescentes nos períodos estudados.

As meninas brancas com idade entre 15 a 19 anos se destacam entre as notificações de lesões autoprovocadas, com a residência como o principal local de ocorrência desta violência e o envenenamento / intoxicação como meio mais frequente. Tentativas anteriores e uso de álcool são características destes eventos.

Já entre as internações do SUS, observou-se maior número de casos internados entre meninas de 15 a 19 anos, em especial na região Sudeste. Nos atendimentos de urgência e emergência o perfil é semelhante, e observa-se que mulheres tem mais chances de serem

atendidas nos serviços de urgência e emergência que homens, o que pode ser explicado pelo fato de que mulheres buscam mais o sistema de saúde e utilizam meios menos letais, o que as possibilita o atendimento pela equipe de saúde.

Entre os suicídios consumados destacam-se os meninos com idade entre 15 a 19 anos, da raça/cor preta ou parda, sendo a residência o local mais frequente de ocorrência deste óbito.

O relacionamento das bases de notificação e mortalidade possibilitou observar que adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, brancos (sendo este perfil de raça coletado nas notificações) e os que utilizaram como meio o enforcamento, substância quente (como queimadura por fogo, entre outros), e arma de fogo possuem maiores chances de morrer por suicídio após uma tentativa.

O comportamento da morbidade (tentativas e internações) e mortalidade encontrados neste estudo mostram-se coerentes com outros achados da literatura aqui expostos, e as diferenças no perfil dos eventos nas regiões do país pode ser explicado pelas diferenças socioculturais e econômicas existentes entre elas, sendo necessário outros estudos, em especial de método qualitativo, para que as especificidades do evento possam ser melhor demonstradas e analisadas.

Os Sistemas de Informação em Saúde aqui utilizados - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em seu componente inquérito (VIVA Inquérito 2014) e contínuo (VIVA / Sinan), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), além do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS) - demonstraram que são fontes de informação fundamentais para o conhecimento do perfil do evento no país, ainda que sejam permeados pelo sub-registro e baixa qualidade de alguns dados. Os dados epidemiológicos provenientes destes sistemas despertam para a troca de informações que permitirão tratar o suicídio como um problema de saúde pública, o qual carece de apoio dos profissionais de saúde, segurança pública, da sociedade e de apoio político.

Porém a epidemiologia por si só não responde aos questionamentos microssociais inerentes ao evento e às vítimas, sendo assim necessários, futuros estudos qualitativos para o entendimento de questões como a presença de transtornos mentais (em especial a depressão e transtorno borderline); histórico pessoal e familiar de tentativas de suicídio; histórico de repetição; violência relacional; desavenças no interior da família; insatisfação com a situação social; migração de áreas rurais para áreas urbanas; situações no ambiente da escola que

facilitam a discriminação; *bullying* e o isolamento social; excesso de exposição às mídias sociais; dentre outros.

Ainda assim os resultados aqui encontrados corroboram o fato de que o suicídio é um evento multicausal, porém prevenível e passível de ações de promoção da saúde e prevenção que se baseiem em fatores individuais. Estas ações devem ser realizadas em todos os níveis de atenção à saúde, juntamente com instituições acadêmicas e de ensino, organizações da sociedade civil, entre outros. Devem incluir desde ações nos campos de formação (a fim de formar profissionais mais sensíveis ao tema), quanto capacitação dos diversos profissionais de saúde e de educação que podem vir a se deparar com estes indivíduos; além de ações nas escolas, políticas para controle de meios (como venenos e armas de fogo); criação de serviços de saúde mental com garantia de acesso do público e manutenção de serviços de ajuda, como o Centro de Valorização da Vida - CVV (onde a capacidade de resistência e resiliência das pessoas vulneráveis e daquelas com história pregressa possa ser construída ou reforçada). Ações direcionadas aos sobreviventes também devem ser realizadas, visando a integração social e autocuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Thassiany Sarmiento Oliveira de; FOOK, Sayonara Maria Lia; MARIZ, Saulo Rios; CAMÊLO, Edwirde Luiz Silva; GOMES, Lidianne Cristina Félix. Suicide attempts: epidemiologic trends towards geoprocessing. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1183-1192, abr. 2018.

AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY (AAS). Facts & Statistics. National Suicide Statistics. 2017 Data - Rates, numbers, and rankings of each state. Disponível em: <https://www.suicidology.org/resources/facts-statistics>

ANDERSON, Laura M.; LOWRY, Lynda S.; WUENSCH, Karl L.. Racial Differences in Adolescents' Answering Questions About Suicide. *Death Studies*, [S.L.], v. 39, n. 10, p. 600-604, 17 jun. 2015.

BAGGIO, Lissandra; PALAZZO, Lílian S.; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

BAHLS, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *Jornal de Pediatria*, [S.L.], v. 78, n. 5, p. 359-366, out. 2002.

BALLARD, Elizabeth D.; CWIK, Mary; STORR, Carla L.; GOLDSTEIN, Mitchell; EATON, William W.; WILCOX, Holly C.. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *General Hospital Psychiatry*, [S.L.], v. 36, n. 4, p. 437-441, jul. 2014.

BARBEDO, M.; MATOS, M. Fazer mal a si próprio. In: MATOS, M.; SAMPAIO, D. (coord.). *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores, 2009. p. 123-130.

BARBOSA, Ana Karoline Lôbo et al. Bullying e sua relação com o suicídio na adolescência. *Revista de psicologia*, v. 10, n. 31, p. 202-220, 2016.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. *Rev. SBPH, Rio de Janeiro*, v. 14, n. 1, p. 233-243, jun. 2011.

BEAUTRAIS, Annette L.. Further Suicidal Behavior Among Medically Serious Suicide Attempters. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 1-11, mar. 2004.

BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Bol. psicol, São Paulo*, v. 56, n. 124, p. 93-110, jun. 2006.

BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psych*,1(3): p.181–5. 2002.

BITTENCOURT, Sonia Azevedo; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; LEAL Maria do Carmo. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*; v.22, p.19–30. 2006

BJÖRKENSTAM, Charlotte; KOSIDOU, Kyriaki; BJÖRKENSTAM, Emma. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in sweden. *Bmj*, [S.L.], p. 1334, 19 abr. 2017.

BOTEGA, Neury José et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3): 231-236. 2014.

BOTEGA, Neury José. Crise suicida. Avaliação e manejo. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

BOUDREAUX, Edwin D.; CLARK, Sunday; CAMARGO, Carlos A.. Mood disorder screening among adult emergency department patients: a multicenter study of prevalence, associations and interest in treatment. *General Hospital Psychiatry*, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 4-13, jan. 2008.

BOUDREAUX, Edwin D.; MILLER, Ivan; GOLDSTEIN, Amy B.; SULLIVAN, Ashley F.; ALLEN, Michael H.; MANTON, Anne P.; ARIAS, Sarah A.; CAMARGO, Carlos A.. The

Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. *Contemporary Clinical Trials*, [S.L.], v. 36, n. 1, p. 14-24, set. 2013.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010, 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRENT, David A.; BAUGHER, Marianne; BRIDGE, Jeffrey; CHEN, Tuhao; CHIAPPETTA, Laurel. Age- and Sex-Related Risk Factors for Adolescent Suicide. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, [S.L.], v. 38, n. 12, p. 1497-1505, dez. 1999.

BRENT, David. Commentary: a time to reap and a time to sow. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, [S.L.], v. 59, n. 4, p. 483-485, 25 mar. 2018.

BRIDGE, Jeffrey A.; GOLDSTEIN, Tina R.; BRENT, David A.. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, [S.L.], v. 47, n. 3-4, p. 372-394, mar. 2006.

CARLSON GA, ABBOTT SF. Mood disorders and suicide. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol 2, 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins;. p. 2367-2391. 1995.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 8, p. 1943-1954, ago. 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, et al. *Youth risk behavior surveillance: United States*, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2013.

CLAASSEN, Cynthia A.; LARKIN, Gregory L.. Occult suicidality in an emergency department population. *British Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 186, n. 4, p. 352-353, abr. 2005.

COELI, Cláudia Medina; PINHEIRO, Rejane Sobrino; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. Conquistas e desafios para o emprego das técnicas de record linkage na pesquisa e avaliação em saúde no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 795-802, out. 2015.

COOPER, Jayne; KAPUR, Navneet; WEBB, Roger; LAWLOR, Martin; GUTHRIE, Else; MACKWAY-JONES, Kevin; APPLEBY, Louis. Suicide After Deliberate Self-Harm: a 4-year cohort study. *American Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 162, n. 2, p. 297-303, fev. 2005.

COSKUN, Murat; ZOROGLU, Salih; GHAZIUDDIN, Neera. Suicide Rates among Turkish and American Youth: a cross-cultural comparison. *Archives Of Suicide Research*, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 59-72, jan. 2012.

D'EÇA JÚNIOR, Aurean; RODRIGUES, Livia dos Santos; MENESES FILHO, Edivaldo Pinheiro; COSTA, Larissa di Leo Nogueira; RÊGO, Adriana de Sousa; COSTA, Luciana Cavalcante; BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante?. *Cadernos Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 20-24, mar. 2019.

DANIEL, Stephanie S.; GOLDSTON, David B.. Interventions for Suicidal Youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 252-268, jun. 2009.

DAUDT, P. R.; DE SOUZA, L. K.; SPERB, T. M. Friendship and gender in preschoolers' conflicts. *Interpersona*, v. 1, n. 1, p. 77-95, 2007.

DE LEO, Diego Ed et al. Suicidal behaviour: Theories and research findings. Hogrefe & Huber Publishers, 2004.

DE LEO, Diego; EVANS, Russell. International suicide rates and prevention strategies. Hogrefe & Huber Publishers, 2004.

DOSHI, Arpi; BOUDREAUX, Edwin D.; WANG, Nan; PELLETIER, Andrea J.; CAMARGO, Carlos A.. National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Annals Of Emergency Medicine*, [S.L.], v. 46, n. 4, p. 369-375, out. 2005.

DUBERSTEIN, P. R.; CONWELL, Y.; CONNER, K. R.; EBERLY, S.; CAINE, E. D.. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine*, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 137-146, jan. 2004.

DUGAS, Erika N.; LOW, Nancy C.; O'LOUGHLIN, Erin K.; O'LOUGHLIN, Jennifer L.. Recurrent suicidal ideation in young adults. *Canadian Journal Of Public Health*, [S.L.], v. 106, n. 5, p. 303-307, jul. 2015.

DURKHEIM E. *O suicídio: estudo sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982

EVANS, Emma; HAWTON, Keith; RODHAM, Karen. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 957-979, dez. 2004.

FLEISCHMANN, Alexandra et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 86, p. 703-709, 2008.

GAIRIN, Isaura; HOUSE, Allan; OWENS, David. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *British Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 183, n. 1, p. 28-33, jul. 2003.

GERSTNER, RM; LARA LARA, F. Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017. *Anales Sis San Navarra*, Pamplona , v. 42, n. 1, p. 9-18, abr. 2019.

GORDIS, Leon. *Epidemiologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GOULD, Madelyn S.; GREENBERG, Ted; VELTING, Drew M.; SHAFFER, David. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: a review of the past 10 years. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 386-405, abr. 2003.

GRØHOLT, Berit; EKEBERG, Øivind. Suicide in young people under 15 years: problems of classification. *Nordic Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 57, n. 6, p. 411-417, out. 2003.

GUNNELL, David J.. The epidemiology of suicide. *International Review Of Psychiatry*, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 21-26, jan. 2000.

HAWTON, Keith; VAN HEERINGEN, Kees. Suicide. *The Lancet*, [S.L.], v. 373, n. 9672, p. 1372-1381, abr. 2009.

HAWTON, Keith; SAUNDERS, Kate Ea; O'CONNOR, Rory C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, [S.L.], v. 379, n. 9834, p. 2373-2382, jun. 2012.

HECKMAN, James J.. Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, [S.L.], v. 312, n. 5782, p. 1900-1902, 30 jun. 2006.

HEDELAND, Rikke Lindgaard; TEILMANN, Grete; JØRGENSEN, Marianne Hørby; THIESEN, Line Rejkjaer; ANDERSEN, Jesper. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. *Acta Paediatrica*, [S.L.], v. 105, n. 10, p. 1231-1238, 31 maio 2016.

HERPERTZ, S. Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, [S.L.], v. 91, n. 1, p. 57-68, jan. 1995.

HÖKBY, Sebastian et al. Are mental health effects of internet use attributable to the web-based content or perceived consequences of usage? A longitudinal study of European adolescents. *JMIR mental health*, v. 3, n. 3, p. e5925, 2016.

HOVEN, C.W.; MANDELL, D.J.; BERTOLOTE, J.M.. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. *European Psychiatry*, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 252-256, jun. 2010.

IM, Jeong-Soo; CHOI, Soon Ho; HONG, Duho; SEO, Hwa Jeong; PARK, Subin; HONG, Jin Pyo. Proximal risk factors and suicide methods among suicide completers from national suicide mortality data 2004-2006 in Korea. *Comprehensive Psychiatry*, [S.L.], v. 52, n. 3, p. 231-237, maio 2011.

JOE, Sean; BANKS, Andrae; BELUE, Rhonda. Suicide risk among urban children. *Children And Youth Services Review*, [S.L.], v. 68, p. 73-79, set. 2016.

JOFFE, Russell T.; OFFORD, David R.; BOYLE, Michael H. Ontario Child Health Study: Suicidal behavior in youth age 12–16 years. *The American journal of psychiatry*, 1988.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do sim e do sinasc. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 643-654, jun. 2007.

KANN, Laura et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, v. 63, n. 4, p. 1-168, 2014.

KÖLVES, Kairi; LEO, Diego de. Suicide rates in children aged 10–14 years worldwide: changes in the past two decades. *British Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 205, n. 4, p. 283-285, out. 2014.

KÖLVES, Kairi; LEO, Diego de. Adolescent Suicide Rates Between 1990 and 2009: analysis of age group 15–19 years worldwide. *Journal Of Adolescent Health*, [S.L.], v. 58, n. 1, p. 69-77, jan. 2016.

LAMONT, Alister. Effects of child abuse and neglect for children and adolescents. Australian Institute of Family Studies, 2010.

LARKIN, Gregory Luke; BEAUTRAIS, Annette L.. Emergency Departments Are Underutilized Sites for Suicide Prevention. *Crisis*, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 1-6, jan. 2010.

LEÃO, Letícia Gabriela Ramos. O fenômeno Bullying no ambiente escolar. *Revista FACEVV*. Vila Velha. Número 4. p. 119-135. Jan./Jun. 2010

LESTER, David; HEIM, Nikolaus. Sex Differences in Suicide Notes. *Perceptual And Motor Skills*, [S.L.], v. 75, n. 2, p. 582-582, out. 1992.

LEVI, F.; LAVECCHIA, C.; LUCCHINI, F.; NEGRI, E.; SAXENA, S.; MAULIK, P. K.; SARACENO, B.. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, [S.L.], v. 108, n. 5, p. 341-349, 6 out. 2003.

LIU, Ka-Yuet. Suicide Rates in the World: 1950-2004. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 204-213, abr. 2009.

LOVISI, Giovanni Marcos; SANTOS, Simone Agadir; LEGAY, Letícia; ABELHA, Lucia; VALENCIA, Elie. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 86-93, out. 2009.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 64, p. 45-54, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Angélica Iossi; MELLO, Flavia Carvalho Malta de; MONTEIRO, Rosane Aparecida; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; CRESPO, Claudio; CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de; SILVA, Marta Maria Alves da; PORTO, Denise Lopes. Bullying in Brazilian schools: results from the national school-based health survey (pense), 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 3065-3076, out. 2010.

MANN, J. John; APTER, Alan; BERTOLETE, Jose; BEAUTRAIS, Annette; CURRIER, Dianne; HAAS, Ann; HEGERL, Ulrich; LONNQVIST, Jouko; MALONE, Kevin; MARUSIC, Andrej. Suicide Prevention Strategies. *Jama*, [S.L.], v. 294, n. 16, p. 2064, 26 out. 2005.

MARTINS JUNIOR, Davi Félix et al. Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological study. *BMC Public Health*, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da; CARVALHO, Cynthia Gazal; MONTEIRO, Rosane Aparecida; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 14, n. 5, p. 1789-1796, dez. 2009.

MINAYO MC; Souza, Edinilza Ramos de (orgs). Suicídio: violência autoinfligida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Ed.). *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 311-331. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 750-757, ago. 2010.

MINAYO, M.C.S. Amor e Violência: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*, [S.L.], v. 46, n. 2, p. 300-309, abr. 2012.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Suicídios no Brasil por faixas etárias (2000-2008). Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz, 2013.

MINAYO MCS, Bahia CA, Avanci JQ. Suicídios consumados e tentativas notificadas no Brasil. In: Ministério da Saúde. (Org.). *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 325-341. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. In: Maria Cecilia de Souza Minayo; Ana Elisa Bastos Figueiredo; Raimunda Magalhães da Silva. (Org.). *Comportamento suicida de pessoas idosas*. 1a.ed. Fortaleza: Editorial UFC, v. 1, p. 35-58; 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; AVANCI, Joviana Quintes; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Violência Autoinfligida: ideações, tentativas e suicídio consumado. In: *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. p. 141-157. 2017.

MIRANDA, Regina; SCOTT, Michelle; HICKS, Roger; WILCOX, Holly C.; MUNFAKH, Jimmie Lou Harris; SHAFFER, David. Suicide Attempt Characteristics, Diagnoses, and Future Attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, [S.L.], v. 47, n. 1, p. 32-40, jan. 2008.

MITTENDORFER-RUTZ, E; RASMUSSEN, F; WASSERMAN, D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *The Lancet*, [S.L.], v. 364, n. 9440, p. 1135-1140, set. 2004.

MONTEIRO, Rosane Aparecida; BAHIA, Camila Alves; PAIVA, Eneida Anjos; SÁ, Naíza Nayla Bandeira de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hospitalizations due to self-inflicted injuries - Brazil, 2002 to 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 689-699, mar. 2015.

MOŚCICKI, Eve K. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, [S.L.], v. 1, n. 5, p. 310-323, nov. 2001.

NOGUEIRA, G. E. G. Tentativas de suicídio entre policiais militares: um estudo em saúde mental e trabalho [dissertação de Mestrado]. MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

OPAS. Autópsia Verbal para o aprimoramento da notificação da causa básica de morte no Brasil. Organização Pan Americana de Saúde, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10º Revisão. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009.

PAGANO, Marcelo. Princípios de bioestatística. 1 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

PELKONEN, Mirjami; MARTTUNEN, Mauri. Child and Adolescent Suicide. *Pediatric Drugs*, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 243-265, 2003.

PÉREZ, Oscar Adolfo Medina; TÉLLEZ, Ángel Saúl Díaz; DAVID, Andrés José Rozo. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. Revista de La Facultad de Medicina, [S.L.], v. 63, n. 3, p. 431-438, 25 ago. 2015.

PEYRE, Hugo; HOERTEL, Nicolas; STORDEUR, Coline; LEBEAU, Gaële; BLANCO, Carlos; MCMAHON, Kibby; BASMACI, Romain; LEMOGNE, Cédric; LIMOSIN, Frédéric; DELORME, Richard. Contributing Factors and Mental Health Outcomes of First Suicide Attempt During Childhood and Adolescence. The Journal Of Clinical Psychiatry, [S.L.], v. 78, n. 06, p. 622-630, 28 jun. 2017.

PHILLIPS, Michael R; YANG, Gonghuan; ZHANG, Yanping; WANG, Lijun; JI, Huiyu; ZHOU, Maigeng. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. The Lancet, [S.L.], v. 360, n. 9347, p. 1728-1736, nov. 2002.

PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000 – 2014. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1681-1692, jun. 2015.

QIN, P.; WEBB, R.; KAPUR, N.; SØRENSEN, H. T.. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. Journal Of Internal Medicine, [S.L.], v. 273, n. 1, p. 48-58, 12 ago. 2012.

RESMINI, Enio. Tentativa de suicídio: um prisma para compreensão da adolescência. Revinter, 2004.

RHODES, Anne e. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. World Journal Of Psychiatry, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 120, 2014.

RIBEIRO, J. D.; FRANKLIN, J. C.; FOX, K. R.; BENTLEY, K. H.; KLEIMAN, E. M.; CHANG, B. P.; NOCK, M. K.. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. Psychological Medicine, [S.L.], v. 46, n. 2, p. 225-236, 15 set. 2015.

RIORDAN, Daniel V.; SELVARAJ, Sivasubramaniam; STARK, Cameron; GILBERT, Julie S. E.. Perinatal circumstances and risk of offspring suicide. British Journal Of Psychiatry, [S.L.], v. 189, n. 6, p. 502-507, dez. 2006.

SAITO, Maria Ignez. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco: a prevenção em questão. In: Saito, Maria Ignez; Silva, Luiz Eduardo Vargas da; Leal, Marta Miranda (eds). Adolescência: prevenção e risco [3.ed.]. SÃO PAULO: ATHENEU, 2014. p.39-44.

SÁNCHEZ-TERUEL, David; MUELA-MARTÍNEZ, José-Antonio; GONZÁLEZ-CABRERA, Manuel; HERRERA, María-Remedios Fernández-Amela y; GARCÍA-LEÓN, Ana. Variables relacionadas con la tentativa suicida en una provincia de España durante tres años (2009-2011). *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 277-286, jan. 2018.

SANTOS, Simone Agadir; LEGAY, Letícia Fortes; AGUIAR, Fernanda Pinheiro; LOVISI, Giovanni Marcos; ABELHA, Lucia; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 30, n. 5, p. 1057-1066, maio 2014.

SCHILLING, Elizabeth A.; ASELTINE, Robert H.; GLANOVSKY, Jaime L.; JAMES, Amy; JACOBS, Douglas. Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. *Journal Of Adolescent Health*, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 335-341, abr. 2009.

SGOBIN, Sara Maria Teixeira; TRABALLI, Ana Luisa Marques; BOTEGA, Neury José; COELHO, Otávio Rizi. Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study. *Sao Paulo Medical Journal*, [S.L.], v. 133, n. 3, p. 218-226, jun. 2015.

SHAIN, Benjamin N.. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, [S.L.], v. 120, n. 3, p. 669-676, 1 set. 2007.

SOOLE, Rebecca; KÖLVES, Kairi; LEO, Diego de. Suicide in Children: a systematic review. *Archives Of Suicide Research*, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 285-304, 3 jul. 2015.

SOUSA, Danilo Ferreira de; QUIRINO FILHO, João de Deus; CAVALCANTI, Rita de Cassia Pires Bezerra; SANTOS, Alciono Bezerra dos; ROLIM NETO, Modesto Leite. The impact of the 'Blue Whale' game in the rates of suicide: short psychological analysis of the phenomenon. *International Journal Of Social Psychiatry*, [S.L.], v. 63, n. 8, p. 796-797, 22 set. 2017.

SOUZA, E. R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da Saúde Pública. In: Minayo MCS, Deslandes SF (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 255-273. 2002.

STECK, Nicole; EGGER, Matthias; SCHIMMELMANN, Benno G.; KUPFERSCHMID, Stephan. Suicide in adolescents: findings from the swiss national cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 47-56, 29 jun. 2017.

STORINO, Bárbara Diniz; CAMPOS, Carolina Figueredo e; CHICATA, Luciana Coutinho de Oliveira; CAMPOS, Mariana de Almeida; MATOS, Mayra Soares da Costa; NUNES, Roberta Martins Carvalho Mesquita; VIDAL, Carlos Eduardo Leal. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 369-377, dez. 2018.

TURHAN, Ebru et al. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences Journal*, v. 16, n. 4, p. 347-352, 2011.

VAN ORDEN, Kimberly A.; WITTE, Tracy K.; CUKROWICZ, Kelly C.; BRAITHWAITE, Scott R.; SELBY, Edward A.; JOINER, Thomas E.. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, [S.L.], v. 117, n. 2, p. 575-600, 2010.

VÁSQUEZ-ROJAS, Rafael; QUIJANO-SERRANO, Margarita. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, v. 43, p. 36-46, 2013.

WEISSMAN, Myrna M. et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological medicine*, v. 29, n. 1, p. 9-17, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia*. Brasília: WHO; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World report on violence and health*. World Health Organization, 2002.

World Health Organization (WHO). *The world health report 2003. Shaping the future*. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: suicide data [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a resource for media professional [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suicide. Fact sheet. 2018 Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

ZHANG, J.. Marriage and Suicide among Chinese Rural Young Women. Social Forces, [S.L.], v. 89, n. 1, p. 311-326, 1 set. 2010.

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO VIVA / SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		3 Data da notificação			
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09			
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)				
	6 Unidade Notificadora <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 Data da ocorrência da violência		
	8 Unidade de Saúde			Código (CNES)				
Notificação Individual	10 Nome do paciente					11 Data de nascimento		
	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 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Preta 5-Indígena 9- Ignorado	
	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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
	17 Número do Cartão SUS			18 Nome da mãe				
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
Dados de Residência	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 País (se residente fora do Brasil)			
	Dados Complementares							
	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"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transsexual		3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
38 Possui algum tipo de deficiência/transstorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras						
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"/> 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		53 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

ANEXO B - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO VIVA / SINAN

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 <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfurocortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro
Violência Sexual	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		
	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"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação Institucional <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 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"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Justiça da infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Defensoria Pública		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cod. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura
Violência Interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

FICHA DO VIVA INQUÉRITO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		VIVA Inquérito 2017		1	N. do atendimento		2	N. do Turno Sorteado	
Definição de caso: Víctima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço, em turno sorteado, em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.									
3 UF		4 Município de atendimento		5 Unidade de Saúde		Código (CNES)			
6 Concorde em participar da pesquisa? 1-Sim (víctima) 4-Não (víctima) 2-Sim (familiar) 5-Não (familiar) 3-Sim (acompanhante) 6-Não (acompanhante)		7 Data do atendimento		8 Dia da semana do atendimento 1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado		9 Hora do atendimento (00:00 - 23:59)			
10 Qual o seu nome completo?				11 Qual o nome completo da sua mãe?					
12 Qual a data de seu nascimento?		13 Qual sua idade (em anos)? 999-Ignorado		14 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado		15 Qual a sua raça ou cor da pele? (LER) 1-Branca 2-Preta 3-A-marela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			
16 Você estudou até que série ou grau? 1-Analfabeto/sem escolaridade 2-1º Ciclo Ens Fund(1º ao 5º ano) 3-2º Ciclo Ens Fund(6º ao 9º ano)		4-Ens Médio 5-Ens Superior 8-Não se aplica		9-Ignorado		17 Atualmente você frequenta creche/escola/faculdade/universidade? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
18 Você está gestante? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		19 Qual a sua ocupação?		20 Você atualmente realiza alguma atividade remunerada? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		21 Você possui algum plano de saúde ou convênio médico? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
22 Você possui algum tipo de deficiência permanente? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		23 Se sim, qual tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		Outras deficiências/Síndromes			
24 Qual a sua orientação sexual? 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		25 Qual a sua identidade de gênero? 1-Travesti 2-Mulher transexual 3-Homem transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado							
26 Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui? 1-A pé 2-Veículo particular 3-Viatura policial 4-SAMU 5-Ambulância 6-Resgate 7-Transporte coletivo 8-Outro 9-Ignorado		27 Procurou atendimento em outro serviço de saúde, por essa ocorrência, antes de vir para este local? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado							
28 UF		29 Município de residência		30 Bairro de residência		31 (DDD) Telefone			
32 Zona de residência 1-Urbana 2-Rural 9-Ignorado		33 País (se residente fora do Brasil)		34 Você é: (LER) 1-Cigano 2-Quilombola 3-Aldeado 4-Pessoa em situação de rua 5-Pop. privada de liberdade 6-Pop. campo/água/floresta 7-Outro 8-Nenhum 9-Ignorado					
35 Data da ocorrência		36 Dia da semana da ocorrência 1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado		37 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59)					
38 Local de ocorrência 01-Residência 02-Habitação coletiva 03-Escola 04-Local de prática esportiva 05-Bar ou similar 06-Via pública 07-Comércio/serviços 08-Indústrias/construção 09-Outro									
39 País de ocorrência		40 UF		41 Município de ocorrência		42 Bairro de ocorrência		43 Zona de ocorrência 1-Urbana 2-Rural 9-Ignorado	
PERGUNTAR: O que aconteceu? Como? (anotar o relato sucinto no verso do formulário)									
44 Você considera essa ocorrência como... (LER): 1-Intencional 2-Não intencional 3-Não sabe 9-Ignorado									
45 Tipo de ocorrência 1-Acidente de transporte 2-Queda acidental 3-Queimadura acidental 4-Outros Acidentes 5-Leção autoprovocada 6-Agressão/maus-tratos/intervenção por agente público 9-Ignorado									
Acidente de transporte		Queda acidental		Queimadura acidental					
46 Tipo de vítima 1-Pedestre 2-Conduutor 3-Passageiro 4-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		47 Meio de locomoção da vítima 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Veículo de transp pesado 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		48 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Veículo de transporte pesado 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outra 8-Não se aplica 9-Ignorado		50 Tipo de queda 01-Mesmo nível 02-Buraco 03-Leito/berço/rede 04-Outra mobília 05-Andaime 06-Escada/dograu 07-Árvore		51 Tipo de queimadura 1-Fogo/chama 2-Substância quente 3-Objeto quente 4-Corrente elétrica 5-Substância química 6-Outros 8-Não se aplica 9-Ignorado	
49 No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? (LER) <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Dispositivo de retenção para transporte de crianças <input type="checkbox"/> Outro		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado							
52 Outros acidentes 01-Sufocação/engasgamento 02-Corpo estranho 03-Afogamento 04-Envenenamento/intoxicação 05-Ferimento por objeto perfurocortante 06-Ferimento por arma de fogo 07-Acidentes com animais 08-Queda de objetos sobre pessoa 09-Choque contra objetos/pessoa 10-Entorse (torção) 11-Compressão dentro/entre objetos 12-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado									
Lesão autoprovocada		Agressão/maus-tratos/intervenção por ag. legal público							
53 Meio utilizado 1-Envenenamento 2-Obj. perfurocortante 3-Precip. lugar elevado 4-Enforcamento 5-Arma de fogo 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		54 Foi tentativa de suicídio? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		55 Natureza da agressão 1-Física 2-Sexual 3-Psicológica 4-Negligência/abandono 5-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		56 Meio de agressão 01-Força corporal / espancamento 02-Obj. perfurocortante 03-Arma de fogo 04-Obj. contundente 05-Ameaça 06-Subst/obj quente/ corrente elétrica 07-Envenenamento 08-Outro 88-Não se aplica 99-Ignorado			

FICHA DO VIVA INQUÉRITO

Dados Esp da Ocorrência	57	Provável autor da agressão	<input type="checkbox"/>	58	Sexo do provável autor da agressão	<input type="checkbox"/>	59	Número de envolvidos	<input type="checkbox"/>	60	Você suspeita que o agressor usou bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/>				
		1-Pai/mãe 2-Companheiro(a)/Ex- 3-Outro familiar 4-Amigo/conhecido			5-Ag. legal público 6-Desconhecido 7-Outro _____ 9-Ignorado			1-Masculino 2-Feminino			3-Ambos os sexos 9-Ignorado		1-Um 2-Dois ou mais		9-Ignorado	1-Sim 2-Não
Lesão/Evolução	61	A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho?	<input type="checkbox"/>	62	Você utilizou drogas ilícitas nas seis horas anteriores à ocorrência?	<input type="checkbox"/>	63	Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência?	<input type="checkbox"/>							
		1-Sim 2-Não			9-Ignorado			1-Sim 2-Não			1-Sim 2-Não	9-Ignorado				
	64	Natureza da lesão (considerar somente a lesão principal)										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		01-Sem lesão física 02-Contusão	03-Corte/laceração	04-Entorse/luxação	05-Fratura	06-Amputação	07-Traumatismo dentário	08-Traumatismo crânio-encefálico	09-Politraumatismo	10-Intoxicação	11-Queimadura	12-Outra _____ 99-Ignorado				
	65	Parte do corpo atingida (considerar somente a lesão principal)						<input type="checkbox"/>	66	Evolução na emergência (primeiras 24 horas)				<input type="checkbox"/>		
		01-Boca/dentes 02-Outra região da cabeça/face 03-Pescoço 04-Coluna/medula	05-Tórax/dorso	06-Abdome/quadril	07-Membros superiores	08-Membros inferiores	09-Genitais/ânus	10-Múltiplos órgãos/regiões	11-Alta	12-Internação hospitalar	13-Encaminhamento para outros serviços	14-Evasão/fuga	15-Óbito	16-Ignorado		
	67	Nome e código do entrevistador									68	Data do preenchimento				

SVS - CGDANT - VIVA 2017 - 25/07/2017