

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MAYSA DE OLIVEIRA SILVA CALIMAN

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TENTATIVAS E ÓBITOS
POR SUICÍDIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SERRANA
DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2020

MAYSA DE OLIVEIRA SILVA CALIMAN

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TENTATIVAS E ÓBITOS
POR SUICÍDIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SERRANA
DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo como pré-requisito para conclusão do Mestrado Profissional em Enfermagem, área de Concentração Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marluce Mechelli de Siqueira.

Coorientador: Prof^o. Dr^o. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos.

VITÓRIA
2020

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

C153p Caliman, Maysa de Oliveira Silva, 1983-
Perfil epidemiológico de tentativas e óbitos por suicídio em um
município da Região Serrana do Espírito Santo / Maysa de
Oliveira Silva Caliman. - 2020.
142 f. : il.

Orientadora: Marluce Mechelli de Siqueira.

Coorientador: Marcos Vinicius Ferreira dos Santos.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) -
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da
Saúde.

1. Suicídio. 2. Sistema de informação em saúde. 3. Gestão em
Saúde. 4. Vigilância epidemiológica. I. Siqueira, Marluce
Mechelli de. II. Santos, Marcos Vinicius Ferreira dos. III.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. IV. Título.

CDU: 61

MAYSA DE OLIVEIRA SILVA CALIMAN

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TENTATIVAS E ÓBITOS POR
SUICÍDIO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO SERRANA DO ESPÍRITO
SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde e linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas e Cuidados à Saúde.

Vitória, 17 de dezembro de 2020.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marluce Mechelli de Siqueira
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora

Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Coorientador

Prof^a. Dr^a. Camila Alves Bahia
Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - MS
Membro Externo

Prof. Dr. Thiago Nascimento do Prado
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Membro Interno

À minha filha, *Lívia*,
por tolerar todas as minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a *Deus*, por possibilitar a concretização de mais uma conquista e me proteger durante todas as viagens que fiz até Vitória, sem ELE eu nada seria.

À minha *mãe*, Iracilde, grande motivadora dos meus projetos de vida.

Ao meu *pai*, Ebes (*saudades eternas*), que até hoje me lembro com saudades, de seus ensinamentos para minha vida.

Ao meu *esposo* Ernany Caliman, meu grande companheiro, obrigada por incentivar e apoiar minhas decisões. Não tenho palavras para descrever tamanha dedicação ao meu sonho.

À *Prof^a. Dr^a. Marluce Mechelli de Siqueira* e ao *Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos*, tenho muito que agradecer pelo apoio, dedicação, paciência para transmitir seus valiosos conhecimentos para a elaboração desta dissertação. Foi uma honra tê-los como minha orientadora e coorientador, sempre terão minha admiração e gratidão.

À *Prof^a. Dr^a. Flávia Portugal* pela oportunidade em compartilhar, com muita generosidade, seus conhecimentos até a qualificação.

Ao *Prof. Dr. Ivan Robert Enriquez* pelo tempo dedicado a ajudar com suas preciosas orientações para a realização de análises estatísticas.

Aos *membros da banca examinadora: Prof^a. Dr^a. Camila Alves Bahia e Prof. Dr. Thiago Nascimento do Prado* (titulares) e, *Prof^a. Dr^a. Daniela Reis e Silva e Prof.^a Dr^a Franciele Marabotti Costa Leite* (suplentes), pela disponibilidade e contribuições que proporcionaram o enriquecimento deste estudo.

Aos *professores* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional pela dedicação na prática do ensino.

Aos *colegas* de turma do Mestrado Profissional 2018/2 por todo apoio e incentivo e de maneira muito especial, aos *colegas Mirian e Gustavo*, que embarcaram juntamente comigo neste sonho, compartilhando desafios, dificuldades e alegrias, tornando mais leve este percurso.

Aos *membros* do Centro de estudos e pesquisas sobre Álcool e outras Drogas: Interconexões pelo acolhimento, trocas de experiências e aprendizado, em especial ao *Laerson e Mayara* por todo apoio e suporte.

À Sr^a. Silvia Renata, *gestora* da Secretaria Municipal de Saúde de Afonso Cláudio-ES e a Enf^a. Rejane Reblin, *coordenadora* da Vigilância Epidemiológica, e à *Equipe* de Saúde Mental do município de Afonso Cláudio-ES, pela parceria e oportunidade de realizar este trabalho.

Todos foram essenciais nesta caminhada, muita gratidão!

Maysa de Oliveira Silva Caliman

CALIMAN, Maysa de Oliveira Silva. **Perfil epidemiológico de tentativas e óbitos por suicídio em um município da região serrana do Espírito Santo**. Dissertação. [Mestrado]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 2020.

RESUMO

Introdução: Considerado como um relevante problema de saúde pública no mundo, a temática do suicídio vem despertando os olhares da gestão em saúde no que tange a qualidade dos dados. Como estratégia de vigilância, o Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza Sistemas de Informação (SIS) para monitorar de forma rápida e eficaz os agravos à saúde. Dentre os quais o Sistema de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que tem além de outras funcionalidades a capacidade de captar dados sobre vítimas de tentativa e óbito por suicídio. **Objetivos:** Elaborar um Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio para o município de Afonso Cláudio-ES; avaliar a completude do preenchimento dos formulários de registros dos casos de tentativa de suicídio notificados no SINAN no período de 2014 a 2019 no município de Afonso Cláudio/ES; analisar a tendência da mortalidade por suicídio no período de 1996 a 2018, no Brasil, no estado do ES, em sua Região Serrana e no município de Afonso Cláudio/ES. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e ecológico com abordagem quantitativa, composto por dados secundários relativos às tentativas e óbitos por suicídio notificados entre os anos de 1996 a 2019 no SINAN e SIM. Para a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, cálculo dos coeficientes de mortalidade e incidência, coeficiente não paramétrico de correlação linear de Spearman (r_s) e modelo de regressão linear de Prais-Winstein. **Resultados:** Boletim Epidemiológico- No período de 2014 a 2019 foram registrados (n) 32 óbitos por suicídio no SIM e (n) 268 casos de tentativas de suicídio no SINAN, destes, (n) 213 casos foram registrados pelos formulários de Intoxicação Exógena e (n) 55 casos nos formulários de Violência Interpessoal Autoprovocada. No SINAN, o local da ocorrência da tentativa de suicídio foi, a maioria, na própria residência. Houve predomínio do sexo feminino para os casos de tentativa de suicídio registrados pela ficha de violência interpessoal autoprovocada enquanto para o instrumento de notificação de intoxicação exógena, o sexo masculino representou a maior proporção dos registros. No SIM o suicídio ocorreu com maior número em homens, raça parda, casado e o principal meio de agressão foi enforcamento seguido de autointoxicação. Artigo científico 1- Quanto a completude de preenchimento dos formulários de notificações de tentativas de suicídio, foram avaliados o (n) 268. Constatou-se qualidade “bom” a “excelente” para as variáveis analisadas do instrumento de intoxicação exógena. E, qualidade “ruim” a “bom” para as do formulário de violência interpessoal/autoprovocada. As tendências de não completude foram crescentes e estatisticamente significantes somente para as variáveis “se possui algum tipo de deficiência/transtorno”, “se ocorreu outras vezes” e “encaminhamento” do formulário de notificação de violência interpessoal autoprovocada. Artigo científico 2- A análise dos coeficientes de mortalidade por suicídio permitiu identificar que o município de Afonso Cláudio apresenta taxas de

suicídio muito maiores que a dos municípios que compõem a Região Serrana, as do próprio estado do ES e País, com uma tendência estacionária no período analisado. A taxa padronizada de mortalidade por suicídio apresentou tendência crescente na população geral no BR para ambos os sexos (APC:0,69; p-valor: 0,000). Tendência crescente também entre as mulheres no ES (APC: 1,85; p-valor: 0,020) e RS (APC:4,23; p-valor:0,030). Nas faixas etárias, de 15-29 anos no BR, a tendência foi crescente para ambos os sexos (APC: 0,69; p-valor: 0,000), 30-59 anos, a tendência também foi crescente no Brasil (APC: 0,46; p-valor: 0,000) e ES (APC: 2,09; p-valor: 0,000), e no grupo etário ≤ 60 anos, estacionária em todas unidades analisadas.

Produto: Foi desenvolvido como produto um Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no município de Afonso Cláudio/ES e dois artigos científicos.

Conclusão: Esta pesquisa tem potencial de gerar impacto a nível local, estadual, regional e nacional. Este estudo resultou na elaboração de um boletim epidemiológico, por meio dos casos notificados para tentativas de suicídio e registros referentes aos óbitos por esta causa, ferramenta considerada importante para o processo de planejamento em saúde. A análise da incompletude dos instrumentos de notificação do SINAN, possibilitou apontar as variáveis que necessitam de aperfeiçoamento em seu preenchimento, fomentando aprimorar o monitoramento epidemiológico deste agravo, bem como promover melhor condução do indivíduo aos serviços de saúde mental. Os resultados da análise da tendência da mortalidade por suicídio revelou a necessidade do planejamento e execução de ações voltadas para a prevenção do comportamento suicida e a promoção à saúde, atendendo a grupos de risco e aos indivíduos vulneráveis em todas as unidades analisadas.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativa de suicídio. Sistemas de informação em saúde. Gestão em saúde.

CALIMAN, Maysa de Oliveira Silva. **Epidemiological Profile of attempted suicide and deaths in a highland municipality of Espirito Santo State**. Dissertation. [Master's Degree]. Nursing Postgraduate Program. Health Science Center. Federal University of Espirito Santo. Vitoria. 2020.

ABSTRACT

Introduction: Regarded as relevant public health problem in the world, the suicide issue has drawn attention to data quality in health management. As a surveillance strategy, the National Health System (SUS) uses Information Systems (SIS) to monitor harms to health quickly and effectively. Among them, the Mortality System (SIM) and the Harm Notification Information System (SINAN) have, among other functionalities, the capacity to collect data about victims of attempted suicide and death. **Objectives:** To elaborate an Epidemiological Bulletin of suicide attempts and deaths in the municipality of Afonso Claudio-ES; to evaluate the completeness of form filling for the cases of attempted suicide notified on SINAN in the period of 2014 to 2019 in Afonso Claudio/ES; to analyze the suicide mortality trend in the period of 1996 to 2018 in Brazil, in Espirito Santo State and highlands and in the municipality of Afonso Claudio/ES. **Methodology:** It is a descriptive and ecological study with quantitative approach, composed by secondary data attributed to attempted suicide and deaths between the years of 1996 and 2019 on SINAN and SIM. In order to analyze the data, it was used descriptive statistics, the calculation of mortality and the frequency coefficient, the Spearman's nonparametric coefficient of linear correlation (r_s) and the Prais-Winsten linear regression model. **Results:** An Epidemiological Bulletin – In the period of 2014 to 2019 (n) 32 deaths by suicide were registered on SIM and (n) 268 cases of attempted suicide were registered on SINAN, of which, (n) 213 cases were registered on the Exogenous Intoxication forms and (n) 55 cases on the self-generated interpersonal harm form. On SINAM, the majority of attempted suicide occurred in the individual's own residence. Most of the cases of attempted suicide registered in the interpersonal self-generated harm form were in the female gender, while most of the cases registered in the exogenous intoxication notification instrument were in the male gender. On SIM, suicide cases occurred in a larger number of grayish-brown and married men, and the main kind of aggression was hanging followed by self-intoxication. Scientific article 1- Concerning the completeness of form filling of attempted suicide notifications, it was verified (n) 268 cases. It was found as "good" to "excellent" the quality of the variable analyzed on the exogenous intoxication instrument. And as "poor" to "good" the variables on the interpersonal or self-generated harm form. Trends to non-completeness were increasing and statistically significant only for the variables "having any kind of disability/disorder", "happened previously" and "referral" on the interpersonal and self-generated harm notification form. Scientific article 2- The analyzes of suicide mortality coefficients enabled to point that the municipality of Afonso Claudio has larger suicide rates than the other municipalities in the highlands of Espirito Santo State and the country, with a steady trend in the observed period. The standardized rate of suicide mortality revealed an increasing trend in the general population in Brazil to both genders (APC: 0.69; p-rate: 0.000). An increasing trend also among women in Espirito Santo State (APC: 1.85; p-rate: 0.020) and RS (APC: 4.23; p-rate: 0.030). From 15 to 29 years old in Brazil, the trend was

increasing for both genders (APC: 0.69; p-rate: 0.000), from 30 to 59 years old, the trend was increasing in Brazil (APC: 0.46; p-rate: 0.000) and in ES State (APC: 2.09; p-rate: 0.000), and in the ages under 60 years old, it was steady in all units analyzed.

Product: It was developed an Epidemiological Bulletin of attempted suicide and deaths in the municipality of Afonso Claudio/ES and two scientific articles.

Conclusion: This research can potentially generate impact locally, statewide, regionally and nationally. This study resulted in the elaboration of an epidemiological bulletin, through notified cases and records of attempted suicide and deaths, an important tool for the process of health planning. The analysis of non-completeness of SINAN notification instruments enabled to identify the variables that need refinement in form filling, fostering improvement of the epidemiological monitoring of this harm, and promoting to better direct individuals to mental health services. Findings of the trend analysis on suicide mortality showed the need of plan and implementation of prevention-oriented actions against suicide behavior, and health promotion, meeting the needs of risk groups and vulnerable individuals in all analyzed units.

Key words: Suicide. Attempted suicide. Health information systems. Health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de Taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 2016.....	21
Figura 2	Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.....	32
Figura 3	Objetos de Notificação do VIVA Contínuo no SINAN.....	39
Figura 4	Mapa da Divisão Regional do Espírito Santo e suas Macrorregiões de Planejamento em Saúde. Região Serrana-ES e Divisão Distrital de Afonso Cláudio-ES.....	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das variáveis da Ficha de Intoxicação Exógena utilizadas para análise da não completude das tentativas de suicídio, SINAN, Afonso Cláudio-ES, Brasil, 2014 a 2019.....	56
Quadro 2	Distribuição das variáveis da Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada para análise da não completude das tentativas de suicídio, SINAN, Afonso Cláudio-ES, Brasil, 2014 a 2019.....	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AB	Atenção Básica
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro das Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPADi	Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas: interconexões
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DANT's	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DO	Declarações de Óbito
ES	Espírito Santo
ESM	Equipe de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAESA	Faculdades Integradas Espírito Santense
FIN	Ficha Individual de Notificação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Km	Quilômetros
LNNC	Lista Nacional de Notificação Compulsória
MS	Ministério da Saúde
NCI	Notificação Compulsória Imediata
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPGENF	Profissional em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RAG	Relatório Anual de Gestão

RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RQAD	Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior
RT	Responsável Técnica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipais de Saúde
SPSS®	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUPRE	<i>Suicide Prevention Programa</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	14
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	SUICÍDIO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	20
2.2	SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE RELACIONADAS AO COMPORTAMENTO SUICIDA.....	23
2.3	PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: CAMINHO PERCORRIDO.....	25
2.4	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	29
2.4.1	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)	32
2.4.2	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	34
2.4.2.1	TENTATIVA DE SUICÍDIO NO ÂMBITO DA NOTIFICAÇÃO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA.....	36
2.4.2.2	TENTATIVA DE SUICÍDIO NO ÂMBITO DA NOTIFICAÇÃO POR VIOLÊNCIA INTERPESSOAL AUTOPROVOCADA.....	37
2.4.3	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	39
2.5	A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: NA GESTÃO, VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE.....	40
3	OBJETIVOS	45
4	METODOLOGIA	46
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	46
4.2	LOCAL.....	47
4.3	PERÍODO.....	49
4.4	FONTE DE DADOS.....	50
4.5	SELEÇÃO DOS DADOS.....	53
4.5.1	Variáveis para o boletim epidemiológico	55
4.5.2	Variáveis para a completude das fichas do SINAN	55
4.5.3	Variáveis para a tendência da mortalidade por suicídio	57
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	58
4.6.1	Boletim Epidemiológico	58
4.6.2	Completude das fichas do SINAN	58

4.6.3	Tendência da mortalidade por suicídio.....	59
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	61
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
5.1	PRODUÇÃO TÉCNICA	63
5.2	ARTIGO CIENTÍFICO 1.....	84
5.3	ARTIGO CINETÍFICO 2.....	98
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
	REFERÊNCIAS.....	115
	ANEXO A.....	126
	ANEXO B.....	125
	ANEXO C.....	128
	ANEXO D.....	130
	APÊNDICE A.....	131
	APÊNDICE B.....	135

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

Natural de Afonso Cláudio, no estado do Espírito Santo (ES), iniciei minha carreira profissional como enfermeira com o ingresso no curso de graduação em Enfermagem, pela instituição: Faculdades Integradas Espírito Santense (FAESA), no ano de 2002. No decorrer dos anos, pude conhecer a importância do enfermeiro na área assistencial bem como na de gestão em saúde, sobretudo no que se refere à análise situacional dos problemas de saúde e planejamento em saúde.

Iniciei minha atividade profissional como enfermeira assistencial na Atenção Básica (AB) no município de Afonso Cláudio-ES. Especializei-me em Saúde Coletiva pela FAESA, e continuei o meu percurso assistindo pacientes ambulatoriais de alguns programas de saúde do Ministério da Saúde (MS) dentre eles, o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), Tuberculose e Hanseníase e Hipertensão e Diabetes.

Além da vivência adquirida na assistência, obtive experiência como Coordenadora da Central de Regulação de Consultas e Exames Ambulatoriais, o que aprimorou ainda mais o meu conhecimento profissional. Especializei-me em Regulação, Controle e Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde pela FAESA e, em 2011 fui designada a compor a equipe de planejamento em saúde como Responsável Técnica (RT) pelos instrumentos de gestão municipal, onde atuo até o momento, na avaliação, controle e planejamento das ações em saúde relacionadas a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) a nível municipal.

O planejamento no SUS é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar os princípios constitucionais do SUS. O papel do enfermeiro em ações não assistenciais evidencia a importância deste profissional para as questões relativas à gestão e avaliação de políticas que incidem sobre o sistema de saúde e, portanto, sobre o cuidado individual e coletivo. A área de gestão sempre despertou o meu interesse de trabalho e, trabalhar com os instrumentos de gestão do SUS motivou meu interesse pela temática desta pesquisa.

Como área integrante do processo de gestão em saúde, estudar sobre saúde mental, no que se refere às tentativas de suicídio e o suicídio, permite identificar fragilidades e potencialidades das estratégias de planejamento adotadas, favorecendo a estruturação de mecanismos inovadores que contribuam para o fortalecimento da vigilância em saúde mental dentro do processo de gestão do sistema de saúde.

A problemática encontrada no município, observada a partir da produção de dados da vigilância epidemiológica, apresenta ascendência das notificações de tentativas de suicídio, assim como da mortalidade por suicídio, o que justifica a necessidade de uma avaliação dos sistemas de vigilância em saúde pública. O interesse de pesquisar tal fenômeno mediante a construção de um boletim epidemiológico surgiu com a minha inquietação durante o processo de elaboração das prestações de contas quadrimestrais do município onde o estudo foi desenvolvido. Face ao exposto, considera-se que as informações produzidas serão úteis para o planejamento e avaliação de políticas de saúde, assim como fornecerão subsídios para ações de reorganização da rede de atenção em saúde, sobretudo no que se refere ao fortalecimento das ações no campo da saúde mental, reduzindo danos futuros por essa causa.

Desse modo, com o ingresso ao Mestrado Profissional em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a inserção no Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas: interconexões (CEPADi), no ano de 2018, torna-se viável a execução desta pesquisa que engloba conhecimento e devolutiva ao município por meio de um produto.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Compreendido como um ato auto infligido, o suicídio provém de várias etapas de um chamado comportamento suicida contínuo: ideação, planejamento, tentativa e ato consumado. É considerado como violência e agressividade, sendo categorizado como causa externa de mortalidade, representado na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID) e de forte impacto na sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE

SAÚDE, 2002; BOTEGA, 2015).

Considerado a partir de 1990 como um grave problema de saúde pública (BOTEGA, 2015), tem levado a mais de 800 mil óbitos/anuais em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Segundo a *World Health Organization* (WHO), o suicídio é a segunda causa de morte mais frequente entre aqueles com faixa etária de 15 a 24 anos. Estima-se que até final de 2020 aproximadamente 1,53 milhões de pessoas cometerão suicídio em todo mundo, número que se torna vinte vezes maior quando a estimativa se refere aos casos de tentativa de suicídio sem óbito consumado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; 2014; 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório de prevenção do suicídio de 2014, admite o suicídio como uma prioridade na agenda global de saúde e incentiva os países a desenvolverem e reforçarem suas estratégias de prevenção com uma abordagem multissetorial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil as informações oficiais relativas a tentativas e óbitos por suicídio são registradas por meio dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Os dados sobre tentativas de suicídio são disponibilizados por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), através do componente contínuo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e do sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde (BRASIL, 2001; 2016).

O panorama da mortalidade por suicídio no País é preocupante. Dados do SIM mostram que, no período de 2011 a 2017, foram identificados 80.352 óbitos por suicídios no Brasil na população acima de 10 anos, dos quais 21.790 (27,3%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 17.221 (79,0%) no sexo masculino e 4.567 (21,0%) no feminino. Houve um aumento de 10% na taxa de mortalidade por suicídio na população de 15 a 29 anos, no mesmo período pesquisado (BRASIL, 2019).

Quanto às tentativas de suicídio, no período de 2011 a 2018, foram notificados no

SINAN 339.730 casos de violência autoprovocada entre jovens de 15 a 29 anos, dos quais, 52.444 (34,0%) casos foram classificados como tentativas de suicídio, sendo maior em mulheres (83,0%) do que em homens (72,6%). O envenenamento foi o meio de agressão mais frequente, correspondendo a 50,4% dos meios registrados, seguido pelos objetos perfuro-cortantes (17,8%) (BRASIL, 2019).

Na análise das intoxicações exógenas, no período de 2007 a 2016, foram notificados no SINAN 470.913 casos de intoxicação exógena no Brasil, sendo 220.045, ou seja, (46,7%) caracterizada como tentativa de suicídio. Essa maior proporção de registro resultante de tentativas de suicídio foi quase duas vezes maior que a exposição/contaminação por abuso e acidente somados (BRASIL, 2019).

Ainda que o cenário seja alarmante, o suicídio pode ser prevenido (BOTEGA, 2015). Tais dados reforçam a necessidade de discussão do tema para a formulação de políticas públicas de prevenção e para a avaliação dos serviços de saúde quanto à oferta e a demanda, incluindo nesta discussão usuários, profissionais e gestores de saúde, uma vez que possuem importante papel no processo do cuidado em saúde para o enfrentamento do suicídio (SANTOS; KIND, 2020).

Contudo, ressalta-se que a análise da situação de saúde é assegurada pela disponibilidade de informações com qualidade adequada. O acesso a dados confiáveis possibilita identificar, com maior validade, as condições das tentativas e óbitos por suicídio (MAIA *et al.*, 2017).

A obrigatoriedade da notificação compulsória, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a tentativa de suicídio, é prevista no Brasil, mediante a Portaria Ministerial nº 204/2016. A notificação sendo obrigatória constitui-se em um instrumento fundamental para o conhecimento do perfil das tentativas de suicídio, possibilitando a realização de ações para a prevenção do agravo. Isso faz com que haja não somente o benefício aos casos singulares, como também sendo o meio de controle epidemiológico (VELOSO *et al.*, 2013).

Entretanto, salienta-se que a avaliação dos sistemas de vigilância em saúde pública deve ser encarada como uma rotina periódica pelos serviços de vigilância

epidemiológica, devendo incluir recomendações para melhorar a qualidade, eficiência e utilidade, com o propósito de garantir que os problemas de importância para a saúde pública sejam monitorados de forma eficiente e eficaz (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001). No que concerne às tentativas e aos óbitos por suicídio, a melhor disponibilidade e qualidade dos dados é necessária para uma prevenção eficaz do evento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Vários aspectos, dentre os quais destaca-se a completude das variáveis, precisam ser analisados na avaliação da qualidade dos dados produzidos pelo sistema de vigilância. A qualidade dos dados reflete a integridade e a validade dos dados registrados no sistema de vigilância em saúde pública (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001). A subnotificação e a presença de variáveis ignoradas ou não preenchidas ainda comprometem a confiabilidade dos dados e, conseqüentemente, a obtenção de dados reais sobre as tentativas de suicídio (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; BRASIL, 2005). Estudos existentes no Brasil, revelam a fragilidade da qualidade dos dados do SIS, sobretudo, acerca da completude, sendo esta, a segunda dimensão mais avaliada nas análises referentes ao SIM, SINAN e ao Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) (LIMA *et al.*, 2009; CORREIA, PADILHA, VASCONCELOS, 2014).

Neste sentido, pesquisas envolvendo as bases de dados SINAN que busquem verificar a qualidade desses sistemas quanto à completude do preenchimento destas informações, são importantes para o correto perfil epidemiológico, uma vez que é o principal instrumento para o diagnóstico situacional, podendo caracterizar populações sob risco e, subsidiar estratégias de prevenção. No entanto, para a sua efetiva utilização é essencial assegurar que tais dados, sejam válidos e confiáveis (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014; GIRIANELLI, *et al.*, 2018).

Aliado a isso, tendo em vista que o reconhecimento do enfermeiro como profissional da saúde de nível superior, conforme normatizado na Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 06 de março de 1997, as publicações do MS são direcionadas também ao profissional enfermeiro (BRASIL, 1997). É de responsabilidade do enfermeiro a realização da notificação compulsória das tentativas de suicídio para a Secretaria de Saúde do Município (SMS). Destaca-se que todos

profissionais de Enfermagem, em qualquer área de atuação, são obrigados a realizar tal notificação.

De acordo com a Portaria de Consolidação Nº 4/2017, que discorre sobre Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017), a Notificação compulsória imediata (NCI) de informações referentes a casos suspeitos ou confirmados de tentativa de suicídio, deve ser encaminhada à SMS, no prazo de até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência do fato, pelo meio de comunicação mais rápido possível.

Diante do exposto, acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para a gestão do SUS a nível municipal, auxiliando os gestores na formulação do planejamento em saúde, de modo a nortear a elaboração e implementação de ações com foco na prevenção e promoção da saúde e, concomitantemente, reforçar a orientação ao profissional enfermeiro quanto a importância de notificar as tentativas de suicídio.

Neste contexto, este estudo tem como objetivo a produção de um Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio para o município de Afonso Cláudio-ES e, recomendar estratégias de prevenção do suicídio, dentre as quais a notificação compulsória das tentativas de suicídio com dados completos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SUICÍDIO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Qualificado como uma violência auto infligida e reconhecida como um fenômeno de natureza humana e de grande complexidade envolvendo aspectos universais, o suicídio apresenta-se como um grave problema de saúde pública em todo o mundo que desafia os gestores de saúde em relação a qualidade das informações oficiais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; TEIXEIRA, SOUZA, VIANA, 2018).

O Relatório Sobre Violência da OMS (2002) define as violências auto infligidas referindo-as ao comportamento suicida e às diversas formas de auto abuso, o que incluem desde pensamentos autodestruidores, planos para se ferir ou se matar até a realização do ato de tentar e/ou dar fim à própria vida, incluindo os comportamentos de automutilação.

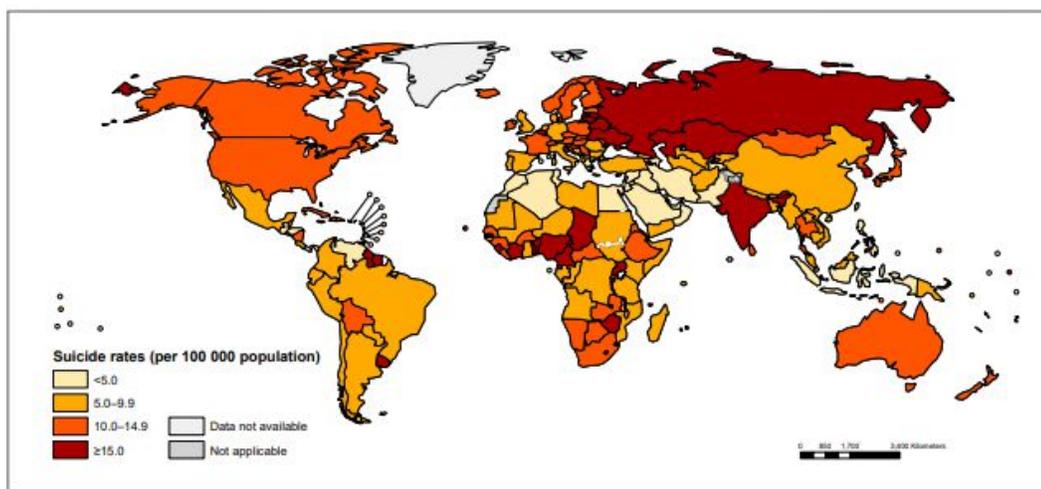
O suicídio é classificado como “causa externa” pela Classificação Internacional de Doenças (CID) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009) e, em uma perspectiva global, apresenta-se, atualmente, como uma grave questão de saúde pública, vitimando aproximadamente 800 mil pessoas por ano em todo o mundo (RIBEIRO *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Estima-se que a cada 40 segundos ocorra um suicídio no mundo. Isso se configura com taxas elevadas entre os idosos e com aumento gradativo entre os mais jovens, sendo atualmente a terceira causa de morte na faixa etária entre 15 e 24 anos no Brasil. Outro pressuposto é que ocorram 20 tentativas para cada adulto que se suicida e quase um terço deles apresenta histórico de repetidas tentativas. Mesmo diante desses dados e do reconhecimento da amplitude e da complexidade do fenômeno, o tema suicídio permanece como tabu (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; BOTEGA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; 2019).

O coeficiente de mortalidade por suicídio é representado pelo número de suicídios ocorridos para cada 100.000 habitantes durante o período de um ano. Relacionado a

isso, pode-se observar diferenças nas taxas de suicídio padronizadas nas várias regiões do mundo, como nas regiões africana (12,0 por 100.000), europeia (12,9 por 100.000) e sudeste da Ásia (13,4 por 100.000) que apresentaram taxas de mortalidade por suicídio maior do que a média global (10,5 por 100.000) em 2016 (Figura 1) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). No Brasil a proporção aferida foi de 8,9 por 100.000 habitantes entre os anos de 2011-2016 (BAHIA *et al.*, 2017; BRASIL, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

FIGURA 1 - Mapa de taxas de suicídio padronizadas por idade (por 100.000 habitantes), ambos os sexos, 2016.



Fonte: Suicide in the world. Global Health Estimates, 2019.

Preocupa-se ainda mais quando se considera a subnotificação dos óbitos por suicídio. Pesquisadores brasileiros que trabalham com o tema são consoantes em mostrar que os números reais são maiores que os notificados nas fontes oficiais, considerando os vários motivos que levam as pessoas a deturparem as informações. Essa divergência se deve ao fato do ato suicida ser profundamente marcado por questões de ordem cultural, religiosa e moral, além da indisponibilidade das informações nos serviços de saúde que lidam com registros dos suicídios e das tentativas (BRASIL, 2005).

Assinala-se também a dificuldade de diferenciar algumas formas de suicídio ou de tentativas de outras violências que provocam mortes ou lesões como, por exemplo, homicídios, acidentes e outras causas de morte (BRASIL, 2005). Todavia, através dos registros oficiais disponíveis é possível afirmar a gravidade desse fenômeno, que

ultrapassa o conjunto de tragédia pessoal, singularmente em função da veemência da dor, dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) retratando as mortes ocorridas precocemente e, do seu caráter epidêmico (BRASIL, 2006; PONTES *et al.*, 2009; TEIXEIRA; SOUZA; VIANA, 2018).

O Brasil ocupa a 14^o posição no ranking de países com maiores taxas de mortalidade por suicídio na América Latina, representando 6,5 para cada 100.000 habitantes e é considerado o 8^o país entre os Estados membros da OMS em números de suicídios. Apresenta em média 24 suicídios por dia, mas esse número deve ser 20% maior, já que muitos casos não chegam ser registrados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Esse agravo representa a quarta maior causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos no país, sendo a terceira maior causa de morte entre os homens e a oitava causa entre as mulheres. Outra característica relevante no país é que em municípios de baixo porte populacional o número de suicídios possui maior concentração (SANTOS, KIND, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

No estado do Espírito Santo no ano de 2018, foram registrados no SIM do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) 239 óbitos por suicídio, representando uma taxa de 6,7 para cada 100.000 mil habitantes, com números significativos em municípios do interior (DATASUS, 2020).

Cultura, etnia, idade e sexo desempenham determinantes importantes na epidemiologia do suicídio no mundo. Nos suicídios consumados, homens prevalecem sobre mulheres de acordo com o contexto cultural. No grupo de mulheres, os atos fatais aumentam com a idade, mas na América Latina, a maior prevalência é entre adultas jovens (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Observação importante quanto à etnia, é que os caucasianos apresentam taxas elevadas e similares em vários países do mundo. Quanto à faixa etária, os números disponíveis mostram que, tanto em relação ao tamanho da população como em números absolutos, as tentativas de suicídio são mais frequentes entre jovens. Destaca-se que entre idosos existe uma relação mais próxima entre tentativas e atos consumados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Além disso, vários fatores de risco expõe o indivíduo a uma maior chance de consumir suicídio e dentre estes fatores destaca-se a presença da doença mental não tratada

presente na maioria dos casos, principalmente os transtornos depressivos e de personalidade, bipolaridade, esquizofrenia e, distúrbios da ansiedade (BOTEGA, 2015). Assim como outras questões envolvendo o alcoolismo, uso de drogas ilícitas, comorbidades, desesperança e solidão, questões psicológicas, biológicas, ambientais, filosóficas, existenciais e motivações sociais, podem agravar o quadro depressivo e aumentar as chances do indivíduo atentar contra a própria vida (BOTEGA, 2015; BAHIA *et al.*, 2017).

No Brasil, a própria residência é cenário mais comum para a autoagressão, seguido pelos hospitais (BOTEGA, 2014). No período de 2011 a 2017, entre brasileiros de ambos os sexos com idade igual ou superior a 10 anos, as intoxicações exógenas foram o segundo principal meio utilizado para o suicídio, sendo o primeiro o enforcamento (BRASIL, 2019). Poucos estudos investigaram suicídios por intoxicação no Brasil, talvez devido à frequência não elevada em comparação ao enforcamento, embora seja relevante, considerando que o conhecimento dos meios utilizados para tentar contra própria vida é de suma importância para elaborar estratégias de prevenção e restrição ao acesso a estes meios utilizados (BRASIL, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

2.2 SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE RELACIONADAS AO COMPORTAMENTO SUICIDA

O comportamento suicida é entendido como um ato carregado de intenção de causar dano a si mesmo, cujo objetivo é o desejo de pôr fim a própria vida, envolvendo pensamentos a contar da ideação, do planejamento, da tentativa e do suicídio consumado. Tal comportamento é realizado de maneira consciente com intuito de cessar uma dor psicológica insuportável (FREITAS, BORGES, 2014).

O limiar entre o pensamento até a consumação do ato suicida é tênue e necessita de atenção. Este estreito caminho alerta que o suicídio quase sempre é planejado, e precedido por tentativas, ampliando, assim, as chances de intervenções preventivas imediatas e efetivas. No entanto, tal afirmação não descarta os casos que possam

ocorrer mediante desejos angustiantes (FREITAS, BORGES, 2014; SANTOS, KIND, 2019).

Considerado como um dos tipos de mortes mais violentas no mundo, o suicídio corresponde às “causas externas” de mortalidade, rubrica em que se incluem as formas de violências e acidentes, sendo categorizada na CID-10 entre X60-X84 que corresponde às lesões autoprovocadas voluntariamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). No ano de 2018 registrou-se no SIM o número de 150.814 óbitos por causas externas no Brasil, dentre os quais 12.733 ocorreram por meio de lesões autoprovocadas voluntariamente (BRASIL, 2020).

Embora as taxas de suicídio sejam maiores em países de alta renda (11,5 para cada 100 mil pessoas em 2016), em países de baixa e média renda muitos suicídios acontecem por impulso em momentos de crise, como uma dificuldade para lidar com o estresse da vida, com dificuldades financeiras e, gerenciamento de problemas de relacionamento; ou seja, inúmeras situações vividas que agem como um “gatilho” e ativadas juntas em algum momento, levando ao suicídio (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009; MULLER, PEREIRA, ZANON, 2017).

Além dos fatores citados, considera-se como elemento crucial relacionado ao comportamento suicida, a presença de um transtorno mental. Sua identificação torna-se importante e pode auxiliar o profissional de saúde a considerar clinicamente o risco e analisar as estratégias para reduzi-lo. Em geral, admite-se que de 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEGA, 2010).

O quadro depressivo ocasionado por perdas, isolamento social, conflitos e relacionamentos conturbados, são fatores relevantes que podem aumentar as chances de um indivíduo consumir o suicídio. Outra linha de pesquisa indica que o transtorno psiquiátrico pode proporcionar o suicídio em resposta ao padecimento por doenças graves, incapacitantes e dolorosas (BAHIA *et al.*, 2017).

Em idosos o pensamento suicida pode estar associado aos quadros depressivos que podem se instaurar nestes indivíduos por vários fatores como comorbidades múltiplas, dosagens medicamentosas associadas e variadas, declínio funcional e probabilidade

aumentada de se contrair uma doença física. A população idosa é em sua maioria relutante em se queixar de depressão ou explicitar suas ideias suicidas, dificultando a adesão ao tratamento medicamentoso para redução dos danos (CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013; PEDROSA; DUQUE; MARTINS, 2016).

Aponta-se ainda o sofrimento, a tristeza, a desesperança, a doença, incluindo câncer, diabetes e HIV/AIDS, o uso problemático de álcool e outras drogas, e como importante foco da vigilância epidemiológica, a ocorrência de uma tentativa prévia é reconhecida como importante fator de risco para o suicídio (BOTEGA, 2015; CASTRO, *et al.*, 2019).

Considerando que o suicídio é marcadamente evitável, é imperativo que os governos, através de seus setores de saúde, social e outros, invistam recursos humanos e financeiros na prevenção de suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Medidas de prevenção são vistas como uma das melhores formas de se evitar o suicídio, apesar do tema ainda ser considerado como tabu por muitas sociedades. Apenas 28 países, incluindo o Brasil, possuem uma estratégia nacional de combate a este agravo, todavia deve ser priorizada pelos gestores, com uma mobilização de todos os setores envolvidos para desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção ao suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; TEIXEIRA; SOUZA; VIANA, 2018).

2.3 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: CAMINHO PERCORRIDO

De acordo com a OMS, a prevenção do suicídio percorre, entre outros, a elaboração de sistemas de informação com registros adequados, a avaliação e manejo dos casos de comportamentos suicidas, com a melhoria da capacidade dos sistemas de saúde em responder tais casos com resolutividade, bem como a sensibilização pública, política sobre a magnitude do problema e a disponibilidade das estratégias de prevenção existentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Todos esses mecanismos estratégicos estão contemplados no Plano de Ação e Saúde Mental 2013-2020. Neste plano, a OMS sugere aos seus estados-membros a

prevenção do suicídio como prioridade governamental, apresentando a meta de redução de no mínimo 10% das taxas de suicídio, até final de 2020. O surgimento de tais iniciativas baseou-se na necessidade de trabalhar com o desafio da subnotificação das mortes por suicídio e após a observação do aumento claro de casos de suicídio em praticamente todos os países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Especificamente sobre a prevenção do suicídio, o tema também tem prioridade na agenda global ao ser considerado dentre os objetivos de desenvolvimento sustentável, com meta de redução em 1/3 na mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar até o ano de 2030 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde contemplou uma série de publicações a respeito da prevenção do suicídio, a exemplo o '*Suicide Prevention Programa*' (SUPRE) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), quando houve adesão do Brasil e, a partir deste momento, começaram a serem publicadas legislações para regulamentar e orientar a execução dos serviços de saúde voltados para a prevenção do suicídio no território brasileiro.

O primeiro passo em direção ao plano nacional de prevenção do suicídio no Brasil surgiu em 2005, com a estruturação de um grupo de trabalho para este fim, formado por representantes do governo, de entidades da sociedade civil e de universidades (BOTEGA, 2007).

Em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela (BRASIL, 2016; 2020).

Também em 2006 foi publicada a portaria nº 1.876 instituindo as diretrizes nacionais de prevenção do suicídio que orientam tal plano (BRASIL, 2006). A partir deste momento, abriu-se espaço para a reflexão a respeito da temática no campo da saúde pública. Foi considerado o primeiro documento a tratar do assunto suicídio de forma especificada no país. Tais diretrizes tiveram como objetivo determinar a adoção de estratégias de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de

informação, comunicação e sensibilização dos outros indivíduos para esse problema de saúde pública em todas as unidades federadas do país. A portaria, ainda em vigor, aponta para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências. (BRASIL, 2006).

Posteriormente, com a publicação da Portaria nº 104 no ano de 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil (BRASIL, 2011). Consequentemente, teve-se a universalização da realização da notificação compulsória dos casos de violência, dentre elas a tentativa de suicídio, com a ratificação da responsabilização de todos os profissionais de saúde e em todos os estabelecimentos de saúde do país, com o objetivo de produzir dados na descrição do perfil das vítimas dos atendimentos por violências, caracterizando o tipo de agressão e perfil das vítimas (MARCOLAN, SILVA, 2019).

Em 2014, através da publicação da Portaria GM/MS nº 1.271, os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passaram a ser de notificação imediata no âmbito municipal (BRASIL, 2014). A notificação imediata de violência sexual e tentativa de suicídio deve ocorrer conforme estabelecido no art. 4º da portaria GM/MS 1.271/2014, devendo ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível (BRASIL, 2014; 2014).

A partir de outubro de 2014, a Secretaria de Vigilância em Saúde liberou a versão do SINAN 5.0. Com essa nova versão do sistema, a ficha de notificação de violências passou por alterações, sendo então denominada Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada (BRASIL, 2014). Em 2015, houve a liberação da versão 5.1 para o registro das informações do caso no SINAN, a qual encontra-se vigente até o presente momento (BRASIL, 2020).

Ressalta-se que em 2016 a Portaria GM/MS nº 1.271 foi revogada pela então Portaria nº 204 de 17 de fevereiro, mantendo-se inalterado, o conteúdo que diz respeito às notificações dos casos de tentativa de suicídio (BRASIL, 2016).

Ainda relacionado às questões no que tange à promoção da saúde, vigilância e prevenção do suicídio, em 2017, o MS lançou a “Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020”, que “estabelece um rol de ações relacionadas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção do suicídio e atenção às vítimas de tentativas e suicídio e seus familiares” (BRASIL, 2017).

O documento foi organizado em eixos de atuação, constando ações estratégicas para: a) Vigilância e qualificação da informação; b) Prevenção do suicídio e promoção da saúde; e c) Gestão e cuidado (BRASIL, 2017).

A respeito da “Vigilância e qualificação da informação”, as ações devem incluir a qualificação da notificação de tentativa de suicídio, de forma a envolver e qualificar os profissionais de saúde na execução desta ação; a qualificação do diagnóstico e registro da causa de óbito, sensibilizando e qualificando médicos na atribuição correta da causa da morte, além da articulação entre as informações obtidas pela Secretaria de Segurança Pública por meio do Instituto Médico Legal; a qualificação das informações pela inserção e expansão de questionamentos acerca do comportamento suicida, para identificação precoce deste comportamento; e estimular a realização de pesquisas e disseminação de informações sobre a temática (BRASIL, 2017).

O eixo “Prevenção do suicídio e promoção da saúde” abrange a articulação inter e intrasetorial, de forma a incentivar a integração entre o setor saúde, demais setores governamentais e sociedade civil, inclusive ações de capacitação para a sociedade, no que tange à identificação de fatores de risco e de proteção relacionadas ao comportamento suicida; e melhoria nos processos de comunicação envolvendo profissionais da mídia numa comunicação responsável, manutenção da divulgação de informações a respeito da temática do suicídio para a população em geral, os profissionais de saúde e de mídia. (BRASIL, 2017).

Por sua vez o eixo “Gestão e cuidado” trata da pactuação de estratégias e fluxos de atenção à saúde local, com a implantação de ações de prevenção e cuidado a indivíduos com comportamento suicida nas Redes de Atenção à Saúde, além de ações de educação permanente, que auxiliem na reorganização de políticas locais de atendimento e de instrumentos que auxiliem profissionais de saúde no atendimento

relacionado à temática do suicídio (BRASIL, 2017).

Recentemente, foi publicada a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a 'Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio', a ser implementada pela União, em cooperação com todos os demais entes federados (BRASIL, 2019). A referida lei estipula nove objetivos para a política de prevenção da automutilação e do suicídio, dentre eles destaca-se o indicativo da necessidade de aperfeiçoamento do controle epidemiológico com o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre os casos de automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados.

2.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No SUS, a Vigilância Epidemiológica (VE) assume o papel de recolhimento, consolidação e dispersão dos dados sobre os eventos relacionados à saúde, incluindo o agravo de tentativa de suicídio e dados relacionados à mortalidade por suicídio (BRASIL, 2010). É um ramo da vigilância em saúde, cujo objetivo é orientar tecnicamente de forma contínua os profissionais da saúde, além de definir as ações a serem executadas para controle de doenças e agravos por meio de informações atualizadas sobre doenças e agravos, além de considerar os fatores condicionantes (BRASIL, 2010; 2020).

As ações de (VE) estão incluídas no campo de atuação do SUS, e conforme a Lei nº 8080/90, entende-se por Vigilância Epidemiológica:

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

Dentre as várias funções que possui, a de aumentar o conhecimento e transformar a prática clínica em forma descentralizada é uma delas. Com intuito de evoluir enquanto saúde pública, proporcionando diferentes fontes de informação e acompanhamento dos agravos ou surtos (BRASIL, 2010; 2020).

Assim, o setor de vigilância epidemiológica desempenha um importante papel na prevenção do suicídio, por meio do monitoramento, compilamento e divulgação dos dados referentes às tentativas de suicídio no país distribuídas por estados e municípios. Tais informações são apresentadas aos profissionais da saúde e à população através de boletins epidemiológicos (JESUS, 2018a, 2018b). Os boletins epidemiológicos possuem caráter informativo, constituindo um veículo de informação e, considerado como ferramenta importante para o planejamento de estratégias de prevenção de doenças/agravos (BRASIL, 2017; JESUS, 2018b).

Por meio dos dados consolidados dos SIS e pelos boletins informativos publicados pelos setores de vigilância epidemiológica com intuito de divulgar as informações à população e sua rede de profissionais de saúde, acredita-se ser possível traçar estratégias de prevenção do suicídio (BRASIL, 2017).

No Brasil, o controle epidemiológico referente aos agravos é monitorado mediante a alimentação dos vários SIS. Estes são compostos por vários subsistemas que permitem às secretarias municipais e estaduais de saúde informar dados relativos à mortalidade, natalidade, morbidade e assistência à saúde de modo gratuito e valioso para tabular os seus próprios dados (LIMA *et al.*, 2009). Os dados gerados por estes sistemas compõem uma grande base nacional que tem como finalidade primordial a produção de indicadores de saúde que retratem as condições de saúde da população no que diz respeito ao processo saúde doença e aos aspectos administrativos dos serviços de saúde (BRANCO, 1996).

No que tange ao registro oportuno e ao monitoramento regular das tentativas de suicídio, dados oficiais são disponibilizados por meio do SINAN.

Contudo, uma dificuldade enfrentada pelos municípios relacionada aos SIS refere-se as subnotificações. Waldman (1998) aponta a subnotificação como uma limitação do sistema de informação vinculado à vigilância epidemiológica. Embora isso não se constitua um impedimento para a utilização do SINAN com fim de conhecimento do perfil epidemiológico de determinado agravo em seu espaço geográfico, o sistema deve ser alvo de avaliações periódicas nos serviços, de modo a quantificar e qualificar a proporção e o tipo de perdas de informação que possam estar presentes.

Entre os fatores relacionados com a subnotificação destacam-se: a falta de conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação; a falta de adesão à notificação, em função do tempo exigido para preencher a ficha e da ausência de retorno da informação analisada com recomendações técnicas pertinentes; e a falta de percepção dos profissionais a respeito da relevância pública das doenças submetidas à vigilância (WALDMAN, 1998).

O grupo de trabalho científico sobre vigilância da qualidade de vida relacionada à saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001), também traz a discussão sobre a importância de se avaliar os sistemas de vigilância em saúde pública, cujo objetivo é garantir que os problemas de importância para a saúde pública sejam monitorados de forma eficiente e eficaz.

Em 2001, o mesmo grupo publicou Diretrizes atualizadas para Avaliação de Sistemas de Vigilância para promover o melhor uso dos recursos de saúde pública por meio do desenvolvimento de sistemas de vigilância de saúde pública eficientes e eficazes. Este documento aponta que a avaliação dos sistemas de vigilância em saúde pública deve envolver a avaliação dos atributos do sistema, incluindo a qualidade dos dados, que para este grupo, reflete a integridade e validade dos dados registrados no sistema de vigilância em saúde pública.

A qualidade dos dados é influenciada pela definição do caso para o evento relacionado à saúde, a clareza da cópia impressa ou formulários de vigilância eletrônicos, a qualidade do treinamento e supervisão das pessoas que preenchem esses formulários de vigilância, e o cuidado exercido na gestão dos dados. Uma revisão desses aspectos do sistema de vigilância fornece uma medida indireta da qualidade dos dados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001).

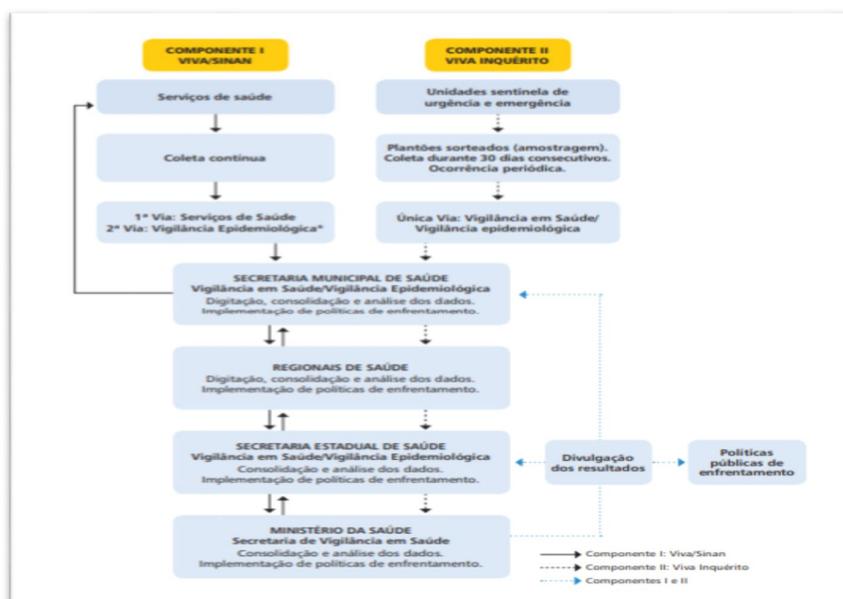
Desse modo, percebe-se que garantir a qualidade das informações geradas a partir dos dados coletados no sistema de vigilância, torna-se de suma importância para conhecer a realidade e emitir relatórios fidedignos em direção ao processo de avaliação e planejamento no contexto da prevenção ao suicídio (ARAÚJO *et al*, 2016).

2.4.1 Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

As causas externas compõem a relação de doenças e agravos acompanhados pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. A vigilância das causas externas, até o ano de 2006, somente era possível o conhecimento do perfil das violências ocorridas no país por meio da análise dos dados da declaração de óbito (DO) e da autorização de internação em hospitais públicos ou autorização de internação hospitalar (AIH), fornecidos, respectivamente pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), subestimando a verdadeira magnitude da violência (BRASIL, 2016).

Em função desta circunstância, o MS implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: Componente I – Vigilância contínua (VIVA Contínuo/SINAN), que capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde; Componente II – Vigilância sentinela (VIVA Inquérito), por meio de pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência, durante 30 dias consecutivos (Figura 2).

FIGURA 2 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

O componente I - Viva Contínuo, foi Implantado em serviços ou centros de referência para violências, ambulatórios especializados, maternidades, centros de referência para DST/aids, entre outros serviços, a partir de 1º de agosto de 2006, por adesão dos entes federados. Até o ano de 2008, a captação de dados deu-se por meio de software Epi Info Windows (Viva Epi Info). A partir do ano de 2009, o VIVA contínuo passou a compor o SINAN, com o objetivo de captar informações sobre o perfil dos atendimentos por violências doméstica, sexual e/ou outras violências (autoprovocadas e interpessoais) em unidades de saúde. O registro dos dados no módulo do SINAN é alimentado pelas SMS, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o que é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica de Estados e Municípios. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das vítimas e dos (as) prováveis autores (as) das violências (BRASIL, 2016).

O componente II - Viva Inquérito, é executado nas principais portas de entrada hospitalares de urgência e emergência das capitais e municípios selecionados de acordo com critérios técnicos e de gestão e adesão ao projeto Viva. Inicialmente teve periodicidade anual e atualmente acontece a cada três anos (BRASIL, 2016).

A notificação das violências, em especial da tentativa de suicídio objeto deste estudo, está relacionado à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois estas informações deverão subsidiar o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção do suicídio e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do MS no âmbito das ações de prevenção do suicídio e como estratégia para articulação e integração com a “Rede de Atenção e de Proteção Social às Pessoas em Situação de Violências”, garantindo-se assim a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos (BRASIL, 2016; 2020).

2.4.2 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

O SINAN é um dos subsistemas do SUS que foi implantado na década de 1990 visando padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação obrigatória em todo o território nacional, de maneira hierarquizada e em conformidade com a organização do SUS, no intuito de ser suficientemente ágil na viabilização de análises de situações de saúde em um curto espaço de tempo (BRASIL, 2007).

O SINAN é essencial para as atividades de vigilância epidemiológica, porque é por seu intermédio que fluem as informações sobre as doenças de notificação compulsória e os agravos de interesse, desde as unidades locais até o MS, passando pelas secretarias municipais e estaduais de saúde.

Este sistema é alimentado por meio de dados contidos nas fichas individuais de notificação (FIN) de doenças e agravos da lista nacional de notificação compulsória (LNNC). A LNNC é composta pela relação de doenças e agravos de importância epidemiológica tendo em vista a magnitude, o potencial de disseminação, a transcendência, a vulnerabilidade, os compromissos internacionais e o regulamento sanitário internacional. Os estados e municípios podem acrescentar, na sua região, outras questões de saúde pública relacionadas ao seu contexto local (SOUZA; DOMINGUES, 2009).

A FIN deve ser preenchida pelas unidades assistenciais para cada usuário quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado semanalmente à VE das SMS, que por sua vez realiza a alimentação do SINAN e repassa semanalmente os arquivos em meio eletrônico para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (BRASIL, 2007).

Conforme a Portaria nº 204/2016, notificação compulsória é definida como:

[...] “a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação

de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal” (BRASIL, 2016, p. 23).

A referida portaria, ainda estabelece em seu artigo 6º que a notificação compulsória, independentemente da forma como seja realizada, também deverá ser registrada em SIS, devendo seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

No SINAN, o VIVA registra os casos de tentativa de suicídio notificados por meio da Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada, onde na variável número 54 se a “Lesão foi autoprovocada” é demarcada com a opção “sim”, o campo 56 referente a “tipologia da violência”, com a descrição “autoagressão” ou “tentativa de suicídio” e, o campo 61 “Vínculo de parentesco com a pessoa atendida”, com a demarcação do item “própria pessoa” (BRASIL, 2014).

Paralelamente, o SINAN disponibiliza a Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena, quando a tentativa de suicídio ocorrer por autointoxicação, devendo esta ser preenchida constando na variável número 55 “Circunstância de Exposição/Contaminação”, a demarcação positiva do item “Tentativa de Suicídio” (BRASIL, 2018).

Através dos dados contidos no SINAN, é possível a coleta de informações para análise do perfil da morbidade por tentativa de suicídio, o que pode ser útil para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal para prevenção desse agravo.

Ainda, vale destacar que, como instrumento eficaz de política pública, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do MS, no âmbito das ações de prevenção do suicídio. Sendo considerada como uma ferramenta disparadora do cuidado no âmbito da rede da atenção, é vista como o instrumento adequado para acionar os seus diferentes pontos, inclusive a atenção psicossocial, provendo o acolhimento, o atendimento, o seguimento na rede de cuidado, visto que a tentativa de suicídio é um fator de risco para o suicídio (BRASIL, 2010).

2.4.2.1 TENTATIVA DE SUICÍDIO NO ÂMBITO DA NOTIFICAÇÃO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA

As intoxicações são efeitos que ocorrem no organismo humano em decorrência dos efeitos nocivos que uma substância tóxica pode produzir em contato com o organismo humano. Podem ocorrer por meio de consumo, aspiração, contato com a pele, olhos ou mucosas, e ocasionam efeitos nocivos ao organismo, desencadeando um processo patológico na fisiologia humana e alterações bioquímicas que podem resultar em sinais e sintomas graves, além de morte do indivíduo (SANTANA *et al.*, 2019).

No país, as intoxicações exógenas são importantes agravos à saúde. Os dados relativos as intoxicações exógenas no período entre 2007 a 2016, apontaram maior proporção de registros resultante de tentativas de suicídio, que foi quase duas vezes maior que a exposição/contaminação por abuso e acidente somados. O mesmo é observado na análise dos registros de violências autoprovocadas classificados como tentativas de suicídio, na faixa etária de 15 a 29 anos (BRASIL, 2019; 2019).

Publicada em 2004, a portaria nº 777, de 28 de abril de 2004, definiu as intoxicações exógenas, incluindo os agrotóxicos, como sendo um agravo à saúde do trabalhador de notificação compulsória no SINAN em rede de serviços sentinela específica, ligada à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (BRASIL, 2004).

Atualmente, a Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 mantém as intoxicações exógenas na lista de notificação compulsória em todo o país, caracterizada por quaisquer substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, saneantes, gases tóxicos e metais pesados (BRASIL, 2016).

Os indivíduos que tentam contra própria vida podem utilizar de meios como inalação ou consumo de substâncias (agrotóxicos, venenos, medicamentos, produtos de limpeza, gases tóxicos) para praticar tal ato. Para efeito de contabilização de tentativa de suicídio, a situação exposta acima deve ser notificada como intoxicação exógena, por meio da FI de intoxicação exógena. Nesta ficha é possível indicar se a pessoa

utilizou destes meios de forma intencional ou de forma acidental para tentarem o suicídio (BRASIL, 2018).

Em relação ao uso de medicamentos com intenção suicida pode ser observado um padrão de consumo no país muito influenciado pelo uso indiscriminado de algumas medicações, processos de fabricação e venda inadequados, comercialização de medicamentos de controle especial sem exigências de receituário médico adequado, levando o indivíduo a se automedicar e por vezes de forma irracional, ocasionando um número elevado de envenenamentos e intoxicações por este motivo (SANTANA *et al.*, 2019). É possível notar um aumento no número de casos notificados por tentativa de suicídio através de intoxicação exógena ao longo dos anos (COSLOP; CALLO; NACIF, 2019).

A importância da notificação se dá devido à magnitude e complexidade que o ato suicida requer e para tanto, é de extrema necessidade informar aos SIS todas as tentativas de suicídio a fim de fornecer subsídios aos profissionais de saúde e gestores para se organizarem e criar estratégias que auxiliem cada indivíduo com suas peculiaridades, pois cada grupo de risco exige uma atenção diferenciada e estratégias de atuação eficazes para o enfrentamento do agravo. Assim, o conhecimento sobre os diferentes meios de intoxicação permitem a definição de intervenções de prevenção mais eficientes (COSLOP; CALLO; NACIF, 2019).

2.4.2.2 TENTATIVA DE SUICÍDIO NO ÂMBITO DA NOTIFICAÇÃO POR VIOLÊNCIA INTERPESSOAL AUTOPROVOCADA

As primeiras Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, foram instituídas em 2006 por meio da Portaria Ministerial nº 1.876, apontando para a necessidade da notificação dos casos de suicídio e tentativas, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências. A partir de 2011 as tentativas de suicídio (compreendida como uma violência autoprovocada/auto-infligida) passaram a integrar a LNNC, sendo

posteriormente classificada como notificação compulsória imediata, no nível municipal, por meio da publicação da portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, objetivando garantir o acesso às medidas de prevenção e assistência em tempo oportuno (BRASIL, 2006; 2011; 2014).

Notificação imediata aqui é definida como “notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível” (BRASIL, 2014).

A ficha de violência interpessoal/autoprovocada permite o preenchimento de informações e variáveis relacionadas aos objetos de notificação do VIVA no SINAN, dentre eles, a notificação de tentativas de suicídio (violência autoprovocada). Por meio dela é possível identificar explicações causais dos agravos relacionados, facilitando a identificação dos riscos para que seja possível implementar intervenções em tempo oportuno, e adquirir subsídios para enfrentamento ao suicídio, evitando novos episódios (RIBEIRO *et al.*, 2018).

A ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2016). A figura a seguir, resume de forma esquemática os casos de notificação.

FIGURA 3 – Objetos de Notificação do VIVA Contínuo no SINAN



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

A notificação deve ser preenchida em 02 (duas) vias: uma via fica na unidade notificadora, e a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela VE para digitação e consolidação dos dados.

2.4.2 Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

O Brasil tem apresentado um elevado número de tentativas de suicídios notificadas. As tentativas de suicídio tendem a ser recorrentes e a história de tentativa prévia representa o mais importante preditor de suicídio consumado. Com isso, verifica-se que a mortalidade entre indivíduos que tentam o suicídio é bem elevada (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

O SIM foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo MS em 1975, para suprir uma necessidade de preencher as falhas existentes nos registros civis de óbitos, levando em consideração eventos não contabilizados ou não registrados em cartório (BRASIL, 2018). Por meio do SIM é possível realizar um levantamento epidemiológico dos

motivos que levaram o indivíduo a morte no Brasil (JESUS, 2018b).

Considerado um sistema de vigilância epidemiológica nacional, o SIM reúne dados quantitativos e qualitativos sobre as mortes que ocorrem em todo território nacional. É eficaz para captar o óbito por suicídio e subsidiar as ações de prevenção e controle nas esferas de gestão em saúde. É um sistema que permite a produção de estatísticas de mortalidade, auxiliando na relação com os indicadores de saúde, permitindo ser acessado de qualquer unidade da federação (RIOS *et al.*, 2013; BRASIL, 2009).

Além da produção de estatísticas, o SIM auxilia os gestores de todas as esferas do governo a produzir análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da atenção à saúde nos três graus de complexidade do sistema (RIOS *et al.*, 2013).

O SIM é alimentado por meio das informações contidas nas Declarações de Óbito (DO) documento-padrão, sendo o seu preenchimento realizado pelo médico ou perito legista, onde as causas de morte são padronizadas atualmente pela CID-10 (BRASIL, 2009).

2.5 A ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: NA GESTÃO, VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Entende-se que a prevenção do suicídio não é tarefa fácil. Para que se possibilite a redução do risco ao suicídio, a detecção precoce de pessoas com ideação suicida e a intervenção apropriada são fatores fundamentais e, o profissional enfermeiro exerce papel importante neste processo.

O processo de trabalho do enfermeiro é caracterizado pela diversidade de ações que ele pode realizar, principalmente por atuar em áreas diversas, como na gestão, assistência, gerenciamento, pesquisa e ensino.

Nos últimos anos, o enfermeiro tem se inserido cada vez mais na área de gestão em saúde de maneira a contribuir para a implantação e a manutenção de políticas de

saúde. Em decorrência de sua formação que engloba conhecimentos de diversas áreas, tendo como centralidade o cuidado, o enfermeiro tem potencial para assumir postura diferenciada na gestão de sistemas de saúde (CHAVES; TANAKA, 2012).

A gestão em saúde é composta por vários componentes, dentre os quais a avaliação em saúde pode contribuir para tomada de decisão mais objetiva, possibilitando o aperfeiçoamento das intervenções de saúde e a reorganização do planejamento em saúde, dentro de um contexto político, econômico, social e profissional (CHAVES; TANAKA, 2012).

No SUS, o planejamento em saúde está regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.135 de 25 de setembro de 2013 que, entre seus principais pressupostos, destaca o planejamento ascendente e integrado, orientado por problemas e necessidades de saúde local para a construção das diretrizes, objetivos e metas, formalizado por meio dos instrumentos de gestão do SUS, sendo eles: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), os respectivos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL, 2013).

O PMS é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos; reflete a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde. O RDQA é o relatório apresentado a cada quatro meses, com os resultados parciais do planejado na PAS do ano em exercício. E, por fim, o RAG é o instrumento de gestão, com elaboração anual, que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no plano de saúde (BRASIL, 2016).

É importante salientar, que a atuação do enfermeiro da área de gestão em uma equipe multiprofissional pode, em conjunto, auxiliar na prevenção do suicídio, através do planejamento de ações baseadas na análise situacional de saúde (TEIXEIRA,

SOUZA, VIANA, 2018). O profissional enfermeiro ao desempenhar suas funções na área de gestão em saúde tem potencial para realizar a análise da produção dos dados gerados pelos SIS, incluindo as informações registradas no VIVA/SINAN e SIM (REIS, 2017). Tal aptidão permite-lhe identificar as características individuais dos registros notificados para as tentativas e óbitos por suicídio, auxiliando na elaboração de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde (BRASIL, 2017).

As atividades do enfermeiro no setor de vigilância epidemiológica envolvendo a prevenção do suicídio têm como objetivo central a vigilância de tentativas e óbitos por suicídio, de modo a qualificar o registro dos dados, a análise e a disseminação de tais informações de forma completa, adequada e em tempo oportuno, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão (BRASIL, 2017).

A qualificação das notificações de tentativas de suicídio inclui desde a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância de notificar todas as tentativas de suicídio ocorridas no município, como também a capacitação dos profissionais de saúde para realizar o preenchimento da ficha de notificação de forma adequada, com preenchimento correto e responsável de todos os campos e de maneira oportuna, observando a obrigatoriedade da notificação imediata em até 24h. Nesse sentido, o enfermeiro tem um papel fundamental nesse processo envolvendo toda equipe multiprofissional, considerando seus vários espaços de atuação (BRASIL, 2017; SOARES, NASCIMENTO, 2017).

Além disso, a elaboração de Boletim Epidemiológico sobre as tentativas e óbitos por suicídio apresentando as principais características individuais e determinantes sociais bem como o mapeamento das notificações de suicídios e tentativas de suicídio no território para estabelecer prioridades de acordo com particularidades locais e de populações em situação de maior vulnerabilidade, é também uma das estratégias e atividades apontadas pelo MS para serem realizadas por meio de pesquisas e disseminação de informações acerca do tema (BRASIL, 2017).

Aliado a todas essas estratégias, o MS ressalta a necessidade de a notificação estar articulada com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde.

Portanto, é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento, também, das instituições que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em seu município para a realização do devido encaminhamento (BRASIL, 2010).

Ainda vale destacar o importante papel que o profissional enfermeiro, em suas atividades laborais na assistência, tem na prevenção do suicídio, considerando seu maior contato com usuários nas unidades básicas de saúde e com indivíduos nas unidades hospitalares. Sua atuação exige conhecimentos não somente quanto à abordagem ao indivíduo em risco para o suicídio e/ou que tenha praticado o ato de atentar contra a própria vida, mas também, requer habilidades quanto à utilização do importante dispositivo para a vigilância das tentativas de suicídio, o registro correto e qualificado das fichas de notificação compulsória (RIBEIRO *et al.*, 2018).

É necessário que os serviços de saúde estejam cada vez mais bem estruturados e capazes de promover resolutividade no que se refere a agravos, tais como tentativas de suicídio. Desse modo, torna-se imperioso que o enfermeiro da atenção básica seja capaz de identificar precocemente os sinais e sintomas inatos do paciente, dedicando a atenção merecida ao mesmo (SILVA *et al.*, 2017).

Ao considerarmos os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que corresponde ao nível preferencial de primeira escolha para acesso à rede de atenção à saúde, a atuação do enfermeiro deve estar pautada no uso de tecnologias leves do cuidado, através do contato, por meio de um acolhimento adequado, avaliando as angústias e necessidades dos usuários dos serviços de saúde, acompanhamento da pessoa e família por meio das visitas domiciliares ou consultas de enfermagem, orientações sobre evitar o isolamento social, ao uso das medicações prescritas, levantar o histórico do comportamento suicida e estabelecer a socialização (SILVA *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018; FERNANDES, LIMA, SILVA, 2018; SOARES, 2019).

É primordial enfatizar que o enfermeiro da AB compreenda a relevância da busca de informações pertinentes relacionadas a esse tema. Desse modo, é imprescindível que o profissional busque conhecimento acerca desse assunto. O enfermeiro deve inserir no seu processo de trabalho planejamento sistemático, seguido de ações educativas efetivas no sentido de promover a prevenção do suicídio, aliando o conhecimento

específico necessário à prática de medidas eficazes que visem ações de prevenção.

A mesma relevância na atuação profissional do enfermeiro é dada às unidades hospitalares, uma vez que os indivíduos após as tentativas são atendidos frequentemente nos setores de urgência e emergência (BOTEGA, 2015). O profissional de enfermagem do serviço de emergência costuma ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde após uma tentativa de suicídio ou episódio de autolesão. A assistência de enfermagem a essas vítimas corresponde a uma escuta qualificada, acolhimento do indivíduo no serviço e a assistência prestada aos familiares das vítimas. É uma questão de sensibilizar-se aos sentimentos, sem que a assistência técnica se torne uma barreira do cuidado. Além disso, a avaliação e gestão adequada dos casos são fundamentais para prevenir futuros comportamentos suicidas (FONTÃO *et al.*, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Elaborar um Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio para o município de Afonso Cláudio-ES.

3.2 ESPECÍFICOS

Avaliar a completude do preenchimento dos formulários de registros dos casos de tentativa de suicídio notificados no SINAN no período de 2014 a 2019 no município de Afonso Cláudio/ES.

Analisar a tendência da mortalidade por suicídio no período de 1996 a 2018, no Brasil, no estado do ES (região serrana) e no município de Afonso Cláudio/ES.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de desenho ecológico do tipo série temporal.

O estudo descritivo tem como objetivo descrever as características de determinada população ou agravo relacionado à saúde, determinando sua distribuição segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (PRODANOV; FREITAS, 2013). Comumente o método descritivo, realiza previsões e compara padrões entre grupos, para isso, utiliza-se da matemática e estatística para análise das informações (LEITE, 2015).

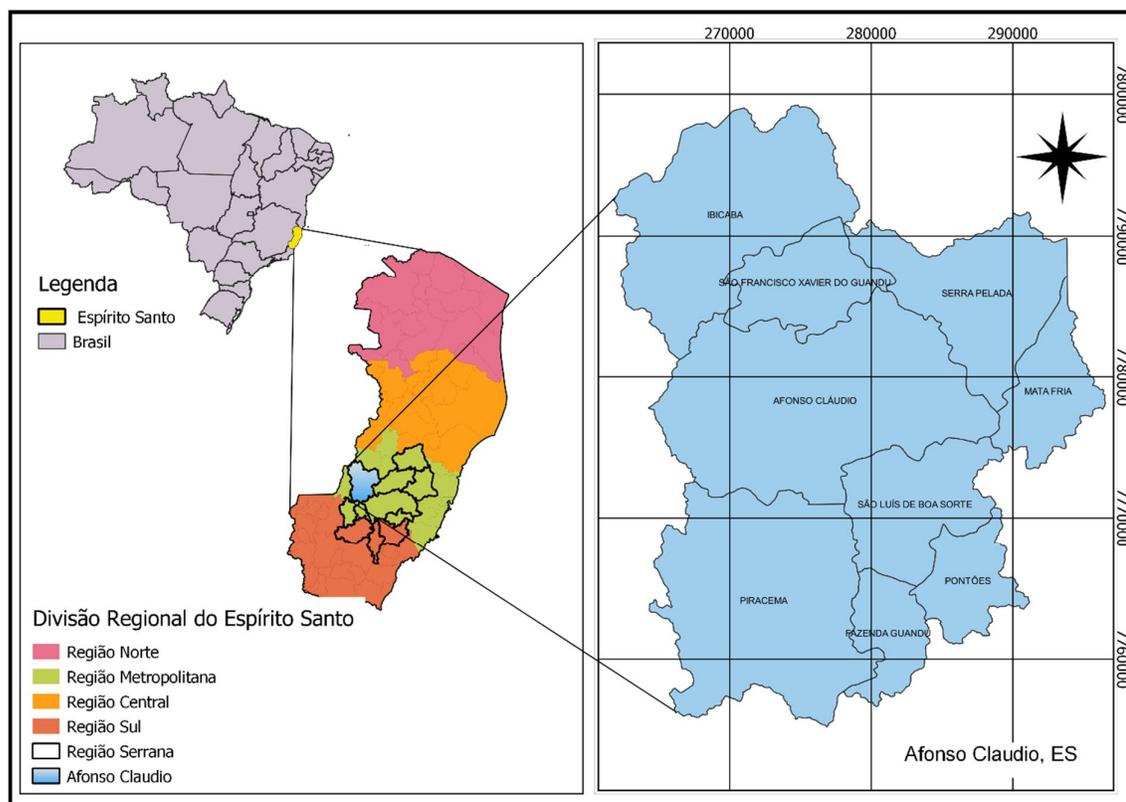
Já os estudos ecológicos possuem como característica a unidade de análise ser uma população ou um grupo de pessoas, pertencentes a uma área geograficamente definida, como por exemplo, um município (MEDRONHO *et al.*, 2009). Uma de suas vantagens é a possibilidade de realizar a inferência à população sobre o fator pesquisado, comparar a ocorrência da doença/condição relacionada à coletividade. Isso é particularmente importante quando se considera que a expressão coletiva de um fenômeno pode diferir da soma das partes do mesmo fenômeno (COSTA; BARRETO, 2003).

Ainda segundo Medronho (2009), os estudos ecológicos podem ser classificados em estudos de desenho de séries temporais, tendo como objetivo avaliar a evolução das taxas de doença através de diferentes períodos de tempo em uma determinada população geograficamente definida. Antunes e Cardoso (2015) afirmam que por meio de estudo de séries temporais é possível antever o futuro, passamos a conhecer como determinado processo se comportará quando conseguirmos caracterizar sua tendência, o que pode servir como uma medida para verificar a diferença entre o sucesso e as falhas em determinadas ações.

4.2 LOCAL

Com uma área geográfica de aproximadamente 46 mil quilômetros quadrados, o Espírito Santo está organizado em 78 municípios. Do ponto de vista de regionalização da saúde, os municípios estão agregados em Macrorregiões, instituídas pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) homologado em 10 de novembro de 2011. Assim, macro regionalmente, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo realiza seu planejamento em saúde considerando: a) Região Norte; b) Região Central; c) Região Metropolitana e, d) Região Sul (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2011) (Figura 2).

FIGURA 4 – Mapa da divisão regional do estado do Espírito Santo e suas Macrorregiões de Planejamento em Saúde. Região Serrana/es e divisão distrital de Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2020.



Fonte: IBGE, 2020.

Ainda em 2011 por meio da Lei nº 9.768, o Governo do Estado dispôs para fins de

planejamento e organização das ações do Setor Público, as macrorregiões através da Lei estadual (Região Norte, Central, Metropolitana, Central e Sul) e microrregiões de planejamento (Metropolitana, Central serrana, Sudoeste Serrana, Litoral Sul, Centro Sul, Caparaó, Rio Doce, Centro-Oeste, Nordeste e Noroeste). A referida lei, recentemente, teve seu anexo alterado através da redação publicada pela também Lei Estadual nº 11.174 de 25 de setembro de 2020 (GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2011; 2020).

A Região Serrana do Espírito Santo, aqui considerada, é composta por 11 municípios: Afonso Cláudio, Alfredo Chaves, Castelo, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Marechal Floriano, Santa Teresa, Santa Maria de Jetibá, Santa Leopoldina, Vargem Alta e Venda Nova do Imigrante (INSTITUTO DE APOIO À PESQUISA E AO DESENVOLVIMENTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2004). Os municípios que compõem esta área, foram importantes para a formação da diversidade cultural do Espírito Santo, com uma forte presença de imigrantes europeus (italiano e alemão), que difundiram a agricultura familiar baseada no café, que até hoje tem forte presença na região. A região estudada abrange municípios pertencentes a macrorregiões administrativas do estado do Espírito Santo (Metropolitana e Sul) (Figura 4).

No ES, a Região Serrana (RS), denota de forma representativa a cultura pomerana no Estado (ALMEIDA, 2016). No que se refere a questão cultural e sustentável nos municípios que a compõem, estes fatores apontam relação forte com altas incidências de suicídio. No Brasil, estudos realizados em municípios colonizados por alemães e pomeranos, em que a base para o sustento familiar é a agricultura, apresentam historicamente altas taxas de mortalidade por suicídio (MENEGHEL, MOURA, 2018).

Afonso Cláudio é um município brasileiro do Estado do Espírito Santo (ES), pertencente à Região Serrana do Espírito Santo e em termos de planejamento em saúde, à Macrorregião Metropolitana conforme PDR 2011 (Figura 4). Localizado a 136 quilômetros (Km) de distância da capital Vitória (PREFEITURA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO-ES, 2020). Trata-se de um município de pequeno porte, com uma população no último censo realizado em 2010 de 31.091 habitantes e uma densidade populacional de 32,68 habitantes por quilômetros quadrados (km²) (INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2020). De acordo com o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são considerados de pequeno porte os municípios que possuem uma população de até 50.000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2019).

Apresenta como principal atividade econômica a agricultura. É formado por 09 distritos, sendo eles: Sede, Serra Pelada, Ibicaba, Piracema, São Francisco, Fazenda Guandu, Pontões, Mata Fria e São Luiz do Boa Sorte (Figura 4), todos com serviços de atendimento de Estratégia Saúde da Família (ESF) (PREFEITURA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO-ES, 2020).

No que tange à capacidade instalada de estabelecimentos de saúde, Afonso Cláudio possui 52 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), entre eles: 10 Unidades Básicas de Saúde, 10 equipes de equipes de ESF, 10 equipes de Saúde Bucal (SB), 01 Farmácia para dispensação de medicamentos básicos, 01 unidade de Vigilância em Saúde, 01 Central de Regulação, 01 Polo Academia da Saúde e 01 Centro de Reabilitação Física. Outros estabelecimentos privados/filantrópicos participam de forma complementar do SUS, entre eles 01 hospital de pequeno porte, que conta com um total de 52 leitos credenciados no SUS, sendo 08 leitos cirúrgicos, 30 clínicos, 07 pediátricos, 07 obstétricos sendo, portanto, referência em saúde para o município (BRASIL, 2020).

A SMS conta com o serviço de saúde mental municipal por meio da atuação de uma Equipe de Saúde Mental (ESM) composta por 05 (quatro) psicólogos, 01 (uma) assistente social e 01 (uma) terapeuta ocupacional e 01 (um) profissional médico psiquiatria. O município ainda não conta os serviços de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) contudo, está previsto no PMS para ser implementado até 2021 (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017; PREFEITURA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO/ES, 2020).

4.3 PERÍODO

Para a construção do boletim epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no município, foi definido como período, os últimos seis anos (2014 a 2019). Para tanto, utilizou-se o mesmo período para proceder a análise da completude do

preenchimento de variáveis com maior relevância para a vigilância epidemiológica das tentativas de suicídio registradas no SINAN por meio das FNI Violências Interpessoal/Autoprovocada e Ficha de Investigação (FI) de Intoxicação Exógena.

A escolha do período para a construção do boletim epidemiológico bem como da análise da completitude dos instrumentos de registros foi considerada pelo imediatismo atribuído à notificação de tentativas de suicídio no SINAN. Caráter este, definido pela Portaria GM/MS nº 1.271/2014, a qual determina que a notificação para a autoridade sanitária deve ser feita em até 24 horas (BRASIL, 2014).

No momento presente, a portaria vigente que define a 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, é a portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016), que mantém a tentativa de suicídio como um agravo de notificação compulsória imediata para às SMS em todo território nacional. Em relação ao ano de 2019, este foi selecionado por representar a totalidade dos dados disponíveis em anos fechados, até a data da coleta.

Para a análise da tendência da mortalidade por suicídio foram utilizados dados secundários disponíveis no DATASUS/SIM ocorridos entre os anos de 1996 a 2018. Optou-se por iniciar a série temporal no ano de 1996 a fim de evitar diferenças no padrão de codificação das doenças uma vez que a 10ª CID iniciou a nova codificação no ano de 1996 e, o ano de 2018 foi selecionado por representar a integralidade de óbitos por suicídio disponíveis no DATASUS/SIM até a data da coleta.

4.4 FONTE DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida utilizando bases de dados secundários relativos às notificações envolvendo tentativa de óbitos por suicídio de residentes do município de Afonso Cláudio-ES. Os dados referentes às notificações de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio para compor o boletim epidemiológico e para analisar a completitude das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada e ficha de intoxicação exógena, foram extraídos por meio dos dados produzidos pela

vigilância epidemiológica do município em estudo. Tais dados foram disponibilizados através dos registros no SINAN e SIM no módulo de gestão municipal.

Consoante à portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, todos os casos de intoxicação exógena e de violência interpessoal/autoprovocada devem ser notificados.

É considerado caso suspeito de intoxicação exógena no SINAN:

[...] Todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis (BRASIL, 2018).

Segundo a ficha de Violência Interpessoal/Autprovocada do SINAN, é considerado 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 (BRASIL, 2016).

Em relação à notificação de casos por intoxicação exógena é utilizada a ficha de notificação/investigação de intoxicação exógena (ANEXO A). Esta é composta pela definição do caso suspeito de intoxicação exógena e subdivida em blocos para melhor agrupamento e análise dos dados.

A primeira parte da FI de intoxicação exógena é composta pelo bloco dados gerais, que compreendem informações chaves para a notificação ser inserida no SINAN, seguindo dos blocos: notificação individual e dados de residência do paciente que está sendo notificado. A segunda parte da ficha é composta por blocos que envolvem dados complementares do caso: antecedentes epidemiológicos, dados da exposição, dados do atendimento e conclusão do caso e, informações complementares e observações, totalizando setenta e uma variáveis.

Em referência à notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, utiliza-se a FNI de Violência interpessoal/Autoprovocada (ANEXO B), que é composta pela definição do caso suspeito de Violência interpessoal/Autoprovocada e subdivida nos subsequentes blocos: dados gerais, notificação individual e dados de residência.

A segunda parte da ficha é composta por blocos com dados complementares: dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados do provável autor da violência, encaminhamento, dados finais e informações complementares e observações, perfazendo um total de sessenta e oito variáveis.

Em relação aos óbitos por suicídio, os casos são registrados no SIM, que é alimentado pelas informações contidas nas DO, documento-padrão para alimentação, sendo o seu preenchimento realizado pelo médico assistente ou médico legista (BRASIL, 2009).

A estrutura do banco de dados SIM não passou por alterações no período estudado, havendo nele 62 (sessenta e dois) campos divididos em nove blocos, sendo eles: Bloco I - cartório: com seis variáveis, bloco II - Identificação: com 14 variáveis, bloco III - residência: com cinco variáveis, bloco IV - ocorrência: com sete variáveis, bloco V - óbito Fetal ou menor de um ano: com 10 variáveis, bloco VI - condições e causas do óbito: com sete variáveis, bloco VII - médico: com seis variáveis, bloco VIII - causas externas: com cinco variáveis, bloco IX - localidade sem médico: com duas variáveis.

Para a análise da tendência da mortalidade por suicídio entre as unidades de análise estudadas, os dados foram obtidos no banco de dados do SIM/DATASUS. Dados sobre estimativas populacionais foram captados dos censos, projeções intercensitárias e estimativas populacionais realizadas pelo IBGE.

Os bancos de dados do município foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Afonso Cláudio-ES, mediante assinatura do termo de salvaguarda do sigilo e confidencialidade do uso dos dados (APÊNDICE A).

4.5 SELEÇÃO DOS DADOS

Para a elaboração do boletim epidemiológico, foram selecionadas todas as notificações referentes às tentativas e óbitos por suicídio de pessoas residentes do município de Afonso Cláudio-ES registrados no SINAN e SIM, módulo de gestão municipal.

Os dados sobre mortalidade por suicídio foram obtidos do SIM (módulo gestão municipal), de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009), constantes no capítulo XX, referente às causas externas de morbidade e de mortalidade, por meio da codificação entre X60 a X84 (APENDICE B).

Em relação a coleta de dados referente às tentativas de suicídio, as informações foram obtidas através dos dois instrumentos dos Sistema SINAN (módulo gestão municipal) utilizados nesta pesquisa, conforme descrito a seguir:

a) A FI do agravo *intoxicação exógena* possui dentro do bloco dados da exposição, o campo a qual caracteriza a autointoxicação como tentativa de suicídio:

1) *Campo 55* “circunstância da exposição/contaminação”, que de acordo com seu padrão de classificação possui as seguintes estratificações: 01- Uso Habitual, 02- Acidental, 03- Ambiental, 04- Uso terapêutico, 05- Prescrição médica inadequada, 06- Erro de administração, 07- Automedicação, 08- Abuso, 09- Ingestão de alimento ou bebida, 10- Tentativa de suicídio, 11- Tentativa de aborto, 12- Violência/homicídio, 13- Outra e 99- Ignorado. Assim, utilizou-se como critério de inclusão a marcação do campo 55 “circunstância da exposição/contaminação” com a estratificação número “10”, referente à “tentativa de suicídio”.

b) A FNI do agravo *violência interpessoal/autoprovocada*, foram selecionadas as fichas as quais continham as demarcações que caracterizam a tentativa de suicídio ou autoagressão, com os seguintes campos preenchidos:

1) *Campo 54* “a lesão foi autoprovocada?”, que dispõe dos seguintes estratos: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado. Sendo selecionadas as fichas com a demarcação “1” referente a resposta “sim”;

2) Campo 56 referente a “tipologia da violência”, composto por múltiplas opções, porém selecionadas apenas as fichas com a marcação 1- Sim, para a estratificação “outros” e descrito “autoagressão” ou “tentativa de suicídio” e,

3) Campo 61 “Vínculo de parentesco com a pessoa atendida”, composto por múltiplas opções, selecionadas apenas as fichas demarcadas com 1- Sim “Própria pessoa”.

Antes de iniciar a análise dos dados do SIM e SINAN (extraídos do módulo gestão municipal), procedeu-se a verificação dos registros em duplicidade e de indivíduos não residentes do município em estudo. Considerou-se duplicidade casos em que a mesma pessoa foi notificada mais de uma vez para o mesmo evento. Para a identificação das duplicidades foram analisadas as variáveis nome, data de nascimento, nome da mãe, data de notificação e hora da notificação. Após, procedeu-se à revisão manual das fichas para comprovação da duplicidade e de não residência no município. Por fim, os casos que apresentavam informações residentes de outros municípios e em duplicidade de registro, foram excluídas da pesquisa.

Uma observação importante a ser considerada é que apesar dos SIS constituírem importantes fontes de dados secundários, torna-se necessário observar a qualidade dos dados produzidos (COELI *et al.*, 2009). A qualidade e a pertinência das informações produzidas, com intuito de conhecer as condições de saúde da população, podem estar comprometidas quando se verifica variáveis com preenchimento inadequado (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

Dentre as dimensões importantes para se avaliar a qualidade do dados produzidos, a completude é a segunda mais avaliada nas análises referente ao SIM, SINASC e ao SINAN (LIMA *et al.*, 2009).

Por fim, para proceder a análise da tendência da mortalidade por suicídio foram selecionados os óbitos por suicídio, por meio do item “categoria CID-10” com a escolha da codificação entre X60 a X84 no período entre 1996 a 2018. Os dados populacionais para cálculo das taxas de mortalidade foram obtidos do site do IBGE, acessíveis pelo sítio eletrônico do DATASUS/MS, utilizou-se a população acima de 15 anos, considerando o registro do primeiro óbito no período para a unidade de análise,

município de Afonso Cláudio, ter ocorrido nesta faixa etária. A Organização pan-Americana de saúde aponta que o suicídio ocorre durante todo o curso de vida, contudo foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo no ano de 2016 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020).

Os dados populacionais foram referentes à contagem da população (1996), censos demográficos (2000; 2010), projeções intercensitárias (1981 a 2012; 2013 a 2018 para Brasil e estado do ES) e estimativas preliminares populacionais para municípios (2013-2018) por representar dados mais atuais por sexo e faixa etária, dentre os disponíveis no site do DATASUS/MS. (DATASUS, 2020).

4.5.1 Variáveis para o boletim epidemiológico

Para o perfil das tentativas e óbitos por suicídio notificadas no SINAN e SIM, foram analisadas as seguintes variáveis:

- a) FNI violência autoprovoçada: Raça/cor, escolaridade, faixa etária em anos, presença de deficiência/transtorno e zona de residência, local e meio de agressão, segundo o sexo dos indivíduos.
- b) FI de intoxicação exógena: Raça/cor da pele, faixa etária em anos, raça/cor, escolaridade, ocupação, local e zona em que ocorreu a exposição, grupo do agente tóxico utilizado, via de exposição/contaminação, e evolução do caso.
- c) Declaração de óbito por suicídio: Sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, ocupação, situação conjugal e meio utilizado.

4.5.2 Variáveis para a completude das fichas do SINAN

Para a análise da completude, a escolha das variáveis baseou-se conforme sua importância epidemiológica para a vigilância do agravo, seguindo os critérios de classificação por tipo de preenchimento do campo: campo-chave, campo obrigatório e campo essencial. Em concordância aos instrutivos para preenchimento do Ministério da Saúde, que os define da seguinte maneira: o campo-chave corresponde aos identificadores do registro no sistema; o campo obrigatório é aquele cuja ausência de dado impossibilita inclusão da notificação ou da investigação no SINAN; o campo

essencial é aquele que registra o dado essencial para a análise epidemiológica ou operacional (BRASIL, 2016,2018).

Desta forma, são considerados campos-chaves para ambos instrumentos utilizados nesta pesquisa, o número da notificação, data, município de notificação, agravo/doença (Quadros 1 e 2).

QUADRO 1 - Distribuição das variáveis da Ficha de Intoxicação Exógena utilizadas para análise da completitude das tentativas de suicídio, SINAN, Afonso Cláudio-ES, Brasil, 2014 a 2019.

Blocos/ Campos	Campos Chaves	Campos Obrigatórios	Campos Essenciais
Dados Gerais	Número da notificação Data da notificação Município de notificação Agravado/Doença	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	
Notificação Individual		Idade Sexo	Raça/cor Escolaridade
Dados de Residência			Zona de residência
Antecedentes Epidemiológicos		Data da investigação	Ocupação
Dados da Exposição			Grupo do agente tóxico/class. Geral Agente tóxico (nome comercial/popular) Se agrotóxico, qual finalidade de utilização Circunstância da exposição
Dados do Atendimento			Tipo de atendimento Houve Hospitalização
Conclusão do Caso		Classificação final Data do encerramento	Evolução do caso

Fonte: Instruções para preenchimento da Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena Sinan-Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2018.

QUADRO 2 - Distribuição das variáveis da Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada para análise da completude das tentativas de suicídio, SINAN, Afonso Cláudio-ES, Brasil, 2014 a 2019.

Blocos/ Campos	Campos Chaves	Campos Obrigatórios	Campos Essenciais
Dados Gerais	Número da notificação Data da notificação Município de notificação Agravado/Doença	Nome da Unidade notificadora* Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual		Idade Sexo	Raça/cor Escolaridade
Dados de Residência			Bairro de residência
Dados da Pessoa Atendida			Estado Civil Possui algum tipo de deficiência/transtorno** Se sim, qual tipo de transtorno
Dados da Ocorrência			Ocorreu outras vezes A lesão foi autoprovocada
Violência		Tipo de violência	Meio de Agressão**
Dados do provável autor da violência		Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida**	Suspeita de uso de álcool
Encaminhamento		Encaminhamento	
Dados Finais		Data do encerramento*	

Fonte: Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada, 2016.

*Variável incluída em 2015.

** Variável com alteração na forma de preencher a resposta, com inclusão de novas possibilidades de respostas em 2015.

4.5.3 Variáveis para a tendência da mortalidade por suicídio

Para a análise da evolução temporal da mortalidade por suicídio, os óbitos por suicídio foram caracterizados considerando as seguintes variáveis: sexo (masculino e

feminino) e faixa etária (em anos: 15 a 29 anos, 30 a 59 anos; 60 ou mais) e ano de óbito.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

4.6.1 Boletim Epidemiológico

Para a elaboração do boletim epidemiológico foram calculados coeficientes de incidência e proporções referentes as notificações para tentativa de suicídio registradas no SINAN no período de 2014 a 2019. Para o cálculo utilizou-se a população acima de 05 anos, por esta categoria representar o primeiro caso de tentativa de suicídio registrado no SINAN no município.

Assim como foram calculadas as taxas de mortalidade padronizadas por 100 mil habitantes para cada ano do estudo. Para o cálculo, foi feita a razão entre o número de óbitos por suicídio em pessoas com idade igual ou maior que 15 anos e a população residente com a mesma faixa etária no mesmo período.

A tabulação dos dados foi realizada no software Microsoft Excel (2016). A descrição dos dados foi apresentada na forma de frequência simples e porcentagens.

4.6.2 Completitude das fichas do SINAN

O processo de tabulação dos dados foi realizado por meio do software: Microsoft Excel (2016) e analisado no programa estatístico “*Statiscal Package for Social Sciences*” (SPSS®) versão 24.

Foi apresentada a distribuição dos registros por ano de notificação. Para a classificação da completitude as variáveis foram dispostas em tabelas por classificação do campo, percentuais de preenchimento ($\{[\text{número de campo preenchido}/\text{total de notificações}] \times 100\}$), e qualidade, conforme escore proposto por Romero e Cunha (2006, 2007).

A qualidade da base de dados do SINAN foi avaliada quanto à completitude.

Considerou-se variável completamente preenchida quando a mesma apresentou marcação válida em seus campos de escolha. O não preenchimento da variável, somado aos campos preenchidos como “Ignorados” foram considerados como incompletude (ROMERO, CUNHA, 2006).

Adotou-se neste estudo para a avaliação da não completude das variáveis, o escore proposto por Romero e Cunha (2006,2007), composto pelos seguintes graus de avaliação: excelente (não completude menor de 5%), bom (não completude de 5% a 10%), regular (não completude de 10% a 20%), ruim (não completude de 20% a 50%) e muito ruim (não completude de 50% ou mais).

Os dados foram analisados de forma descritiva, por meio de porcentagens, bem como foi calculado o coeficiente não paramétrico de correlação linear de Spearman (r_s), e seu *valor de p* verificando a relação das variáveis que não apresentaram 100% de completude com o tempo (2014 a 2019). O nível alfa de significância adotado nas análises foi de 5%.

4.6.3 Tendência da mortalidade por suicídio

Para a análise da tendência temporal da mortalidade por suicídio, primeiramente, calculou-se os coeficientes de mortalidade em toda série estudada. Para o cálculo, foi efetuada a razão entre o número de óbitos por suicídio em indivíduos com idade igual ou maior que 15 anos e a população com a mesma faixa etária, no Brasil (BR), Espírito Santo (ES), municípios da Região Serrana (RS) e município de Afonso Cláudio (AFC), no período e multiplicado por 100 mil habitantes.

Os coeficientes foram padronizados por 100 mil habitantes para a variável sexo e, para a variável faixa etária, utilizou-se a padronização pelo método direto, adotando-se como padrão a população do Brasil do Censo de 2010, sendo expressas por 100 mil habitantes por ano (DATASUS, 2020).

Na análise da tendência temporal, foi utilizada a modelagem de regressão linear de *Prais-Winsten*, com o intuito de corrigir os efeitos da autocorrelação serial ao longo do tempo. As variáveis independentes (X) foram os anos de ocorrência dos óbitos e as

taxas de mortalidade foram consideradas variáveis dependentes (Y).

A autocorrelação decorre da influência sobre os resíduos de variáveis independentes. Para diagnosticar a existência de autocorrelação da série, aplicou-se o teste *Durbin-Watson*, cuja interpretação é obtida pelo valor do teste em uma escala de medida que varia de 0 a 4. Quando a estatística gera um valor próximo a 2, não há indícios de autocorrelação serial. Por outro lado, ocorrerá a autocorrelação positiva quando o valor é próximo a zero. Se o valor de *Durbin-Watson* é próximo a 4, a autocorrelação serial é negativa (ANTUNES, CARDOSO, 2015).

Inicialmente foi realizada a transformação logarítmica ($\log+1$) dos valores de Y, para linearizar os dados, taxas 0 (zero) encontradas em alguns anos, seguida da aplicação do modelo de autoregressivo de *Prais-Winstein* para que fossem estimados os valores dos coeficientes *beta* 1 (β_1). O modelo Prais-Winstein é dado pela fórmula ($y=b_0+b_1x$), Na fórmula, o valor de Y corresponde a taxa, B_0 corresponde à constante, B_1 ao coeficiente de regressão e X_1 corresponde ao próprio ano a ser previsto.

Posteriormente calculou-se as variações percentuais anais (APC: *annual percent change*) por meio da fórmula $APC=[-1+10^{b_1}]*100\%$ e os respectivos intervalos de confiança de 95%, $IC95\%:[-1+10^{b_1^{min.}}]*100\%$; $[-1+10^{b_1^{máx.}}]*100\%$, conforme método proposto por Antunes e Cardoso (2015).

As tendências foram classificadas como crescentes ($p<0,05$ e coeficiente de regressão positivo), decrescentes ($p<0,05$ e coeficiente de regressão negativo) e estacionária quando o coeficiente de regressão não deferiu de zero ($p>0,05$). A normalidade foi testada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Foi adotado o nível de significância estatística de 5%.

Para a tabulação, análise descritiva e cálculo das taxas foram utilizados o programa: Microsoft Excel 2016 e para a análise da tendência, o programa STATA, versão 16.0.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A Secretaria Municipal de Saúde de Afonso Cláudio/ES autorizou a realização do estudo mediante a assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (APENDICE A).

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro das Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP-CCS-UFES) por meio da Plataforma Brasil e obedeceu aos dispositivos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo parecer CAAE N° 32646820.2.0000.5060 (Anexo D) (BRASIL, 2012).

As informações obtidas para análise da tendência da mortalidade por suicídio no Brasil, estado do Espírito Santo, em sua Região Serrana e no município Afonso Cláudio/ES, são de domínio público, sem a possibilidade de identificação dos indivíduos, não necessitando de aprovação prévia de comitê de ética.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo resultou em uma produção técnica para o serviço e dois artigos científicos, a saber:

5.1 PRODUÇÃO TÉCNICA

5.2 ARTIGO CIENTÍFICO 1

5.3 ARTIGO CIENTÍFICO 2

5.1 PRODUÇÃO TÉCNICA

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS E ÓBITOS POR SUICÍDIO*

Equipe Técnica: O Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por Suicídio foi desenvolvido pela mestranda Enf^a. Maysa de Oliveira Silva Caliman, Prof. Dr. Marcos Vinícius Ferreira dos Santos e Prof^a. Dr^a. Marluce Mechelli de Siqueira após a autorização do uso dos dados, cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Afonso Cláudio-ES.

Introdução: O suicídio configura como um grave problema de saúde pública no mundo, uma vez que é um tema de grande repercussão e cuja complexidade exige uma análise ampla e multifatorial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 2000). Ainda que o cenário seja alarmante, o suicídio pode ser prevenido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A partir de uma análise contextual é possível compreender situações de maior risco, entre elas ter acesso aos meios de cometer suicídio. Assim, estratégias multissetoriais abrangentes para a prevenção do suicídio são essenciais para alcançar a redução do suicídio em todo o mundo, e as abordagens em nível de comunidade devem ser empregadas como parte de uma estratégia eficaz (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O estigma em relação ao tema do suicídio impede a procura de ajuda, que pode evitar mortes. Da mesma forma, sabe-se que falar de forma responsável sobre o fenômeno do suicídio opera muito mais como um fator de prevenção do que como fator de risco, podendo, inclusive, se contrapor a suas causas (BRASIL, 2017). Uniformemente, é sabido que intervenções eficientes, bem fundamentadas, baseadas em evidências e em dados seguros, podem ser aplicadas a determinados grupos e indivíduos para se prevenir as tentativas de suicídio e evitar o óbito por essa causa.

*A ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Afonso Cláudio-ES.

Nesse sentido, o objetivo deste boletim é apresentar a situação epidemiológica das tentativas e óbitos por suicídio no município de Afonso Cláudio/ES e assim propor estratégias para o seu enfrentamento.

Descrição do Produto: O Boletim Epidemiológico caracteriza-se como uma tecnologia educacional e tem como principal objetivo a divulgação de informações acerca do monitoramento de agravos, como a tentativa de suicídio e o suicídio. Assim sendo, oportuniza a população e aos profissionais da saúde informações acerca da atual situação epidemiológica, contribuindo assim, para a formulação de políticas públicas de saúde no que tange à organização dos serviços de saúde relacionados à assistência.

A epidemiologia tem muito a contribuir no processo de enfrentamento desse grave problema que é o suicídio, pois responder a questões como estas: Como é o padrão do comportamento suicida? Qual a faixa etária mais acometida? Em relação ao sexo, quem se suicida mais, os homens ou as mulheres? Qual a tendência das taxas em cada grupo? E muitas outras, é fundamental para o planejamento de políticas de saúde pública. Assim, os sistemas de informação assumem um papel fundamental enquanto fontes de dados. Diminuir as subnotificações dos casos de suicídio, assim como primar pela qualidade no preenchimento dos documentos que fazem parte de sua base, são fatores imprescindíveis para a compreensão e a prevenção do fenômeno.

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (2010), a informação é um instrumento essencial para a tomada de decisões e essa perspectiva, representa uma ferramenta imprescindível à Vigilância Epidemiológica (VE), por se constituir no fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”, tríade que sintetiza a dinâmica de suas atividades que são iniciadas a partir da informação, pelo preenchimento da notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, realizada pelos profissionais de saúde. E, uma vez em posse dessas informações, são importantes atribuições da VE, a análise e interpretação dos dados, a retroalimentação dos sistemas e a ampla divulgação das

informações, compartilhando a realidade da atual situação de saúde, contribuindo assim, com as ações que possam ser geradas para controle e redução dos casos.

O Boletim Epidemiológico configura-se como um instrumento da Vigilância para promover a disseminação de informações relevantes e fidedignas com potencial de contribuir com a orientação de ações na saúde pública, através de publicação de monitoramentos de agravos, análise de situações epidemiológicas e informações relevantes para determinadas regiões (BRASIL, 2017a). Faz-se cada vez mais importante o incentivo e estímulo aos estados e municípios para construir instrumentos periódicos de divulgação de informações pelas Vigilâncias, contribuindo com o conhecimento de todos acerca das situações de saúde locais (BRASIL, 2017).

Assim, o Boletim Epidemiológico aborda sobre a situação epidemiológica das tentativas de suicídio e do suicídio nos últimos 06 (seis) anos no município de Afonso Cláudio/ES. Primeiramente faz-se um apanhado sobre o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio no município entre os anos de 2014 a 2019. Depois, de forma separada, descreve os casos notificados das tentativas de suicídio por intoxicação exógena e lesão autoprovocada realizadas no município de janeiro de 2014 e até a Semana Epidemiológica nº 52, do ano de 2019. Por fim, apresenta medidas de prevenção do suicídio, como também retrata a importância do correto preenchimento das fichas de notificações compulsórias realizadas pelos profissionais de saúde, objetivando a conscientização dos mesmos para a melhoria da qualidade de tais informações.

Tipo e Natureza da Produção Técnica:

O Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio é considerado um material didático, de natureza informativa.

Meio de Divulgação:

A divulgação do Boletim Epidemiológico será realizada em formato impresso e em formato eletrônico, por meio dos meios de comunicação oficiais da Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio - ES.

Finalidade do Produto: Divulgar as informações acerca da situação epidemiológica das tentativas de suicídio e suicídio no município de Afonso Cláudio – ES e contribuir para o planejamento em saúde local, assim como para a elaboração de políticas de saúde públicas voltadas para a prevenção do suicídio.

Contribuições e possíveis impactos à prática profissional:

Espera-se que o Boletim Epidemiológico possa servir como fonte de conhecimento acerca da situação epidemiológica das tentativas e óbitos por suicídio no município de Afonso Cláudio/ES. De maneira que possa subsidiar o planejamento de estratégias de prevenção pela gestão em saúde local, assim como contribuir de maneira relevante os trabalhos dos atores corresponsáveis no processo de prevenção deste agravo, como exemplo: Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Segurança Pública, Ministério Público, Polícia Militar e Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo. Espera-se também, que esse boletim possa sensibilizar os profissionais de saúde que trabalham no município, sobre a importância da notificação compulsória e seu adequado preenchimento, para a consolidação dos dados em informações fidedignas, fundamentais para o planejamento das ações de saúde local.

Registro do produto:

Considerando tratar-se de um Boletim Epidemiológico, produzido a partir de um roteiro textual, ele será registrado na Instituição prefeitura Municipal de Afonso Cláudio/Secretaria Municipal de Saúde para resguardo dos direitos autorais. Nesse sentido, a solicitação do registro será providenciada pela autora.



Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio
Secretaria Municipal de Saúde

Boletim Epidemiológico

v. 1 / n. 1 / DEZEMBRO 2020

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS E ÓBITOS POR SUICÍDIO ENTRE OS ANOS DE 2014 A 2019

EDITORIAL

Um sistema de vigilância epidemiológica só se completa quando se cumprem as funções básicas de levantar informações que orientam os profissionais e os serviços de saúde sobre as variáveis relevantes para o efetivo controle das doenças, agravos e problemas de saúde objetos de vigilância. Isto implica não apenas na implantação de um mecanismo de coleta e análise de dados, mas, também, na divulgação das informações.

O Boletim Epidemiológico deve servir como ponto de referência para os profissionais de saúde em todos os níveis de atenção e a comunidade.

1. A notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória às autoridades de saúde, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública listadas na Portaria 204/2016, do Ministério da Saúde.
2. A notificação é de responsabilidade e dever de todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, biólogos, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, entre outros, no exercício da profissão, bem como dos responsáveis por organizações e estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, ou de ensino.
3. A ficha de notificação compulsória é um instrumento utilizado para a organização das ações dentro da Secretaria de Saúde e seu correto preenchimento viabiliza informações para o conhecimento da situação epidemiológica das doenças, contribuindo para medidas de controle e de proteção para a população.

Diante disso, estamos publicando este boletim com o intuito de compartilhar com todos profissionais de saúde, informações acerca da situação epidemiológica das tentativas e óbitos por suicídio em nosso município.

INTRODUÇÃO

Considerado como uma violência autoprovocada, o suicídio é definido pelo uso intencional da força física ou do poder real contra si próprio, com a intenção de ferir ou matar, sendo apontado como um grave problema de saúde pública mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Sobre a tentativa de suicídio (TS), esta se refere a qualquer comportamento suicida não fatal, como intoxicação exógena, lesão ou dano autoprovocado intencionalmente (BOTEGA, 2015).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que o suicídio é cometido por aproximadamente 800 mil pessoas por ano, sendo a segunda causa de morte mais frequente entre aqueles com faixa etária de 15 a 24 anos. Estimativas apontam que a cada indivíduo que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; 2014; 2019).

No Brasil, no período entre 2011 a 2017, foram registrados 80.352 óbitos por suicídio na população acima de 10 anos, dos quais 21.790 (27,3%) ocorreram na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 17.221 (79,0%) no sexo masculino e 4.567 (21,0%) no feminino (BRASIL, 2019). Contudo, esse número deve ser maior, considerando que os números reais de suicídio possam estar subnotificados nos registros oficiais do Ministério da Saúde (MS) (D'ECA JUNIOR *et al.*, 2019).

Em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela (BRASIL, 2016).

Por meio do componente contínuo, que capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), através dos trabalhos da Vigilância em Saúde e Vigilância Epidemiológica realizam os registros dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dentre os vários objetos de notificação do VIVA no SINAN, tem-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada (BRASIL, 2016).

Em 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados no Brasil. No ano de 2014, o MS atualizou a lista de doenças e agravos de notificação compulsória atribuindo caráter imediato (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) à notificação de casos de TS para as secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2017b).

Paralelamente, o SINAN dispõem do banco de intoxicação exógena, alimentado por meio da ficha de investigação intoxicação exógena (BRASIL, 2018). No país, as intoxicações exógenas são importantes agravos à saúde. Os dados relativos as intoxicações exógenas no período entre 2007 a 2016, apontaram maior proporção de registros resultante de TS, que foi quase duas vezes maior que a

exposição/contaminação por abuso e acidente somados (BRASIL, 2019).

As TS ocupam lugar importante no estudo das lesões autoprovocadas, uma vez que são um preditor importante para a morte autoinfligida (BOTEGA, 2015).

Assim, a notificação é considerada uma ferramenta disparadora do cuidado no âmbito da rede de atenção, tornando-se um instrumento adequado para acionar os seus

diferentes pontos, inclusive a atenção psicossocial (BRASIL,2011). Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do MS no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde.

Nesse sentido, este boletim, fruto de um estudo realizado no município de Afonso Cláudio/ES, traz a descrição do perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio ocorridas no período de 2014 à 2019.

MÉTODO

Estudo descritivo e epidemiológico, no qual foram analisados os registros relacionados às TS notificadas pelos instrumentos: ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada e ficha de investigação de intoxicação exógena, bem como aqueles que evoluíram a óbito por esta causa no município de Afonso Cláudio-ES, por meio da análise da declarações de óbitos.

Os casos foram divididos em dois grupos: tentativas de suicídio e óbitos por suicídio.

1 - TENTATIVAS DE SUICÍDIO

As informações sobre as TS foram extraídas do banco de dados do SINAN, a partir das fichas de notificação individual (FNI) de violência interpessoal/autoprovocada e fichas de investigação (FI) de intoxicação exógena. Para as FNI de violência interpessoal/autoprovocada, foram selecionadas para análise as notificações que, no campo destinado ao registro de 'lesão

autoprovocada', encontravam-se demarcadas como 'sim', no campo 'tipologia da violência' os descritos como 'tentativa de suicídio' ou 'autoagressão' e no campo de referência do 'autor da agressão', a 'própria pessoa'. Já para as FI de intoxicação exógena, foram selecionadas as notificações em que a variável "circunstância da exposição/ contaminação" obteve o campo nº10 que se refere a "tentativa de suicídio", com marcação positiva. Excluíram-se as duplicidades (casos da mesma pessoa com mesma data e hora de notificação) e as notificações de indivíduos não residentes do município.

A distribuição dos dados foi analisada em relação às variáveis sociodemográficas dos casos notificados por violência autoprovocada (raça/cor, escolaridade, faixa etária em anos, presença de deficiência/transtorno e zona de residência) e das características da ocorrência (local e meio de agressão), segundo o sexo dos indivíduos. As TS notificadas por intoxicação

exógena foram analisadas por meio das categorias: sexo, faixa etária em anos, raça/cor da pele, escolaridade, ocupação, local e zona em que ocorreu a exposição, grupo do agente tóxico utilizado, via de exposição/contaminação, e evolução do caso.

Foram calculados coeficientes de incidência e proporções das notificações para tentativa de suicídio registradas no SINAN no período de 2014 a 2019. Para o cálculo utilizou-se a população acima de 05 anos, por esta categoria representar o primeiro caso de TS registrado no SINAN no município. Utilizou-se o software *Excel 2016*, para cálculo dos coeficientes e proporções.

2 – ÓBITOS POR SUICÍDIO

Os dados referentes aos óbitos por suicídio foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Afonso Cláudio-ES, por meio dos registros da declaração de óbito. Para a identificação dos óbitos por suicídio, utilizou-se o campo “causa básica” codificado entre X60

a X84, segundo a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Foram calculadas as taxas de mortalidade por suicídio para cada ano do estudo. Para o cálculo, foi feita a razão entre o número de óbitos por suicídio em pessoas com idade igual ou maior que 15 anos e a população residente com a mesma faixa etária no mesmo período. Justifica-se a seleção da idade igual ou maior que 15 anos, pelo motivo deste grupo representar o primeiro registro de óbito por suicídio no município.

Os dados populacionais utilizados para este boletim foram obtidos por meio do estudo de estimativas populacionais disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por representar dados mais atuais, dentre os disponíveis no site do DATASUS/MS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das tentativas de suicídio registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2014 a 2019

No período estudado, foram registradas 804 notificações de violência interpessoal/autoprovocada e intoxicação exógena no SINAN. Destas, 285 casos foram classificados como TS, sendo que, 17 eram de não

residentes do município, e por isso foram desconsideradas no estudo. Do número total de casos notificados (268), 55 casos foram identificados por meio da ficha de violência interpessoal/autoprovocada e os demais (213) mediante análise das fichas de intoxicação exógena. A tabela 1 apresenta a incidência e distribuição das notificações de TS por violência autoprovocada e intoxicação exógena no SINAN, conforme os anos estudados.

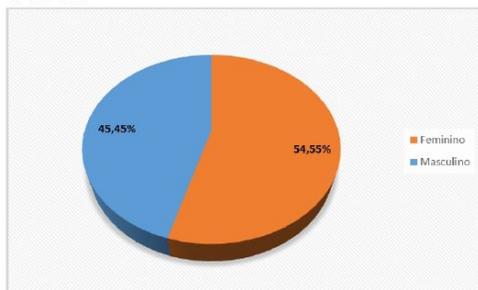
Tabela 1: Incidência e distribuição das notificações sobre tentativas de suicídio por violência interpessoal/autoprovocada e intoxicação exógena no SINAN, Afonso Cláudio-ES, 2014 – 2019. *

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019
População	29.019	28.881	28.766	28.657	28.539	28.434
Casos Tentativa de Suicídio por ficha de Violência Autoprovocada	10	6	4	8	13	14
Incidência dos Casos Tentativa de Suicídio por ficha de Violência Autoprovocada	34,5	20,8	13,9	27,9	45,6	49,2
Casos Tentativa de Suicídio por ficha de Intoxicação Exógena	2	24	44	46	57	40
Incidência dos Casos Tentativa de Suicídio por ficha de Intoxicação Exógena	6,9	83,1	153,0	160,5	199,7	140,7

Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES. *Incidência calculada por 100.000 habitantes.

Do total das notificações para TS registradas por meio das fichas de violência interpessoal/autoprovocada, observou-se que 54,55% corresponderam ao sexo feminino (Figura 1).

Figura 1- Proporção de Notificações de tentativas de suicídio por lesão autoprovocada, segundo sexo, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.



Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=55).

Na análise das notificações de lesão autoprovocada pelo sexo feminino, observou-se que para a variável raça/ cor, 43,3% das mulheres eram brancas e 36,6%, pardas. Em relação à escolaridade, 20% delas apresentavam ensino fundamental incompleto. Contudo, observou-se um elevado percentual de casos com escolaridade ignorada (43,3%). A ocorrência de violência autoprovocada entre as mulheres concentrou-se nas faixas etárias de 15 a 19 e 30 a 39 anos, ambas categorias representando 23,3% dos casos cada. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 16,6%, com a mesma proporção para suspeita de uso de álcool entre as mulheres notificadas. As TS ocorreram em

mulheres que residiam predominantemente na zona urbana (Tabela 2).

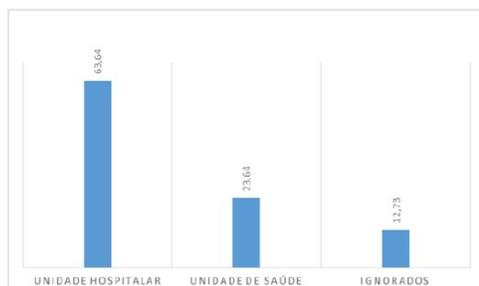
Tabela 2- Características dos casos tentativas de suicídio notificados por meio da ficha de violência interpessoal/autoprovoçada, segundo sexo, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.

Características	Feminino (n:30)		Masculino (n: 25)	
	n	%	n	%
Faixa Etária (em anos)				
5 a 9 anos	0	0	1	4
10 a 14 anos	4	13,3	3	12
15 a 19 anos	7	23,3	1	4
20 a 29 anos	1	3,3	8	32
30 a 39 anos	7	23,3	3	12
40 a 49 anos	6	20	4	16
50 a 59 anos	2	6,6	1	4
60 a 69 anos	2	6,6	4	16
70 e mais	1	3,3	0	0
Raça/Cor				
Branca	13	43,3	9	36
Preta	1	3,3	1	4
Parda	11	36,6	12	48
Ignorado	5	16,6	3	12
Escolaridade				
Fundamental incompleto	6	20,0	8	32
Fundamental completo	1	3,3	2	8
Médio incompleto	3	10,0	2	8
Médio completo	3	10,0	1	4
Superior incompleto	3	10,0	0	0
Superior completo	1	3,3	0	0
Ignorado	13	43,3	12	48
Zona de residência				
Urbana	15	50	15	60
Rural	13	43,3	10	40
Periurbana	1	3,3	0	0
Ignorado	1	3,3	0	0
Presença de deficiência/transtorno?				
Sim	5	16,6	2	8
Não	23	76,6	15	60
Ignorado	2	6,6	8	32
Suspeita de uso de álcool				
Sim	5	16,6	7	28
Não	11	36,6	8	32
Ignorado	14	46,6	10	40

Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=55).

Quanto à unidade notificadora nos registros para TS nas fichas de violência interpessoal/autoprovocada, observou-se uma maior proporção de notificações por unidade hospitalar (63,6%) (Gráfico 1). Por se tratar de uma lesão, que pode evoluir para consequências mais graves, é esperado que este indivíduo procure e/ou seja encaminhado no primeiro momento, para o atendimento de urgência e emergência.

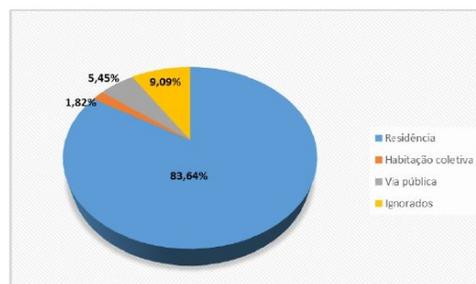
Gráfico 1- Proporção de unidades notificadoras de tentativas de suicídio notificados por meio da ficha de violência interpessoal/autoprovocada, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.



Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=55).

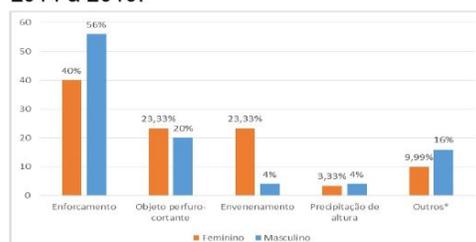
No que se refere às características da ocorrência entre os registros de TS das fichas de violência interpessoal/autoprovocada, a própria residência da vítima foi o local predominante (83,6%) (Figura 2). Dos meios de agressão, o enforcamento apresentou a maior proporção tanto para o sexo feminino (40%) como para o masculino (56%) (Gráfico 2).

Figura 2 - Proporção do local de ocorrência dos casos notificados para tentativas de suicídio por lesão autoprovocada, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.



Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=55).

Gráfico 2- Meios de agressão dos casos notificados para tentativas de suicídio por lesão autoprovocada, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.

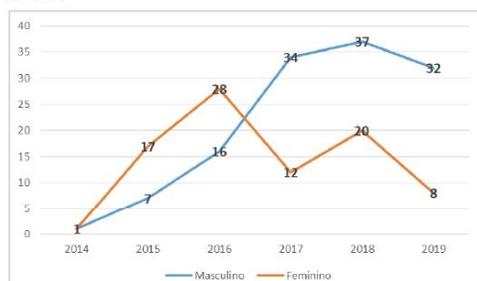


Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=55).

No que tange aos casos notificados de TS por meio dos registros na ficha de investigação de intoxicação exógena, no período entre 2014 a 2019, registrou-se n: 213 casos no SINAN. O ano de 2018 apresentou o maior número de notificações, com 57 casos (26,76%) seguido do ano de 2017, com 46 casos (21,6%). Diferentemente dos casos de tentativas de suicídio por violência interpessoal/autoprovocada, constatou-se que a população masculina representou a maior proporção dos casos de TS por intoxicação

exógena, com 127 casos (59,6%), conforme observado no gráfico 3.

Gráfico 3- Número de notificações de tentativa de suicídio por meio da ficha de investigação de intoxicação exógena, segundo sexo e ano de notificação, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.



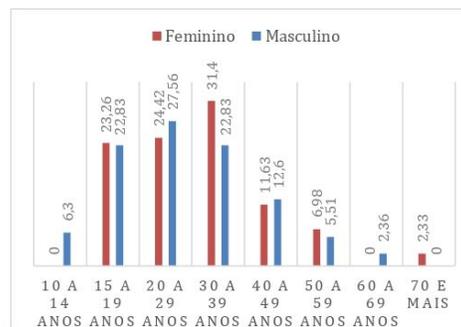
Fonte: SINAN, 2014-2019. SMS Afonso Cláudio/ES (n=213).

Considerando-se o total de TS notificadas por meio da ficha de investigação de intoxicação exógena, aproximadamente 79% ocorreram entre as faixas etárias de 15 a 39 anos para as mulheres, e 73% para os homens, entre os estratos. Em ambos os sexos, as notificações de tentativas estão concentradas na população entre 15 a 39 anos, abrangendo pessoas em idade jovem/adulta (Gráfico 4).

Na análise das características dos casos de TS notificados por meio da ficha de investigação de intoxicação exógena, observou-se para o sexo masculino, um elevado percentual de baixa escolaridade (máximo de 9 anos de estudo), o que corresponde ao ensino fundamental incompleto e completo, correspondendo a 25,98% e 17,33% respectivamente. Entre as mulheres, constatou-se elevado percentual nas categorias fundamental incompleto (18,6%) e

ensino médio completo (16,2%). Quanto à variável raça/cor da pele, em ambos os sexos para as TS notificadas por meio da ficha de investigação de intoxicação exógena, a maior ocorrência foi entre pessoas brancas e pardas, sendo para o sexo feminino 41,8% e 43%, e para o sexo masculino 41,7% e 45,6%, respectivamente. A análise da ocupação das pessoas mostrou que, em ambos os sexos, a maior proporção de TS ocorreu entre trabalhadores agropecuários, 37,2% para o sexo feminino e 31,5% para sexo masculino. Entre os homens, a segunda maior proporção foi observada entre estudantes (20,47%). Todavia, observou-se uma elevada proporção de registros ignorados (30,7% referentes ao sexo masculino e 39,53% ao feminino) (Tabela 3).

Gráfico 4- Percentual de indivíduos notificados para tentativas de suicídio por intoxicação exógena, segundo faixa etária, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.



Fonte: SINAN, 2014-2019. SMS Afonso Cláudio/ES (n=213).

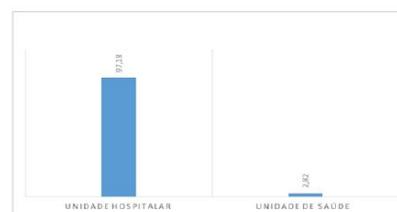
Tabela 3- Características dos casos tentativas de suicídio notificados por meio da ficha de investigação intoxicação exógena, segundo sexo, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.

Características	Feminino (n=86)		Masculino (n=127)	
	n	%	n	%
Escolaridade				
Analfabeto	1	1,16	1	0,79
Fundamental incompleto	16	18,60	33	25,98
Fundamental completo	8	9,30	22	17,32
Ensino médio incompleto	11	12,79	10	7,87
Ensino médio completo	14	16,28	16	12,60
Educação superior incompleta	2	2,33	4	3,15
Educação superior completa	0	0,00	2	1,57
Ignorado	34	39,53	39	30,71
Raça/cor da pele				
Branca	36	41,86	53	41,73
Preta	9	10,47	14	11,02
Amarela	2	2,33	1	0,79
Parda	37	43,02	58	45,67
Indígena	1	1,16	0	0,00
Ignorado	1	1,16	1	0,79
Ocupação				
Trabalhador agropecuário em geral	32	37,21	40	31,50
Faxineiro	10	11,63	9	7,09
Dona de Casa	7	8,14	9	7,09
Estudante	6	6,98	26	20,47
Outros*	31	36,05	43	33,85

Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=213). *Outros: Não se aplica e ignorado.

Assim como para as notificações de TS notificadas por meio da FNI de violência interpessoal/autoprovocada, a maior proporção das notificações de TS registradas pela ficha de investigação de intoxicação exógena foi registrada na atenção terciária por meio de atendimentos realizados nas unidades hospitalares (97,18%) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Proporção de unidades notificadoras de tentativas de suicídio por intoxicação exógena, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.



Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=213).

Em ambos os sexos, as maiores proporções de TS registradas pela ficha de investigação de intoxicação exógena ocorreram nas residências dos indivíduos, sendo 89,5% no sexo feminino e 90,5% no masculino. Para ambos os sexos, a maior proporção quanto ao tipo de exposição se deu de forma aguda, com 80,2% para homens e 77,95% para mulheres, predominando a intoxicação por meio de medicamentos, com 68,6% entre as mulheres e 80,3% entre os homens. Contudo, observou-se que o percentual de mulheres que usaram agrotóxicos (22,9%) foi maior que o observado entre os homens, cujo registro foi 14,96%. A maioria das intoxicações ocorreram em residentes da área urbana. Quanto à evolução, 47,6% das mulheres e 43,3% dos homens evoluíram com cura e sem sequelas. E, do total de notificação de TS por intoxicação exógena, 04 evoluíram a óbito por intoxicação exógena, representando em proporções, 2,3% entre as mulheres e 1,5%. Contudo, observou-se uma elevada proporção de registros ignorados nesta variável (50,2%) (Tabela 4).

Perfil dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) no período de 2014 a 2019

No período de 2014 a 2019, foram registrados 32 óbitos por suicídio em residentes do

município de Afonso Cláudio/ES, com uma taxa média de mortalidade de 23,1/100.000 habitantes. Os resultados apontam taxas de mortalidade variando de 20,4 em 2014 a 36,8 em 2019 (Gráfico 6).

No âmbito nacional, um estudo realizado entre os anos de 2011 a 2015, apresentou taxa geral de mortalidade por suicídio, variando entre 5,3 e 5,7 por 100.000 habitantes respectivamente (BRASIL, 2017). Machado e Santos (2015), ao analisarem a mortalidade por suicídio entre as regiões no país no período de 2000 a 2012, apontaram taxas com uma variação entre 4,2 a 5,6 por 100.000 habitantes na região Sudeste, respectivamente. No Espírito Santo, as taxas variaram entre 4,7 em 2012 e 6,2 em 2016 por 100.000 habitantes (TAVARES, *et al*, 2020).

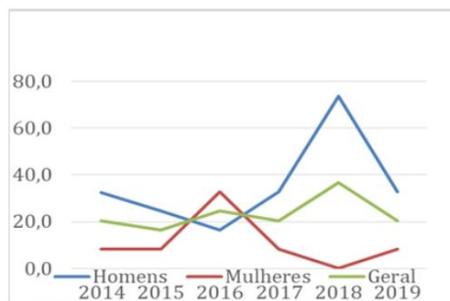
Em relação à distribuição por sexo entre os anos estudados, percebem-se taxas maiores na população masculina, com um aumento significativo no ano de 2018, quando comparado a população feminina, corroborando dados do Brasil e do mundo (BRASIL, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A literatura aponta alguns possíveis fatores que expliquem esse padrão: diferenças na preferência e no acesso aos métodos, na busca por atendimento para transtorno mental, no consumo de álcool e na aceitação social quanto às formas de lidar com estresse e conflitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) (Gráfico 6).

Tabela 4- Características dos casos tentativas de suicídio notificados por meio da ficha de investigação intoxicação exógena, segundo sexo, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.

Características	Feminino (n=86)		Masculino (n=213)	
	n	%	n	%
Local de ocorrência da exposição				
Residência	77	89,50	115	90,5
Ambiente de trabalho	0	0,00	5	3,94
Ambiente externo	5	5,80	0	0,00
Outro	1	1,16	2	1,57
Ignorado	3	3,49	5	3,94
Tipo de exposição				
Aguda única	69	80,23	99	77,95
Aguda repetida	7	8,14	18	14,17
Aguda sobre crônica	0	0,00	1	0,79
Ignorado	10	11,63	9	7,09
Grupo do agente tóxico/classificação geral				
Medicamento	59	68,6	102	80,32
Planta tóxica	2	2,33	0	0,00
Outro	0	0,00	1	0,79
Agrotóxico*	19	22,09	19	14,96
Raticida	3	3,49	3	2,36
Ignorado	3	3,49	2	1,58
Zona de Ocorrência				
Urbana	47	54,65	77	60,63
Rural	35	40,70	45	35,43
Periurbana	0	0,00	2	1,57
Ignorado	4	4,66	3	2,36
Evolução do caso				
Cura sem sequelas	41	47,67	55	43,31
Cura com sequelas	1	1,16	4	3,15
Óbito por intoxicação exógena	2	2,33	2	1,57
Perda de seguimento	1	1,16	0	0,00
Ignorado	41	47,67	66	51,96

Fonte: SINAN, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=213). *Agrotóxico de uso agrícola (15,96%) e uso doméstico (0,47%).

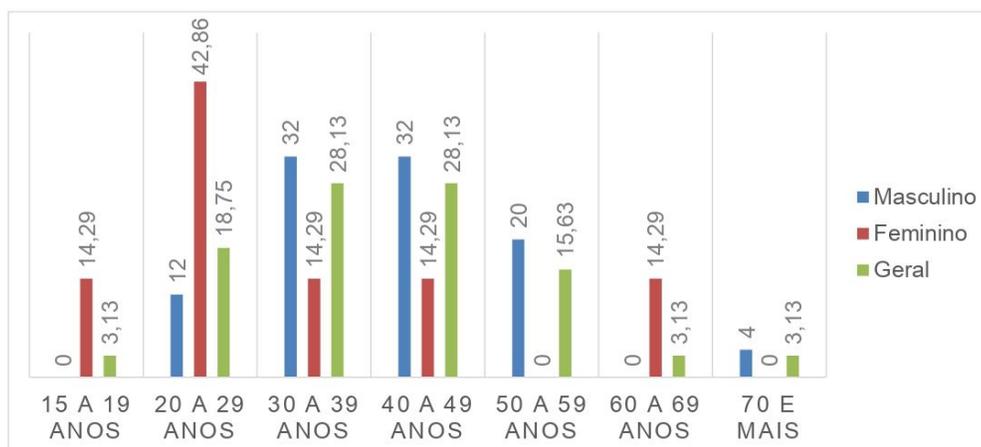
Gráfico 6- Taxas de mortalidade por suicídio, por 100 mil hab., segundo ano do óbito e sexo, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.



Fonte: SIM, 2014-2019. SMS Afonso Cláudio/ES (n=32).

Independente do sexo, as faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, corresponderam juntas a uma proporção de 56,2% dos óbitos. Na população masculina, observaram-se maiores proporções entre as faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, 32,0% em ambas categorias. Já entre as mulheres, o grupo etário mais acometido foi o de 20 a 29 anos, com 42,8% (Gráfico 7).

Gráfico 7- Proporção de óbitos por suicídio, segundo faixa etária, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019.



Fonte: SIM, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=32).

Analisando-se os óbitos segundo as variáveis raça/cor da pele e escolaridade, observaram-se maiores proporções na população parda (40,6%) e 12,5% dos óbitos ocorreram em indivíduos com 1 a 3 anos de estudos. Contudo, observou-se uma proporção elevada de registros de óbitos por suicídio com sua escolaridade ignorada (68,7%). O perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio foi

divergente entre os sexos, quando analisado pela situação conjugal. Para o sexo masculino, a maior proporção ocorreu entre homens casados (40,0%). Já entre as mulheres, observou-se maior proporção dos óbitos entre as solteiras (42,8%). Quanto ao meio utilizado para incorrer o suicídio, o mais empregado foi o enforcamento 68,7%, seguido por intoxicação

exógena 25,0%, padrão este que acompanhou para ambos os sexos (Tabela 5).

Tabela 5- Proporção dos óbitos por suicídio, segundo características sociodemográficas, Afonso Cláudio/ES, Brasil, 2014 a 2019

Variáveis	Masculino (n:25)		Feminino (n:7)		Geral	
	n	%	n	%	n	%
Raça/Cor						
Parda	10	40,00	3	42,86	13	40,63
Branca	8	32,00	2	28,57	10	31,25
Preta	3	12,00	0	0,00	3	9,38
Ignorado	4	16,00	2	28,57	6	18,75
Escolaridade (anos de estudo)						
Nenhuma	1	4,00	0	0,00	1	3,13
1 a 3	3	12,00	1	14,29	4	12,50
4 a 7	2	8,00	0	0,00	2	6,25
8 a 11	1	4,00	2	28,57	3	9,38
Ignorado	18	72,00	4	57,14	22	68,75
Ocupação						
Trabalhador Agropecuário em Geral	11	44,00	3	42,86	14	43,75
Comerciante Varejista	1	4,00	0	0,00	1	3,13
Representante Comercial Autônomo	1	4,00	0	0,00	1	3,13
Aposentado/Pensionista	1	4,00	0	0,00	1	3,13
Empregado Doméstico nos Serviços Gerais	0	0,00	1	14,29	1	3,13
Pedreiro	1	4,00	0	0,00	1	3,13
Ignorado	10	40,00	3	42,86	13	40,63
Situação Conjugal						
Casado	10	40,00	2	28,57	12	37,5
Solteiro	4	16,00	3	42,86	7	21,88
Viúvo	2	8,00	1	14,29	3	9,38
Separado Judicialmente/Divorciado	2	8,00	0	0,00	2	6,25
Ignorados	7	28,00	1	14,29	8	25,00
Meio utilizado						
Enforcamento	18	72,00	4	57,15	22	68,76
Intoxicação exógena	6	24,00	2	28,57	8	25,01
Arma de fogo	1	4,00	0	0,00	1	3,13
Precipitação de um lugar elevado	0	0,00	1	14,29	1	3,13

Fonte: SIM, 2014-2019- SMS Afonso Cláudio/ES (n=32).

Estratégias de restrição aos meios de cometer suicídio, como o controle do uso de agrotóxicos/pesticidas e de armas de fogo, reduzem a incidência do suicídio e são recomendadas como instrumentos de prevenção universal, conforme aponta a Organização Mundial de Saúde (2012).

O perfil epidemiológico, relativo às notificações de TS, apontou para a predominância da

ocorrência TS pelos registros da ficha de violência interpessoal/autoprovocada na população adolescente e adulta do sexo feminino, tendo como principal meio o enforcamento e, como local de escolha a própria residência. No que concerne às TS por intoxicação exógena, os dados revelam a predominância de jovens/adultos do sexo masculino, utilizando como principal meio a

ingestão aguda de medicamentos. Os resultados chamam atenção em relação a predominância do uso de agrotóxicos pela população feminina ser maior que a população masculina.

Destaca-se que os registros sobre as notificações de TS apontaram elevadas proporções de casos ignorados entre as variáveis estudadas. Entre as estratégias de prevenção ao suicídio, estão aquelas relacionadas aos sistemas de informação em saúde, incluindo a coleta e análise de dados sobre tentativas e óbitos por suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012; 2014; BRASIL, 2017). No país, apesar das TS serem de notificação compulsória e imediata (BRASIL, 2014) ainda é necessário ampliar a abrangência e qualidade da notificação. Entende-se a importância do uso de

informações, tanto para a prevenção de tentativas e de óbitos, quanto para o acionamento imediato da rede de atenção e proteção, acompanhamento e intervenção precoce nos casos identificados como tentativas de suicídio.

Conhecer as características relacionadas às notificações de TS e de óbitos por suicídio auxilia na conduta direcionada em estratégias de prevenção. Neste seguimento, o diagnóstico confiável, as medidas de prevenção e o monitoramento mais eficaz dessas ocorrências dependem da correta classificação dos eventos e da qualidade no preenchimento dos campos da ficha. Óbitos por suicídio podem estar subnotificados, pelo forte estigma e falhas na determinação precisa da causa da morte sendo esta a limitação desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dados epidemiológicos servem como alerta e fomentam programas de intervenção. O estudo aqui citado, apresentou pela primeira vez índices sobre as tentativas e óbitos por suicídio no município de Afonso Cláudio/ES, a partir da captura de dados locais. Suicídio é tema tabu que agora tem voz, principalmente no que refere-se à prevenção e diminuição do número de ocorrências, envolvendo diversas modalidades de prevenção. Não falar sobre

suicídio não diminuiu seus índices, pelo contrário, eles têm aumentado.

A informação é um recurso importante na área da saúde que visa subsidiar as ações e o planejamento em saúde. Assim, deve-se dar a devida importância para a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à qualidade dos registros que, quando devidamente feitos, podem facilitar o processo de planejamento em saúde.

Além disso, os profissionais de saúde precisam estar preparados para cuidar dos usuários que apresentem risco para o suicídio, bem como prevenir e identificar o comportamento suicida em todos os níveis de atenção.

Partindo desse pressuposto, o desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde pode fortalecer o controle da mortalidade por suicídio na comunidade local. Destaca-se que o trabalho do profissional Enfermeiro na equipe de atenção primária constitui um elemento importante para a identificação e acolhimento do usuário sob risco de suicídio. Por meio de uma escuta terapêutica, o enfermeiro pode avaliar as necessidades de saúde deste usuário e realizar a gestão do caso, encaminhando para outros profissionais, além do adequado acompanhamento domiciliar com o auxílio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Ademais, vale destacar, a necessidade de maior investimento financeiro para o atendimento em saúde mental em nível

ambulatorial, a exemplo a implantação do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) municipal, assim como maior controle na dispensação de medicamentos e supervisão da população sob risco.

ONDE ENCONTRAR AJUDA

Se quiser conversar com alguém e obter suporte emocional, entre em contato com sua Equipe de Estratégia Saúde da Família ou procure a Equipe de Saúde Mental, na Unidade Saúde da Família “Francisco Xavier de Azeredo”, localizada no bairro São Vicente.

Você também pode buscar ajuda através do Centro de Valorização da Vida – CVV, no número 188 ou através do site: www.cvv.org.br.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neury José. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: **Artmed**: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Notificação de violência interpessoal/ autoprovocada**. Portaria GM/MS nº 1271/20014 [Internet]. Brasília; 2014. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104, p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2017:v.48 n.30, p.1-18. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/7/setembro/21/2017-025-Perfilepidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 15 agosto 2020.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018**. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2019: v.50 n.24, p.1-14. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/9/setembro/13/BE-suic-dio-24-final.pdf>. Acesso em: 15 ago 2020.

_____. 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** [recurso eletrônico] 2ed. – Brasília: 2016. 92p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em 02 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016**. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2019: v.50 n.15, p.1-12. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>. Acesso em: 15 ago 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Instruções para preenchimento da Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação** [recurso eletrônico]. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/intoxicacao_exogena_sinan.pdf. Acesso em: 02 de ago. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020** [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 34p. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso em: 12 de ago 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020** [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 34p. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso em: 12 de ago 2020.

D'EÇA JUNIOR, A. et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p. 20-24, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n1/1414-462X-cadsc-1414-46X201900010211.pdf>. Acesso em: 5 de ago de 2020.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.64, n.1, p.45-54, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>. Acesso em 11 de agosto de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentos.** [Internet]. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

_____. CID-10. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 10ed. Rev. São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo**, 2009.

_____. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <http://opas.org.br/wpcontent/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em 4 de agosto de 2020.

TAVARES, Fabio Lucio, et al. Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: análise do período de 2012 a 2016. **Rev. Av. Enferm**, v.38, n.1, p.66-76, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v38n1/0121-4500-aven-38-01-66.pdf>. Acesso em: 13 de agosto de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide: a resource for counselors.** Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43487/9241594314_eng.pdf;jsessionid=2274C77ED872C0F178C34B93019868CA?sequence. Acesso em: 19 ago. 2020.

_____. **Suicide in the world Global Health Estimates.** 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 17 de agosto de 2020

_____. **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO; 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em: 10 jun. 2020.

_____. **Public health action for the prevention of suicide: a framework** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [recurso eletrônico]. 26 p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/. Acesso em: 01 agosto 2020.



5.2 ARTIGO CIENTÍFICO 1

Completitude das notificações relacionadas a tentativa de suicídio em Afonso Cláudio, Espírito Santo, Brasil (2014-2019)*

Maysa de Oliveira Silva Caliman, Ivan Robert Enriquez,
Marcos Vinícius Ferreira dos Santos, Marluce Mechelli de Siqueira

RESUMO

Objetivo: Avaliar a completitude dos campos das notificações para tentativa de suicídio no município de Afonso Cláudio, estado do Espírito Santo, Brasil, no período de 2014 a 2019.

Método: Estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Notificação de Agravos. Adotou-se escore proposto por Romero e Cunha. Foi calculado o coeficiente não paramétrico de correlação linear de Spearman (r_s). **Resultados:** Constatou-se qualidade “bom” a “excelente” para as variáveis analisadas do instrumento de intoxicação exógena e qualidade “ruim” a “bom” para as do formulário de violência interpessoal/autoprovocada. As tendências de não completitude foram crescentes e estatisticamente significantes somente para as variáveis “se possui algum tipo de deficiência/transtorno”, “se ocorreu outras vezes” e “encaminhamento” da ficha de violência interpessoal/autoprovocada. **Conclusão:** A análise revelou que há lacunas importantes na qualidade da informação acerca do atributo completitude, sendo necessário investir em estímulo à qualificação permanente dos profissionais envolvidos na notificação.

Descritores: Tentativa de suicídio; Notificação de doenças; Monitoramento epidemiológico; Sistemas de informação em Saúde. Gestão da informação em saúde.

Descriptors: Suicide, Attempted; Disease Notification; Epidemiological Monitoring; Health Information Systems; Health Information Management.

Descriptores: Intento de suicídio; Notificación de Enfermedades; Monitoreo Epidemiológico; Sistemas de Información en Salud; Gestión de la Información en Salud.

*A ser submetido à Revista Brasileira de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Considerado como uma violência, o fenômeno suicídio é apontado como um grave problema de saúde pública em todo o mundo que desafia os gestores de saúde em relação a qualidade das informações oficiais^(1,2). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define as violências auto infligidas referindo-as ao comportamento suicida e às diversas formas de auto abuso, o que incluem desde pensamentos autodestruidores, planos para se ferir ou se matar até a realização do ato de tentar e/ou dar fim à própria vida, incluindo os comportamentos de automutilação⁽¹⁾. A tentativa de suicídio também chamada de comportamento suicida não-fatal, nomeia os atos cometidos por indivíduos que pretendem pôr fim à própria vida, mas cujo desfecho não resulta em óbito^(3,4).

Entre os fatores associados à violência autoprovocada, a tentativa prévia de suicídio, é reconhecidamente considerada um importante fator de risco⁽³⁾. Conjuntamente, a literatura aponta o sexo masculino, idade, cultura e etnia como informações relevantes para a epidemiologia do suicídio, associados à presença de distintas causas que interagem entre si, entre as quais estão problemas biológicos, médicos, ambientais, psiquiátricos e psicológicos, filosóficos-existenciais e motivações sociais⁽⁵⁾.

O município de Afonso Cláudio, está localizado na Região Serrana do estado do Espírito Santo, a qual denota de forma representativa a cultura pomerana no Estado⁽⁶⁾. No Brasil, estudos realizados em municípios colonizados por alemães e pomeranos, em que a base para o sustento familiar é a agricultura, apresentam historicamente altas taxas de mortalidade por suicídio⁽⁷⁻⁹⁾.

Sistemas de informações em saúde no País têm sido utilizado para conhecer a dimensão das tentativas de suicídio. Uma fonte importante de informações é o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) que, por meio de seu componente contínuo, é alimentado pela Ficha de Notificação Individual (FNI) de violência interpessoal/ autoprovocada no 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^(10,11). Paralelamente o SINAN, dispõem do banco de dados de intoxicação exógena em que por, meio da Ficha de Investigação (FI) de Intoxicação Exógena⁽¹²⁾, é realizada a notificação para casos suspeitos ou confirmados de intoxicação. A referida ficha apresenta, como um dos roteiros para investigação, a avaliação dos aspectos relacionados ao histórico da circunstância de exposição, dentre elas, a tentativa de suicídio⁽¹³⁾.

No país, as intoxicações exógenas são importantes agravos à saúde. Os dados relativos as intoxicações exógenas no período entre 2007 a 2016, apontaram maior proporção de registros

resultante de tentativas de suicídio, que foi quase duas vezes maior que a exposição/contaminação por abuso e acidente somados⁽¹⁴⁾. O mesmo é observado na análise dos registros de violências autoprovocadas classificados como tentativas de suicídio, na faixa etária de 15 a 29 anos⁽¹⁵⁾.

A notificação é a ferramenta disparadora do cuidado no âmbito da rede de atenção, sendo o instrumento adequado para acionar os seus diferentes pontos, inclusive a atenção psicossocial⁽¹⁶⁾. Apesar da magnitude das mortes que resultam da violência autoprovocada, há lacunas importantes nos dados, o que prejudica os esforços de prevenção⁽¹⁷⁾. A completitude dos dados que por sua vez, reflete a integridade e validade dos dados registrados no sistema de vigilância, pode comprometer todo processo de planejamento de estratégias de prevenção⁽¹⁸⁾. No Brasil estudos já realizados revelam a fragilidade da qualidade dos dados do Sistema de Informação em Saúde (SIS), sobretudo, acerca da completitude⁽¹⁹⁾. No que diz respeito às tentativas de suicídio, há claramente uma escassez de estudos avaliando sua completitude.

Sabendo que um dos objetos de notificação da vigilância epidemiológica são as tentativas de suicídio, avaliar a qualidade das informações referente aos registros das mesmas do SINAN e suas fragilidades é necessário, visto que esse sistema de informação é, atualmente, o principal instrumento para o diagnóstico situacional, podendo caracterizar populações sob risco e subsidiar estratégias para intervenção.

OBJETIVO

Avaliar a completitude do preenchimento dos formulários de registros dos casos de tentativas de suicídios notificados no SINAN no município de Afonso Cláudio/ES, no período de 2014 a 2019.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo. Todo o processo de pesquisa foi conduzido conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo descritivo transversal, elaborado segundo as diretrizes do instrumento STROBE, em que foram analisados os casos de tentativa de suicídio, notificados por meio da FNI violência interpessoal/autoprovocada e FI intoxicação exógena do SINAN, no período de 2014 a 2019, ocorridos no município de Afonso Cláudio/ES. O período de 2014 foi selecionado considerando o caráter imediato para a notificação de tentativa de suicídio pelos municípios⁽²⁰⁾. E, 2019 por representar os últimos dados disponibilizados no período da coleta.

O município de Afonso Cláudio/ES, apresenta uma área territorial de aproximadamente 940 quilômetros quadrados. Administrativamente é constituído por 09 distritos⁽⁶⁾ e sua população estimada, para o ano de 2019, em aproximadamente 30.000 mil de habitantes⁽²¹⁾.

População: critérios de inclusão e exclusão

Para análise foram selecionadas as notificações de residentes do município de Afonso Cláudio/ES que na FNI violência interpessoal/autoprovocada do SINAN, apresentavam as seguintes demarcações: marcação positiva no campo em que indica o registro de ‘lesão autoprovocada’; marcação positiva para o item “outros”, no campo de referência do “tipo de violência”, tendo ainda este campo a devida identificação em “tentativa de suicídio” ou “autoagressão”; e marcação positiva no item “própria pessoa” para o campo que descreve o “vínculo/graus de parentesco com a pessoa atendida”. Para esse estudo também foram incluídas as notificações que, no campo da FI intoxicação exógena do SINAN que aponta o registro “circunstância da lesão”, apresentavam-se demarcadas como “tentativa de suicídio”. Excluíram-se as notificações de indivíduos não residentes do município e, quando a mesma pessoa foi notificada mais de uma vez para o mesmo evento, sendo analisadas as variáveis nome, data de nascimento, nome da mãe, data de notificação e hora da notificação.

Protocolo do estudo

Os dados utilizados foram obtidos mediante declaração de anuência cedida pela Secretaria Municipal de Saúde de Afonso Cláudio. Considerou-se variável completamente preenchida quando ela apresentou marcação válida em seus campos de escolha. O não preenchimento da variável, somado aos campos preenchidos como “Ignorados” foram considerados como não completude⁽²²⁾. Avaliou-se as seguintes variáveis dos instrumentos

utilizados nesta pesquisa: 1) FNI Violência interpessoal/autoprovocada: a) nome da unidade notificadora; b) data da ocorrência da notificação; c) idade; d) sexo; e) raça/cor; f) escolaridade; g) estado civil; h) possui algum tipo de deficiência/transtorno; i) se sim, qual tipo de deficiência/transtorno; j) ocorreu outras vezes; l) a lesão foi autoprovocada; m) tipo de violência; n) meio de agressão; o) vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida; p) suspeita de álcool; q) encaminhamento; e r) data do encerramento. 2) FI intoxicação exógena: a) unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora); b) idade; c) sexo; d) raça/cor; e) escolaridade; f) zona de residência; g) data da investigação; h) ocupação; i) grupo do agente tóxico/class. geral; j) agente tóxico (nome comercial/popular; l) se agrotóxico, qual finalidade de utilização; m) circunstância da exposição; n) tipo de atendimento; o) houve hospitalização; p) evolução do caso; r) classificação do caso; e s) data do encerramento^(11,12).

Análise dos resultados e estatística

Para a análise da completude adotou-se o escore proposto por Romero e Cunha⁽²²⁾: a) excelente (não completude menor de 5%); b) bom (não completude de 5% a 10%); c) regular (não completude de 10% a 20%); d) ruim (não completude de 20% a 50%) e, e) muito ruim (não completude de 50% ou mais). Os dados foram obtidos da versão 5.0 do SINAN net, por meio das fichas digitalizadas em PDF. Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel (2016) e analisados no programa estatístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS®) versão 24, a análise foi feita de forma descritiva, por meio de porcentagens; foi calculado também o coeficiente não paramétrico de correlação linear de Spearman (r_s), e seu p-valor verificando a relação das variáveis que não apresentaram 100% de completude com o tempo. O nível alfa de significância adotado nas análises foi de 5%.

RESULTADOS

A análise do SINAN, no período compreendido entre 2014 a 2019, permitiu identificar a ocorrência de 285 casos registrados de tentativa de suicídio em Afonso Cláudio/ES, dos quais 17 foram excluídos por serem confirmados não residentes do município, não sendo identificado duplicidade entre os registros para ambos instrumentos de notificação. Dos 268 casos analisados, 213 (79,4%) foram registrados por meio da FI de intoxicação exógena e 55 (20,5%) através da FNI de violência interpessoal autoprovocada (Tabela 1). Em relação à qualidade das variáveis selecionadas a partir da FNI violência interpessoal/autoprovocada e FI intoxicação

exógena, os campos classificados como “campos chaves” pelo Ministério da Saúde (MS) foram avaliados quanto a completude, considerando serem aqueles que identificam o registro no sistema^(11,12) e, para ambas as fichas apresentaram 100% de completude.

Dentre as variáveis obrigatórias da FNI de violência interpessoal/autoprovocada para a inclusão do caso no SINAN, “Idade” e “Data do encerramento” apresentaram grau de completude “excelente”, entretanto, as variáveis “encaminhamento” e “nome da unidade notificadora”, obtiveram completude “ruim” e “regular” respectivamente. Contudo, percebeu-se uma pequena melhora na completude para a variável “encaminhamento” no decorrer dos anos avaliados ($r_s=0,357$; $p=0,007$) e, para a variável “nome da unidade notificadora” observou-se uma tendência decrescente na análise da correlação entre os anos ($r_s = -0,267$; $p = 0,049$). No bloco Notificação individual, que avalia as características da vítima sobre as variáveis “raça/cor” e “escolaridade”, apresentaram-se graus de completude “regular” e “ruim” respectivamente (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição das notificações dos agravos para tentativas de suicídio no SINAN. Afonso Cláudio, ES, Brasil, 2014-2019.

Agravos	Ano da notificação						Total (n) (%)
	2014 (n)	2015 (n)	2016 (n)	2017 (n)	2018 (n)	2019 (n)	
Violência Interpessoal/ Autoprovocada	10	6	4	8	13	14	55 (20,55)
Intoxicação Exógena	2	24	44	46	57	40	213 (79,47)
Total	12	30	48	54	70	54	268 (100,00)

Fonte: Base de dados SINAN, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Afonso Cláudio, Espírito Santo.

Quanto à tendência de crescimento, a variável “raça/cor”, foi decrescente e estatisticamente significativa ao longo dos anos analisados ($r_s = -0,365$; $p=0,006$). Já a variável “escolaridade” não apresentou resultado estatisticamente significativo ($r_s = -0,076$; $p=0,058$). No bloco Dados da pessoa atendida, a variável “possui algum tipo de deficiência/transtorno” mostrou grau de completude “regular” e um aumento em seu índice de preenchimento com uma correlação positiva ($r_s=0,511$; $p<0,001$) (Tabela 2).

Acerca do bloco Dados da ocorrência e Dados do provável autor da violência, as variáveis “ocorreu outras vezes” e “suspeita de uso de álcool” denotaram grau de completitude “ruim”. Quanto à tendência de crescimento, a análise dos índices de correlação, permitiu verificar que a variável “ocorreu outras vezes”, apresentou correlação positiva fraca ($r_s = 0,340$; $p = 0,011$), logo, houve uma pequena melhora na completitude no decorrer dos anos. Enquanto para a variável “suspeita de uso de álcool”, o resultado da correlação entre os anos analisados não foi significativo (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação, preenchimento, grau de completitude e correlação entre a completitude e os anos de notificação dos dados da Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrados para tentativa de suicídio no SINAN. Afonso Cláudio, ES, Brasil, 2014-2019.

Campo/Variável	Classificação do Campo	Preenchimento %	Grau da completitude*	R_s	Valor p^{**}
Dados gerais					
Nome da unidade notificadora***	Obrigatório	87,3	Regular	-0,267	0,049
Notificação individual					
Idade	Obrigatório	98,2	Excelente	-0,061	0,657
Raça / Cor	Essencial	85,5	Regular	-0,365	0,006
Escolaridade	Essencial	54,5	Ruim	0,076	0,58
Dados da pessoa atendida					
Situação conjugal/Estado civil	Essencial	90,9	Bom	0,228	0,094
Possui algum tipo de deficiência / transtorno****	Essencial	81,8	Regular	0,511	< 0,001
Se, sim qual tipo de transtorno	Essencial	98,2	Excelente	-0,061	0,657
Dados da ocorrência					
Ocorreu outras vezes	Essencial	78,2	Ruim	0,34	0,011
Dados do provável autor da violência					
Suspeita de uso de álcool	Essencial	56,4	Ruim	0,09	0,515
Encaminhamento					
Encaminhamento	Obrigatório	72,7	Ruim	0,357	0,007
Dados finais					
Data do encerramento***	Obrigatório	96,4	Excelente	0,097	0,482

*. Por Romero e Cunha (2006). Os campos com 0 ou 100% de preenchimento não foram dispostos na tabela. Data da ocorrência da violência, tipo de violência, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida****, sexo, (classificados como campos obrigatórios) e bairro de residência, a lesão foi autoprovocada e meio de agressão**** (classificados como campos essenciais) atenderam aos 100% de preenchimento.

** Correlação de Spearman; Significativo se $p < 0,050$. Somente as variáveis que apresentaram completitude inferior a 100%.

*** Variável incluída no instrumento de notificação em 2015 na versão 5.1.

****. Variável com inclusão de novas possibilidades de respostas no instrumento de notificação em 2015 na versão 5.1.

Na análise da qualidade dos campos da FI de notificação intoxicação exógena para tentativa de suicídio, foi possível identificar que os campos “unidade de saúde” (ou outra fonte notificadora), “idade”, “sexo”, “data da investigação”, “data do encerramento” (classificados como campos obrigatórios) e, “circunstância da exposição” e “tipo de atendimento” (classificados como campos essenciais) apresentaram 100% de completitude. Em relação a qualidade das variáveis do bloco Notificação individual, “raça/cor” e “escolaridade”, apresentaram respectivamente grau de completitude “excelente” e “ruim” (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação, preenchimento, grau de completitude e correlação entre a completitude e os anos de notificação dos dados da Ficha de Intoxicação Exógena registrados para tentativa de suicídio no SINAN. Afonso Cláudio, ES, Brasil, 2014-2019.

Bloco/Variável	Classificação do Campo	Preenchimento %	Grau da Completitude*	R _s	Valor p**
Notificação individual					
Raça/cor	Essencial	99,1	Excelente	-0,023	0,742
Escolaridade	Essencial	64,8	Ruim	0,054	0,43
Dados de residência					
Bairro de residência	Essencial	99,5	Excelente	-0,043	0,528
Antecedentes epidemiológicos					
Ocupação	Essencial	91,1	Bom	-0,104	0,129
Dados da exposição					
Grupo do agente tóxico/classificação geral	Essencial	97,7	Excelente	-0,023	0,733
Agente tóxico (nome comercial/popular)	Essencial	97,7	Excelente	-0,023	0,733
Se agrotóxico, qual finalidade de utilização	Essencial	91,5	Bom	0,049	0,478
Dados do atendimento					
Houve hospitalização	Essencial	92,5	Bom	-0,022	0,745
Conclusão do caso					
Evolução do caso	Essencial	49,8	Muito ruim	-0,43	< 0,001
Classificação final	Obrigatório	58,7	Muito ruim	-0,133	0,053

*. Por Romero e Cunha (2006). Os campos com 0 ou 100% de preenchimento não foram dispostos na tabela. Unidade de saúde (ou outra fonte notificadora), idade, sexo, data da investigação, data do encerramento (classificados como campos obrigatórios) e, circunstância da exposição e tipo de atendimento (classificados como campos essenciais) atenderam aos 100% de preenchimento.

** . Correlação de Spearman; Significativo se $p < 0,050$. Somente as variáveis que apresentaram completitude inferior a 100%.

Nos blocos Dados de residência, Antecedentes epidemiológicos, Dados da exposição e dados do atendimento, as variáveis denotaram grau de completitude entre “bom” a “excelente”. A respeito das variáveis do bloco Conclusão do caso, “evolução do caso” e “classificação final”, ambas corresponderam ao grau de completitude “muito ruim”. Ao observar a variação da não completitude, verificou-se relação significativa decrescente com o tempo para apenas para a variável “classificação final” ($r_s = -0,430$; $p < 0,001$), que apresentou uma correlação negativa fraca, ou seja, entre os anos analisados, houve uma pequena redução na completitude para esta variável. Dentre as variáveis que apresentaram correlação positiva da não completitude, nenhuma apresentou significância estatística (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Considerando a atribuição de caráter imediato à notificação de tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS)⁽²⁰⁾, reitera-se a importância da notificação como um instrumento de cuidado e garantia de direitos. A tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do indivíduo aos serviços de atenção psicossocial⁽¹⁶⁾, visa prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize⁽³⁾.

Ainda que se saiba da existência da subnotificação⁽⁴⁾, não é diminutivo o elevado número de notificações para tentativa de suicídio. Em relação a qualidade das informações, observou-se neste estudo baixa completitude de variáveis de grande relevância para a vigilância das tentativas de suicídio. Soma-se a este fato, que apesar da orientação de que todos os campos obrigatórios devam ser preenchidos para dar seguimento à inclusão do caso no sistema de vigilância^(11,12), esta orientação não é reconhecida com a devida atenção. Estudos que avaliaram a completitude dos sistema de vigilância de agravos de notificação, corroboram com estes achados^(23,24). Tais fatos sugerem preocupação com a notificação no sentido do ato, todavia, parece que os responsáveis pelo preenchimento das fichas encontram dificuldades em operacionalizar a notificação.

A literatura aponta que incorreções durante o preenchimento do instrumento de notificação podem estar relacionadas a fatores, como: a falta de conhecimento sobre o instrumento, o descaso e o excesso de atividades pelos profissionais de saúde. Ainda assim, considera que a deficiência na qualidade dos dados relaciona-se ao fato de a maioria dos profissionais de saúde no país considerar o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados uma atividade meramente burocrática e de importância secundária^(25,26). Dados completos e consistentes sobre as tentativas de suicídio são de grande relevância para subsidiar o

planejamento das ações de prevenção e fortalecimento da rede de proteção. Quanto melhor a qualidade da informação, maior seu potencial de aplicação na formulação de políticas, ações e avaliação das intervenções⁽²⁷⁾.

Informações sobre “encaminhamento” e “classificação final”, assim como informações relacionadas à variável “evolução do caso”, são de grande relevância para a vigilância dos casos de tentativa de suicídio. O estudo da variável “encaminhamento”, tem importância para o seguimento do fluxo na rede de proteção e garantia dos direitos em nível local. O achado no grau da completitude destas variáveis é inquietante, pois sugere falha no sistema de vigilância que comprometem o seguimento do caso, em especial no que tange à prevenção de uma nova tentativa de suicídio.

A variável “raça/cor”, apesar de ter apresentado completitude “excelente” na análise da FI de intoxicação exógena, na FNI de violência interpessoal/autoprovocada demonstrou completitude “regular” com uma tendência decrescente significativa na completitude, reafirmando achado em outras pesquisas de vigilância no país com completitude inferior a 100% para esta variável^(24,28).

Analisar a variável “raça/cor” é relevante considerando a importância dessa variável nos sistemas de informações de saúde no Brasil para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais segundo critérios raciais/éticos⁽²⁹⁾. Debater a variável raça/cor, no Brasil, é traçar um paralelo entre as condições socioeconômicas da população, visto que pesquisas de base populacional indicam que a população negra é a mais exposta à violência, principalmente a homicídios^(30,31).

O estudo da variável “escolaridade” é importante, pois é citada como um fator de proteção em relação ao suicídio, sendo um ato que está fortemente ligado a questões socioeconômicas. A falta de escolaridade traz prejuízos à qualidade de vida individual e familiar, sendo geradora de estresse elevado, por conseguinte, o risco de suicídio. Essa variável apresentou um dos piores escores para a completitude, corroborando os achados em estudos realizados com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no Espírito Santo⁽³²⁾, e avaliação da completitude do SINAN e, Recife, PE⁽³³⁾.

O preenchimento da variável “bairro de residência” é relevante para nível local, pois possibilita a identificação do indivíduo e a atuação da rede de proteção e cuidado. No presente estudo, para ambos instrumentos de avaliação o escore de avaliação da completitude foi “excelente”.

Conhecer sobre os Dados da exposição da FI de intoxicação exógena, é essencial para o correto perfil dos agrotóxicos utilizados para atentar contra a própria vida, de modo a

possibilitar o planejamento e/ou reformulação de políticas públicas quanto ao controle, utilização e comercialização destes produtos⁽³⁴⁾. A facilidade do acesso aos agentes tóxicos favorece o impulso de cometer o suicídio, portanto medidas restritivas ao acesso desses produtos são importantes⁽³⁵⁾.

De todas as variáveis estudadas, “se ocorreu outras vezes” e “suspeita de uso de álcool” podem ser consideradas como as mais significativas da FNI violência interpessoal/autoprovocada, uma vez que estas variáveis são importantes fatores de risco para o ato consumado⁽³⁾. Contudo, na prática dos serviços de saúde percebe-se a dificuldade do indivíduo ou de seu acompanhante em relatar se a tentativa de suicídio é recidiva e, se houve a ingestão de álcool pela própria pessoa, o que pode estar relacionado a questões culturais, sociais, ao mito, ao estigma, ao medo de enfrentar o assunto e, a própria recusa em falar sobre^(3,4).

Limitação do estudo

Este estudo apresenta como limitação a utilização de dados secundários. Contudo traz contribuições no sentido de abordar um tema de grande importância, e apontar lacunas no sistema de saúde de informação que necessitam serem solucionadas. Outra limitação, são as subnotificações dos casos de tentativas de suicídio, decorrente da natureza do próprio agravo.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde e política pública

Os resultados desta pesquisa chamam a atenção para a identificação de eventuais falhas no serviço de saúde, a fim de promover o adequado planejamento das ações e incremento das políticas voltadas para a prevenção do suicídio. A pesquisa também amplia o olhar para a importância da implementação de mecanismos mais efetivos para a melhoria da completude nos registros relativos à tentativa de suicídio, sendo relevante aprimorar e investir na qualificação das ações de vigilância que envolvam desde ações de prevenção do suicídio, bem como ao incremento de programas de formação continuada para os profissionais de saúde, no sentido de prepará-los para o entendimento do agravo e reforçar a necessidade da qualidade dos dados registrados.

CONCLUSÕES

A análise identificou baixa completude no preenchimento de variáveis de importância epidemiológica para o agravo tentativa de suicídio no município em estudo. Tal fato, reforça a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde quanto à qualificação da notificação de tentativa de suicídio, considerando que a tal notificação constitui-se a primeira etapa para a inclusão do indivíduo nas linhas de cuidado, a fim de promover atenção integral a essas pessoas e garantir seus direitos, além de subsidiar o planejamento de ações para a prevenção do suicídio em nível local.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (Suiça), Relatório mundial sobre doença e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; [internet] 2002. 380p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
2. Teixeira SMO, Souza LEC, Viana LMM. O suicídio como questão de Saúde Pública. Revista Brasileira em Promoção da Saúde Fortaleza. 2008. 31(3), 1-3. doi: 10.5020/18061230.2018.8565.
3. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015; 348 p.
4. Minayo MC. Suicídio: violência auto infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Organizador. Impactos da violência na saúde dos brasileiros. [internet] Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 205-33. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf
5. Minayo MCS, Bahia CA, Avanci JQ. Suicídio consumados e tentativas notificadas no Brasil. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Segurança 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; [internet] 2015. 325-41. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
6. Espírito Santo. Instituto de Apoio à pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves (IPES). [internet] Macrozoneamento da região serrana do Espírito Santo. Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia (SECT). Vitória, 2004, p.11. Disponível em: <http://ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/138>
7. Meneghel NS, Moura R. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. Interface comunicação, saúde e educação. 2018. 22 (67), 1135-46. doi: 10.1590/1807-57622017.0269.
8. Capucho MC, Jardim AP. Os pomeranos e a violência: a percepção de descendentes de imigrantes pomeranos sobre o alto índice de suicídio e homicídio na Comunidade de Santa Maria de Jetibá. Revista Interinstitucional de Psicologia. [internet] 2013 [cited 2020 Nov 04]; 6(1), 36-53. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000100004&lng=pt.
9. Macente LB, Santos EG, Zandonade E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. J. bras. psiquiatr. 2009; 58(4): 238-244. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000400004>.

10. Ministério da Saúde (Brasil). Violência interpessoal/autoprovocada. Ministério da Saúde. Organizador. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [internet] Brasília: Ministério da Saúde. 2019. [cited 2020 out. 25]; 689-706. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>
11. Minayo MCS, Bahia CA, Avanci JQ. Suicídio consumados e tentativas notificadas no Brasil. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Segurança 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; [internet] 2015. [cited 2020 out. 25] 325-41. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
12. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Instruções para preenchimento da Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. [internet] 2018. [cited 2020 out 15]; 42p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/intoxicacao_exogena_sinan.pdf
13. Ministério da Saúde: Intoxicação Exógena. Ministério da Saúde. Organizador. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. [internet] Brasília: Ministério da Saúde. 2019. [cited 2020 out. 25]; P.671-77. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>
14. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. Boletim Epidemiológico [internet]. 2019. [cited 2020 out. 25]; 50 (15). 1-12. Available from: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>
15. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Boletim Epidemiológico [internet]. 2019. [cited 2020 out. 20]; 50 (24). 1-14. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>
16. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
17. Organização Mundial da Saúde (Suíça). Relatório Mundial sobre a prevenção da violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência (trad.) [internet]. 2015. [cited 2020 out. 20]; 288p. Available from: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>
18. CDC. Centers for disease control and prevention. Diretrizes atualizadas para avaliar sistemas de vigilância em saúde pública. MMWR. Recomendações e relatórios. 2001. [cited 2020 out. 25]; 50(RR13) 1-35. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>
19. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Methods for assessing the completeness of data in health information systems in Brazil: a systematic review. Cien Saúde Colet. 2014. 19(11), 4467-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>.
20. Ministério da Saúde (Brasil) Portaria 1271 de 06 de junho de 2014. Define a 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, nos termos do anexo e da outras providências. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
21. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo. [internet] 2000-2019. [cited 2020 out. 20]; Brasil. Available from:.

- http://cnes2.datasua.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=32&VCodMunicipio=320010&NomeEstado=ESPIRITO%20SANTO.
22. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(3): 673-681. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>.
 23. Canto VB, Nedel FB. Completude dos registros de tuberculose no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) em Santa Catarina, Brasil, 2007-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(3): e2019606. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000300020>.
 24. Marques CA, Siqueira MM, Portugal FB. Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registrada por municípios de pequeno porte no Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2020. 25(3), 891-900. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, n. 3, pp. 891-900. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16162018>.
 25. Languardia J, Lauerman CR, Domingues CMA, Macario A, Carvalho C, Glatt R. Sistema e informação e agravos de notificação em Saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia Serviço Saúde*. 2004; 13(3), 135-46. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000300002>.
 26. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJT. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(6): 1879-1890. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.
 27. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(1): 131-142. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013.-42>.
 28. Santos TMB, Cardoso MD, Pitanguí ACR, Santos YGC, Paiva SM, Melo JPR, et al. Completude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(12): 3907-3916. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.16682015>.
 29. Ministério da Saúde (Brasil) Portaria 344 de 01 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/doi-1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508
 30. Grandi J, Dias MTG, Glimm S. Percepções daqueles que perguntam: qual a sua cor? *Saúde em debate*. 2013; 37(99): 588-596. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400006>.
 31. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) Comunicados do IPEA nº 91 – Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira [internet] 2011. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110512_comunicadoipea91.pdf
 32. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na Região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *J. Bras. Psiquiat*. 2010;59(3): 173-181. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300002>.
 33. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(1): 131-142. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>.
 34. 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 probabilística. *Cad. Saúde Pública*. 2014. 30(5): 1057-1066. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054213>.
 35. Vieira LS, Santana VTP, Suchara EA. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cad. Saúde Colet*. 2015; 23(2): 118-123. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010074>.

5.3 ARTIGO CIENTÍFICO 2

Tendência da Mortalidade por suicídio no Brasil, Espírito Santo e sua Região Serrana e em Afonso Cláudio: 1996-2018*

Maysa de Oliveira Silva Caliman, Ivan Robert Enriquez,
Marcos Vinícius Ferreira dos Santos, Marluce Mechelli de Siqueira

RESUMO

Objetivo: Analisar a tendência da mortalidade por suicídio no Brasil (BR), no Espírito Santo (ES), Região Serrana (RS) e no município de Afonso Cláudio/ES (AFC), no período de 1996 a 2018. **Métodos:** Estudo ecológico de série temporal, sobre taxas de mortalidade por suicídio; empregou-se o modelo Prais-Winstein. **Resultados:** A taxa padronizada de mortalidade por suicídio apresentou tendência crescente na população geral no BR para ambos os sexos (APC: 0,69; p-valor: 0,000). Tendência crescente também entre as mulheres no ES (APC: 1,85; p-valor: 0,020) e RS (APC: 4,23; p-valor:0,030). Nas faixas etárias, de 15-29 anos no BR, a tendência foi crescente para ambos os sexos (APC: 0,69; p-valor: 0,000), 30-59 anos, a tendência também foi crescente no Brasil (APC: 0,46; p-valor: 0,000) e ES (APC: 2,09; p-valor: 0,000), e no grupo etário ≤ 60 anos, estacionária em todas unidades analisadas. **Conclusões:** A mortalidade por suicídio são crescentes e estacionárias nas unidades analisadas. **Palavras-chaves:** Suicídio; Mortalidade; Sistema de Informação em Saúde; Epidemiologia. Estudos de Séries Temporais.

* A ser submetido à Revista Epidemiologia Serviços de Saúde.

Introdução

Considerado como um fenômeno complexo e multifatorial, o suicídio configura-se como um ato deliberado, executado pela própria pessoa, cujo o intento é a morte consciente e premeditada. Para mais, caracteriza-se como uma morte violenta e de forte impacto na sociedade, correspondendo às causas externas de mortalidade na Classificação Internacional de Doenças (CID).^{1,2}

Em uma perspectiva global, a partir de 1990, o suicídio foi considerado um problema a ser enfrentado pela saúde pública.³ Registros da World Health Organization (WHO), apontam que esse agravo vitimiza aproximadamente 800 mil pessoas por ano, o que significa uma morte a cada 35 segundos no mundo. Seu enfrentamento deve, portanto, ser priorizado, com uma articulação intersetorial, alinhando políticas públicas de áreas prioritárias, como a saúde, educação e assistência social.^{2,4}

A mortalidade por suicídio varia de acordo com o espaço, tempo, sexo, idade, cultura e etnia, e esses aspectos têm implicações importantes na epidemiologia do suicídio no mundo.⁵ No Brasil (BR), entre os anos de 2011 e 2017, registrou-se 80.352 óbitos na população acima de 10 anos, com um aumento no número de óbitos por suicídio entre os jovens de 15 a 29 anos quando comparados a um período anterior, sendo 8,7% entre os homens e 7,3% entre as mulheres,⁶ repercutindo diretamente nos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), indicadores que retratam as mortes ocorridas precocemente.⁷

O processo de transição demográfica e epidemiológica observada no Brasil tem relação forte com as previsões de óbitos por suicídio.⁸ Tal fato pode ser explicado pelo aumento na mortalidade por causas externas, pela expectativa de vida e pela elevada incidência de transtornos mentais na população, em especial, aos que constituem o perfil dos fatores de risco para o suicídio.²

A nível regional no país, o Sudeste brasileiro concentrou o maior número de registros de óbitos por suicídio entre os anos de 2000 a 2015. Apresentou uma oscilação nos coeficientes de mortalidade de 3,9/100 mil habitantes em 1996 para 5,0/100 mil habitantes em 2015, estando o estado do Espírito Santo (ES) incluído neste cenário.⁹ No ES, desde o ano de 1996, todos os municípios que compõe sua geografia, registraram ao menos um óbito por suicídio no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS). Dentre os quais, o Município de Afonso Cláudio (AFC) ocupou a 11ª posição Estadual e o 3º lugar entre as cidades que compõe a Região Serrana Capixaba.¹⁰

Entre os anos de 1980 a 2006, um estudo sobre a mortalidade por suicídio no Espírito Santo revelou tendência crescente nos coeficientes de mortalidade nas macrorregiões Metropolitana, Noroeste (atual Região Central) e Sul.¹¹ Em termos de microrregião, observando a divisão regional em vigor no período do estudo e estabelecida pela Lei Estadual nº 5120/1995, a tendência de crescimento foi identificada nas microrregiões Metropolitana, Sudoeste Serrana, Pólo de Colatina, Noroeste 1, Noroeste 2 e Pólo Cachoeiro.

No ES, a Região Serrana (RS) denota de forma representativa a cultura pomerana no Estado.¹² No que se refere à questão cultural e sustentável nos municípios que a compõem, estes fatores apontam relação forte com altas incidências de suicídio. No Brasil, estudos realizados em municípios colonizados por alemães e pomeranos, em que a base para o sustento familiar é a agricultura, apresentam historicamente altas taxas de mortalidade por suicídio.¹³⁻¹⁵

A relação de altas taxas de suicídio entre comunidades colonizadas por europeus também foi identificada por Durkheim: que ao estudar o suicídio em países da Europa, encontrou altas taxas na Saxônia, uma região que fazia parte do Império alemão.¹⁶ A violência entre pomeranos pode estar relacionada à atitude hostil, fechada e desconfiada em relação ao outro, predispondo à depressão; por muitas vezes, potencializada pelo uso do álcool, decorrentes de poucas opções de lazer e de uma vida voltada para o trabalho rural.¹⁴ Várias são as situações relacionadas entre trabalho e o suicídio que podem aumentar a incidência desta violência, a instabilidade econômica é uma delas, levando ao aumento de demissões, desemprego, trabalho precário e falência.¹³ Portanto, a combinação entre fatores culturais e contextuais, justificam altas taxas de suicídio identificadas entre os descendentes europeus.¹⁴

Todavia, é relevante destacar que estudos sobre a mortalidade por suicídio no ES, bem como em municípios de sua RS, ainda é uma lacuna para a área de saúde mental,^{11,14,15,17} apontando para a necessidade de desenvolvimento de estudos que considerem as singularidades da população da RS, objetivando subsidiar ações preventivas no contexto local a partir da identificação de grupos vulneráveis e, a determinação do grau de influência dos contextos socioeconômico, cultural, político e psicossocial sobre esse evento. Os dados desta pesquisa visam favorecer o processo de planejamento, consolidação e implementação de políticas públicas, de modo a fornecer subsídios para as práticas de reorganização das redes de atenção em saúde, especialmente no que se refere a solidificação das ações no campo da saúde mental, reduzindo o efeito futuro da mortalidade por esta causa.

Neste cenário, este estudo teve como objetivo analisar a tendência da mortalidade por suicídio no BR, no estado do ES e em sua RS e no município de AFC.

Método

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, baseado em dados secundários, obtidos do SIM, disponibilizados pelo MS por meio do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no qual foram analisados os registros relativos à mortalidade por suicídio. As unidades de análise foram BR, o estado ES, sua RS e o município de AFC, no período de 1996 a 2018. Foram analisados os óbitos por suicídio de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos (idade mínima encontrada no banco do município de AFC).

Com uma área geográfica de aproximadamente 46 mil quilômetros quadrados, o estado do Espírito Santo está organizado em 78 municípios. Do ponto de vista de regionalização da saúde, os municípios estão agregados em Macrorregiões, instituídas pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) homologado em 10 de novembro de 2011. Assim, macrorregionalmente, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo trabalha o planejamento em saúde segundo as regiões Norte, Central, Metropolitana e, Sul.¹⁸ Posteriormente, mediante a publicação da Lei Estadual nº 9.768 de 26 de dezembro de 2011, o Governo do Estado dispôs para fins de planejamento e organização das ações do Setor Público, as macrorregiões (Região Norte, Central, Metropolitana, Central e Sul) e as microrregiões de planejamento (Metropolitana, Central serrana, Sudoeste Serrana, Litoral Sul, Centro Sul, Caparaó, Rio Doce, Centro-Oeste, Nordeste e Noroeste). A referida lei, recentemente, teve seu anexo alterado através da redação publicada pela também Lei Estadual nº 11.174 de 25 de setembro de 2020.

A RS do ES aqui considerada, é composta por 11 municípios: Afonso Cláudio, Alfredo Chaves, Castelo, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Marechal Floriano, Santa Teresa, Santa Maria de Jetibá, Santa Leopoldina, Vargem Alta e Venda Nova do Imigrante.¹⁹ A área estudada abrange municípios pertencentes a microrregiões administrativas do estado do Espírito Santo (Sudoeste Serrana, Central Serrana e Centro Sul). Os municípios que compõem essa área, foram importantes para a formação da diversidade cultural do Espírito Santo, com uma forte presença de imigrantes europeus (italiano e alemão), que difundiram a agricultura familiar baseada no café, que até hoje tem forte presença na região.

O município de AFC, localizado na RS do estado do ES possui 941,188 quilômetros quadrados e 09 distritos. No ano de 2010, o município apresentava uma densidade demográfica de 32,68 habitantes por quilômetros quadrados e população de 31.091 habitantes.²⁰

Para este estudo considerou-se como suicídio todos os óbitos autoprovocados, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, que enquadra o suicídio como “causas externas de morbimortalidade” sob os códigos X60 a X84. Calcularam-se os coeficientes de mortalidade em toda série estudada. Para o cálculo, foi efetuada a razão entre o número de óbitos por suicídio em indivíduos com idade igual ou maior que 15 anos e a população com a mesma faixa etária, no BR, ES, RS e AFC, no período e multiplicado por 100 mil habitantes.

Os óbitos foram analisados segundo as variáveis sexo (masculino e feminino) e faixa etária (geral maior que 15 anos, de 15 a 29 anos, de 30 a 59 anos e 60 anos ou mais). Os coeficientes foram padronizados por 100 mil habitantes para a variável sexo e, para a variável faixa etária. Utilizou-se a padronização pelo método direto, adotando-se como padrão a população do BR do Censo de 2010, sendo expressas por 100 mil habitantes por ano. Os dados demográficos, base para o cálculo dos coeficientes, foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio dos censos, projeções intercensitárias e estudos preliminares populacionais, a partir do sítio do DATASUS.

Para a análise da tendência, foi utilizada a modelagem de regressão linear de *Prais-Winsten*, com o intuito de corrigir os efeitos da autocorrelação serial ao longo do tempo. As variáveis independentes (X) foram os anos de ocorrência dos óbitos e as taxas de mortalidade foram consideradas variáveis dependentes (Y). A autocorrelação decorre da influência sobre os resíduos de variáveis independentes. Para diagnosticar a existência de autocorrelação da série, aplicou-se o teste *Durbin-Watson*, a qual sua interpretação é obtida pelo valor do teste em uma escala de medida que varia de 0 a 4. Quando a estatística gera um valor próximo de dois, não há indícios de autocorrelação serial. Por outro lado, ocorrerá a autocorrelação positiva quando o valor é próximo a zero. Se o valor de *Durbin-Watson* é próximo a 4, a autocorrelação serial é negativa.²¹

Inicialmente foi realizada a transformação logarítmica dos valores de Y, seguida da aplicação do modelo de autoregressivo de *Prais-Winsten*, para que fossem estimados os valores dos coeficientes *beta* 1 (β_1). Posteriormente, calculou-se as variações percentuais anuais (APC: *annual percent change*) e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}), conforme método proposto por Antunes e Cardoso.²¹ As tendências foram classificadas como crescentes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão positivo), decrescentes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão negativo) e estacionária quando o coeficiente de regressão não deferiu de zero ($p > 0,05$). Foi adotado o nível de significância estatística de 5%.

Salienta-se que, para a tabulação, análise descritiva e cálculo das taxas, foi utilizado o programa Microsoft Excel 2016 e para a análise da tendência, o programa STATA, versão 16.0.

As informações obtidas para análise deste estudo são de domínio público e extraídas do sítio eletrônico DATASUS, nas quais existe a omissão da identificação dos sujeitos, sendo, portanto dispensada aprovação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

No período de 1996 a 2018, foram registrados no SIM, 205.976 óbitos por suicídio no BR, 3.456 no ES, 472 na RS e 77 no município de AFC, entre indivíduos com idade superior a 15 anos. O interstício entre 2011 a 2015, correspondeu ao maior número de registros de suicídio para o BR e ES, com 51.904 e 853 casos, respectivamente. Enquanto para a RS verificou-se maior ocorrência no período de 2001-2005 com 112 casos e, no município de AFC, o período de 2016-2018 foi o de maior ocorrência de suicídios registrados no SIM (20 casos) (Tabela 1). Ao distribuir esses óbitos segundo sexo e faixa etária observou-se a predominância do sexo masculino e do grupo etário de 30 a 59 anos entre as quatro unidades de análise, BR, ES, RS e AFC (Tabela 2).

Os resultados apresentados nesta pesquisa indicam que o coeficiente de mortalidade por suicídio na população acima de 15 anos avançou para todas as unidades analisadas. A maior oscilação foi observada, para o município de AFC, que apresentou taxa de 7,5/100 mil em 1996 e 36,8/100 mil em 2018, com valores muito maiores que as da RS, do ES e BR. Igualmente, verificou-se que os municípios que compõe a RS do estado do Espírito Santo, também apresentaram taxas mais elevadas que o ES e BR. Contudo, observou-se que ES e BR mantiveram uma similaridade nas taxas, nos anos analisados (Figura 1).

A tendência e variação percentual da mortalidade por suicídio no período de 1996 a 2018 são apresentadas nas Tabelas 3 e 4. Na população geral brasileira, a tendência da mortalidade por suicídio é crescente (APC:0,69; p-valor: 0,000) com um crescimento anual nas taxas de 0,69%. Comparativamente com as demais unidades de análise, a população geral do ES (APC: 0,46; p-valor: 0,117), RS (APC: 1,16; p-valor:0,191) e AFC (APC: -1,14; p-valor: 0,664), evidenciou-se taxas de suicídio estacionárias, ou seja não houve crescimento e nem decréscimo.

Para a variável sexo, evidenciou-se tendência crescente para ambos os sexos no Brasil (APC: 0,69; p-valor: 0,000), com uma variação anual de 0,69%. Contudo, quando comparado às demais unidades analisadas, identificou-se tendência estacionária para a população

masculina no ES (APC:0,00; p-valor: 0,654), RS (APC: 0,69; p-valor: 0,450) e para o município de AFC (APC:-0,23; p-valor: 0,937) (Tabelas 3 e 4).

A população do sexo feminino do ES e RS também apresentou tendência crescente na mortalidade por suicídio, (APC: 1,85; p-valor: 0,020) indicando uma variação anual de 1,85% e (APC:4,23; p-valor:0,030) com um crescimento de 4,23% ano, respectivamente. Entretanto, para população feminina do município de AFC, a tendência apresentou-se estacionária (APC: 2,33; p-valor: 0,588) (Tabelas 3 e 4).

Quanto às faixas etárias, no grupo etário de 15-29 anos no BR, a tendência foi crescente nas taxas de mortalidade por suicídio para ambos os sexos (APC: 0,69; p-valor: 0,000), indicando crescimento anual de 0,69%. Todavia, isso não foi observado nas demais unidades de análise, que apresentaram coeficientes estacionários no ES (APC: 0,23; p-valor: 0,250), RS (APC: 0,46; APC: 0,681) e em AFC (APC: 0,46; p-valor: 0,867) (Tabelas 3 e 4).

No BS, o grupo etário de 30-59 anos também apresentou tendência crescente na mortalidade por suicídio (APC: 0,46; p-valor: 0,000). A mesma tendência crescente foi constatada na população do mesmo grupo etário no ES (APC: 2,09; p-valor: 0,000), representando um acréscimo de 2,09% no ano. Nas unidades da RS e AFC a tendência foi estacionária (APC: 1,86; p-valor: 0,204) e (APC: 3,51; p-valor: 0,192), respectivamente (Tabelas 3 e 4).

Na análise do estrato etário ≤ 60 anos, a tendência da mortalidade por suicídio, apresentou-se estacionária em todas as unidades analisadas, BR (APC: 0,23; p-valor: 0,102), ES (APC: 0,00; p-valor: 0,936), RS (APC: 1,39; p-valor: 0,267) e AFC (APC: -0,23; p-valor: 0,926) (Tabelas 3 e 4).

Discussão

Ao se considerar que em AFC as taxas foram mais altas que as da Região Serrana e do próprio Estado e País, os resultados de tendência estacionária identificam que as taxas de mortalidade por suicídio no município têm se sustentado elevadas por um longo período.

Pesquisas que analisaram a mortalidade por suicídio no Brasil, corroboram similaridade com os resultados deste estudo, tal como a primazia masculina dos atos consumados em todas unidades analisadas.^{9,11,15,17,22-25} O padrão do sexo masculino pode estar relacionado historicamente a maior intenção de morrer, à agressividade e ao maior acesso dos homens aos meios mais letais, como armas de fogo, enquanto as mulheres estão menos expostas a

sentimentos de fracasso frente a questões financeiras, competitividade e impulsividade, considerados fatores de risco para o suicídio.^{1,2}

Além disso, as mulheres geralmente são mais religiosas, o que pode se ser um fator de proteção quando as religiões auxiliam no enfrentamento de situações críticas e se colocam contra ao ato suicida³. Ademais, as mulheres se preocupam mais com a própria saúde, principalmente mental e emocional, reconhecem com mais facilidade sinais de risco para depressão, buscando com maior frequência ajuda profissional, elas têm menor resistência que os homens.^{22,26}

Com relação à distribuição etária, observou-se que a população adulta, entre o estrato de 30 a 59 anos, apresentou a maior proporção de violência auto infligida em todas unidades analisadas, apresentando tendência crescente no BR e ES no período analisado. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, com maior predomínio de mortes por suicídio na população adulta a idosa.^{9,24} Destaca-se um maior crescimento da mortalidade entre os adultos de 25 a 59 anos e os jovens de 10 a 24 anos.²⁴

As diferenças nas proporções de suicídio no decorrer do tempo podem estar relacionadas às mudanças no contexto social no qual o indivíduo se encontra inserido, já que as razões que levam uma pessoa a suicidar-se diferem entre os grupos de idade. Entre jovens, os motivos podem estar mais relacionados a questões afetivas, como rompimentos de relacionamento, os conflitos familiares decorrentes de sua mudança de comportamento, a instabilidade emocional, bem como dificuldades financeiras e de se estabelecer profissionalmente. Tais condições podem induzir os jovens a pensarem em medidas drásticas de violência.^{26,28}

Fatores socioeconômicos associados ao trabalho e à pressão familiar estão relacionados entre adultos e pessoas de meia-idade, sendo mais identificados principalmente entre o sexo masculino. Um estudo realizado em um município colonizado por alemães, identificou que o campo econômico e cultural influenciam a ocorrência do suicídio.¹³ Nos idosos, predomina a incapacidade de lidar com o processo de envelhecimento e suas implicações, como problemas de saúde e pressões emocionais.^{24,29} A vista disso, a promoção ou não de condições de qualidade de vida, a atenção e cuidado a saúde, poderão interferir na redução das taxas de suicídio entre as distintas faixas etárias.

É importante lembrar que um coeficiente nacional de mortalidade por suicídio esconde importantes variações regionais. Um estudo epidemiológico realizado confirmou taxas mais elevadas em homens, idosos, indígenas como também, em cidades de pequeno e de médio porte populacional.³⁰

Os achados nesta pesquisa para o estado do ES, apresentam similaridade com o observado em estudos realizados nos períodos de 1980 a 2006 e 2012 a 2016, no que tange a oscilações das taxas de suicídio com uma maior prevalência de óbitos na faixa etária adulta e na população masculina.^{11,17}

Quanto à análise dos dados do município de AFC, observa-se que os resultados da presente pesquisa encontram-se em conformidade com os apontados por Macente, Santos e Zandonadi, que ao realizarem um estudo em um município do interior do ES no período de 2001 a 2007 encontraram maior prevalência de suicídio na população masculina e quando estratificado o perfil das vítimas por faixa etária, esse se concentrou na faixa etária também adulta.¹⁵

Assim, considerando o crescimento contínuo das taxas de mortalidade por suicídio nas unidades analisadas, os resultados evocam a necessidade de implementação de ações em nível local envolvendo os órgãos competentes para o enfrentamento deste problema, fazendo-se necessária a elaboração de programas de prevenção ao suicídio.

No Brasil, em 2006 foram instituídas oficialmente as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, por meio da Portaria nº 1.876, entretanto ainda não se efetivou um programa específico para promover ações de prevenção no país.³¹ No mesmo ano, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Manual de Prevenção do Suicídio atribuído às equipes de saúde mental, na intenção de orientar a identificação precoce das condições associadas ao comportamento suicida.³²

O modelo de atenção à saúde mental instituído pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), proporcionou uma ampliação dos serviços e acesso ao tratamento de psicopatologia.³³ Contudo, é sabido que a instituição de Centros de Atenção Psicossocial no ES, ainda não é uma realidade em todos os municípios.³⁴

Quanto à prevenção do comportamento suicida, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica, sua proximidade e vínculo devem facilitar a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e viabilizar intervenção da equipe multiprofissional em concepção ampliada e interagindo com os diferentes campos do conhecimento.³⁵ Na perspectiva da promoção da saúde, vigilância e prevenção do suicídio, foi lançado em 2017, pelo Ministério da Saúde a “Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020”, que “estabelece um rol de ações relacionadas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção do suicídio”.³⁶

Em todo mundo, é reconhecida a subnotificação de suicídios ou preenchimento inadequado das declarações de óbito, sendo apontado como desvantagem e limitação

metodológica, ao se trabalhar com dados de suicídio do SIM. Casos suspeitos de suicídio podem ter sido registrados como mortes acidentais por outras causas externas ou por envenenamento.^{5,37} Neste sentido, deve-se incluir ações que visem a qualificação do diagnóstico e registro da causa de óbito, sensibilizando e qualificando médicos na atribuição correta da causa da morte.³⁶

Conclusão

A análise das taxas de mortalidade por suicídio confirmou tendência crescente no BR para ambos os sexos, e faixas etárias, à exceção do grupo etário maior de 60 anos. Para o estado do ES, a tendência demonstrou-se crescente para o sexo feminino e grupo etário de 30-59 anos. Em relação aos municípios que compõe a RS, a análise comprovou tendência crescente apenas para o sexo feminino e, para o município de AFC a tendência apresentou-se estacionária nas variáveis estudadas.

Contribuição dos autores

Caliman MOS contribui na concepção e delineamento do estudo, organização da base de dados, análise e interpretação dos resultados, e redação do manuscrito. Enriquez IR contribuiu para análise e interpretação dos resultados. Santos MVF e Siqueira MM contribuíram na concepção, delineamento do estudo, e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (Suíça), Relatório mundial sobre doença e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; [internet] 2002. 380p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf>
3. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. *PsicolArgum.* [internet] 2015; 33 (80), 221-3. Disponível em:
4. Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* [internet] 2019; 29 (03), 1-4. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2019.v29n3/e290303/pt>>

5. Minayo MCS, Bahia CA, Avanci JQ. Suicídio consumados e tentativas notificadas no Brasil. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Segurança 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; [internet] 2015. 325-41. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf
6. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Boletim Epidemiológico [internet]. 2019. 50 (24). 1-14. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>.
7. Romeder JM, Mcwhinnie JR. Años de vida potencial perdidos entre las edades de 1 y 70 años: un indicador de mortalidad prematura para la planificación de la salud. In: Buck C, Llopl A, Najera E, Terris M, organizadores. El desafío de la epidemiología. Washington: OPAS; 1988.
8. Pontes RJS, Ramos-Junior NA, Kerr LRS, Bosi MLM. Transição demográfica e epidemiológica. In: medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
9. D'Eça JA, Rodrigues LS, Meneses FEP, Costa LDLN, Rego AS, Cavalcante L, et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? Cad. saúde colet. [internet] 2019. 27 (1), 20-4. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201900010211.pdf>> doi: 10.1590/1414-462X201900010211
10. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Estatísticas vitais: mortalidade, 1966 a 2018, pela CID-10 [internet] Brasília. 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
11. Macente LB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). J. bras. psiquiatr. [internet] 2011. 60 (3), 151-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/01.pdf>
12. Almeida DL. A colônia pomerana no Espírito Santo: Manutenção de identidades e tradições. Caderno de Anais do I Congresso Internacional de Mobilidade Humana e Circularidade de Ideias. 2016. 6 a 8 de Julho de 2016. UFES- Vitória Espírito Santo. Disponível em: http://lemm.ufes.br/sites/lemm.ufes.br/files/field/anexo/anais_completo.pdf
13. Meneghel NS, Moura R. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. Interface comunicação, saúde e educação. [internet] 2018. 22 (67), 1135-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-1807-576220170269.pdf> doi: 10.1590/1807-57622017.0269
14. Capucho MC, Jardim AP. Os pomeranos e a violência: a percepção de descendentes de imigrantes pomeranos sobre o alto índice de suicídio e homicídio na Comunidade de Santa Maria de Jetibá. Revista Interinstitucional de Psicologia. [internet] 2013. 6(1), 36-53. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n1/v6n1a04.pdf>
15. Macente LB, Santos EG, Zandonade E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. J. bras. psiquiatr. [internet] 2009. 58(4), 238-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n4/a04v58n4.pdf>
16. Durkheim E. O suicídio: um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
17. Tavares FL, Marti PBV, Marabotti CLF, Gomes FCE, Anjos PJ, Nascimento RAR et al. Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: análise do período de 2012 a 2016. Av enferm. 2020. 38(1), 66-76. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v38n1/0121-4500-aven-38-01-66.pdf>
18. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA). Plano Diretor de Regionalização (PDR). Vitória. 2011. Disponível em:

https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf.

19. Espírito Santo. Instituto de Apoio à pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves (IPES). Macrozoneamento da região serrana do Espírito Santo. Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia (SECT). Vitória, 2004.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Cidades: Afonso Cláudio. [internet] Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/afonso-claudio/panorama>

21. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Epidemiol. Serv. Saúde. [internet] 2015. 24(3), 565-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00565.pdf>

22. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev. Bras. Psiquiatr. [internet] 2009. 31(2), 86-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>

23. Rosa NM, Dell ACM, Oliveira RR, Freitas MTA. Tendência de declínio da taxa de mortalidade por suicídio no Paraná, Brasil: contribuição para políticas públicas de saúde mental. J. Bras. Psiquiatr. [internet] 2017. 66(3), 157-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n3/0047-2085-jbpsiq-66-3-0157.pdf>

24. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. J. Bras. Psiquiatr. [internet] 2015. 64(1), 45-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>

25. Santos EGO, Barbosa IR, Severo AKS. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio no Rio Grande do Norte no período de 2000 a 2015. Cien. Saude Colet. [internet] 2018. 25(2), 633-43. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/1413-8123-csc-25-02-0633.pdf>

26. Vidal CEL, Gomes CB, Mariano CA, Leite LMR, Silva RA, Lasmar SC. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. Cad Saude Colet. [internet] 2014. 22(2), 158-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00158.pdf> Doi: 10.1590/1414-462X201400020008

27. Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro IJS, Nery AA, Cassoti CA. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. J. Bras. Psiquiatr. [internet] 2017. 66(4), 203-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n4/0047-2085-jbpsiq-66-4-0203.pdf>

28. Vasconcelos RJ, Soares AR, Silva F, Fernandes MG, Teixeira CM. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. Estud Psicol. [internet] 2016. 33(2), 345-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n2/0103-166X-estpsi-33-02-00345.pdf>. Doi: 10.1590/1982-02752016000200016.

29. Carmo EA, Santos PHS, Ribeiro BS, Soares CJ, Santana MLAD, Bomfim ES, et al. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. Epidemiol. Serv. Saúde [internet] 2018. 27(1) e 20171971,2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e20171971.pdf>

30. Botega NJ, Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol. USP [internet] 2014. 25(3) 231-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>

31. Presidência da República. (Brasil) Portaria nº 1876 de 14 de agosto de 2006. Institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, a ser implantada em todas as unidades federais, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

32. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde.

2006. 76p. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf
33. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
34. Ministério da Saúde (Brasil). Acesso à informação. Informações de Saúde. Rede assistencial. [internet]. Brasília (DF). Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabes.def>.
35. Ferreira ML, Vargas MAO, Rodrigues J, Trentin D, Brehmer LCF. Comportamento suicida e a atenção primária à saúde. *Enfer. Foco*. 2018. 9(4), 50-4. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Comportamento-Suicida-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde.pdf>.
36. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio [internet] Brasília: Ministério da Saúde. 2017 a 2020 Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf
37. Minayo MC. Suicídio: violência auto infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Organizador. Impactos da violência na saúde dos brasileiros. [internet] Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 205-33. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf.

Tabela 1- Óbitos por suicídio no Brasil, Espírito Santo, Região Serrana-ES, Afonso Cláudio-ES, 1996-2018.

Ano	Brasil	Espírito Santo	Região Serrana/ES	Afonso Cláudio/ES
1996-2000	33468	541	69	16
2001-2005	39348	697	112	14
2006-2010	45093	749	96	10
2011-2015	51904	853	101	17
2016-2018	36163	616	94	20
Total	205.976	3.456	472	77

Tabela 2- Óbitos por suicídio segundo sexo e faixa etária no Brasil, Espírito Santo, Região Serrana-ES, Afonso Cláudio-ES, 1996-2018.

	Brasil		Espírito Santo		Região Serrana/ES		Afonso Cláudio/ES	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Sexo								
Masculino	163371	79,3	2635	76,3	389	82,4	64	83,1
Feminino	42561	20,7	818	23,7	83	17,6	13	16,9
Faixa etária								
15 a 29 anos	62001	30,2	897	26,0	121	25,6	20	26,0
30 a 59 anos	111258	54,2	2091	60,6	285	60,4	49	63,6
60 ou mais	32048	15,6	464	13,4	66	14,0	8	10,4

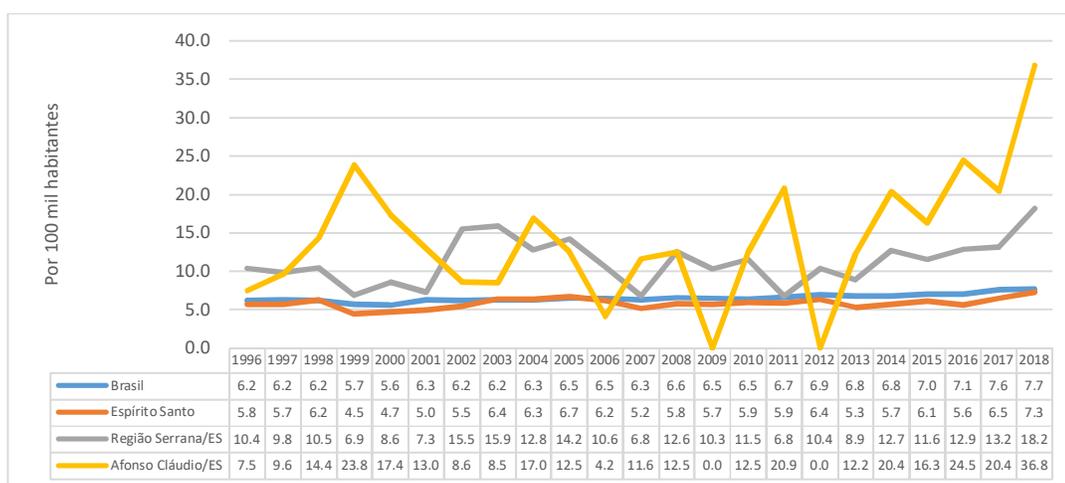


Figura 1 – Evolução do coeficiente* de mortalidade por suicídio no Brasil, Espírito Santo, Região Serrana-ES, Afonso Cláudio-ES, 1996 a 2018. *Coeficiente calculado por 100 mil habitantes.

Tabela 3- Variação e tendência da mortalidade por suicídio no Brasil, Espírito Santo, 1996-2018.

	Brasil					Espírito Santo				
	$\beta 1$	(IC95%)	p-valor ^a	Tendência	APC (%)	$\beta 1$	(IC95%)	p-valor ^a	Tendência	APC (%)
População Geral ^b	0,003	(0,002;0,005)	0,000	Crescente	0,69	0,002	(0,000;0,006)	0,117	Estacionária	0,46
Sexo										
Masculino	0,003	(0,002;0,004)	0,000	Crescente	0,69	0,00	(-0,003;0,005)	0,654	Estacionária	0
Feminino	0,003	(0,002;0,005)	0,000	Crescente	0,69	0,008	(0,00;0,015)	0,020	Crescente	1,85
Faixa etária (em anos)										
15-29	0,003	(0,001;0,004)	0,000	Crescente	0,69	0,001	(-0,004;0,001)	0,250	Estacionária	0,23
30-59	0,002	(0,001;0,003)	0,000	Crescente	0,46	0,009	(0,005;0,014)	0,000	Crescente	2,09
≥60	0,001	(-0,00;0,002)	0,102	Estacionária	0,23	0,00	(-0,003;0,003)	0,936	Estacionária	0

a) Regressão de Prais-Winsten.

b) Taxas padronizadas por 100 mil hab.

Tabela 4- Variação e tendência da mortalidade por suicídio na Região Serrana-ES, Afonso Cláudio-ES, 1996-2018.

	Região Serrana-ES					Afonso Cláudio-ES				
	$\beta 1$	(IC95%)	p-valor ^a	Tendência	APC (%)	$\beta 1$	(IC95%)	p-valor ^a	Tendência	APC (%)
População Geral ^b	0,005	(-0,002; 0,013)	0,191	Estacionária	1,16	-0,005	(-0,02; 0,03)	0,664	Estacionária	-1,14
Sexo										
Masculino	0,003	(-0,006; 0,013)	0,450	Estacionária	0,69	-0,001	(-0,026; 0,028)	0,937	Estacionária	-0,23
Feminino	0,018	(0,001; 0,034)	0,030	Crescente	4,23	0,01	(-0,030; 0,051)	0,588	Estacionária	2,33
Faixa etária (em anos)										
15-29	0,002	(-0,150; 0,009)	0,681	Estacionária	0,46	0,002	(-0,030; 0,026)	0,867	Estacionária	0,46
30-59	0,008	(-0,004; 0,021)	0,204	Estacionária	1,86	0,015	(-0,008; 0,038)	0,192	Estacionária	3,51
≥60	0,006	(-0,005; 0,018)	0,267	Estacionária	1,39	-0,001	(-0,025; 0,022)	0,926	Estacionária	-0,23

a) Regressão de Prais-Winsten.

b) Taxas padronizadas por 100 mil hab.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As tentativas e óbitos por suicídio constituem-se um importante problema de saúde pública. O conhecimento dos casos através das informações de saúde é fundamental para subsidiar a avaliação e o planejamento em saúde. Esses dados respaldam uma prática diferenciada no contexto de gestão de sistemas de saúde no que tange à prevenção do suicídio.

Abordar o tema suicídio oportuniza discutir a temática com o objetivo de fomentar o desenvolvimento de estratégias de prevenção, controle e acompanhamento acerca do problema. O desenvolvimento deste estudo possibilitou identificar que o preenchimento dos formulários de notificação compulsória devem ser aperfeiçoados.

A confiabilidade dos dados é importante para gerar informações pertinentes para intervenções adequadas na gestão local. A vista disso, torna-se necessário investir em treinamento para os profissionais de saúde das unidades notificadoras, com enfoque na importância do preenchimento adequado dos formulários como base de fonte epidemiológica para planejamento de ações de prevenção e redução dos danos à saúde. Uma vez que se percebe pelos resultados encontrados que há campos ignorados, e outros sem o devido preenchimento.

Muitos são os desafios para a consolidação das ações de vigilância em epidemiológica em relação a prevenção do suicídio, a utilização de sistemas de informação com informações precisas para fornecer subsídios ao poder público na definição de estratégias de enfrentamento do fenômeno do suicídio, é um deles. Sendo a realização da notificação fundamental para o conhecimento do perfil para intervenção e prevenção.

Além disso, os gestores municipais precisam criar estratégias para revisar os dados, identificar as inconsistências e corrigi-las antes de encaminhá-los para o nível estadual. As informações inadequadas poderão influenciar as políticas de saúde e dificultar o enfrentamento do problema na sociedade.

A ferramenta produzida, a fim de apresentar o diagnóstico situacional no município, foi o Boletim Epidemiológico sobre as tentativas e óbitos por suicídio. A ampla divulgação das informações acerca do problema, nos últimos anos, servirá como fonte de conhecimento para os profissionais de saúde e gestores das políticas públicas municipais. Não há sentido em produzir informação se ela não for disseminada nem apropriada por quem a produz para refleti-la em transformação do cenário apresentado. Através do perfil epidemiológico identificado, devem-se priorizar as ações voltadas para a prevenção ao comportamento suicida e a promoção à saúde, atendendo a grupos de risco e indivíduos vulneráveis.

O uso da informação produzida, principalmente para a gestão local, não só contribuirá na alocação de recursos em qualificação do atendimento e reorganização de serviços existentes, mas especialmente em ações efetivas de promoção da saúde e prevenção do suicídio. Além disso, induzirá a avaliação das intervenções, permitindo corrigir caminhos ou intensificar e ampliar as ações bem sucedidas.

Por fim, salienta-se a necessidade de investimentos na formação profissional. Especializar e qualificar profissionais da área da saúde, em especial os da saúde mental, é fundamental formar indivíduos de referência para atuarem de modo preventivo. Soma-se a isto, a necessidade de esforço em conjunto, conduzido pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e pelas demais instituições envolvidas com o problema, sendo imperioso a tomada de medidas para se evitar mortes desnecessárias.

Espera-se, com esta caracterização dos casos de tentativas e óbitos por suicídio no Município de Afonso Cláudio, possa ser incentivo a notificação e contribuir para a maior divulgação de informações que possam subsidiar a elaboração de políticas públicas integradas e intersetoriais e que efetivamente promovam a saúde e a qualidade de vida nesta região do país, assim como no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.L. A colônia pomerana no Espírito Santo: Manutenção de identidades e tradições. In I Colóquio Internacional de Mobilidade Humana e Circularidade de ideias, 2016, Vitória. **Anais**. Vitória: UFES; 2016. 49-59. Disponível em: http://lemm.ufes.br/sites/lemm.ufes.br/files/field/anexo/anais_completo.pdf

ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300565&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 abr. 2020.

ARAÚJO, Y. B. de et al. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da atenção primária. **Journal of Health Informatics**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.164-170, 2016.

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Journal of Psychiatry**, Brasília, p. 32, n. 2, p. 87-95. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>. Acesso em: 21 mar. 2020.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Rev. Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 230-236, 2014.

BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 7-8, Mar. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462007000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 17 Out. 2020.

BOTEGA, N.J. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed: 2015

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, 1996. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000200016&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 abril 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200016>.

BRASIL. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informação de Mortalidade**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 218 de 06 de março de 1997**. Reconhece como profissional de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm. Acesso em: 26 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. In: **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7 ed. 2010. Recurso eletrônico. <http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/Guia-de-Vigil%C3%A2ncia-Epidemiol%C3%B3gica-%E2%80%937%C2%AAedi%C3%A7%C3%A3o-2010.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota técnica informativa sobre Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.ht ml. Acesso em: 11 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de janeiro de 2011; Seção 1:37.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html. Acesso em: 10 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a**

profissionais das equipes de saúde mental. Brasília; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Violência Interpessoal/Autoprovocada.** 2020. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 01 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104, p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação em saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde) In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Suicídio: Violência auto-infligida:** Minayo M. C. S. Cap.7; p.205-233. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files//arquivos/ImpactoViol%C3%Aancia.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Instruções para preenchimento da Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação** [recurso eletrônico]. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/intoxicacao_exogena_sinan.pdf>. Acesso em: 02 de ago. de 2020.

_____. 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** [recurso eletrônico] 2ed. – Brasília: 2016. 92p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em 02 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.** Boletim Epidemiológico [Internet]. 2017: v.48 n.30, p.1-18. Disponível em: [HTTP://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf). Acesso em: 20 jun 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018.** Boletim Epidemiológico [Internet]. 2019: v.50 n.24, p.1-14. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>. Acesso em: 15 ago 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016**. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2019; v.50 n.15, p.1-12. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>. Acesso em: 15 ago 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre mortalidade**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020** [internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 34p. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso em: 12 de ago 2020.

_____. Ministério da saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 2.135 de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 25 set.2013.

_____. Ministério da saúde. **Portaria Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**. Define a 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 06 jun. 2014.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.356 DE 23 DE JUNHO DE 2006**. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Diário Oficial da União. 2006.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. 15 Ago 2006.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016**. Define a 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 Fev 2016. Edição: 32, Seção: 1, pag.23.

_____. Ministério da Saúde. Presidência da República. **Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Diário Oficial da União. 26 Abr 2019.

_____. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Manual de Normas e Rotinas do SINAN;MS; 2007**.

_____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde - CNES**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CASTRO, R. A. S. et al. Vulnerabilidades da população em situação de rua ao comportamento suicida. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 13, n. 2, p. 431-437, 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/237023-134323-1-PB.pdf>>. Acesso em 05 abr. 2020.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. de S.; MANGAS, R. M. do N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 10, p. 2985-2994, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Diretrizes atualizadas para avaliar sistemas de vigilância em saúde pública. **MMWR**. Recomendações e relatórios. 27 de julho de 2001/50 (RR13); 1-35. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>. Acesso em: 27 set. 2020.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500033&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 abr. 2020.

COELI, C. M.; CARMARGO, K. R. C. J.; CASCÃO, A. M. **Sistemas de informação em saúde**. In: MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R. WERNECK, G. L. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 525-530.

CORREIA, L. O. dos S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4467-4478, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104467&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Mar. 2020.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso Acesso em 08 mar. 2020.

COSLOP, S.; CALLO QUINTE, G.; NACIF ANTUNES, M. Tentativas de suicídio por intoxicação exógena no estado Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 46-54, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/26467>. Acesso em: 19 out. 2020.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Estudo de estimativas populacionais por município, Brasil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>>. Acesso em:

13 ago. 2020.

ESPÍRITO SANTO (Espírito Santo). Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização (PDR). Vitória, ES. 2011. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/PDR_PlanoDir_eterdeRegionalizacao_ES_2011.pdf

ESPÍRITO SANTO (Espírito Santo). Lei 9.768, de 26 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a definição das Microrregiões e Macrorregiões de Planejamento no Estado do Espírito Santo. **Diário Oficial dos Poderes do Estado**. Vitória, ES, 26 dez. 2011. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEI97682011.html>

ESPÍRITO SANTO (Espírito Santo). Lei 11.174, de 06 de setembro de 2005. Altera o Anexo Único da Lei nº 9.768, de 26 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a definição das Microrregiões e Macrorregiões de Planejamento no Estado do Espírito Santo. **Diário Oficial dos Poderes do Estado**. Vitória, ES, 28 set. 2020. p.2. Disponível em: <http://ioes.dio.es.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/5110#/p:10/e:5110?find=11.174>. Acesso em 01 nov. 2020.

FERNANDES, M.A., LIMA, G.A., SILVA, J, S. Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência. **Rev Enferm UFPI**. Piauí. 7, n.1, p.75-9, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1033977>. Acesso em 17 out 2020.

FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, ago. 2014 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200010&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 19 Out. 2020.

GIRIANELLI, V. R. et al. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 318-326, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000300318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama Cidades: Afonso Cláudio** 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/afonso-claudio/panorama>

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Censos Demográficos**. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/informacoes-por-cidade-e-estado.html?c=3200102>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

IPES - Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves. **Macrozoneamento da Região Serrana do Espírito Santo**. Vitória, 2004. Disponível em: <<http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/138>>. Acesso em: 08 de março de 2020.

JESUS, A. de. Investigação de Informação e Comunicação: o boletim epidemiológico como dispositivo interdisciplinar em saúde. 2018. 111 f. Dissertação (mestrado) – Mestrado Profissional em Informação, Comunicação e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018 b.

JESUS, R. de. **Business Intelligence em Vigilância Epidemiológica baseada em dados produzidos pelos Laboratórios de Saúde Pública**. 2018. 156 f. Dissertação (mestrado) – Mestrado Profissional em Computação Aplicada, Universidade de Brasília, Brasília, 2018 a.

LEITE, I. da C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1551–1564, jul. 2015.

LIMA, C. R. A., *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Caderno Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 10, p.2095-2109, 2009.

MAIA, L. T. de S. et al. Uso do linkage para a melhoria da completude do SIM e do Sinasc nas capitais brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 112-117, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100300&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 16 ago. 2020.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, [S.l.], v. 4, n. 7, p. 31-44, sep. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9290> Acesso em: 18 de out. de 2020.

MEDRONHO, R. de A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.
MENEGHEL, N.S., MOURA R. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. **Interface comunicação, saúde e educação**, [s.l.] v.22 n. 67, p. 1135-46, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-1807-576220170269.pdf> . DOI: 10.1590/1807-57622017.0269.

MULER, S. de A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Pepsic**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p.6-23, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2020.

OMS. **Mental Health Action Plan 2013 - 2020** [Internet]. Geneva: OMS; 2013. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/. Acesso em 10 agosto de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura.** Genebra: OMS, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão. São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**; 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Objetivos de desenvolvimento sustentável.** 2015. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875. Acesso em 17 out 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report.** Shaping the future. Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, **Fundação Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro, RJ. 2009. p. 87-105. (Série B Textos Básicos de Saúde, vol. 2).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, **Fundação Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro, RJ. 2009. p. 109-28. (Série B Textos Básicos de Saúde, vol. 1).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Suicídio:** Folha Informativa. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/72968>. Acessado em: 01 nov. 2020. 2020.

PEDROSA, B.; DUQUE, R.; MARTINS, R. Suicídio no Idoso – O antecipar da morte. **Psi Logos**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-11, 2016.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico:** Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale, 2. ed., 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO-ES. **Aspectos do Município.** 2019. Disponível em: <http://www.afonsoclaudio.es.gov.br/site/index.php/municipio>. Acesso em: 02 nov. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE AFONSO CLÁUDIO-ES. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** 2018. Disponível em: <http://www.afonsoclaudio.es.gov.br/site/prefeitura/secretaria-de-saude-3/>. Acesso em: 02 nov. 2019.

PONTES, R.J.S., *et al.* Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

RIBEIRO, N. M. et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informação em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.1-11, 3 maio 2018.

RIOS, M. A. et al. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por

suicídio em idosos no estado da Bahia. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 190-199, 2013.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-681, Mar. 2006 .

ROMERO, D.E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.701-714, 2007.

SANTANA, V. T. P. et al. Perfil das intoxicações medicamentosas notificadas ao SINAN no Município de Primavera do Leste – MT, entre os anos de 2007 a 2014. **Ensaio e Ciência**, Cuiabá, v. 23, n. 3, p. 230-237, 2019.

SANTOS, L. A.; KIND, L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface**, Botucatu, v. 24, e 190116, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100202&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Mar. 2020.

SILVA, N. K. N. da et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SOARES, M.H. A enfermagem prevenindo o suicídio por meio do relacionamento terapêutico. 1. Ed. Curitiba: **Appris**, 2019.

SOARES, R.J.O.; NASCIMENTO, F.P.B. Suicídio e Tentativa de Suicídio: Contribuições da Enfermagem Brasileira. **J Health Sci**, v.19, n.1, p.19-24. 2017.

SOUZA, W. V.; DOMINGUES, C. M. A. S. Notificação compulsória de doenças e agravos no Brasil: um breve histórico sobre a criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. In: Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde: produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. p. 39-48. (Série B Textos Básicos de Saúde, vol. 1).

TEIXEIRA, S. M. de O.; SOUZA, L. E. C.; VIANA, L. M. M.. O suicídio como questão de saúde pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-3, 2018.

VELOSO, Milene Maria Xavier et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, May 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Out. 2020.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 175-187, Jan. 2013 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Out. 2020

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 3, p.7-26, 1998. Disponível em:

<http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n3/v7n3a02.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide**: a resource for counselors.

Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43487/9241594314_eng.pdf;jsessionid=2274C77ED872C0F178C34B93019868CA?sequence=1. Acesso em: 19 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative.

Geneva: WHO; 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em: 10 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world Global Health Estimates**. 2019. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1> . Acesso em: 27 mar. 2020.

ANEXO A – Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

N°

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravadoença	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	Código (CID10) 3 Data de Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Distância	
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade		
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF			18 Município de Residência
Dados de Residência	19 Código (IBGE)		20 Distrito	
	21 Bairro	22 Logradouro (rua, avenida, ...)		
	23 Número	24 Complemento (apto., casa, ...)	25 Geo campo 1	
	26 Geo campo 2	27 Ponto de Referência		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data de Investigação			32 Ocupação
	Dados Complementares do Caso			
Acontecimentos Epidemiológicos	33 Situação no Mercado de Trabalho			
	34 Local de ocorrência da exposição			
	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência			
Dados da Exposição	36 UF		37 Município do estabelecimento	
	38 Código (IBGE)		39 Distrito	
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)	
	42 Número		43 Complemento (apto., casa, ...)	
	44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP	
46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	

SVS 09/06/2005

Dados da Exposição	80 Grupo do agente tóxico/Classificação geral □□ 01.Medicamento 02.Agrofóxico/uso agrícola 03.Agrofóxico/uso doméstico 04.Agrofóxico/uso saúde pública 05.Retóxico 06.Produto veterinário 07.Produto de uso Doméstico 08.Cosmético/higiene pessoal 09.Produto químico de uso industrial 10.metal 11.Drogas de abuso 12.Planta tóxica 13.Alimento e bebida 14.Outro 99.Ignorado				
	86 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular		Princípio Ativo		
	1 - _____		1 - _____		
	2 - _____		2 - _____		
	3 - _____		3 - _____		
	81 Se agrotóxico, qual a finalidade de utilização □ 1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carapaticida 4. Fungicida 5. Fungicida 6. Preservante para madeiras 7. Outro 8. Não se aplica 9. Ignorado				
	82 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 1ª Opção: □□ 01- Diluição 05- Colheita 06- Outros 10- Não se aplica 2ª Opção: □□ 02- Pulverização 06- Transporte 09- Ignorado 03- Tratamento de sementes 07- Desinfestação 04- Armazenagem 08- Produção/formulação 3ª Opção: □□				
	83 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/safras _____				
	84 Via de exposição/contaminação 1ª Opção: □ 1- Digestiva 4- Ocular 7- Transplacentária 2ª Opção: □ 2- Cutânea 5- Parenteral 8- Outra 3ª Opção: □ 3- Respiratória 6- Vaginal 9- Ignorada				
	85 Circunstância de exposição/contaminação □□ 01- Uso Habitual 02- Acidental 03- Ambiental 04- Uso terapêutico 05- Prescrição médica inadequada 06- Erro de administração 07- Automedicação 08- Abuso 09- Ingestão de alimento ou bebida 10- Tentativa de suicídio 11- Tentativa de aborto 12- Violência/homicídio 13- Outra 99- Ignorado				
86 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? □ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			87 Tipo de Exposição □ 1- Aguda - única 2- Aguda - repetida 3- Crônica 4- Aguda sobre Crônica 9- Ignorado		
88 Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento □□□□ 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado					
Dados do Atendimento	89 Tipo de atendimento □ 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Domiciliar 4- Nenhum 9- Ignorado		90 Houve hospitalização? □ 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	91 Data de internação □□□□□□		92 UF □□		
	93 Município de hospitalização □□□□□□□□□□		94 Unidade de saúde □□□□□□□□□□		
Contexto do Caso	95 Classificação final □ 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Outro Diagnóstico 5 - Síndrome de abstinência 9 - Ignorado				
	96 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico CID - 10 □□□□□□				
	97 Critério de confirmação □ 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		98 Evolução do Caso □ 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado		
	99 Data do óbito □□□□□□		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. □ 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
Informações complementares e observações					
Observações: _____ _____ _____					
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. de Unid. de Saúde		
	Nome		Assinatura		
	Função		SVS 06/06/2005		
Intoxicação Exógena		Sinan NET			

ANEXO B – Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº		
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/trafegamiliar, 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.</p>						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agredimento		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3 Data de notificação	
	4 UF		5 Município de notificação		6 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		8 Código Unidade		9 Data de ocorrência da violência	
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		9 Código (CRES)			
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento			
	12 (ou) Idade		13 Sexo		14 Gestante	
	<input type="checkbox"/> 1- Hom 2- Doa 3- Mãe 4- Mãe		<input type="checkbox"/> M- Masculino <input type="checkbox"/> F- Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> 1- Não grávida 2- 1ª Gravidez 3- 2ª Gravidez 4- 3ª ou posterior gravidez 5- Não 6- Não se aplica 7- Ignorado	
	15 Raça/Cor		16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS	
	<input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 6- Ignorado		<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- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		18 Nome da mãe	
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		21 Código (IBGE)	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida, ...)		24 Código	
	25 Número		26 Complemento (apto., casa, ...)		27 Geo campo 1	
	28 Geo campo 2		29 Ponto de Referência		30 CEP	
	31 (DDD) Telefone		32 Zona		33 País (se residente fora do Brasil)	
	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado					
	34 Nome Social		35 Ocupação			
	36 Situação conjugal / Estado civil		37 Orientação Sexual			
<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 3- Bissexual 4- Não se aplica 5- Ignorado		<input type="checkbox"/> 37 Identidade de gênero: 3- Homem Transsexual 4- Não se aplica 5- Ignorado <input type="checkbox"/> 1- Transvê 2- Mulher Transsexual 3- Ignorado		
38 Possui algum tipo de deficiência/transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?		40-43		
<input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Ignorado		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		42 Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida, ...)		45 Código	
	46 Número		47 Complemento (apto., casa, ...)		48 Geo campo 3	
	49 Geo campo 4		50 Ponto de Referência		51 Hora de ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência		53 Zona		54 Hora 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 - Indústria/construção 09 - Outro 10 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 4- Ignorado	
	55 Ocorreu outras vezes?		56 A lesão foi autoprovocada?			
<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado				

Violência	85 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 89-Ignorado			
	86 Tipo de violência: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Meio de agressão <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Força corporal/empunhamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro.....	87 Meio de agressão: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro.....		
Violência Sexual	88 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.....			
	89 Procedimento realizado: 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Dados do provável autor da violência	90 Número de envolvidos: 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	91 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigo(a)/conhecido(a) <input type="checkbox"/> Policial/agente de lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros..... <input type="checkbox"/> Prédito <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros..... <input type="checkbox"/> Medrado <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros..... <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	92 Sexo do provável autor da violência: 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	93 Suspeita de uso de álcool: 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	94 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
Encaminhamento	95 Encaminhamento: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
	96 Violência Relacionada ao Trabalho: <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			97 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT): 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
Dados finais	99 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	
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
Nome		Função	Assinatura	
Violência Interspessoal/Autoprovocada		Sim		

ANEXO C – Declaração de Óbito



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I Identificação

Tipo de óbito: Data do óbito: _____ Hora: _____ Cartão SUS: _____ Naturalidade: _____

Fato Não Fato

Nome do Fallecido: _____

Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: _____ Estado: _____ Sexo: _____ Raça/Cor: _____ Situação conjugal: _____

Escolaridade (última série cursada): _____ Ocupação habitual: _____ Código CBO 2002: _____

Não escolarizado Média (até 2ª grau) Superior incompleto Superior completo

Fundamental I (1ª a 4ª séries) Fundamental II (5ª a 8ª séries)

II Residência

Bairro/Cidade: _____ Código: _____ Município de residência: _____ Código: _____ UF: _____

Legislação (lei, preta, eventual, etc.): _____

III Ocorrência

Local de ocorrência do óbito: _____ Estabelecimento: _____ Código CBO: _____

Hospital Outros estáb. saúde Domicílio Outros Via pública

Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.): _____

Bairro/Cidade: _____ Código: _____ Município de ocorrência: _____ Código: _____ UF: _____

IV Feto ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAS E DE MENORES DE 1 ANO - INSCRIÇÕES (CÓDIGO A MÃE)

Idade (anos): _____ Sexo: _____ Ocupação habitual: _____ Código CBO 2002: _____

Gravidez (última série cursada) Não

Não escolarizado Média (até 2ª grau) Superior incompleto Superior completo

Fundamental I (1ª a 4ª séries) Fundamental II (5ª a 8ª séries)

Número de filhos vivos: _____ Nº de semanas de gestação: _____ Tipo de parto: _____

Nasceu vivo Fetus morto Aborto Círculo Vaginal Cesáreo

Não registrado Registrado Não registrado Registrado

Morte em relação ao parto: _____

Antes Durante Depois Ignorado

Passo ao nascer: _____ Número da Declaração de Nascimento Vivo: _____

V Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL:

A morte ocorreu: No parto Não 42 dias após o parto Não ocorreu antes do parto

Não ocorreu Não aberto De 43 dias a 1 ano após o parto

ASSISTÊNCIA MÉDICA:

Foi/foi não assistido médico durante a doença que ocasionou a morte? Sim Não Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

Necropsia? Sim Não Ignorado

CAUSAS DA MORTE - PARTE I

Quando se estado notado que ocorreu diretamente a morte: _____

CAUSAS ANTERIORES - PARTE II

Quando se estado notado que ocorreu indiretamente a morte: _____

Quando se estado notado que ocorreu indiretamente a morte: _____

Quando se estado notado que ocorreu indiretamente a morte: _____

PARTE III

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estejam listadas na última seção: _____

VI Médico

Nome do Médico: _____ CRM: _____ Data atestado por Médico: _____ Município e UF do SVD do ML: _____

Assistente Sócio Substituto Outros

Rua de contato (posição, fax, e-mail, etc.): _____ Endereço: _____ Assinatura: _____

UF: _____

VII Causas externas

INDICADORES CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estatístico epidemiológico)

Tipo: Acidente Homicídio Suicídio Acidente de trabalho Fonte de informação: Família Ignorado

Não Sim Não Sim Não Hospital Outra

Descrição detalhada do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____

A Ocorrência foi em via pública, anexo ao endereço

Legislação (lei, preta, eventual, etc.): _____ Código: _____

VIII Cartório

Cidade: _____ Código: _____ Registro: _____ Data: _____

Município: _____ UF: _____

IX Local de assinatura

Declarante: _____ Testemunhas: _____

A: _____

B: _____

Anexo 111 B - 2ª impressão, 1/2013

ANEXO D- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa - UFES



UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tentativa de Suicídio e Suicídio no estado do Espírito Santo: Um estudo ecológico e de geoprocessamento

Pesquisador: LAERSON DA SILVA DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32646820.2.0000.5050

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde (CCS)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.151.705

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo híbrido com um recorte transversal e outro ecológico. Possui caráter analítico e descritivo, no qual as unidades de análise serão os 78 municípios do estado do Espírito Santo (ES) a partir dos dados secundários referentes ao agravo das tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio no estado do ES, registrados entre o período de 2007 - 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o perfil das tentativas de suicídio (TS) suicídio (S) (notificadas) no estado do Espírito Santo no período de 2007 a 2020.

Objetivo Secundário:

Analisar a prevalência e incidência de tentativas de suicídio no estado do Espírito Santo no período de 2007 a 2020.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios atendem à Res. CNS 466/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - OK

Cronograma - início da coleta 1/9/2020 - adequado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITÓRIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.151.705

Orçamento- apresentado

Termo de Sigilo e Confidencialidade -apresentado, assinado por todos os participantes

Recomendações:

Toda pesquisa deve sempre atender às Resoluções que norteiam pesquisas com seres Humanos no Brasil

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram sanadas

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1565792.pdf	08/07/2020 15:35:31		Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_SIGIL O.pdf	08/07/2020 15:26:33	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS.pdf	08/07/2020 15:21:14	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Tentativa_de_Suicidio_e_Suicidio_no_E spiritoSanto_veraoFinal.pdf	08/07/2020 15:17:39	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Sao_Jose_caicado.pdf	08/07/2020 15:16:01	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Muniz_Freire.pdf	08/07/2020 15:15:47	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_luna.pdf	08/07/2020 15:14:51	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_lrupi.pdf	08/07/2020 15:14:14	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_ibitirama.pdf	08/07/2020 15:13:54	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_ibatiba.pdf	08/07/2020 15:12:51	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1498

Bairro: SN

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.151.705

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Guacul.pdf	08/07/2020 15:12:15	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Dores_RioPreto.pdf	08/07/2020 15:11:20	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_D_Sao_Lourenco.pdf	08/07/2020 15:10:49	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Bom_Jesus.pdf	08/07/2020 15:08:37	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Alegre.PDF	08/07/2020 15:08:18	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Declaração de concordância	Termo_AfonsoClaudio.pdf	08/07/2020 15:05:03	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModeloJustificativadeausenciadoTCLE.pdf	28/05/2020 16:26:28	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/05/2020 16:23:10	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODOESPESQUISADORES.pdf	28/05/2020 16:22:44	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/05/2020 16:18:14	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	28/05/2020 16:17:52	LAERSON DA SILVA DE ANDRADE	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 13 de Julho de 2020

Assinado por:
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: SAZ
UF: ES Município: VITÓRIA CEP: 29.040-001
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

APÊNDICE A - Termo de salvaguarda do sigilo e confidencialidade do uso dos dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

- Para salvaguarda do sigilo e confidencialidade do uso dos dados -

1. Identificação da pesquisa: "Tentativa de suicídio e suicídio no estado do Espírito Santo: um estudo ecológico e de geoprocessamento".

**Centro de Estudo e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas - CEPAD
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES**

Instituição coparticipante: Secretaria Municipal de Saúde de Afonso Cláudio
Responsável pela Instituição coparticipante: Sílvia Renata de Oliveira Freisleben

2. Identificação dos pesquisadores:

Nome/Identificação	Responsabilidade no projeto	CPF
1) Mariuce Mechelli de Siqueira Profª Drª Titular no PPGENF e PPGSC, Coordenadora de Pesquisa do CEPAD-UFES	Pesquisadora – Orientadora	451.076.107-49
2) Marcos Vinicius Ferreira dos Santos Prof Dr Adjunto do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES). Coordenador do CEPAD-UFES.	Pesquisador – Coorientador	112.662.297-44
3) Laerson da Silva de Andrade Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva Pesquisador CEPAD UFES	Pesquisador Responsável – Aluno orientando	127.766.037-97
4) Mayára Aguiar Silva Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - UFES	Pesquisadora – Aluna orientada	109.164.777-11
5) Maysa Oliveira Silva Caliman Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - UFES	Pesquisadora – Aluna orientada	098.548.047-55
6) Ivan Robert Enriquez Guzman Prof Dr. Associado do Deptº de Estatística (DE) do Centro de Ciências Exatas (CCE). Pesquisador do CEPAD-UFES.	Pesquisador Colaborador	231.034.758-29



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

7) Francisco de Deus Fonseca Neto Prof Dr. Do IFES	Pesquisador Colaborador	905.585.359-91
8) Alessandra Lopes Braga Fonseca Prof Dra. Do IFES	Pesquisador Colaborador	083.885.307-20
9) Salomão Martins de Carvalho Júnior Prof Dr. Do IFES	Pesquisador Colaborador	087.332.437-43
10) Fábio Luiz Mação Campos Prof Dr. Do IFES	Pesquisador Colaborador	052.201.117-65

3. Declaração de Compromisso:

Prezado(a):

Somos pesquisadoras da Universidade Federal do Espírito Santo e do Instituto Federal do Espírito Santo, e integramos equipe de pesquisa responsável por um estudo de nível estadual intitulado como "Tentativa de suicídio e suicídio no estado do Espírito Santo: um estudo ecológico e de geoprocessamento". O objetivo primário é "analisar o perfil das tentativas de suicídio (TS) e suicídios (S) notificadas no estado do Espírito Santo no período de 2007 a 2020", realizando a caracterização dos dados e a avaliação de sua completude, a distribuição espacial das notificações no território, o relacionamento entre os bancos pesquisados, seguindo sempre os critérios metodológicos e requisitos éticos estabelecidos e relacionados na pesquisa à qual estamos vinculados. Desta forma, solicitamos sua autorização para acessar os bancos digitalizados SIM e SINAN de seu município, bem como utilizar informações das fichas de Violência Interpessoal/Autoprovocada, de Intoxicação Exógena e da Declaração de Óbito, utilizadas para alimentar os sistemas de informação em saúde aqui citados, todos sob sua guarda. Caso concorde, utilizaremos informações referentes às notificações de lesão autoprovocadas e tentativas de suicídio de residentes do seu município ocorridas no período de 2007 a 2020 (disponíveis) e informações referentes aos óbitos por suicídio para análises específicas, destinadas ao desenvolvimento desta pesquisa e seus subprodutos, como dissertação de Doutorado e Mestrado acadêmicos em Saúde Coletiva e posterior publicação em veículos científicos da área. Para possibilitar as análises, bancos unificados serão elaborados a partir das informações averiguadas, ficando de comum acordo a devolução dos mesmos ao município sob a forma de tabelas digitalizadas, seguindo a metodologia de trabalho adotada pela pesquisa, os critérios éticos relacionados e



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

demais orientações municipais.

Baseados na Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012, nos comprometemos:

1. Preservar as informações dos pacientes cujos dados serão coletados;
2. Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possa identificar o sujeito da pesquisa.

Desta forma, respeitando e cumprindo as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 516/16 assinaremos este Termo de Fiel Depositário afim de garantir adequados uso, guarda e sigilo dos dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes, juntamente com o responsável da instituição coparticipante.

Vitória - ES, 06 de Julho de 2020.

Nome	Assinatura
1) Marluce Mechelli de Siqueira	
2) Marcos Vinicius Ferreira dos Santos	
3) Laerson da Silva de Andrade	
4) Mayara Aguiar Silva	
5) Maysa Oliveira Silva Caliman	
6) Ivan Robert Enriquez Guzman	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

7) Francisco de Deus Fonseca Neto	
8) Alessandra Lopes Braga Fonseca	Alessandra Lopes Braga Fonseca.
9) Salomão Martins de Carvalho Júnior	
10) Fábio Luiz Mação Campos	

4. Consentimento esclarecido da instituição coparticipante

Declaro concordar com o acesso aos dados para a pesquisa, desde que seja apresentada a declaração de aprovação do projeto pelo CEP da instituição proponente, após a sua revisão ética; declaro, ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 516/16.

Afonso Cláudio - ES, 06 de Julho de 2020.

Sílvia Renata de Oliveira Freisleben
Secretário Municipal de Saúde Afonso Cláudio, ES

Sílvia Renata O. Freisleben
Secretária de Saúde

APÊNDICE B - Lista de subcategorias da CID-10 selecionadas para identificação dos óbitos por suicídio.

Subcategoria	Capítulo- Descrição
Capítulo: XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade	
X60.0-X60.9	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos.
X61.0-X61.9	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte.
X62.0-X62.9	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte.
X63.0-X63.9	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervosoautônomo.
X64.0-X64.9	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às nãoespecificadas.
X65.0-X65.9	Auto-intoxicação voluntária por álcool.
X66.0-X66.9	Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores.
X67.0-X67.9	Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores.
X68.0-X68.9	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas.
X69.0-X69.9	Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas.
X70.0-X70.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.
X71.0-X71.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.
X72.0-X72.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.

X73.0-X73.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre.
X74.0-X74.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.
X75.0-X75.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos.
X76.0-X76.9	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.
X77.0-X77.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes.
X78.0-X78.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.
X79.0-X79.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.
X80.0-X80.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.
X81.0-X81.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento.
X82.0-X82.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor.
X83.0-X83.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados.
X84.0-X84.9	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

Fonte: Classificação Internacional de Doenças 10ª ed. (MS, 2008).