

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

SARAH COSME FOLETTTO

**MORTALIDADE POR SUICÍDIO ENTRE HOMENS E MULHERES E SEUS  
DETERMINANTES SOCIAIS: o que revela o sistema de informação**

**VITÓRIA/ES**

**2020**

**SARAH COSME FOLETTTO**

**MORTALIDADE POR SUICÍDIO ENTRE HOMENS E MULHERES E SEUS  
DETERMINANTES SOCIAIS: o que revela o sistema de informação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Carlota de Rezende Coelho

**Vitória/ES**

**2020**

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

F663m Foletto, Sarah Cosme  
Mortalidade por suicídio entre homens e mulheres e seus  
determinantes sociais : o que revela o Sistema de Informação /  
Sarah Cosme Foletto. - 2020.  
80 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento  
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Suicídio – Espírito Santo (Estado). 2. Mortalidade. 3. Dados  
estatísticos – Espírito Santo (Estado). 4. Sistemas de Informação.  
I. Coelho, Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de  
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.  
III. Título.

CDD 362.28

---

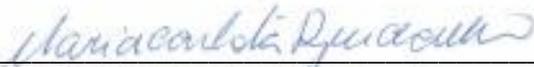
SARAH COSME FOLETTTO

MORTALIDADE POR SUICÍDIO ENTRE HOMENS E MULHERES E SEUS  
DETERMINANTES SOCIAIS: o que revela o sistema de informação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 24 de setembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Carlota de Rezende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientadora



Prof

---

<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Solange Rodrigues da Costa Nascimento  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Zandonade  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Dedico a minha família, em especial ao meu pai, que sem medir esforços sempre diz sim aos pedidos dos filhos. Dedico à minha mãe, que é a pessoa que eu mais admiro na vida.

Agradeço a Profª Drª Maria Carlota. Mais que orientadora. Me acolheu, acreditou e incentivou. Me inspirou e inspira, através do seu trabalho e sabedoria, meu muito obrigada.

"Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menos se lhe faltasse uma gota".

Madre Teresa de Calcutá

## RESUMO

**Introdução:** O suicídio é um ato racionalizado, planejado e executado pelo próprio indivíduo. Esse fenômeno é marcado por uma complexidade de processos e deve-se compreender que o gatilho não pode ser restringido a um único acontecimento específico, ou seja, faz-se necessário o conhecimento dos diversos fatores e variáveis associados ao contexto biológico, social, emocional e cultural daquela pessoa.

**Objetivo:** Descrever e comparar o suicídio em homens e mulheres no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo e analítico de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados na base de dados secundários DATASUS – Departamento de Informática do SUS. A associação entre as variáveis de mortalidade por suicídio será analisada pela estatística analítica através do teste *qui-quadrado*. **Resultados e Discussão:** A pesquisa revelou que a taxa de incidência do suicídio no estado do Espírito Santo teve pouca variação no período de 2012 a 2017 e que a maioria dos casos de suicídio ocorreram entre os homens. Em relação às variáveis relacionadas ao suicídio, as associações que apresentaram significância estatística associada a sexo foram: cor/raça; escolaridade; estado civil; e, local de ocorrência. Ademais, em relação às regiões de saúde do Espírito Santo, foi possível observar uma significância na associação de diferentes variáveis entre as quatro macrorregiões de saúde, entretanto, em relação à associação da variável sexo e região de saúde não foi detectada significância estatística. **Conclusão:** Sendo o suicídio um problema de saúde pública é notória a necessidade de atualizar itens nas fichas de notificação em relação ao agravo suicídio, além da conscientização dos profissionais para um melhor registro das informações nesse instrumento, uma vez que tanto as fichas de notificação quanto o banco de dados são instrumentos importantes para o planejamento das ações de manejo e prevenção do suicídio.

**Palavras-chave:** Suicídio. Mortalidade. Sistemas de Informação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicide is a rationalized, planned and executed act by the individual himself. This phenomenon is marked by a complexity of processes and it must be understood that the trigger cannot be restricted to a single specific event, which means that knowledge is needed of the several factors and variables associated to the biological, social context, emotional and cultural of that individual. **Objective:** Describe and compare the suicide in men and women in the state of Espírito Santo during the period of 2012 a 2017. **Methodology:** This is an epidemiological study, retrospective and analytical quantitative approach. The data were collected in the secondary database DATASUS - Department of Informatics of the SUS. The association between the variables of mortality by suicide will be analyzed by the analytical statistics through the chi-square test. **Results and Discussion:** The research revealed that the incidence rate of suicide in the state of Espírito Santo had little variation in the period from 2012 to 2017 and that most cases of suicide happen among men. In relation to variables related to suicide, the associations that presented statistical significance associated with sex were: color/race; education; marital status; and place of occurrence. Also, in relation to the health regions of Espírito Santo, it was possible to observe significance in the association of different variables among the four major health regions, however in relation to association of the variable sex and health region was not detected significance statistics. **Conclusion:** Suicide being a public health problem shows the necessity to update items in the notification sheets in relation to the aggravated suicide, besides the professional's consciousness for a better registration of the information in this instrument, since both the notification sheets and database are important tools for the planning of suicide management and preventive actions.

**Keywords:** Suicide. Mortality. Information Systems.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SESA/SERRA	Secretaria Municipal de Saúde da Serra
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TABNET	Tabulador

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>17</b>
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>18</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	18
3.2	FONTES E COLETA DE DADOS.....	19
3.3	VARIÁVEIS.....	24
3.4	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	24
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	25
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	25
3.7	ESTRUTURA DA PESQUISA.....	26
	<b>CAPÍTULO 1</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>ELEMENTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DO SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO ENTRE HOMENS E MULHERES.....</b>	<b>27</b>
	<b>CAPÍTULO 2</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E SUICÍDIO NO BRASIL: REVISÃO DE ESCOPO.....</b>	<b>37</b>
5.1	INTRODUÇÃO.....	37
5.2	MÉTODO.....	39
5.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.4	CONCLUSÃO.....	49
	<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>51</b>
<b>6</b>	<b>DESCRIÇÃO DO SUICÍDIO EM HOMENS E MULHERES NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2012 A 2017.....</b>	<b>51</b>
6.1	INTRODUÇÃO.....	51
6.2	MÉTODO.....	52
6.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
6.4	CONCLUSÃO.....	67
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>75</b>

APÊNDICE A - CHAVE DE BUSCA.....	75
APÊNDICE B - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	76
APÊNDICE C - FICHA PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA REVISÃO DE ESCOPO.....	77
<b>ANEXOS</b>	<b>78</b>
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	78
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO NA SESSÃO DE QUALIFICAÇÃO.....	81

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um ato racionalizado, planejado e executado pelo próprio indivíduo. É reconhecido como um fenômeno complexo que, com o passar dos anos e avançar da história, através dos séculos, tem atraído a atenção de diversos estudiosos, como filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas (OMS, 2006). Para Durkheim (2008, p. 11), "o suicídio é vulgarmente e antes de mais nada o ato de desespero de um indivíduo a quem a vida já não interessa mais". O autor ainda reafirma que a vítima tem consciência da morte como resultado do ato efetivo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua o suicídio como um ato violento, diretamente referido à agressividade, cometido contra si mesmo com a intenção de morte. Conceito esse que corrobora os achados de Gomes *et al.* (2014), que referem o suicídio sendo caracterizado como um ato de autolesão, portanto, uma ação intencional de matar a si mesmo. Para os autores Teixeira, Souza e Viana (2018), mesmo ainda sendo tratado como tabu, o suicídio é considerado como o ato humano de infligir a si próprio o fim da vida.

No clássico livro "O Suicídio", de Durkheim, é discutida a ampliação da visão em relação a como estudar o suicídio, uma vez que, ao invés de pensar nesse fato como particular e isolado, deve-se considerar um agrupado de elementos associados ao cotidiano e características da sociedade em que se vive, associando-o e as suas tentativas, de alguma forma, às crises contemporâneas pelas quais passam a sociedade e que refletem no estado social da coletividade e do indivíduo, correlacionando os atos de suicídio com uma dada unidade de tempo.

Esse fenômeno é marcado por uma complexidade de processos e deve-se compreender que o gatilho não pode ser restringido a um único acontecimento específico, ou seja, faz-se necessário o conhecimento de toda a trajetória de vida do indivíduo, associando a culminação de fatores e variáveis ligados ao contexto biológico, social, emocional e cultural daquela pessoa, além das experiências singulares que

refletem na maneira como esses fatores se entrelaçam e se potencializam (TEIXEIRA; SOUZA; VIANA, 2018).

A obra "Sobre o suicídio", uma tradução das anotações de Marx, elenca algumas razões para o suicídio que estão intimamente ligadas a sentimentos, enfrentamentos e emoções. Dentre elas: amizades falsas e superficiais, frustrações amorosas, falta de ânimo, desentendimentos familiares, rivalidades, desgosto de uma vida monótona e rotineira, entre outras. Na obra, o autor ressalta que essas razões se transformam em uma força enérgica frequentemente capaz de conduzir um indivíduo a querer se livrar da sua detestável existência.

No contexto do suicídio há de se considerar que uma diversidade de fatores, como biológicos, sociais, culturais, religiosos, políticos, psiquiátricos, genéticos e psicológicos, estão relacionados à temática, exigindo assim uma compreensão, intervenção e prevenção com ações integrativas que associem a multi e interdisciplinaridade, projetos multi e interinstitucionais, atividades de cunho individual e coletivas, contribuição religiosa/espiritual e científica, entendendo o fenômeno como um desafio para a sociedade e questão de saúde pública (GUTIERREZ; RIBEIRO, 2018).

Entendendo o suicídio como uma ação influenciada por diversos fatores e variáveis, que abrangem desde o histórico genético até as questões psicológicas, sociais e culturais, a OMS destaca que rara é a família que não apresenta pelo menos um membro com algum tipo de transtorno mental, sendo a estimativa de que a cada quatro pessoas uma será afetada por algum transtorno psiquiátrico em alguma fase da vida, considerando dentre as variáveis: depressão, alcoolismo, uso de substâncias químicas, idade, gênero, desemprego, perda de suporte social e condições médicas gerais (BAPTISTA; GOMES, 2016).

Percebendo o impacto social e econômico que os casos de violências exercem na sociedade, principalmente no setor saúde, fica clara a necessidade de intervenções voltadas para a prevenção do agravo suicídio e promoção da saúde. Uma das medidas

adotadas pelo Governo está associada ao levantamento de dados e busca de informações sobre o agravo suicídio, com a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), instituída pela Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006 (BRASIL, 2013).

Com o intuito de organizar e agrupar as doenças e agravos no Brasil, o MS determina que os dados e informações sobre o suicídio sejam incluídos no grupo de violências e acidentes por causas externas. Dados revelam que as violências e os acidentes são a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos. Por representar grande importância a vinculação dos casos de suicídios com os serviços de saúde, em 2006, foi estabelecida a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, referindo a necessidade da notificação dos casos de suicídio e tentativas.

Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271, a qual 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, torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata (BRASIL, 2014). Essa medida reforça e contribui na alimentação dos bancos de dados, favorecendo o planejamento e a definição de estratégias mais efetivas em relação ao suicídio e à manutenção da saúde.

Dados epidemiológicos indicam que o suicídio é um agravo disseminado em todo o mundo. De acordo com a OMS, no ano de 2012 o fenômeno representou a 15ª causa de mortalidade na população geral, e ainda é sabido que cerca de 800.000 pessoas se suicidam no mundo anualmente, o que equivale a 1 pessoa a cada 40 segundos, representando um taxa de 10,7 suicídios por 100.000 habitantes, estando entre as três primeiras causas de morte entre pessoas jovens com idade entre 15 a 35 anos em todo o mundo (BRASIL, 2017).

Dados do Ministério da Saúde (MS) revelam que entre 2011 a 2015 foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, representando uma taxa geral de 5,5 óbitos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2017). Em relação à população indígena brasileira, os dados são ainda mais alarmantes, visto que a taxa de suicídio entre os povos indígenas no ano de 2014 foi de 21,8 por 100.000 indígenas, o que representa uma incidência quatro vezes maior do que a da população brasileira em geral (BRASIL, 2017).

Em 2016, o estado do Espírito Santo identificou o suicídio como a 6ª causa de morte por causas externas, totalizando um número absoluto de 163 óbitos, o que representa uma taxa de 4,15 por 100.000 habitantes. Essa informação equivale à manutenção do índice na faixa de 4 suicídios por 100.000 habitantes durante o período de 2006 a 2016 quando comparados os índices desses 10 anos. Ainda vale destacar que, em 2016, a maior incidência de suicídio foi no sexo masculino, sobretudo na faixa etária entre 70 a 79 anos, com um índice de 18,02 suicídios por 100.000 habitantes (SESA, 2017).

Baseados nas premissas de que os dados em relação ao suicídio sofrem discrepâncias devido à possibilidade de informações encobertas em relação ao agravo, Gomes *et al.* (2014) referem acreditar que os números de suicídios são bem maiores do que os registrados, uma vez que para o registro dos dados é necessário o relato de familiares e/ou da própria vítima, no caso de tentativas de suicídio, considerando que as informações são passíveis de inverdades ou até mesmo distorcidas, resultando em uma classificação equivocada em outro grupo de agravo e, conseqüentemente, alimentando outro banco de dados.

Segundo Baptista e Gomes (2016), é de grande relevância a identificação de dados sociodemográficos dos casos de suicídio, assim como a avaliação da existência de padrões sociais, demográficos e seccionais desse agravo. Ressaltam, ainda, a necessidade de pesquisas brasileiras sobre o fenômeno, uma vez que se percebe a insuficiência de estudos sobre a temática.

Mesmo que complexo, devido à influência de diversos fatores, o suicídio é passível de ações preventivas que, baseadas em análises contextuais, possibilitam o levantamento de situações de maior risco (BRASIL, 2017). Para tanto, faz-se necessário o levantamento e a discussão de dados epidemiológicos que proporcionem um embasamento para o desenvolvimento e a avaliação das políticas de prevenção e manejo em relação ao suicídio.

O Espírito Santo é o estado da Região Sudeste com um aumento de 50% na taxa de suicídios entre os anos de 1980 a 2004, e mesmo com dados tão significativos não existem muitos estudos sobre essa temática. Nessa região, torna-se importante estudos minuciosos que apresentem as estratificações como sexo, faixa etária, regiões e demais dados relevantes que possam auxiliar na elaboração do padrão de mortalidade por suicídio (MACENTE; ZANDONADE, 2011).

Estudos como o de Minayo *et al.* (2012) referem que a disposição dos casos e estatísticas do suicídio estão distribuídas de forma desigual, retratando o nível mundial, os países, as variáveis de sexo, a faixa etária e os métodos de execução do ato. Destacam ainda a divergência de casos entre os sexos, onde os índices mais elevados estão entre os homens e não entre as mulheres em diversos países, existindo variações de 1:1 até 4:1, sendo essa última no Brasil no ano de 2006.

Macente e Zandonade (2011) apontam que nas últimas cinco décadas, de forma global, existe uma tendência de aumento nas taxas de suicídio. Fato que configura o fenômeno como uma importante questão de saúde pública, necessitando de levantamento de dados, como fatores relacionados, planejamento de ações e medidas preventivas, e de enfrentamento do agravo que se mostra crescente e desafiador, uma vez que historicamente havia maior número de casos entre as mulheres e atualmente ocorre uma alternância do cenário, com a elevação dos casos entre os homens.

Portanto, é possível perceber que historicamente o suicídio é um fenômeno que permeia muito mais o universo feminino do que o masculino. Ribeiro *et al.* (2018)

destacam que, mesmo sendo observada uma maior incidência de tentativas de suicídio na população do sexo feminino com representação da sua maioria pela agressão através da ingestão de medicamentos, as mortes por esse agravo são mais elevadas entre os indivíduos do sexo masculino, prevalecendo o enforcamento como o principal meio de obtenção do óbito.

Os motivos das tentativas e do próprio suicídio divergem entre mulheres e homens. Considera-se a hipótese de que entre as mulheres a "condição feminina" que está relacionada às diferenças das questões culturais de gênero refletem uma grande expressividade nos resultados das estatísticas e do perfil epidemiológico encontrados. Ressalta-se que fatores como menos aptidão e força física, passividade e falta de pensamento lógico são características inerentes ao universo feminino (MINAYO; CAVALCANTE, 2013).

A relevância desse estudo se dá em função de que, a partir dos resultados, será possível levantar e analisar os dados epidemiológicos do banco de dados secundário gerados no ES e relacioná-los aos estudos publicados. Ademais, poderá contribuir como fonte de informação e pesquisa para o desenvolvimento de políticas públicas específicas e futuras publicações para esse Programa de Pós-graduação, além de ressaltar a importância do programa como uma ferramenta para a interdisciplinaridade e a intersectorialidade entre as linhas de pesquisa.

Com base nos trabalhos e estudos revisados, pressupomos que o número de tentativas de suicídio é maior entre o sexo feminino do que no masculino. Entretanto, os casos de óbitos por suicídio são mais elevados entre o sexo masculino. Frente aos achados entre as referências surge nossa questão problema: o que revela o Sistema de Informação em Saúde sobre o suicídio em homens e mulheres no estado do Espírito Santo?

## **2 OBJETIVO GERAL**

Descrever e comparar o suicídio em homens e mulheres no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Analisar os determinantes sociais do suicídio entre homens e mulheres.

Comparar as variáveis do suicídio entre homens e mulheres no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.

Avaliar o suicídio por região de saúde em homens e mulheres no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo e analítico de abordagem quantitativa.

Almeida Filho e Rouquayrol (2006) referem-se à epidemiologia como a ciência que associa três conceitos fundamentais para os fenômenos saúde-doença da coletividade, sendo eles representados pela Clínica, pela Estatística e pela Medicina Social. Devemos considerar a trilogia de elementos de forma abrangente, uma vez que os autores defendem a epidemiologia como a principal ciência da informação em saúde, a qual utiliza cálculos matemáticos e técnicas estatísticas de amostragem e análise que auxiliam nos desdobramentos e soluções dos problemas de saúde da população e sociedade.

Considerando que a análise de fatores determinantes, agravos e eventos influenciam diretamente no processo saúde-doença da coletividade, a descrição e associação das características epidemiológicas possibilitam uma visão estratégica e dados para o planejamento e ações preventivas para a saúde. Nesse contexto, a realização de um estudo retrospectivo, tendo como base de dados os registros eletrônicos, torna-se favorável pela facilidade de resgate das informações no sistema e disponibilidade de acesso via web/internet (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Caracteriza-se em um estudo analítico, pois o processo de levantamento dos dados em relação aos objetos de estudo que englobam o suicídio e as tentativas de suicídio preveem decompor os objetos de estudo em partes, ou seja, levantar os dados de cada variável associada ao evento/fenômeno com o propósito de descobrir os elementos que compõem o todo e suas associações de forma a descrever com maior precisão o fenômeno, contribuir para as soluções e planejamento de ações preventivas (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A abordagem quantitativa fornece uma descrição dos eventos na sociedade utilizando a estatística, constatando as relações dos conjuntos complexos dos fenômenos sociológicos, econômicos, políticos, de saúde, entre outros; possibilitando a associação dos fenômenos e suas generalizações, natureza, ocorrência ou significado (MARCONI; LAKATOS, 2011). De acordo com Gil (2010), a abordagem quantitativa permite agrupar os dados em tabelas, permitindo o uso de correlações e associações entre as variáveis em estudo.

### 3.2 FONTES E COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados na base de dados secundários DATASUS – Departamento de Informática do SUS. O acesso aos dados é de domínio público e está disponível no endereço eletrônico <<http://tabnet.datasus.gov.br>> no campo: Acesso à informação; Informações de saúde (TABNET); Estatísticas Vitais. O link de acesso é: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/estatisticas-vitais>>.

O período da coleta dos dados abrangeu de 2012 a 2017 no banco de dados secundários SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade). O período determinado justifica-se pelo fato de que em 2011 ocorreu uma atualização da Declaração de Óbito, proporcionando maior número de informações e detalhamento sobre os casos de óbitos. Entende-se, assim, que os dados a partir do ano de 2012 sejam mais fidedignos. Em relação às informações populacionais, essas serão obtidas por meio de consulta ao site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

A coleta de dados pelo banco de dados eletrônico deverá seguir o protocolo de busca demonstrado pelas figuras a seguir, iniciando pelo acesso ao endereço eletrônico: <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>>.

A coleta de dados no SIM seguiu o seguinte protocolo:

Acessar o site do DATASUS, ir em Acesso à Informação; Informações de Saúde (TABNET); selecionar o banco Estatísticas Vitais.

**Figura 1 – Print da tela de acesso ao DATASUS**



Fonte: DATASUS (2019).

Na próxima tela selecionar Mortalidade – 1996 a 2017, pela CID-10.

**Figura 2 – Print da tela de acesso ao DATASUS para seleção do banco.**



Fonte: DATASUS (2019).

Na tela seguinte, foi selecionado o item Óbitos por causas externas; existindo duas possibilidades para a seleção do estado: clicando com o botão esquerdo do mouse

sobre o estado do Espírito Santo no mapa do Brasil, à direita da tela, ou selecionando o estado do Espírito Santo na barra de seleção acima do mapa do Brasil, clicando na seta na borda direita da barra.

**Figura 3 – Print da tela para a seleção do estado**



Fonte: DATASUS (2019).

Na próxima tela, o protocolo de busca acontece da seguinte forma:

- Linha – refere-se à variável, resultando em uma tabela por cada uma delas:

- Faixa Etária
- Cor / raça
- Escolaridade
- Estado civil
- Local de Ocorrência

- Coluna – não varia, ou seja, é constante:

- Sexo

- Conteúdo – não varia, ou seja, é constante:

- Óbitos p/ Residência

- Períodos Disponíveis: selecionar de 2017 a 2012.

**Figura 4 – Print da tela de seleção das variáveis e anos**

The screenshot shows the DATASUS interface for selecting variables and years. The header includes the Ministério da Saúde logo, 'INFORMAÇÕES DE SAÚDE', 'AJUDA', and 'DATASUS Tecnologia da Inform'. The main content area is titled 'ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS - ESPÍRITO SANTO' and contains three selection panels:

- Linha:** A list of variables including 'Ano do Óbito', 'Ano/mês do Óbito', 'Mês do Óbito', and 'Faixa Etária'.
- Coluna:** A list of variables including 'Fx. Etária Menor 1A', 'Sexo', 'Cor/raça', and 'Escolaridade'.
- Conteúdo:** A list of content options including 'Óbitos p/Residênc' and 'Óbitos p/Ocorrênc'.

Below these panels is a section titled 'PERÍODOS DISPONÍVEIS' with a dropdown menu showing the years 2017, 2016, 2015, 2014, 2013, and 2012. At the bottom, there is a section titled 'SELEÇÕES DISPONÍVEIS'.

Fonte: DATASUS (2019).

Continuação da tela:

- Seleções Disponíveis – os itens que sofrem seleção:

- Município: são selecionados os municípios de acordo com a região de saúde estabelecida no PDR.
- Região de Saúde (CIR): selecionada a região de acordo com os municípios selecionados.

Grande Grupo CID-10: selecionar X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente.

**Figura 5 – Print da tela para a seleção de município, região de saúde e Grupo CID10**

> SELEÇÕES DISPONÍVEIS

The screenshot displays a web interface for selecting data filters. It features three main sections:

- Município:** A search bar with the placeholder "Digite o texto e ache fácil" and a dropdown menu listing municipalities such as Afonso Cláudio, Água Doce do Norte, and Aracruz.
- Região de Saúde (CIR):** A dropdown menu listing health regions like Central, Metropolitana, and Sul.
- Grande Grupo CID10:** A dropdown menu listing ICD-10 categories, with "X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente" highlighted in blue.

Other visible options include "Macrorregião de Saúde", "Divisão administ estadual", "Microrregião IBGE", and "Região Metropolitana - RIDE".

Fonte: DATASUS (2019).

No final da tela, clicar em Mostra e o banco gera uma tabela com as quantidades de notificações, de acordo com os filtros estabelecidos no protocolo de busca.

**Figura 6 – Print da tela do final da seleção**

The screenshot shows the final selection options and the output format settings:

- Selection Options:** A list of filters with expandable icons (+) for Grupo CID10, Categoria CID10, Faixa Etária, Faixa Etária OPS, Faixa Etária det, Fx. Etária Menor 1A, Sexo, Cor/raça, Escolaridade, Estado civil, Local ocorrência, and Acid. Trabalho.
- Formato Settings:**
  - Ordenar pelos valores da coluna
  - Exibir linhas zeradas
  - Tabela com bordas
  - Texto pré formatado
  - Colunas separadas por ";"
- Buttons:** "Mostra" and "Limpa" buttons are located at the bottom.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM  
 Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Fonte: DATASUS (2019).

### 3.3 VARIÁVEIS

As variáveis do estudo são aquelas disponíveis no banco de dados do DATASUS e foram extraídas do banco SIM, conforme protocolo de busca descrito no tópico fontes e coleta de dados. Essas variáveis estão disponíveis no endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) abrangendo: sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade e local de ocorrência. Foi utilizado o grande grupo CID 10 categorias X60-X84, respeitando a divisão dos municípios em Regiões de Saúde (central, metropolitana, norte e sul), conforme o Plano Diretor Regionalizado (PDR).

### 3.4 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram organizados por meio de tabelas extraídas dos sistemas de informação SIM, disponibilizadas no site DATASUS, conforme demonstrado no protocolo de coleta de dados no tópico fonte e coleta de dados. O próprio sistema fornece a possibilidade de salvar o arquivo no programa *Microsoft Office Excel*, que posteriormente foi transformado em tabelas com os dados reconfigurados, possibilitando a análise dos dados.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora, aluna do programa de Pós-graduação *stricto sensu*, e mais três alunos do curso de Medicina, sendo um deles bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e os outros dois voluntários no Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC). Todos fazem parte do projeto intitulado “Epidemiologia e política de prevenção do suicídio no Espírito Santo”.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis apresentadas de mortalidade por suicídio foram analisadas pela estatística descritiva sendo apresentados os números absolutos e percentuais. As pesquisas descritivas têm seus objetivos baseados em estudar as características dos grupos, ou seja, descrever as características de determinado fenômeno e/ou o estabelecimento das relações e/ou associações entre as variáveis (GIL, 2010).

A associação entre as variáveis de mortalidade por suicídio foi analisada pela estatística analítica através do teste qui-quadrado. Segundo Jekel, Katz e Elmore (2005), o teste do qui-quadrado é uma análise estatística conhecida como modelamento estatístico, que objetiva desenvolver um modelo que prognostica o comportamento de uma variável baseado no conhecimento de uma ou mais diferentes variáveis, resultando na constatação da dependência ou não dessas variáveis, ajustando a nulidade ou não das hipóteses, dependendo se o valor do qui-quadrado for grande ou pequeno.

Quando os pressupostos necessários para a aplicação do teste não foram atendidos, foi utilizado o teste exato de Fisher, podendo-se interpretar da mesma forma. Nas análises realizadas considerou-se um nível de significância de 5%, ou seja, o valor-p menor que 0.05 indica que as proporções são diferentes entre os grupos, ou que há associação entre as variáveis.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Como a pesquisa foi realizada com base de dados secundários e de domínio público, não existindo a possibilidade de identificação dos indivíduos, esse trabalho dispensa submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, por se tratar de um tema de interesse coletivo, com o levantamento de informações pertinentes ao comportamento do suicídio no estado do Espírito Santo, o trabalho foi submetido e aprovado pelo

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, registrado com o parecer de número 3.760.442 em 11 de dezembro de 2019.

### 3.7 ESTRUTURA DA PESQUISA

A pesquisa está estruturada em 3 capítulos.

O **Capítulo 1** é teórico e foi construído com base em uma revisão de literatura, cujo objetivo se volta a apresentar conceitos, elementos históricos e sociais que permeiam e contextualizam o fenômeno suicídio em homens e mulheres.

O **Capítulo 2** foi construído em formato de artigo do tipo revisão de escopo, adaptando as etapas recomendadas pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), buscando trabalhos publicados nos últimos 5 anos, relacionados às evidências sobre o suicídio registrados nos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil. Os descritores utilizados foram: "Suicídio" (Suicide), "Mortalidade" (Mortality), "Brasil" (Brazil), "Sistemas de Informação em Saúde" (Health Information Systems) e "Sistemas de Informação" (Information Systems).

O **Capítulo 3** foi construído em formato de artigo que, após aplicada uma análise estatística dos dados e a partir dos resultados, são propostas discussões sobre as significâncias estatísticas das relações entre as variáveis associadas nos registros de suicídio encontradas no banco do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.

## CAPÍTULO 1

### 4 ELEMENTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DO SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO ENTRE HOMENS E MULHERES

O objetivo na construção desse texto se volta a buscar os elementos históricos e sociais que explicam ou justificam as diferenças sobre o fenômeno suicídio e as tentativas de suicídios entre homens e mulheres.

Diante da pluralidade e diversidade de fatores e variáveis que permeiam o universo do fenômeno suicídio, o sexo da vítima é um elemento que pode se configurar como uma variável na constituição da vulnerabilidade, representando, assim, um importante elemento de estudo para a ampliação e criação de ações de planejamento, intervenção e prevenção do agravo suicídio e tentativas de suicídio no cenário de uma sociedade diversificada, contemporânea e, ainda, com muitos preconceitos e tabus relacionados ao tema.

Na perspectiva de uma sociedade capitalista, sendo o cenário composto por pessoas das mais diversas classes sociais, o suicídio é um fenômeno que contempla diversas variáveis intimamente ligadas aos aspectos sociodemográficos. Émile Durkheim (2008), no livro "O Suicídio", destaca que as sociedades humanas, ou seja, cada grupo social apresenta uma tendência coletiva, associada às inclinações individuais, para o ato suicídio. Marquetti e Leite (2018) referem-se a um desgastado apontamento na literatura em relação à complexidade e multideterminação no que diz respeito à temática suicídio.

A influência do sexo feminino é também destacada por Marx (2006), quando menciona que as mulheres assumem lugar central no fenômeno. Na obra "Sobre o suicídio", traduzida por Rubens Enderle e Francisco Fontanella (2006), composta por documentos de Jacques Peuchet, são retratados alguns casos dos arquivos da polícia francesa relacionados ao agravo suicídio. Marx (2006), ao analisar esses casos de suicídio,

defende que a questão social principal relacionada ao suicídio está intimamente ligada à opressão das mulheres nas sociedades modernas. Essa afirmação está baseada nos casos relatados por Peuchet (2006), nos quais três dos quatro casos de suicídio estavam relacionados às mulheres que sofreram com a condução patriarcal ou, até mesmo, a tirania de suas famílias e da sociedade.

Questões históricas como os preconceitos contra mulheres marcaram época, caracterizando uma tendência onde os casos de tentativas de suicídios são mais recorrentes entre as mulheres do que entre os homens. A justificativa das mulheres tentarem mais suicídio do que os homens, para Minayo e Cavalcante (2013), se apoia no entendimento de que a sociedade assume um papel preconceituoso com uma visão patriarcal dos indivíduos praticantes da ideia de inferioridade e desvantagem em relação ao papel que a mulher desempenha na sociedade.

As mesmas autoras levantam a questão de que a própria mulher, culturalmente, alimenta a imagem de que é um ser frágil, infantil, permissivo, submissa e inferior, favorecendo a manutenção de uma sociedade machista, destacando que a maior suscetibilidade da mulher ao suicídio ocorre devido a fatores como: prevalência de depressão; ideação de autoextermínio; ocorrência de distúrbios alimentares; psicose pós-parto; aborto induzido; relação com as quedas nos níveis de hormônios, como estrogênio e serotonina; vulnerabilidade à perda dos filhos; e, violência doméstica.

Em contrapartida, de acordo com o trabalho de Pinto, Assis e Pires (2012), pode-se apontar como população em risco homens jovens na faixa etária de 15 a 49 anos, considerando que a mortalidade masculina por suicídio é muito maior que a feminina, representando cerca de 80% (oitenta por cento) dos casos. Uma pesquisa dos referidos autores revela que existe uma superioridade dos óbitos masculinos, onde a proporção entre os casos de suicídios entre homens e mulheres chega a 4:1 em relação à variável sexo, corroborando com a literatura por eles referenciada.

O livro "Suicídio: diálogos interdisciplinares", organizado por Gutierrez e Ribeiro (2018), traz em alguns capítulos a temática suicídio e tentativas de suicídio na população indígena e revela que, com base nos relatos de participantes de pesquisas realizadas por colaboradores, a ocorrência de suicídios é mais elevada em relação ao sexo masculino do que na população do sexo feminino. Todavia, a mesma obra cita um estudo na população indígena residente às margens dos rios Uaupés, Papuri e Tiquié, o qual revela maior ocorrência deste fenômeno entre as mulheres indígenas.

Vários estudos evidenciam o aumento dos casos de suicídios e tentativas de suicídios, tanto a nível mundial quanto no Brasil. Minayo *et al.* (2012) destacam que a ascendência das taxas de suicídio na população brasileira tem maior impacto e se apresenta de forma crescente entre homens de todas as idades e mulheres jovens, entretanto, em um município específico da Região Sudeste é possível perceber que o aumento dos casos de suicídio é mais evidente na população mais jovem, considerando a população geral, e mais elevada em relação ao sexo masculino em idade avançada.

Aspectos biológicos e sociais são elencados como fatores de risco para o suicídio e as tentativas de suicídio. Mesmo sendo os agravos relacionados à saúde mental consenso entre a maioria dos autores como fator de risco biológico, doenças graves e terminais muito comumente estão ligadas aos atos suicidas, na maioria dos casos na população do sexo masculino, uma vez que as mulheres, aparentemente, pelo contexto e papel social de cuidadoras, enfrentam as crises relacionadas às doenças sem recorrer ao suicídio (GUTIERREZ; RIBEIRO, 2018).

Ainda, uma pesquisa citada na obra organizada pelos autores supracitados, destaca que na Amazônia os números de suicídio por gênero são expressivamente mais elevados entre os homens do que entre as mulheres. Os dados de números de suicídio levantados no período de 2007 a 2015 confirmam uma tendência mundial de que existe maior vulnerabilidade social entre a população do sexo masculino, onde em decorrência de desemprego e fracassos relacionados a situações financeiras e econômicas, o homem apresenta maior vulnerabilidade ao fenômeno suicídio.

Para as autoras Macente e Zandonade (2011), uma das razões que justificam maiores índices de suicídios em homens do que em mulheres é o fato de que os homens escolhem métodos mais letais. As autoras ainda ressaltam que a ocorrência é menor entre as mulheres devido aos fatores de risco associados, como menor prevalência de alcoolismo e uso de outras drogas, prática religiosa, internalização do papel social de mãe e esposa, entre outros, além de ter maior sensibilidade para reconhecer e aceitar suas angústias e sentimentos e procurarem auxílio nas redes sociais, familiar e de apoio.

Os achados do trabalho de D'Eça Júnior *et al.* (2019) corroboram com os dados supracitados, visto que mesmo o percentual de mortes por suicídio ser mais elevado na população masculina, as mulheres são mais propensas a tentar o suicídio, entretanto, essas tendem a apresentar fatores protetores, reconhecimento dos fatores de risco e buscam por ajuda e/ou suporte na saúde mental e rede de saúde, família e redes de apoio disponível. Segundo Freitas e Borges (2017), a alta taxa de mortalidade entre os homens está associada à letalidade do método escolhido.

As tentativas de suicídio têm taxas mais elevadas na população do sexo feminino, constatando-se maior incidência nessa população na faixa etária de 15 a 19 anos, de acordo com a pesquisa de Ribeiro *et al.* (2018), a qual revela que a ingestão de medicamentos é a escolha predominante para a tentativa de autoextermínio, na maioria das vezes, na própria residência. Esses resultados vão de encontro com as informações de um estudo do Ministério da Saúde publicado em 2017 que utilizou como banco de dados o Sinan, revelando também que a maioria das mulheres são de raça/cor branca, residentes de zona urbana e com escolaridade menor de 8 (oito) anos de estudo (BRASIL, 2017).

Frente aos desafios em relação aos fatores relacionados ao suicídio e às tentativas de suicídio, é de grande relevância abordar as questões relacionadas às formas de abordagem terapêutica frente as crises suicidas. Na obra "Vida, morte e luto:

atualidades brasileiras", organizada por Karina Okajima Fukumitsu (2018), os autores Marquetti e Leite (2018) discutem a importância da prática das ações e do manejo clínico em relação às tentativas e aos casos de suicídio. Os autores ainda discutem sobre subsídios para o desenvolvimento de ações preventivas, uma vez que se faz necessária a criação de vínculo como parte da terapêutica estando pautada na reorganização das cadeias operacionais e realidade do sujeito, possibilitando a descoberta da sua verdade, ou seja, levando em conta a questão da subjetividade individual.

Outro grande desafio para a sociedade em relação à temática suicídio é a forma como as notícias de casos de suicídios estão sendo divulgadas pelos veículos de comunicação, redes sociais e aplicativos via internet existentes atualmente. É com grande preocupação que se percebe que a morte por suicídio deixou de ser um tabu para se tornar um espetáculo, ou melhor, um produto que é compartilhado e desrespeitosamente degradado por um grande número de pessoas que utilizam as novas tecnologias, as quais, ao invés de serem empregadas na verificação e veracidade das notícias e informações, são utilizadas como meio de produção de desrespeito e vulgarização dos casos.

A obra supracitada, organizada por Fukumitsu (2018), traz um artigo dos autores Ferreira Júnior e Pereira (2018), que discute as vicissitudes da divulgação de mortes nas grandes mídias. Os autores enfatizam a importância da divulgação seguir a linha do cuidado e não a da espetacularização, uma vez que a morte deve ser uma experiência limitada à intimidade familiar e não a um evento público. O artigo ainda ressalta a necessidade de se evitar a divulgação de suicídios pelos meios de comunicação de massa, pois existe grande preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação ao fenômeno de associação, muito comum entre jovens que se suicidam após tomar conhecimento do suicídio de alguém próximo ou de algum ídolo.

A OMS, reconhecendo o suicídio, as tentativas de suicídio e os possíveis desfechos associados aos fenômenos como questões de saúde pública, elaborou vários manuais

de prevenção do suicídio para os diversos tipos de profissionais, existindo um para os profissionais da mídia. Esse manual alerta sobre o fenômeno de associação do aumento de suicídio após a divulgação de casos de suicídio, principalmente noticiados pelas mídias, descrevendo desfechos importantes e impactos na sociedade. O manual também orienta sobre as melhores práticas jornalísticas para a divulgação de casos de suicídios e mortes desse tipo com o objetivo de prevenir e minimizar os impactos negativos na saúde da coletividade (OMS, 2000).

Frente aos dados e informações já apresentados na introdução desse estudo, que referem grande aumento nos casos de suicídio e tentativas de suicídio, com estimativa para que, em 2020, no Brasil, o percentual de suicídio aumente para 2,4%, considerando ainda que para cada caso de suicídio acredita-se que ocorram de 10 a 20 tentativas (FREITAS; BORGES, 2014). Entendemos que, além de um problema de saúde pública, as estratégias para a prevenção do suicídio e das tentativas também são um problema de cunho social, uma vez que se deve trabalhar de forma interdisciplinar para o desenvolvimento de práticas relacionadas ao problema (FUKUMITSU, 2018).

Retomando a importante questão do manejo clínico e dado o aumento expressivo nas taxas de suicídio e tentativas de suicídio, percebe-se uma crescente demanda nos serviços de Urgência e Emergência e/ou Pronto Socorro. De acordo com Freitas e Borges (2017), mesmo que as demandas nos serviços hospitalares tenham aumentado, elas ainda representam um percentual baixo em relação às estimativas de tentativas de suicídio, mencionam que apenas uma a cada três pessoas que tentam suicídio é atendida em um serviço médico hospitalar. Isso porque ainda existem muitos estigmas e discriminação em relação aos pacientes que buscam atendimento devido à tentativa de suicídio.

Considerando as últimas mudanças ocorridas em relação à assistência em saúde mental devido a complexidade e dinamicidade dos fatores relacionados e a reforma psiquiátrica, as unidades de Urgência e Emergência devem sim acolher as pessoas em crise suicida e/ou com transtorno mental, destacando-se a importância na prevenção de

complicações e identificação dos quadros agudos que apresentem risco de vida demandando um atendimento rápido (KONDO *et al.*, 2011).

Um grande fator contribuinte para que as pessoas que tentam suicídio não procurem atendimento nos serviços de Urgência e Emergência e/ou Pronto Socorro está relacionado a postura dos profissionais que trabalham nesses serviços. Segundo o trabalho de Vidal e Gontijo (2013), após entrevistar mulheres que foram atendidas nesses serviços por tentativa de suicídio, evidenciou-se uma discriminação em relação a essas pacientes, através de atitudes negativas percebidas nos profissionais, tanto da recepção quanto da assistência (enfermagem e médicos) nos atendimentos e cuidados prestados.

Segundo Gutierrez (2014), as repetições de tentativas de suicídio aumentam o risco de suicídio, associado a intervalos de tempo cada vez menores entre as tentativas. Esse mesmo autor destaca que um acolhimento humanizado e com empatia é uma importante tecnologia frente a um caso de tentativa de suicídio, possibilitando uma escuta qualificada pelo profissional do serviço de Urgência e Emergência e/ou Pronto Socorro, favorecendo um cuidado integral e de qualidade, aumentando as chances de resolutividade da situação de urgência em que esse paciente se encontra.

Entretanto, comumente presenciamos a desvalorização das situações de tentativas de suicídio por grande parte dos profissionais dos serviços de Urgência e Emergência e/ou Pronto Socorro. Os autores Vidal e Gontijo (2013) relatam que alguns profissionais têm atitudes hostis e desumanas, caracterizando os episódios como manifestações histéricas, sendo que o atendimento a esses indivíduos deve ser aproveitado para a criação e estabelecimento de vínculo, possibilitando e auxiliando no aumento de chances para uma continuidade e/ou início de tratamento terapêutico em serviços especializados.

A postura dos profissionais nos atendimentos de Urgência e Emergência e/ou Pronto Socorro também esbarra no conceito ou preconceito referente ao atendimento à saúde

mental. Muitos dos profissionais necessitam internalizar a legitimação dos casos de tentativa de suicídio como sendo demanda para o serviço de Urgência e Emergência deixando de resistir em atender a essas demandas, enxergando a saúde com o conceito ampliado, o qual já é adotado pelo Sistema Único de Saúde (FREITAS; BORGES, 2014). Mesmo com todas as políticas e diretrizes, ainda nos deparamos em serviços onde os transtornos mentais não são considerados como doença pelos médicos (VIDAL; GONTIJO, 2013).

A situação supracitada nos leva a refletir se os profissionais que trabalham nos serviços de Urgência e Emergência e Pronto Socorro estão realmente preparados e capacitados para atender aos casos de tentativa de suicídio. Será que existe uma rede de apoio e suporte para auxiliar nas condutas e manejos clínico e terapêutico desses atendimentos? Já colocamos que, além de ser um problema de saúde pública, precisamos internalizar como um problema social, logo, para andamento, manejo e encaminhamento desses pacientes, se faz necessário uma equipe multidisciplinar que trabalhe de forma interdisciplinar e com suporte.

Ainda de acordo com Gutierrez (2014), para uma integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade é preciso considerar o paciente como um indivíduo e suas complexidades, que envolvem os aspectos histórico, social e político, relacionados ao contexto familiar, meio ambiente e sociedade na qual está inserido, salientando que os serviços de saúde atendam ao indivíduo integralmente, considerando as suas subjetividades e respeitando as situações de vida de cada um que podem levar ao adoecimento e ao desejo de morrer.

O trabalho de Freitas e Borges (2017) revela que a maioria dos profissionais de serviços de Urgência e Emergência declarou nunca ter recebido capacitação ou treinamento para atendimento e manejo frente a casos de tentativa de suicídio. De acordo com Vidal e Gontijo (2013), os profissionais, principalmente médicos, não estão preparados de forma adequada para atender a pacientes suicidas, sendo esse um dos

fatores que contribuem para as reações negativas, intolerância e hostilidade no momento do atendimento, prejudicando o manejo clínico terapêutico frente aos casos.

A pesquisa de Kondo *et al.* (2011) corrobora com os autores supracitados, visto que nos resultados do trabalho, após entrevistas com profissionais da enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros) que atuam em uma unidade de urgências médicas, foram identificadas as dificuldades na prática de emergência em saúde mental, e os próprios profissionais relataram a falta de preparo para atuar em situações específicas como crises suicidas e demais desfechos da área de saúde mental. Foi possível também reconhecer que tal fato causa sentimentos que permeiam entre medo, raiva, culpa, pena e insegurança.

Segundo Gutierrez (2014), o suicídio e a tentativa de suicídio podem ser prevenidos por meio de ações específicas e adequadas, para isso os profissionais precisam considerar os aspectos biopsicossociais do indivíduo ao prestar o atendimento, entretanto, é fundamental que a equipe de saúde possua habilidades técnicas e conhecimento, fazendo-se assim necessária a capacitação profissional e específica dessa equipe. O autor ainda destaca a importância da abordagem e orientação dos familiares desse paciente, visto que são indispensáveis para a adesão e continuidade do tratamento de pacientes suicidas e com transtornos mentais.

Considerando a relevância dos familiares, devemos também discutir sobre a importância de uma rede de apoio e suporte estruturada, uma vez que o paciente que tentou suicídio estiver fora de risco de vida, ou seja, não mais em uma situação de urgência e/ou emergência, deve ser encaminhado para um serviço especializado, onde contará com suporte e apoio integral e multidisciplinar para que seja possível o restabelecimento do equilíbrio da saúde, tanto do indivíduo quanto do seu meio social e familiar.

Segundo Freitas e Borges (2017), o encaminhamento aos serviços especializados nem sempre é possível, isso porque existe deficiência no trabalho interdisciplinar nos

serviços de saúde e falha na articulação estabelecida na rede de serviços que possa garantir o atendimento dos pacientes que tentaram suicídio ou têm diagnóstico de transtorno mental. Outro achado importante desses autores foi a falta de protocolos mínimos estabelecidos, tanto de atendimentos quanto de encaminhamentos, dificultando a prestação do cuidado no atendimento frente a essas situações.

Em outro trabalho de Freitas e Borges (2014), os autores discutem a existência de duas vertentes de fragilidades relacionadas à rede de apoio ao paciente suicida, uma relacionada à questão familiar, onde essa pessoa vive só, distante da família sem qualquer suporte afetivo, e a outra relacionada à fragilidade da rede institucional que não dá conta de acolher a demanda do paciente, seja por falta de profissionais especialistas das diferentes categorias, seja por deficiência no agendamento de consultas especializadas. Tais fragilidades podem comprometer a adesão e a continuidade do tratamento nos indivíduos em crises suicidas.

## CAPÍTULO 2

### 5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E SUICÍDIO NO BRASIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO

#### 5.1 INTRODUÇÃO

O suicídio trata-se de um ato em que a pessoa comunica à família e à sociedade a sua dor emocional suprema com a qual convive e que não consegue vislumbrar qualquer alternativa que a minimize. Em que pese todos os avanços tecnológicos do último século, os meios ainda são insuficientes para mudar o panorama atual. Importante destacar que o fenômeno é complexo e multifatorial, ou melhor, de múltipla casualidade.

São inquietantes os números. Documentos da Organização Mundial de Saúde (WHO), revisados em janeiro de 2018, informam que globalmente a cada ano ocorrem 800.000 óbitos por suicídio, sendo esta a segunda causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos referente ao ano de 2015. Além do mais, 78% dos óbitos por suicídio ocorrem nos países de baixa e média renda (WHO, 2018).

As taxas de mortalidade por 100.000 de população, atualizadas pela WHO em 2017, informam dados que variam de 3,8 na região ocidental do pacífico a 14,1 na Europa. Na região das Américas essa taxa chega a 9,6. Em 2012, o fenômeno representou a décima quinta causa de mortalidade na população geral. O estudo de Macente e Zandonade (2011) informa que a estimativa é de que até o ano de 2020, aproximadamente 1,53 milhão de pessoas irão morrer por suicídio e um número de 10 a 20 vezes maior de pessoas tentará suicídio.

Considerando o aumento na frequência dos casos de suicídio e tentativas de suicídio na população jovem, assim como os danos causados pelos agravos e a possibilidade de intervenção por meio de ações de promoção e prevenção, é de grande importância a

vinculação dos casos de suicídios com os serviços de saúde. Em 14 de agosto de 2006 é estabelecida a Portaria MS/GM nº 1.876, que institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, referindo-se à necessidade da notificação desses casos.

Os dados nacionais sobre suicídio e tentativas de suicídio são disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em sistemas de informação, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Para tanto, levantar dados sobre a epidemiologia desses agravos, assim como investigar esses bancos de dados pode contribuir para a reformulação de estratégias de saúde pública que objetivam a prevenção e a redução dos casos de suicídio e tentativas de suicídio (RIBEIRO *et al.*, 2018).

É relevante destacar a existência das ocorrências de subnotificação dos casos de suicídio e tentativas de suicídio, uma vez que as informações podem ser omitidas por influência de uma diversidade de fatores, tais como religiosos, sociais, culturais, políticos, econômicos, entre outros, além de comprometer a qualidade das informações que irão alimentar o banco de dados, contribuindo para um banco incompleto e de informações inconsistentes, interferindo na confiabilidade dos dados que são utilizados para o desenvolvimento de pesquisas e posteriores estratégias de prevenção do agravo, intervenções e promoção de saúde (MACENTE; ZANDONADE, 2010).

Frente a grande questão de que o suicídio é um grave problema de saúde pública, em especial pelo aumento de casos entre a população jovem, e considerando a importância de uma base de dados de boa qualidade, que contemple dados originais e registrados nas unidades de saúde, completos e consistentes, e sem duplicidades (MACENTE; ZANDONADE, 2010), este estudo tem como objetivo analisar trabalhos científicos nacionais acerca dos dados sobre suicídio que utilizaram as informações provenientes de Sistemas de Informação em Saúde.

## 5.2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão do tipo escopo, que utilizou a metodologia recomendada pelo Instituto Joanna Briggs (JBI, 2015), adaptando as etapas estabelecidas no manual. Este método permite determinar evidências (quanti e/ou qualitativas) de diferentes fontes ou heterogêneas, apresentar um mapeamento de dados e clarificar definições ou limites conceituais.

O presente trabalho contempla as seguintes etapas para o desenvolvimento da revisão: identificação da questão de pesquisa ("Quais as evidências sobre suicídio registrados nos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil?"), utilizando para a elaboração da pergunta de pesquisa a estratégia Population, Concept e Context (PCC) estabelecida pelo Instituto Joanna Briggs, sendo P – homens e mulheres do Brasil, C – suicídio, C – sistemas de informação em saúde; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; projeção dos dados; classificação, resumo e relatório dos resultados; análise das evidências; apresentação dos resultados; e, resumo das evidências em relação ao objetivo da revisão com conclusões e implicações se descobertas.

As buscas para levantamento e identificação dos estudos foram realizadas por duas pesquisadoras, simultaneamente, de forma independente, na data de 16 de janeiro de 2020. Foram selecionados os artigos publicados entre 2015 a 2019, contemplando artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês e português.

As bases de dados pesquisadas foram o PUBMED (US National Library of Medicine National Institutes of Health); MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line); LILACS (Literatura Latino-América e do Caribe em Ciências da Saúde); BDEF (Banco de Dados em Enfermagem); LIS (Localizador de Informação em Saúde); e, Coleção SUS.

Os descritores utilizados foram: "Suicídio" (Suicide), "Mortalidade" (Mortality), "Brasil" (Brazil), "Sistemas de Informação em Saúde" (Health Information Systems) e "Sistemas

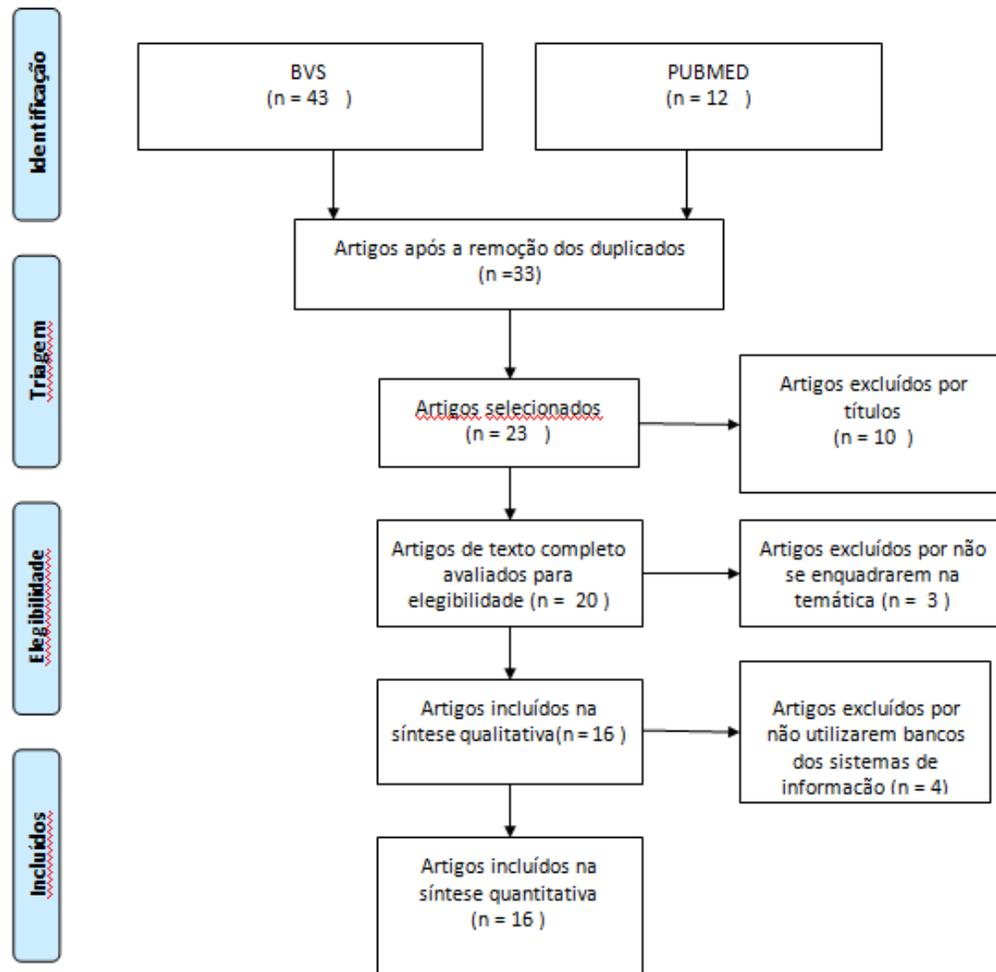
de Informação" (Information Systems). Optou-se por utilizar o operador booleano "OR" com os descritores "Sistemas de Informação em Saúde" (Health Information Systems) e "Sistemas de Informação" (Information Systems) e o operador booleano "AND" para os demais descritores.

A extração dos dados baseou-se em uma ficha elaborada pelas duas pesquisadoras, constituída em forma de tabela do software Excel, versão 2016, do pacote Office da Microsoft. Após a leitura completa dos artigos, foram extraídas as seguintes informações: ano de publicação do estudo, população do estudo e as variáveis apontadas nos estudos.

### 5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para auxiliar na estruturação e apresentação da busca nas bases de dados utilizou-se um fluxograma adaptado do fluxograma estabelecido na recomendação dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA).

Figura 7 – Diagrama do processo de busca e seleção dos artigos



Fonte: Elaboração do autor (2020), adaptado do PRISMA (2009).

A primeira etapa da busca baseou-se na identificação dos estudos relevantes, sendo esta subdividida em seleção por títulos e leitura dos resumos. Durante a busca identificou-se 43 artigos, sendo 10 artigos excluídos por duplicidade. Após a seleção por títulos foram excluídos mais 10 trabalhos, restando 23. Após a leitura dos resumos, foram excluídos 3 artigos por não se enquadrarem na temática da questão norteadora, resultando em 20 artigos que foram lidos na íntegra pelos pesquisadoras. Após a leitura completa, mais 4 foram excluídos por não atenderem ao objetivo do presente estudo, resultando em uma amostra final de 16 artigos.

A Tabela 1 demonstra algumas informações importantes dos artigos, agrupando o compilado de títulos, autores, objetivos, variáveis e ano de publicação de cada artigo que compôs a amostra final dos estudos da revisão de escopo.

**Tabela 1 – Apresentação dos artigos da amostra**

**(continua)**

Título	Autores	Objetivo(s)	Variáveis	Ano de publicação
Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil	PEDORSA, N. F. C.; BARREIRA, D. A.; ROCHA, D. Q. de C.; BARREIRA, M. A.	Avaliar a incidência e o perfil dos suicidas, no município do Iguatu, para obtenção de dados que tornem possíveis ações de prevenção.	Sexo; idade; estado civil; raça; escolaridade; ocupação; causas de óbito por suicídio.	2018
Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012	MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. dos.	Identificar as causas; descrever o perfil das pessoas que cometem suicídio no Brasil; analisar a mortalidade no país e regiões, examinando as diferenças de gênero e idade; mapear mudanças socioeconômicas e assistências nas cinco regiões brasileiras, comparando-as com as mudanças na mortalidade por suicídio.	Sexo; raça/cor; escolaridade; faixa etária; distribuição de renda <i>per capita</i> (índice de Gini); índice de envelhecimento; cobertura de esgotamento sanitário; cobertura Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	2015
Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014	PINTO, L. L. T.; MEIRA, S. S.; RIBEIRO, I. J. S.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A.	Analisar as tendências de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente segundo as faixas etárias e regiões do Brasil.	Faixa etária; regiões do Brasil.	2017
Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio	RIBEIRO, N. M.; CASTRO, S. de S., SCATENA, L. M.; HAAS, V. J.	Analisar o perfil epidemiológico dos casos de tentativas de suicídios e suicídios nos bancos de dados do Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação de Agravos de Notificação e a tendência temporal da mortalidade por suicídio.	Sexo; faixa etária; métodos utilizados para o suicídio; local de ocorrência.	2018
Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil	RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.	Contribuir para uma melhor compreensão do suicídio entre adolescentes e jovens no Brasil. Dentre as estratégias, está a análise do Sistema de Informação de Mortalidade.	Sexo; faixa etária; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).	2018

Tabela 1 – Apresentação dos artigos da amostra

(continua)

Título	Autores	Objetivo(s)	Variáveis	Ano de publicação
Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no Nordeste do Brasil e sua relação com os indicadores socioeconômicos	SANTOS, E. G. de O.; BARBOSA, I. R.	Avaliar a distribuição espacial da mortalidade por suicídios no Nordeste do Brasil e sua relação com indicadores sociais e econômicos, buscando identificar o padrão dessa distribuição por meio de uma análise geostatística.	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); taxa de dependência; taxa de envelhecimento; analfabetismo; razão de renda.	2017
Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil	SOUZA, M. L. P. de.	Descrever as características, a distribuição e as taxas de mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil, comparativamente às não indígenas.	Raça/cor; sexo; local de ocorrência; método utilizado para cometer o suicídio; macrorregião; município de residência.	2019
Caracterização dos indivíduos que realizaram prática/tentativa de autoextermínio em Itaperecica, Minas Gerais, Brasil	VIEIRA, V. A. S.; D'ALESSANDRO, F. C. S.; SILVA, F. M. de R. e; COELHO, K. R.; QUADROS, K. A. N.	Analisar as características dos indivíduos que realizaram a tentativa e/ou efetivação do autoextermínio no município de Itaperecica, Minas Gerais, Brasil.	Sexo; estado civil; cor da pele; faixa etária; método utilizado para cometer o suicídio.	2017
Suicídio em Mato Grosso, Brasil, 1996 a 2015	OLIVEIRA, L. R. de; BENEDETTI, A. de O. C.	Descrever a mortalidade por suicídios em Mato Grosso, no período de 1996 a 2015.	Sexo; meio utilizado; faixa etária; raça/cor; escolaridade; estado civil; local de ocorrência.	2018
Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015	CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. de L.	Analisar a tendência temporal de mortalidade por suicídio entre adolescentes no Brasil de 2000 a 2015.	Sexo; ano do óbito; região do Brasil.	2019
Perfil sociodemográfico de idosos vítimas de suicídio em um estado do Nordeste do Brasil	GOMES, A. V.; CARDOSO, P. K. B.; ROCHA, F. C. V.; CARVALHO, C. M. S. de; SALES, M. C. V.	Caracterizar o perfil do idoso vítima de suicídio e identificar os meios utilizados para cometer o suicídio.	Faixa etária; sexo; raça/cor; estado civil; escolaridade; ocupação; município de residência; município de ocorrência; local de ocorrência; meio utilizado para efetivação do suicídio.	2018
Suicídio em cidades históricas de um estado brasileiro	SIMÕES, B. F.; CANTÃO, L.; BOTTI, C. L.	Analisar a taxa de suicídio em regiões históricas de Minas Gerais.	Sexo; faixa etária; regiões históricas do estado de Minas Gerais, categoria do CID-10 (X60-X84).	2015
Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013*	SOUZA, M. L. P. de; ONETY JÚNIOR, R. T. da S.	Descrever características e taxas de mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil.	Sexo; faixa etária; estado civil; local de ocorrência; método utilizado.	2017
Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013	CARMO, E. A.; SANTOS, P. H. S.; RIBEIRO, B. S.; SOARES, C. de J.; SANTANA, M. L. A. D'A.; BOMFIM, E. dos S.; OLIVEIRA, B. G. de; OLIVEIRA, J. da S.	Descrever aspectos sociodemográficos e a série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2013.	Sexo; faixa etária; cor da pele/raça; estado civil; escolaridade; categoria do CID-10.	2018

**Tabela 1 – Apresentação dos artigos da amostra**

				<b>(conclusão)</b>
Título	Autores	Objetivo(s)	Variáveis	Ano de publicação
Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil	SANTOS, E. G. de O.; OLIVEIRA, Y. O. M. da C.; AZEVEDO, U. N. de; NUNES, A. D. da S.; AMADOR, A. D.; BARBOSA, I. R.	Realizar análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil.	Sexo; faixa etária; ano de ocorrência; dependência espacial (índice de Moran); região brasileira; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); envelhecimento; analfabetismo; renda (Gini).	2017
Spatial analysis and temporal trends of suicide mortality in Sergipe, Brazil, 2000-2015	SANTOS, A. D. dos; GUIMARÃES, L. M. L.; CARVALHO, Y. F. de; VIANA, L. da C.; ALVES, G. L.; LIMA, A. C. R.; SANTOS, M. B.; GOES, M. A. de O.	Analisar o perfil epidemiológico e a distribuição espacial das mortes por suicídio no estado de Sergipe.	Sexo; faixa etária; cor da pele; estado civil, método de suicídio; local de ocorrência.	2018

Fonte: Elaboração do autor (2020).

Observa-se que o ano de 2018 concentra o maior número de estudos, representando 43,75% da amostra, seguido do ano de 2017 (31,25%). Não foram encontradas publicações de trabalhos no ano de 2016, entretanto, tal resultado não comprova a inexistência de estudos publicados no referido ano, podendo a chave de busca definida ter influenciado nesse levantamento, uma vez que foram selecionados estudos nos idiomas português e inglês e os descritores associados pelos operadores booleanos de forma a tentar abranger o maior número de estudos relevantes. Entretanto, tal resultado pode caracterizar uma limitação do estudo em questão.

Considerando que a maioria dos artigos da amostra não especificou uma população alvo, acreditamos que os dados existentes nos bancos de informação possam, através das variáveis levantadas, gerar uma estratificação de informações relacionadas ao agravo, e, com isso, ser possível o levantamento de dados para auxiliar na definição de um perfil epidemiológico que contribua para o planejamento das ações em relação ao suicídio. Acredita-se que o aumento das taxas de mortalidade por suicídio em relação à população geral está acompanhado de evoluções e transformações particulares por faixa etária e segundo grupos sociais específicos (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

**Tabela 2 – Principais variáveis identificadas na amostra de artigos em número absoluto e percentual.**

Variáveis	Número de artigos	%
Sexo	14	92,86
Faixa etária/idade	12	85,71
Raça/cor	8	57,14
Nível de escolaridade	6	42,85
Ocupação	3	21,43
Estado Civil	8	57,14
Local de ocorrência	7	50
Método/meio utilizado para efetivação do suicídio	9	64,28
Total de artigos considerados	16	100

Fonte: Elaboração do autor (2020).

A amostra de 14 artigos revelou que 92,86% dos estudos consideraram o sexo como uma variável relevante em se tratando da temática suicídio. Ressalta-se que todos os estudos utilizaram dados coletados nas bases de dados dos sistemas de informações em saúde. O suicídio é um agravo multifatorial, e acredita-se que essa variável está associada às questões de enfrentamento e comportamento social, além da escolha pelos meios/métodos mais letais, classificados em mais ou menos letais (SIMÕES; CANTÃO; BOTTI, 2015).

De acordo com o trabalho de Machado e Santos (2015), o suicídio ocorre 3,7 vezes com maior frequência entre os homens do que entre as mulheres. Essa prevalência também é comprovada pela maioria dos estudos da amostra. Os autores ainda destacam os homens com maior risco ao suicídio devido à baixa adesão a uma linha religiosa e a não busca por ajuda profissional, uma vez que têm maior dificuldade em falar sobre problemas e sentimentos.

Ainda sobre a variável sexo, os homens possuem maior probabilidade de ir a óbito por suicídio do que as mulheres, entre a faixa etária de 15 a 19 anos, pois utilizam métodos

mais eficazes e/ou considerados meios/métodos mais letais (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019). Importante considerar a associação entre a alta prevalência de violência de gênero e de ideação suicida, onde a maioria das mulheres que sofreram situação de violência relataram pensamentos suicidas (CECCON; MENEGHEL; HIRAKATA, 2014).

A segunda variável encontrada na grande maioria dos trabalhos foi a faixa etária/idade. Essa variável revela que a prevalência dos casos de suicídio ocorre em indivíduos na idade produtiva, em sua maioria do sexo masculino, na faixa etária entre 30 e 50 anos. Sendo assim, esses indivíduos dominam o terceiro lugar entre as mortes, aumentando as taxas e sendo considerado o grupo de maior risco. Entretanto, é importante destacar que crianças/jovens de 10 a 14 anos também realizam suicídio (VIEIRA *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018; PEDROSA *et al.*, 2018; PINTO *et al.*, 2017). De acordo com Sousa *et al.* (2020), o período da adolescência é complexo, e nele os adolescentes podem assumir vários hábitos que podemos considerar de risco, inclusive comportamentos que abrangem ideação suicida.

Em relação à questão étnica-racial, os indígenas possuem maior índice de suicídio entre crianças do que as outras populações, não havendo mudanças estatísticas das taxas de mortalidade por suicídio de indígenas. Dados mostram que o método mais utilizado tanto em indígenas quanto não indígenas é o enforcamento, sendo este mais empregado pelos homens (SOUZA, 2019; OLIVEIRA; BENEDETTI, 2018).

A cor branca possui uma grande prevalência de casos de suicídio, porém, a raça parda apresenta alto índice em idosos masculinos que correspondem a 63,9% dos casos, sendo que 43% eram casados (GOMES *et al.*, 2018; CARMO *et al.*, 2018). Em relação à cor preta, o percentual é de 60,5% dos casos, nos sexos masculino e feminino (OLIVEIRA; BENEDETTI, 2018).

Condições como baixa escolaridade, desemprego e problemas financeiros são fatores agravantes para o ato de suicídio. Tais condições acarretam sofrimento para o

indivíduo, contribuindo para o desenvolvimento de depressão e, conseqüentemente, o ato de suicídio (PEDROSA *et al.*, 2018; SANTOS; BARBOSA, 2017). De acordo com Machado e Santos (2015), no ano de 2000, 75% dos indivíduos que cometeram suicídio tinham escolaridade instável, sendo de até 7 anos de estudo. O estudo de Vieira *et al.* (2017) identificou que a variável escolaridade está diretamente associada à geração de estresse e ao aumento do risco de suicídio.

Em relação à ocupação, percebemos que é uma variável pouco considerada na amostra, e naqueles artigos em que foi apontada existem poucas discussões referentes à associação entre ocupação e suicídio. Ressalta-se a questão do aumento de casos de suicídio entre idosos e aposentados (GOMES *et al.*, 2018). Essa correlação provavelmente é resultado do papel social no qual os idosos estão configurados, uma vez que eles próprios criam rótulos e estigmas de que já não são mais úteis para a sociedade e nem para a família.

Por meio dessa análise, foi possível levantar que a ocupação é uma variável pouco discutida nos trabalhos inclusos nessa revisão. Vale destacar que o tipo de ocupação, na atualidade, é também apontado como fator de risco para o suicídio. Muitas funções laborais vêm acompanhadas de uma sobrecarga de trabalho e desgaste mental e emocional, sendo causadoras de quadros de estresse e depressão em muitas pessoas na faixa etária/idade produtiva.

O estado civil como variável apresenta dados em que a condição de solteiro apresenta maior probabilidade de cometer suicídio (RIBEIRO *et al.*, 2018; SOUZA; JUNIOR, 2017). O trabalho de Vieira *et al.* (2017) revela que a não existência de um companheiro, referindo-se às condições solteiro, viúvo e divorciado, estão associadas a maior ocorrência de óbitos por autoextermínio, ou seja, suicídio. Tal comportamento pode ter relação com as dificuldades de enfrentamento relacionado a questões amorosas, baixa autoestima, sensação de solidão e isolamento.

Em contrário aos estudos supracitados, mesmo o casamento ser citado na literatura como fator protetivo em relação ao suicídio, existem estudos que evidenciam uma maior incidência de óbito por suicídio em casados, relacionando fatores como dificuldades econômicas e desemprego com o aumento do uso de álcool e outras drogas e problemas no relacionamento familiar desencadeando quadros depressivos (GOMES *et al.*, 2018).

O isolamento, além de estar associado a variável estado civil, é relacionado ao local de ocorrência. Nesse contexto, a pesquisa de Gomes *et al.* (2018) revela que os óbitos por suicídio ocorreram com maior frequência no domicílio, corroborado pelo trabalho de Oliveira e Benedetti (2018), que revela o domicílio como tendo prevalência nos casos de suicídio, com 58,10% da representatividade quando em comparação com locais determinados, como ambiente hospitalar ou outros estabelecimentos de saúde. No entanto, o mesmo estudo ainda revela que 31,7% dos suicídios no sexo feminino ocorreram em ambiente hospitalar ou em outros estabelecimentos de saúde.

Muito provavelmente os achados em relação ao local de ocorrência estão intimamente ligados aos métodos escolhidos entre homens e mulheres para a efetivação do ato de suicidar-se. As informações dos bancos de informação em saúde revelam que as mulheres tentam mais o suicídio do que os homens, contudo, os homens são maioria em relação aos óbitos por suicídio. A explicação para tais achados é revelada pelos métodos preferencialmente escolhidos entre homens e mulheres.

Em relação a variável método, o enforcamento é a forma de suicídio mais utilizada pelos homens, seguida por arma de fogo (SIMÕES; CANTÃO; BOTTI, 2015; OLIVEIRA; BENEDETTI, 2018). Em relação às mulheres, a ingestão de medicamentos é a mais utilizada (VIEIRA *et al.*, 2017). Com base nos achados desse estudo, é possível perceber que os métodos escolhidos pelo sexo masculino são mais letais que os do sexo feminino, explicando o maior número de casos de suicídios no sexo masculino.

Além das variáveis levantadas nessa revisão de escopo, a questão da incompletude nos bancos e sistemas de informação foi discutida nos artigos selecionados. Inclusive, pautada como limitação de um estudo, onde discutiu-se a subnotificação e a qualidade dos dados nas fichas de notificação, que muitas vezes resultam de preenchimentos inadequados e incompletos por profissionais administrativos e outros profissionais, desprovidos de conhecimento específico, que pode resultar e influenciar na qualidade e veracidade das informações que irão alimentar os bancos dos sistemas de informação em saúde (RIBEIRO *et al.*, 2018).

#### 5.4 CONCLUSÃO

Por meio dessa revisão é possível concluir que a análise dos trabalhos científicos nacionais acerca dos dados sobre suicídio, que utilizou as informações provenientes de Sistemas de Informação em Saúde, permeia o universo da descrição e associação das variáveis: sexo; faixa etária/idade; raça/cor; nível de escolaridade; ocupação; estado civil; local de ocorrência; e, método/meio utilizado para efetivação do suicídio.

Evidenciou-se com essa revisão de escopo que os homens são a maioria entre os casos de suicídio, em idade produtiva, tendo o enforcamento como o método mais utilizado para o ato de suicidar-se. Condições como baixa escolaridade e questões econômicas foram elencadas como alto risco para esse agravo. Todavia, é sabido que se trata de uma prática resultante de condições multifatoriais que requerem uma efetiva atuação social e governamental para uma melhora do cenário brasileiro.

Outra questão, não menos importante, sobre a necessidade de se valorizar o preenchimento da variável ocupação relacionada ao suicídio no Sistema de Informações sobre Mortalidade, se apoia na realidade brasileira que se configura em intenso desemprego e subemprego, fato que afeta profundamente a saúde do trabalhador e redesenha o mundo do trabalho no Brasil.

Esse estudo evidencia a necessidade de melhorias na ficha de notificação, uma vez que essa não abrange e nem contempla as questões da multicasualidade do suicídio, ou seja, são necessárias a ampliação e a inserção das informações relacionadas a multiplicidade de fatores ligadas ao agravo suicídio, como histórico familiar de transtorno mental, relato de tentativa de suicídio, depressão, história de abuso e/ou vítima de agressão, entre outros, tanto nas fichas de notificação quanto nos sistemas de informação em saúde, para que assim seja possível a elaboração de estratégias e ações efetivas na prevenção do suicídio e na promoção de saúde no que tange aos agravos de saúde mental.

O planejamento, a implantação e a implementação das ações devem contar com todos os segmentos da sociedade, ou seja, público e privado, governamental e não governamental, atuação inter e multidisciplinares e interinstitucionais. Esse trabalho evidenciou a falta de interação e integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Urgência e Emergência (REU), uma vez que o suicídio é uma situação de emergência.

Contudo, para que seja possível a veracidade e confiabilidade dos bancos de dados dos Sistemas de Informação em Saúde, faz-se necessária a sistematização do processo de notificação, com fichas de notificação abrangentes, informações fidedignas sobre os eventos, notificação efetiva dos casos, capacitação dos profissionais responsáveis pela notificação e estabelecimento de protocolos para o preenchimento das notificações e, ainda, estudar as possíveis alterações na ficha de notificação.

## CAPÍTULO 3

### 6 COMPARAÇÃO DO SUICÍDIO EM HOMENS E MULHERES NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2012 A 2017

#### 6.1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um agravo complexo, multifatorial e universal e que vem se apresentando como um grave problema de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Além de ser um tema relacionado à saúde dos indivíduos há tempos, assim como a forma em que esse agravo é afetado pela sociedade e coletividade nas quais os indivíduos estão inseridos (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Existem linhas de estudo que defendem que as causas do suicídio são de cunho social, entendendo que o suicídio é resultado de uma pressão ordenadora e coesão social sobre os indivíduos, onde cada sociedade, em qualquer tempo histórico, tem uma disposição definida para o suicídio composta por pessoas que não apresentam transtornos mentais (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Em contrapartida, pesquisas também associam diversos fatores ao comportamento suicida, fatores psicológicos, biológicos, econômicos e socioculturais. Como exemplos podemos citar dificuldades como acesso e atendimento à rede de cuidado de saúde, facilidade aos métodos/meios para o ato suicida, influência da mídia, violências, relações sociais conflituosas, transtornos mentais, abuso de álcool e/ou outras drogas e problemas financeiros (PINTO *et al.*, 2017).

É importante deixar claro que a sociedade exerce um papel singular na construção do indivíduo. Diversos fatores sociais, como família, escola, grupos dos quais participa, amigos e outros, podem influenciar, de forma intensa, na ideação/produção de um episódio suicida, tanto para que ele aconteça quanto para evitá-lo. Por isso, Durkheim é

frequentemente relacionado aos estudos sobre suicídio, sendo um clássico estudo sociológico da temática (SANTOS; BARBOSA, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), a falta de uniformidade nos procedimentos de notificação pode influenciar nas grandes diferenças nas taxas de suicídio entre os diversos países. Assim como o não registro ou o registro incompleto ou inadequado nos sistemas de informações também pode resultar em informações equivocadas e, até mesmo, inconsistentes em relação ao suicídio.

É sabido que a mortalidade por suicídio se comporta de maneira diferente entre as regiões brasileiras (PINTO *et al.*, 2017). Análises epidemiológicas no país podem ser falhas, baseadas nas notificações de suicídio, registros equivocados pelo modo como a morte ocorreu, sem citar a intenção e a subnotificação, podem dificultar essas análises em relação ao comportamento suicida e às suas reais associações (PEDROSA *et al.*, 2018).

Mesmo com esforço e avanço das políticas públicas voltadas para o suicídio, ainda é um grande desafio identificar características que possam, efetivamente, ajudar no manejo e criação de estratégias de prevenção do agravo suicídio (VIEIRA *et al.*, 2017). Portanto, esse trabalho tem como objetivo comparar as variáveis do suicídio em homens e mulheres nas macrorregiões de saúde no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.

## 6.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo e analítico de abordagem quantitativa, que tem como fonte de dados a base de dados secundários do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O acesso aos dados é de domínio público e está disponível no endereço eletrônico <<http://tabnet.datasus.gov.br>> no campo: Acesso à informação; Informações de saúde (TABNET); Estatísticas Vitais. O

link de acesso é: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/estatisticas-vitais>>.

O período determinado para a coleta dos dados foi de 2012 a 2017. As variáveis do estudo são aquelas disponíveis no banco de dados do DATASUS abrangendo: sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade e local de ocorrência. Será utilizado o grande grupo CID 10 categorias X60-X84, respeitando a divisão dos municípios em Regiões de Saúde (central, metropolitana, norte e sul), conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo, 2011 (PDR – ES 2011).

Neste estudo, foram utilizadas algumas técnicas estatísticas, a fim de relacionar diferentes variáveis, e o programa computacional **R 3.2.0**. Para verificar se diferentes grupos têm a mesma proporção de indivíduos com determinada característica, ou se existe associação entre duas variáveis, utilizou-se o **teste Qui-quadrado**. A partir deste, é verificada se a igualdade entre as proporções é estatisticamente significativa. Quando os pressupostos necessários para a aplicação do teste não foram atendidos, utilizou-se o **teste exato de Fisher**, podendo-se interpretar da mesma forma.

Nas análises realizadas considerou-se um nível de significância de 5%, ou seja, valor-p menor que 0,05 indica que as proporções são diferentes entre os grupos, ou que há associação entre as variáveis. A análise estatística apresenta o resultado do teste Qui-quadrado e do teste exato de Fisher. Os valores-p destacados em vermelho indicam que houve uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Por se tratar de um tema de interesse coletivo, com o levantamento de informações pertinentes ao comportamento do suicídio no estado do Espírito Santo, a pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, assim como o trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, registrado com o Parecer nº 3.760.442 em 11 de dezembro de 2019.

### 6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de levantamento dos dados (2012-2017), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 1.078 casos de suicídio no estado do Espírito Santo. A taxa de incidência de suicídios nesse período variou muito pouco, de 4,9 no ano de 2012 a 5,15 no ano de 2017, mantendo-se na média da incidência nacional. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a taxa de incidência de suicídio no Brasil é de 5,8 por 100.000 habitantes. A Figura 8 revela a taxa anual de incidência de suicídio no período de 2012 a 2017.

**Figura 8 – Incidência de suicídio referente ao período de 2012 a 2017**



Fonte: Elaboração do autor (2020).

Em relação ao sexo, os dados do Espírito Santo corroboram com os achados em diversas pesquisas e na literatura, totalizando 780 casos de suicídio no sexo masculino no período de 2012 a 2017 e 298 casos de suicídio no sexo feminino, demonstrando que o número de casos de suicídio em homens é maior do que nas mulheres, corroborando com outra pesquisa realizada no estado, a qual revela a ocorrência da maioria dos óbitos por suicídio entre homens, correspondendo a 72,9% dos casos (TAVARES *et al.*, 2020).

Importante ressaltar que, nos últimos anos, as mulheres estão cada vez mais ascendendo em suas carreiras profissionais, assumindo papéis de liderança e chefia, assim como de gestão, tornando-se executivas e importantes protagonistas no mundo corporativo e dos negócios. Em contrapartida, estamos vivendo uma crise econômica

e política que reflete negativamente no papel social dos homens no cenário atual, acarretando consequências como desemprego, redução de ganhos em comparação com as mulheres, perda do papel de provedor da família, uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, entre outras. Tais fatores estão intimamente ligados ao ato suicida entre os homens.

A Tabela 3, a seguir, revela pouca variação entre os anos em relação aos casos de suicídio no sexo feminino e pequena variação nos anos no número de casos de suicídio no sexo masculino, evidenciando ainda um aumento no número de suicídios no ano de 2017 entre os homens. Culturalmente, os homens são mais agressivos e, conseqüentemente, escolhem métodos mais letais para o ato suicida, resultando assim em uma maior prevalência de óbitos entre os homens na maioria dos países (TAVARES *et al.*, 2020).

Os dados levantados corroboram com outras pesquisas científicas, deixando claro que ocorre maior prevalência do suicídio entre o sexo masculino, notando-se uma menor ocorrência do ato entre as mulheres, as quais, na grande maioria, fazem consumo menos abusivo de álcool, possuem uma aderência à religiosidade, entendem a importância do seu papel no decorrer da vida, praticam atitudes maleáveis nas relações e recorrem à aderência e busca de uma rede de apoio social e de saúde (VIEIRA *et al.*; 2017).

**Tabela 3 – Associação entre sexo e anos dos casos de suicídio no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.**

Sexo	2012		2013		2014		2015		2016		2017		valor-p
	N	N%											
<b>Masc</b>	131	73,6%	110	69,6%	120	69,8%	134	71,3%	125	71,4%	160	77,3%	
<b>Fem</b>	47	26,4%	48	30,4%	52	30,2%	54	28,7%	50	28,6%	47	22,7%	0,5475
<b>Total</b>	178	100,0%	158	100,0%	172	100,0%	188	100,0%	175	100,0%	207	100,0%	

Fonte: Elaboração do autor (2020).

A Tabela 3 ainda demonstra que a associação entre o sexo e o número de suicídios por ano no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017, após o teste estatístico

Qui-quadrado, não exibiu significância estatística, resultando o valor-p em 0,5475. Isso ocorreu devido ao elevado número de caselas com valor 0 (zero), o que pode influenciar no resultado das análises, pois qualquer mudança nas frequências poderia implicar grandes mudanças nas proporções.

A Tabela 4, a seguir, apresenta os dados gerais sobre suicídio no estado do Espírito Santo, associando o sexo com as demais variáveis, e o valor-p menor que 0,05 indica que existe uma associação estatisticamente significativa quanto ao suicídio e as variáveis apresentadas.

**Tabela 4 – Frequência absoluta e percentual do suicídio por sexo e as variáveis: faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil e local de ocorrência no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017 (N = 1.078).**  
(continua)

Variáveis	Masc		Fem		valor-p	
	N	N%	N	N%		
<b>Faixa Etária*</b>	10 a 14 anos	4	0,5%	1	0,3%	0,6477
	15 a 19 anos	33	4,2%	17	5,7%	
	20 a 29 anos	147	18,8%	44	14,8%	
	30 a 39 anos	183	23,5%	78	26,2%	
	40 a 49 anos	172	22,1%	73	24,5%	
	50 a 59 anos	129	16,5%	48	16,1%	
	60 a 69 anos	67	8,6%	25	8,4%	
	70 a 79 anos	36	4,6%	11	3,7%	
	80 anos e mais	9	1,2%	1	0,3%	
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0%</b>	<b>298</b>	<b>100,0%</b>		
<b>Cor/raça</b>	Branca	246	31,6%	122	40,9%	0,03123
	Preta	40	5,1%	16	5,4%	
	Parda	441	56,6%	144	48,3%	
	Ignorado	52	6,7%	16	5,4%	
	<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100,0%</b>	<b>298</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Escolaridade</b>	Nenhuma	13	1,7%	9	3,0%	0,01836
	1 a 3 anos	87	11,2%	34	11,4%	
	4 a 7 anos	141	18,1%	47	15,8%	
	8 a 11 anos	113	14,5%	43	14,4%	
	12 anos e mais	46	5,9%	35	11,7%	
	Ignorado	380	48,7%	130	43,6%	
	<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0%</b>	<b>298</b>	<b>100,0%</b>	

**Tabela 4 – Frequência absoluta e percentual do suicídio por sexo e as variáveis: faixa etária, cor/raça, escolaridade, estado civil e local de ocorrência no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017 (N = 1.078). (conclusão)**

Variáveis	Masc		Fem		valor-p	
	N	N%	N	N%		
<b>Estado civil</b>	Solteiro	345	44,2%	119	39,9%	<b>&lt;0,001</b>
	Casado	240	30,8%	94	31,5%	
	Viúvo	10	1,3%	21	7,0%	
	Separado judicialmente	61	7,8%	28	9,4%	
	Outro	33	4,2%	7	2,3%	
	Ignorado	91	11,7%	29	9,7%	
	<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0%</b>	<b>298</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Local ocorrência*</b>	Hospital	148	19,0%	90	30,2%	<b>&lt;0,001</b>
	Outro estabelecimento de saúde	16	2,1%	7	2,3%	
	Domicílio	404	51,8%	153	51,3%	
	Via pública	61	7,8%	13	4,4%	
	Outros	142	18,2%	33	11,1%	
	Ignorado	9	1,2%	2	0,7%	
	<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>100,0%</b>	<b>298</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: Elaboração do autor (2020).

\*O teste de Fisher foi utilizado.

A Tabela 4 retrata que a associação entre sexo e faixa etária no período de 2012 a 2017 para os casos de óbitos por suicídio no Espírito Santo não apresentou significância estatística, ou seja, após a análise estatística, a associação das variáveis não representa uma associação significativa. Entretanto, é possível perceber que o maior número de casos ocorre numa faixa etária considerada muito produtiva, que vai dos 20 aos 59 anos. Observamos, ainda, que o maior número de casos, em ambos os sexos, se concentra na faixa etária dos 30 a 39 anos. É referido em estudos como o de Santos *et al.* (2013), que cerca de 50% dos suicídios registrados no SIM foram em pessoas na faixa etária entre 20 e 49 anos, ou seja, no auge da idade produtiva. Outro estudo refere que o maior índice de mortalidade é registrado entre adultos de 25 a 59 anos (PEDROSA *et al.*; 2018).

Já a associação entre a cor/raça e o sexo demonstra que enquanto 31,6% dos homens que cometeram suicídio são da cor branca, no sexo feminino esse valor sobe para 40,9%. Já na cor parda, os percentuais são de 56,6% no sexo masculino e 48,3% no sexo feminino. O valor-p menor que 0,05 indica que a diferença entre as proporções é estatisticamente significativa, existindo uma associação entre as duas variáveis. Tal resultado é intrigante, pois a literatura apresenta dados, de forma geral, de que o ato suicida mais frequente ocorre no sexo masculino (MACENTE; SANTOS; ZANDONADE, 2009).

Se tentar pensar de uma forma mais objetiva, sem segregação ou discriminação, o que diferencia os homens brancos dos homens pardos ou, ainda, dos homens negros? Entretanto, os dados levantados nesse estudo revelam a grande maioria dos casos de suicídio em homens pardos e brancos, e um percentual bem mais baixo (5,1%) de suicídios em homens pretos.

Em relação às variáveis sexo e escolaridade, a associação apresentou significância estatística, principalmente na categoria que apresenta o maior percentual tanto entre os indivíduos do sexo masculino quanto os do sexo feminino, sendo respectivamente 48,7% e 43,6% para o item ignorado na ficha de notificação e registrado no SIM. Essa análise pode representar uma inconsistência no banco de dados, acarretando uma confiabilidade destes, visto que a divergência entre os percentuais pode retratar falha no processo de preenchimento das fichas de notificação.

Na pesquisa de Macente e Zandonade (2010), os resultados demonstram problemas no preenchimento da variável escolaridade, verificando-se ainda o não preenchimento dessa variável ao longo dos anos, comprometendo a qualidade dos dados do banco de sistema de informações. Os dados da Tabela 4 ainda revelam que as mulheres representam o maior percentual (11,7%) de suicidas com 12 anos e mais de estudo, vindo de encontro com achados de outras pesquisas, com o percentual de 11,8% em relação a mesma categoria do sexo feminino, enquanto em relação ao sexo masculino, a categoria nenhuma escolaridade representou 17,0% (OLIVEIRA; BENEDETTI, 2018).

Já a associação do estado civil e o sexo em relação aos óbitos no Espírito Santo também tem significância estatística, sendo o valor-p menor que 0,001. Já os valores percentuais mais significativos foram em solteiros, sendo que os do sexo masculino apresentaram um percentual de 44,2% e os do sexo feminino, 39,9%. Entre os casados, os percentuais foram praticamente iguais entre homens e mulheres, sendo 30,8% e 31,5% respectivamente. A literatura aponta pessoas solteiras com maior risco de suicídio. O trabalho de Vieira *et al.* (2017) aponta, como um dos resultados, o estado civil solteiro com a maior ocorrência de óbito por autoextermínio, contudo não caracteriza o sexo dos indivíduos. Outra pesquisa caracteriza a prevalência de suicídio em homens solteiros com pouca escolaridade (OLIVEIRA; BENEDETTI, 2018).

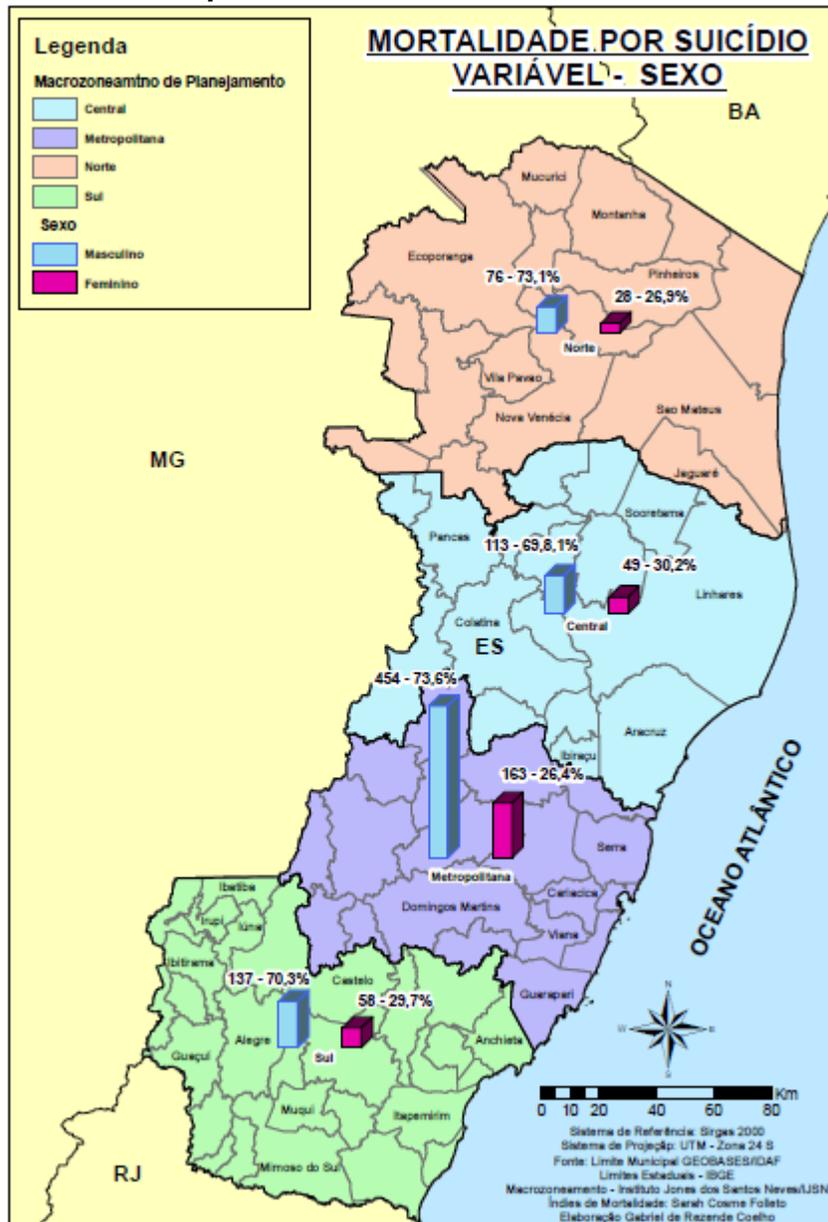
Os achados apresentados na Tabela 2 revelam a significância estatística entre os sexos masculino e feminino associados ao local de ocorrência. Os resultados revelam que o local de ocorrência com o maior número de casos é o domicílio. Mais da metade dos homens e mulheres que cometeram suicídio no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2017 escolheram o domicílio para o ato. Quando se compara os números absolutos, esses valores parecem discrepantes, sendo 404 casos no sexo masculino e 153 casos no sexo feminino, entretanto, quando realizado o teste estatístico, os percentuais são de 51,8% e 51,3%, respectivamente.

O domicílio é preferencialmente escolhido devido à facilidade de acesso aos meios/métodos escolhidos para o ato suicida. Além do mais, torna-se importante evidenciar que os casos de tentativas de suicídio que ocorrem em locais públicos tornam estes mais susceptíveis a intervenções, diminuindo, assim, o número de casos em vias públicas. Por outro lado, quando é realizado em domicílio, a intervenção normalmente ocorre após o dano, em virtude de acontecer em um ambiente privado (RIBEIRO, 2018).

Em relação às Regiões de Saúde, a Tabela 3 apresenta um valor-p de 0,684, ou seja, o teste de associação revela que não existe significância estatística quando associamos

os casos de suicídio por sexo e por Região de Saúde. O mapa da Figura 9 ilustra o número de casos de suicídio e seus percentuais em cada Região de Saúde do estado do Espírito Santo.

**Figura 9 – Casos de suicídio por sexo nas diferentes regiões de saúde do Espírito Santo no período de 2012 a 2017**



As variáveis que apresentaram significância estatística, quando associou-se os dados de suicídio no Espírito Santo a uma das variáveis estudadas e a Região de Saúde,

foram: cor/raça; escolaridade; e, estado civil. Esses dados encontram-se na Tabela 5, com os respectivos percentuais e valor-p sempre menor que 0,05.

**Tabela 5 – Frequência absoluta e percentual do suicídio e significância estatística da associação das Regiões de Saúde com as variáveis: cor/raça, escolaridade e estado civil no estado do Espírito Santo, período 2012-2017.**

Variável	Região de Saúde									valor-p
	Central		Metropolitana		Norte		Sul			
	N	N%	N	N%	N	N%	N	N%		
<b>Cor/raça</b>	Branca	58	36,0%	172	27,9%	37	35,6%	101	51,8%	<b>&lt;0,001</b>
	Preta	10	6,2%	17	2,8%	12	11,5%	17	8,7%	
	Parda	89	55,3%	378	61,3%	54	51,9%	64	32,8%	
	Ignorado	4	2,5%	50	8,1%	1	1,0%	13	6,7%	
	<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,0%</b>	<b>617</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>195</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Escolaridade*</b>	Nenhuma	2	1,2%	11	1,8%	8	7,7%	1	0,5%	<b>0,0004</b>
	1 a 3 anos	21	13,0%	76	12,3%	13	12,5%	11	5,6%	
	4 a 7 anos	27	16,7%	118	19,1%	21	20,2%	22	11,3%	
	8 a 11 anos	27	16,7%	104	16,9%	15	14,4%	10	5,1%	
	12 anos e mais	6	3,7%	60	9,7%	9	8,7%	6	3,1%	
	Ignorado	79	48,8%	248	40,2%	38	36,5%	145	74,4%	
	<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>	<b>617</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>195</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Estado civil*</b>	Solteiro	72	44,4%	286	46,4%	50	48,1%	56	28,7%	<b>0,0004</b>
	Casado	45	27,8%	200	32,4%	23	22,1%	66	33,8%	
	Viúvo	7	4,3%	16	2,6%	3	2,9%	5	2,6%	
	Separado judicialmente	14	8,6%	45	7,3%	6	5,8%	24	12,3%	
	Outro	5	3,1%	19	3,1%	2	1,9%	14	7,2%	
	Ignorado	19	11,7%	51	8,3%	20	19,2%	30	15,4%	
	<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>	<b>617</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>195</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Sexo</b>	Masc	113	69,8%	454	73,6%	76	73,1%	137	70,3%	<b>0,684</b>
	Fem	49	30,2%	163	26,4%	28	26,9%	58	29,7%	
	<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,0%</b>	<b>617</b>	<b>100,0%</b>	<b>104</b>	<b>100,0%</b>	<b>195</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: Elaboração do autor (2020).

\*O teste de Fisher foi utilizado.

O teste indica que as variáveis cor/raça; escolaridade; e estado civil tem uma associação com as regiões quanto ao suicídio, ou seja, quando pensamos nas diferentes Regiões de Saúde e as variáveis, mudam também as categorias relacionadas às variáveis.

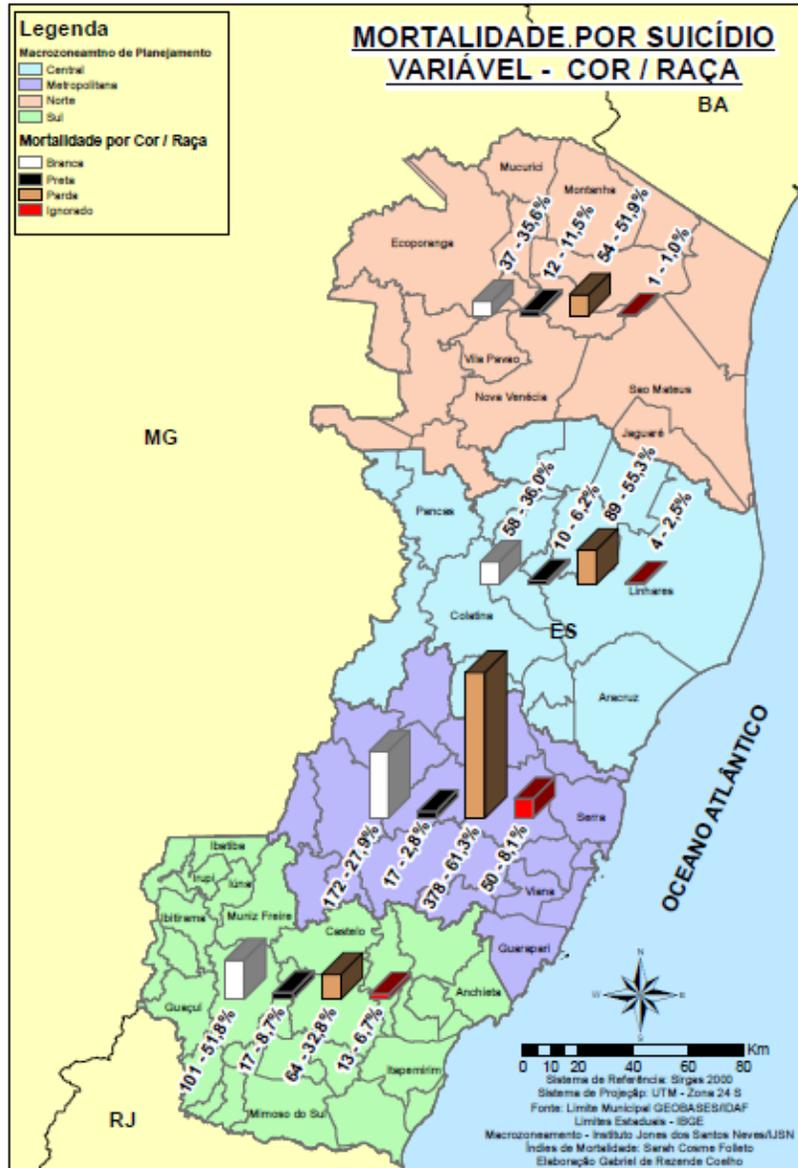
Os dados revelaram que em relação à cor/raça, as regiões Metropolitana, Norte e Central registraram maior número de suicídio em indivíduos de cor/raça parda. Um trabalho científico realizado no período de 2012 a 2016 no Espírito Santo revela que, em relação à variável cor/raça, 28,7% dos casos de suicídio, ou seja, o maior percentual de casos, foram classificados como pardos em todo o estado (TAVARES *et al.*, 2020). Porém, a nossa pesquisa revela que especificamente na região Sul, o maior número de casos de suicídio foi registrado entre pessoas brancas.

Cabe ressaltar que a Região de Saúde Metropolitana registrou a maior ocorrência de suicídio em todas as raças: parda com 378, branca com 172 e preta com 17 dos casos em comparação as demais Regiões de Saúde, e também com um resultado discrepante em relação aos ignorados, sendo 50 de 68 casos registrados em todo o estado do Espírito Santo. Tal achado é reflexo de uma maior concentração de pessoas na região Metropolitana, as quais acreditam que as oportunidades de emprego e trabalho estão nessa região, além da diversidade de opções de cursos técnicos e instituições de Ensino Superior. Destaca-se também o empate da região Sul com a Metropolitana no registro da maior ocorrência de suicídio nos indivíduos de cor/raça preta.

Em relação à escolaridade, é inquietante que, em todas as Regiões de Saúde do Espírito Santo, os registros tiveram o grau de escolaridade ignorado, totalizando 510 casos ignorados em um total de 1.078 casos em todo o estado, o que equivale a 47,3% dos casos com escolaridade ignorada. Observamos também que o maior percentual (20,2%) de suicídio se enquadra na categoria de 4 a 7 anos de estudo na Região de Saúde Norte. O trabalho de Vidal (2013) refere que a desigualdade social pode trazer uma sensação de injustiça, promover sentimentos de revolta e de falência pessoal, por não alcançar o sucesso econômico, além do estresse por dificuldade financeira persistente e a ansiedade por tentativas frustradas de um emprego, que pode levar o indivíduo a um ponto de sofrimento psicológico, podendo progredir para a desistência da vida via suicídio.

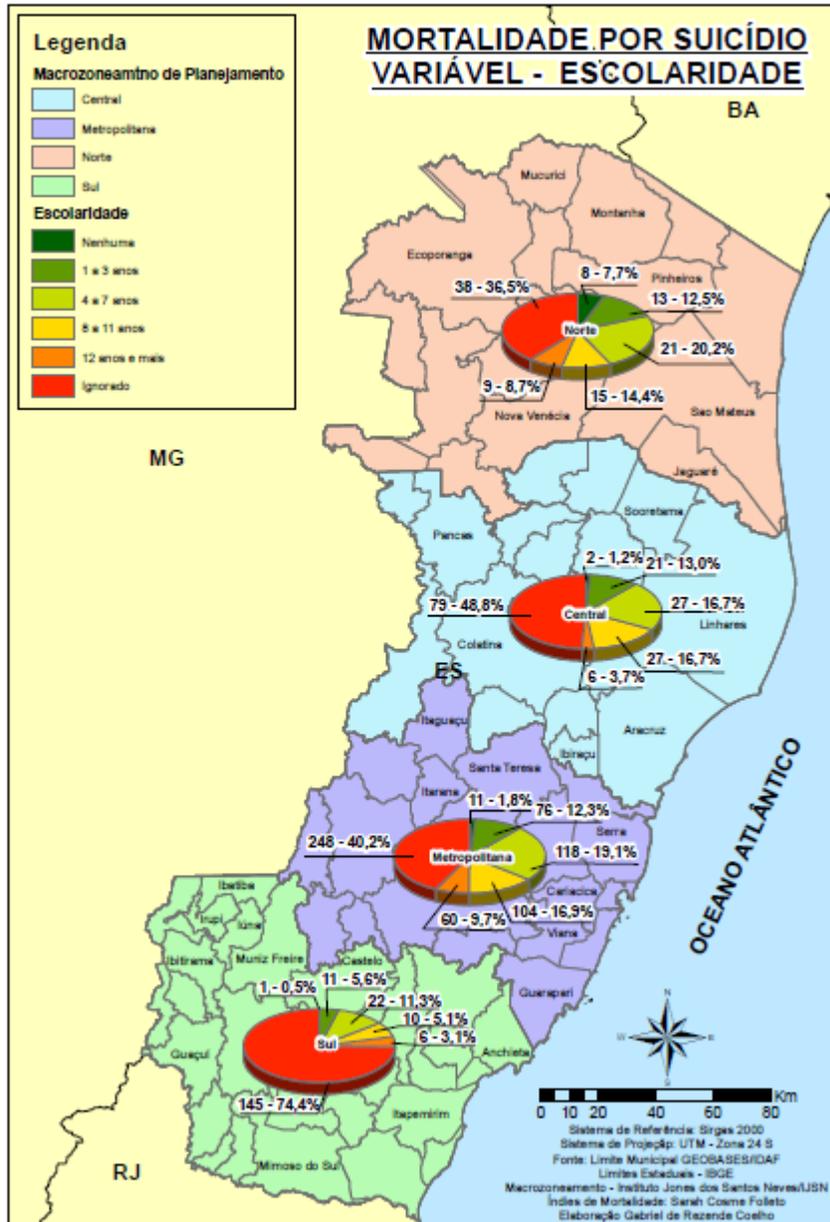
As Figuras 10 e 11 demonstram os percentuais e números absolutos da distribuição por Região de Saúde em relação a cor/raça e escolaridade, dos dados do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.

**Figura 10 – Casos de suicídio por cor/raça nas diferentes regiões de saúde do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.**



Fonte: Elaboração do autor (2020).

Figura 11 – Casos de suicídio por escolaridade nas diferentes regiões de saúde do Espírito Santo no período de 2012 a 2017



Fonte: Elaboração do autor (2020).

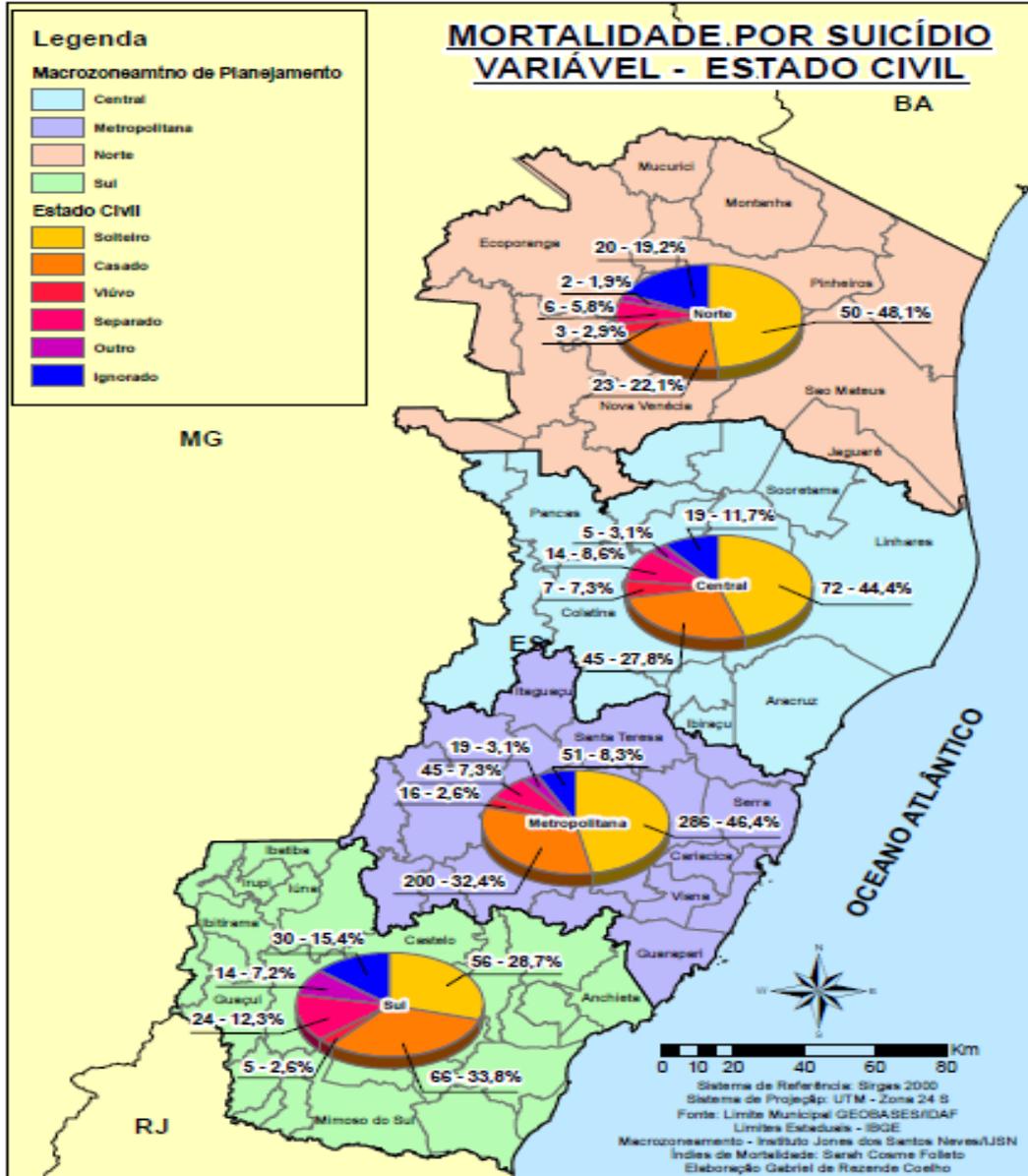
Na Tabela 5, verificamos, ainda, que o teste indicou que a variável estado civil tem uma associação com as regiões quanto ao suicídio. Quando variam as Regiões de Saúde, varia-se também o estado civil dos indivíduos que cometem suicídio, onde detectamos que, enquanto na Região Norte 48,1% dos suicídios ocorrem em pessoas solteiras, na Região Sul esse percentual é de 28,7%, sendo o maior percentual de suicídio em

indivíduos casados. E a região que apresentou o maior percentual (32,4%) entre os casados foi a Região de Saúde Metropolitana.

Acredita-se que o lado emocional tem forte influência nos fatores associados ao suicídio, a literatura defende que desilusões amorosas, dificuldade de ter ou manter um relacionamento amoroso, a sensação de se sentir sozinho e não ter ninguém para contar, assim como o sentimento de isolamento ou até mesmo de baixa autoestima culminam para a tentativa de suicídio (VIEIRA, 2017). As relações interpessoais e amorosas têm significância para os indivíduos, servindo de motivação para manutenção da vida das pessoas, onde a falta de integração social está intimamente ligada à elevação na taxa de suicídio (FENSTERSEIFER, 2003).

O mapa da Figura 12 associa os casos de suicídio no Espírito Santo nas diferentes Regiões de Saúde e a variável estado civil, retratando os percentuais e os números absolutos nos gráficos dentro das respectivas Regiões de Saúde, trazendo uma visão espacial do comportamento do suicídio associado à variável estado civil que se altera nas diferentes regiões.

Figura 12 – Casos de suicídio por estado civil nas diferentes regiões de saúde do Espírito Santo no período de 2012 a 2017.



Fonte: Elaboração do autor (2020).

## 6.4 CONCLUSÃO

Com base nos resultados descritos, o presente estudo verificou que a taxa de incidência de suicídio no estado do Espírito Santo apresentou variação, mostrando um aumento na mortalidade por suicídio no ano de 2017, porém, mantendo-se na média da incidência nacional. Em relação aos casos de suicídio entre homens e mulheres, os achados também corroboram com os dados da literatura e no Brasil, onde no Espírito Santo temos mais casos de suicídio em homens do que em mulheres.

Em relação à associação do suicídio com as variáveis estudadas, identificamos que apresentaram significância estatística quando associamos sexo a: cor/raça; escolaridade; estado civil; e, local de ocorrência. Mostrando que, quando se fala de mortalidade por suicídio em homens e mulheres, existe mudança de comportamento em relação às variáveis nos diferentes sexos. Houve maior número de suicídios em mulheres brancas do que em homens brancos, já na cor/raça parda, os homens representaram o maior percentual.

Sobre a escolaridade, detectamos que a maior parte dos registros, tanto em homens quanto em mulheres, apontou a categoria ignorado em relação aos anos de estudos no banco de dados. Esse resultado pode ser interpretado como falha em algum momento do processo, seja de preenchimento da ficha de notificação, seja no registro de informações no banco de dados. É importante fazer um estudo sobre quem são os profissionais que estão preenchendo as fichas de notificação de suicídio e se esses realmente preenchem todos os campos da ficha.

Na associação de sexo e regiões de saúde, não foi encontrada significância estatística, entretanto, quando associamos as variáveis cor/raça, escolaridade e estado civil, identificamos que apresenta significância estatística em relação às regiões de saúde. Esses achados evidenciam que devemos pensar nas políticas de manejo e prevenção do suicídio de forma regionalizada, trabalhando de forma pontual nas questões e variáveis descritas nesse estudo.

Como limitações do estudo, pode-se ressaltar a classificação ignorado, existente no banco de dados. Principalmente o número elevado de dados registrados como ignorados em relação ao registro da variável escolaridade. Os dados registrados como ignorados fazem grande diferença quando aplicamos um teste estatístico, uma vez que essa categoria não expressa informação pertinente em relação a qualquer variável do nosso estudo.

Por fim, foi possível perceber que há a necessidade de melhoria na qualidade do preenchimento das fichas de notificação de suicídio, assim como a inserção de informações resultaria em direcionamento e planejamento para o desenvolvimento de Políticas Públicas mais efetivas em relação ao manejo e prevenção do agravo suicídio na realidade da nossa sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. O que é epidemiologia. In: \_\_\_\_\_. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 1, p. 1-7.
- BAHLS, S. C.; BOTEGA, N. J. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**, Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BAPTISTA, M. N.; GOMES, M. A. Suicídio: análise epidemiológica na região de Caratinga (MG) entre 2003 e 2010. **Psicologia Argumento**, Caratinga, v. 34, n. 85, p. 147-155, maio/jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/23314/22434>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil**, 2011; n. 9, v. 44, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidemiologico\\_numero\\_9\\_2013.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013.pdf). Acesso em: 18 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1876, 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. Brasília, DF, 2006. Disponível em: [https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2524/portaria\\_MS\\_%201876\\_%20prevencao\\_suicidio.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2524/portaria_MS_%201876_%20prevencao_suicidio.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 18 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 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 dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 20 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. n. 30, v. 48, 2017. 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>. Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020**, Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

CARMO, E. A. *et al.* Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, fev. 2018.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 758-765, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005228>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L.L.C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, jan./mar. 2019.

D'EÇA JUNIOR, A. *et al.* Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? **Coletiva Cadernos Saúde**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 20-24, 2019.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2002 reimpressão 2008.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA). **Boletim Epidemiológico de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANTs**, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2017.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Suicídio na infância: será a perda da inocência? **Psicol. Argum**, Curitiba, v. 21 n. 35 p. 39-46, out./dez. 2003.

FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.22, n. 1, p. 50-60, jan./mar. 2017.

FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014.

FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. V. *et al.* Perfil sociodemográfico de idosos vítimas de suicídio em um estado do nordeste do Brasil. **Id on Line Rev. baiana enferm**, v. 32, 2018. Disponível

em: <https://file:///C:/Users/operador/Downloads/26078-102736-2-PB.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

GOMES, J. O. *et al.* Suicídio e internet: análise de resultados em ferramentas de busca. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, 2014.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-269, set./dez. 2014.

GUTIERREZ, D. M. D.; RIBEIRO, J. H. de S. (Org.). **Suicídio: diálogos interdisciplinares**. Manaus: EDUA, 2018.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. Análise bivariada, In: \_\_\_\_\_. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 11, p. 182.

KONDO, E. H. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011.

MACENTE, L. B.; SANTOS, E. G. dos; ZANDONADE, E. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 238-244, 2009.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 173-181, 2010.

MACENTE, L. B.; ZANDONADE, E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 151-157, 2011.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 64 1 p. 45-54, 2015.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Método estatístico. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia Científica**, 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011. cap. 2, p. 93.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, dez. 2013.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* Tendência da mortalidade por suicídio na população

brasileira e idosa, 1980-2006. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.

OLIVEIRA, L. R. de; BENEDETTI, A. de O. C. Suicídio em Mato Grosso – Brasil: 1996 a 2015. **Id on Line Revista de Saúde e Ciências Biológicas**, Fortaleza, v. 6, n. 4, p. 391-398, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1763/753>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_media\\_port.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf). Acesso em: 22 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf). Acesso em: 29 set. 2019.

PEDROSA, N. F. C. *et al.* Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil. **Id on Line Revista de Saúde e Ciências Biológicas**, Fortaleza, v. 6, n. 4, p. 399-404, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2068/754>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PINTO, L. L. T. *et al.* Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 203-210, 2017.

PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. de; PIRES, T. de O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1963-1972, 2012.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2821-2834, set. 2018.

RIBEIRO, N. M. *et al.* Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, maio. 2018.

SANTOS, E. G. de O.; BARBOSA, I. R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 371-378, out. 2017.

SANTOS, S. A. *et al.* Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-

2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 376-387, 2013.

SIMÕES, B. F.; CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Suicídio em cidades históricas de um estado brasileiro. **Revista Rene**, Divinópolis, v. 16, n. 2, p. 250-257, mar/abr. 2015.

SOUSA, C. M. de S. *et al.* Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 33, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/169030>. Acesso em: 05 jan. 2020.

SOUZA, M. L. P. de. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, ago. 2019.

SOUZA, M. L. P. de; ONETY JR., R. T. da S. Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, out./dez. 2017.

TAVARES, F. *et al.* Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: análise do período de 2012 a 2016. **Id on Line Av Enferm**, v. 38, n. 1, p. 66-76, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79960>. Acesso em: 10 abr. 2020.

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. 3, n. 31, p. 1-3, jul./set., 2018.

The Joanna Briggs Institute. **Joanna Briggs Institute reviewers manual 2015: methodology for JBI scoping reviews**. Disponível em: [https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-ScopingReviews\\_2015\\_v1.pdf](https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-ScopingReviews_2015_v1.pdf). Acesso em: 03 de jan. 2020.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. L. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 29 n. 1 p. 175-187 jan. 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.108-114, abr./jun. 2013.

VIEIRA, V. A. S. *et al.* Caracterização dos indivíduos que realizaram prática/tentativa de autoextermínio em Itapeçerica, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 7, 2017.

World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**, Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779>. Acesso em: 26 maio 2018.

World Health Organization. Department of Mental Health. Prevention of suicidal behaviors: a task for all. In:\_\_\_\_\_ **Mental and Behavioral Disorders**. Geneva, 2000.

**APÊNDICES****APÊNDICE A – CHAVE DE BUSCA**

Chave de busca 1	suicídio AND mortalidade AND Brasil AND sistemas de informação em saúde OR sistemas de informação.
Chave de busca 2	Suicide AND mortality AND Brazil AND health information systems OR information systems

**APÊNDICE B – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Motivo das exclusões de trabalhos selecionados pela chave de busca	Não se enquadra na temática da questão norteadora.
	Não utiliza sistemas de informação como base de dados.
	Não descreve ou analisa variáveis associadas ao suicídio.
	Objetivo não responde a questão norteadora.

**APÊNDICE C – FICHA PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO DE ESCOPO**

<b>FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS</b>			
<b>Título do artigo</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Utilizou dados dos sistemas de informação?</b>	<b>Variáveis identificadas</b>

## ANEXOS

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO ESPÍRITO SANTO

**Pesquisador:** Maria Carlota de Rezende Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26195419.0.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.760.442

**Apresentação do Projeto:**

EPIDEMIOLOGIA E POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NO ESPÍRITO SANTO

O suicídio representa cerca de 78% de óbitos em países de baixa e média renda além de ser a segunda causa de morte na população jovem com a faixa etária entre 15 a 29 anos referentes ao ano de 2015 de um total 800.000 óbitos por suicídio segundo documentos da Organização Mundial de Saúde-WHO (WHO, 2018).

Partindo do pressuposto que o agravo suicídio é um tema de alta complexidade e bastante amplo, ultrapassando as barreiras das Ciências Biomédicas estabelecendo relações com os determinantes da manutenção da sociedade, entende-se ser de extrema importância o levantamento das características epidemiológicas desse agravo, assim como estudar o que revelam os sistemas de informação em saúde em relação aos dados sobre a temática, alimentados pelas fichas de notificação compulsória.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a epidemiologia do suicídio e tentativas de suicídio no estado do

Espírito Santo a partir de 2012, frente as ações de enfrentamento do mesmo promovidas pela Secretaria Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.760.442

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

Os riscos serão minimizados por se tratar de uma pesquisa baseada em dados secundários, nos quais nenhuma informação pessoal é acessada e/ou revelada pelos bancos, além de não promover qualquer influência direta sobre seres humanos e nem ao coletivo.

**Benefícios**

O trabalho apresenta uma proposta cuja temática em estudo trata-se de um agravo com poucas pesquisas desenvolvidas no estado do Espírito Santo. O levantamento dos dados epidemiológicos sobre o suicídio e as tentativas de suicídio podem contribuir para a fundamentação da concepção de uma Política de Saúde mais ampla, estruturada a partir da elaboração de estratégias multi e interdisciplinares para a atuação frente ao agravo, além de promover o estabelecimento das relações com os determinantes da manutenção da sociedade, contribuindo para a produção de conhecimento científico e subsídios para construção e reformulação de ações de saúde pública que buscam melhorar a qualidade da saúde e promover a prevenção do suicídio e tentativas de suicídio.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa viável e de relevância científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos apresentados estão em conformidade com a Resolução 466/12.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto retirado por decisão do CEP. Por se tratar de estudo com coleta de informações em banco de dados de domínio público entende-se que dispensa a apreciação por comitê de ética em pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.780.442

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1475567.pdf	25/11/2019 13:48:40		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.PDF	20/11/2019 11:43:09	Maria Carlota de Rezende Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	20/11/2019 11:21:17	Maria Carlota de Rezende Coelho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITÓRIA, 11 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA**  
**(Coordenador(a))**

## ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO NA SESSÃO DE QUALIFICAÇÃO



MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

### DECLARAÇÃO

Declaramos que **SARAH COSME FOLETTO** teve a sua Qualificação de Mestrado com o título “**SUICÍDIO E SEXO: O QUE REVELAM OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE**”, aprovada na Sessão de Qualificação, realizada no dia 17 de setembro de 2019, às 14:00h, na sala 203 da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, pela Banca Examinadora composta pelos(as) professores(as) doutores(as): Maria Carlota de Rezende Coelho - Orientadora, Solange Rodrigues da Costa – Membro Titular Interno e Eliana Zandonade – Membro Titular Externo.

Vitória, 17 de setembro de 2019.

  
**PROFª DRª GISSELE CARRARO**  
Coordenadora do Mestrado em Políticas Públicas  
E Desenvolvimento Local