

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA EDUARDA SULINO FACAS

**CASOS DE SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDOS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

UBERLÂNDIA/MG

2021

MARIA EDUARDA SULINO FACAS

**CASOS DE SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDOS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de
Uberlândia, como requisito parcial à obtenção
de grau de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Me. Noriel Viana Pereira.

UBERLÂNDIA/MG

2021

MARIA EDUARDA SULINO FACAS

**CASOS DE SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDOS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de
Uberlândia, como requisito parcial à obtenção
de grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Noriel Viana Pereira.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Uberlândia, 10 de junho de 2021

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Fabiola Alves Gomes

Prof. Me. Noriel Viana Pereira

Profª. Dra. Suely Amorim de Araújo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer ao meu orientador Noriel Viana, por aceitar conduzir meu trabalho com valiosas contribuições durante o processo, e não ter desistido das minhas ideias e das minhas muitas dúvidas. Obrigada pelo incentivo, dedicação e confiança!

Aos meus pais, Julio e Rosângela, pela educação excelente que me deram durante toda a minha vida, pelo amor e apoio incondicional, que espero um dia poder lhes retribuir.

Ao meu irmão Murilo, que apesar de tantas brigas se dispôs a me ajudar no meu trabalho da melhor forma. O mundo vai ser pequeno para você garoto.

Ao meu namorado Henrique, que acima de tudo é um grande amigo, obrigada por todo seu apoio, pela compreensão e paciência (mas muito mesmo, as planilhas que digam), e por aguentar tantas crises de estresse e ansiedade. Você é incrível, nunca duvide disso, juro juradinho.

As minhas avós, Nair e Aparecida, obrigada simplesmente por estarem cheias de saúde e presentes nesse momento tão importante da minha vida, vocês são tudo para mim.

Aos meus avôs, Hildo e Antônio, que se encontram no outro plano espiritual, mas sei que estão sempre torcendo por mim, obrigada por terem sido presentes em tantos momentos incríveis da minha vida, e esse não seria diferente.

Aos meus amigos, pela grande paciência e colaboração durante todo esse processo, por sempre me ajudarem e estarem ao meu lado nesse e em outros momentos da minha vida, agradeço do fundo do meu coração.

À Universidade, pelo papel que teve ao longo de todo meu percurso, agradeço por todos os recursos e o apoio que sempre me ofereceu.

Ao Hospital de Clinicas da UFU, e todos seus trabalhadores e profissionais da saúde, principalmente o setor do Pronto Socorro, onde eu pude afirmar minha paixão por Urgência e Emergência.

Agradeço a todos que fizeram parte desta caminhada ao meu lado, nada disso seria possível sem vocês.

“Há uma morte que vem de fora e uma morte que cresce por dentro.

Cada uma delas produz uma dor diferente.”

Rubem A. Alves

RESUMO

O suicídio se encontra em um cenário atualmente alarmante, atingindo pessoas de todas as idades, e que envolve um grande sofrimento psíquico. Se tornando um sério problema de saúde pública no mundo e precisando de uma alta prioridade para sua prevenção. O suicídio é um fenômeno que abrange desde a motivação e a sua ideação de autoextermínio, até o planejamento do ato, a tentativa e ao óbito. O presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos óbitos e tentativas de suicídio, admitidos em um Hospital Universitário na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, entre os anos de 2011 a 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e de abordagem quantitativa, no qual foram analisados os óbitos e tentativas de suicídio dos prontuários dos pacientes, fornecidos pelo setor de Nosologia do HC/UFU. Utilizando as variáveis: ano, mês, dia da semana, período do dia, sexo, idade, raça e agente/modo utilizado. Foram incluídos nesse estudo um total de 577 tentativas de suicídio e 33 óbitos por suicídio, sendo analisados 461 prontuários ao total. O coeficiente médio de mortalidade por suicídio nesse Hospital Universitário foi de 0,73/100.000 mil habitantes. Os dados demonstraram que mulheres (56,85%) realizam mais tentativas de suicídio do que os homens (43,15%), prevalecendo a idade de 30 a 39 anos (31,02%), sendo a autointoxicação por medicamentos anticonvulsivantes (35,53%) o modo mais utilizado para as tentativas de suicídio. Os anos com maiores incidências foram os de 2012 (21,32%) e 2013 (21,14%), sendo agosto (10,92%) e novembro (10,23%) os meses com maiores números de tentativas, e a tarde (38,99%) sendo o período do dia mais relevante. Com relação aos óbitos por suicídio, temos uma predominância maior entre homens (87,88%) do que entre mulheres (12,12%), com idades predominantes entre 20 a 29 anos (27,27%), sendo o enforcamento (24,24%) o meio mais utilizado para o suicídio. Os anos de 2011 e 2014 tiveram a maior porcentagem de óbitos notificados (21,21%), com prevalência nos meses de maio (18,18%), e o período do dia sendo o da noite (39,39%). O dia da semana mais predominante nas tentativas de suicídio (16,64%) e nos óbitos (27,27%) foi o domingo. E a raça branca foi a mais prevalente tanto nas tentativas (58,06%), quanto nos óbitos por suicídio (60,61%). Observa-se nesse estudo que mulheres realizam mais tentativas de suicídio do que os homens, porém estes apresentam o maior número de óbitos, pois utilizam de métodos mais agressivos. Com isso, além de um problema de saúde pública, torna-se um problema sociocultural.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativas de suicídio. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Suicide is found in a currently alarming scenario, affecting people of all ages, and which involves great psychological distress. Becoming a serious public health problem in the world and needing a high priority for its prevention. Suicide is a phenomenon that ranges from motivation and its ideation of self-extermination, to the planning of the act, the attempt and the death. The present study aims to trace the epidemiological profile of deaths and suicide attempts, admitted to a University Hospital in the city of Uberlândia, Minas Gerais, between the years 2011 to 2017. This is an epidemiological, descriptive and approach study, quantitative analysis, in which the deaths and suicide attempts of the patients' medical files were analyzed, provided by the Nosology sector of HC / UFU. Using the variables: year, month, day of the week, period of the day, sex, age, race and agent / mode used. A total of 577 suicide attempts and 33 suicide deaths were included in this study, with a total of 461 medical records analyzed. The average suicide mortality rate at this University Hospital was 0,73 / 100,000 inhabitants. The data showed that women (56,85%) make more suicide attempts than men (43,15%), with the age of 30 to 39 years prevailing (31,02%), with self-poisoning by anticonvulsant medications (35,53%) the most used method for suicide attempts. The years with the highest incidence were 2012 (21,32%) and 2013 (21,14%), with August (10,92%) and November (10,23%) being the months with the highest number of attempts, and the afternoon (38,99%) being the most relevant period of the day. With regard to deaths by suicide, we have a greater predominance among men (87,88%) than among women (12,12%), with predominant ages between 20 to 29 years (27,27%), with hanging (24, 24%) the most used means of suicide. The years 2011 and 2014 had the highest percentage of reported deaths (21,21%), with prevalence in the months of May (18,18%), and the period of the day being the night (39,39%). The most prevalent day of the week for suicide attempts (16,64%) and deaths (27,27%) was Sunday. And the white race was the most prevalent both in attempts (58,06%) and in deaths by suicide (60,61%). It is observed in this study that women make more suicide attempts than men, however they present the highest number of deaths, as they use more aggressive methods. As a result, in addition to being a public health problem, it becomes a sociocultural problem.

Keywords: Suicide. Suicide attempts. Epidemiological profile.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	9
2.OBJETIVOS.....	12
2.1.Geral.....	12
2.2.Específicos.....	12
3. METODOLOGIA.....	12
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
5. CONCLUSÃO.....	28
6. REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO.....	34

1. INTRODUÇÃO

O ato intencional capaz de causar um comportamento voluntariamente auto lesivo, envolvendo desde a ideação suicida até a autoagressão fatal, é denominado de suicídio. Está inserido em um contexto em que a vítima extingue com a própria vida, tornando um meio de escape para sua dor psíquica (MOREIRA et al., 2017). A palavra suicídio tem origem no latim, traduzida para o português com a seguinte etiologia: *sui* (“de si mesmo”) e *caederes* (“ação de matar”). Também é comum observar o uso do termo “autocídio” como sinônimo de suicídio (FERREIRA, 2008). A Organização Mundial da Saúde, possui um catálogo publicado denominado de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), a 10ª edição considera como autoprovocadas, as lesões e os envenenamentos intencionalmente deferidos pela própria pessoa a si mesma (WHO, 2020).

O tema suicídio está classificado no CID-10 com o título de causas externas de morbidade e de mortalidade, no capítulo XX, índice 2 com o código X60-X84 sendo classificado como lesões autoprovocadas intencionalmente, que englobam: (X60) autointoxicação por e exposição, intencional a substâncias farmacológicas (analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, drogas anticonvulsivantes sedativos, narcóticos), por álcool, solventes orgânicos, produtos químicos, pesticidas, gases e vapores; (X70) lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento, sufocação, afogamento e submersão, disparo de arma de fogo de mão, por dispositivos explosivos, pela fumaça, pelo fogo e chamas, vapor de água, gases ou objetos quentes, objeto cortante ou penetrante e objeto contundente; (X80) lesões autoprovocadas por precipitação de um lugar elevado, precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento, impacto de um veículo a motor e por meios não especificados (CID-10, 2008).

O suicídio pode ser analisado de diversas maneiras, com influência de cada cultura e em determinado contexto histórico. Segundo Platão, na Grécia Antiga cometer o suicídio significava uma ofensa aos deuses, sendo considerados os guardiões da vida, apenas eles poderiam ter o direito de decisão sobre a vida e a morte de cada ser humano. Na Idade Média, o suicídio era considerado um ato de fuga e de covardia quando se tratava dos artesãos e camponeses, que apenas dispunham de meios diretos como o enforcamento ou afogamento. Para os cavaleiros era relatado como um ato de honra, já que as guerras, os torneios e as cruzadas mascaravam a tendência suicida desses nobres. Na Era da Renascença o suicídio foi romantizado, a valorização a vida também trouxe o despertar pela morte, dando origem a uma das mais clássicas obras do mundo, do autor Shakespeare: “*Romeu e Julieta*”. Com a chegada da Modernidade, o suicídio é concebido a um crime, tendo punição do Estado, como ocorreu na Europa, Inglaterra, França e Alemanha, envolvendo confisco de bens do suicida, prisão de cadáveres e sua exposição pública (AQUINO, 2009).

Diante de todo o contexto histórico, da evolução das sociedades, das ideologias, de diversos estudos, o suicídio enquanto fenômeno social é categorizado em três tipos pelo sociólogo Durkheim. Ele se propôs estudar as causas do suicídio classificando o em: egoísta, altruísta e anômico. O estado de egoísmo é quando há uma quebra da ligação do indivíduo com o meio social, ocorre uma individualização excessiva, nada justifica os seus esforços e pouco importa o fim da sua vida, estando esse indivíduo pouco integrado ou excluído da sociedade.

Segundo Durkheim, as taxas desse tipo de suicídio diminuem em momentos de guerras e crises, pois momentaneamente há uma maior integração social diante de um bem comum, uma excitação de sentimentos coletivos. Diferente do suicídio egoísta, o suicídio altruísta é caracterizado por uma individualização insuficiente, no qual o indivíduo acaba colocando um valor ao seu meio externo, superior ao valor da sua própria vida. O altruísta acredita ser desprovido de qualquer realidade que esteja direcionado a ele mesmo, estão fortemente integrados entre si dentro do meio social, e acabam sendo sobrepostos pelo coletivo, apresenta como característica das sociedades primitivas. Quando o indivíduo não possui mais controle de si mesmo e nem mesmo a sociedade com função reguladora, não consegue mais controlá-lo, ele entra em um quadro de anomia, perdendo seus objetivos e sua identidade, caracterizando o suicídio anômico. É o tipo de suicídio mais comum, e segundo Durkheim está relacionado à função que o indivíduo exerce dentro da sociedade, ligado tanto ao campo do trabalho, quanto nas suas relações pessoais (DURKHEIM, 2000).

Com crescimento progressivo ao longo das últimas décadas, o suicídio tem se tornado cada vez mais frequente no mundo. As estatísticas globais mostram que cerca de 1 milhão de pessoas morrem por suicídio todos os anos, o que resulta em 16 mortes por 100.000 mil habitantes no mundo, sendo superior ao número total de mortes causadas por guerra e homicídio (RIBEIRO, et al., 2018). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2012 o suicídio representou 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se a 15ª causa de mortalidade na população geral, e a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos. O Brasil é o quarto país latino-americano em número de suicídio, e no mês de setembro de 2017, foi registrado pela primeira vez o boletim epidemiológico de suicídio, pela Organização do Ministério da Saúde (OMS). De acordo com dados do boletim, no ano de 2011 e 2016 no Brasil, 62.804 pessoas cometeram o suicídio, sendo 79% delas homens e 21% mulheres (BRASIL, 2017a).

Entretanto, a taxa de mortalidade por suicídio pode se apresentar ainda elevada, visto que há uma subnotificação com omissão das tentativas de suicídio. Essa subnotificação, pode decorrer de acordo com os seguintes fatores: a falta de conhecimento dos profissionais da saúde diante da importância dos procedimentos necessários para a notificação do caso, e o desconhecimento da lista de doenças submetidas à vigilância. Pois, no momento do atendimento, estes casos de suicídio podem ser classificados sob outras determinações de causas de morte presentes no CID-10, como por exemplo, mortes de intenção indeterminada, homicídios, afogamentos, envenenamentos acidentais. Outro fator que interfere nessa subnotificação é a ausência de adesão a notificação, que ocorre pelo tempo gasto no preenchimento da ficha do paciente assim que da entrada no hospital, e a ausência do retorno de informações. E por último, a falta de percepção dos profissionais da saúde com relação a importância da notificação desses casos para a saúde pública, em decorrência da falta de conhecimento ou busca da atualização desses conhecimentos. Portanto, a subnotificação retrata uma realidade invisível, que acaba se tornando um grave problema, pois os dados epidemiológicos não serão gerados, fato essencial para que ações e políticas públicas se direcionem no enfrentamento da questão em si (MARCOLAN et al., 2019).

Quando se trata de suicídio e tentativa de suicídio, existem diferenças em suas taxas com base nas características demográficas, de idade, sexo e raça. Apesar dessas diferenças, e não ter uma causa única, existem fatores de risco e sinais de alerta que podem aumentar a

probabilidade de uma tentativa de suicídio. Fatores de estresse e problemas de saúde estão interligados, criando uma situação de desespero e experiências desesperadoras, condições como depressão, ansiedade e problemas mentais, especialmente se não tratadas, podem acometer a uma tentativa ou ao ato consumado de suicídio. Assim, pode-se designar fatores de risco como uma condição da saúde mental do indivíduo, que vão desde fatores de saúde como uma depressão, uma esquizofrenia, até fatores históricos que podem ser causados por algum trauma na infância ou história familiar de suicídio. Existe também a presença de fatores ocasionados por estresse prolongado, como problemas de relacionamento e desemprego. Outro fator que pode ser mencionado é refere ao meio externo do indivíduo, como o acesso a meios letais, incluindo armas de fogo e drogas. Os sinais de alerta podem ser definidos como uma mudança de comportamento ou a presença de comportamentos inteiramente novos pelo indivíduo, e a maioria desses indivíduos demonstram um ou mais sinais tanto ao falar ou fazer, antes de cometerem o suicídio. Esses sinais de alerta estão relacionados ao discurso da pessoa, ao seu humor e ao seu comportamento, como por exemplo se a pessoa possui um discurso sem esperança, acreditando ser um fardo para os outros, maior uso de álcool ou drogas, irritabilidade e perda de interesse (AFSP, 2020).

Existem diferenças entre o suicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida, e é algo que precisa ficar claro, até mesmo para o registro correto nos prontuários dos pacientes. A ideação suicida se refere aos pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar. As tentativas de suicídio são definidas como qualquer tipo de comportamento auto lesivo que não seja fatal, com os vestígios implícitos ou explícitos que o indivíduo tinha a intenção de morrer. Mas é importante considerar que nem toda violência autoprovocada caracteriza uma tentativa de suicídio, uma vez que esses atos podem ser formas de alívios de sofrimentos, sem que haja o objetivo de morrer. O suicídio se refere a morte autoprovocada com indícios implícitos ou explícitos, de que um indivíduo pretendia ou tinha a intenção de morrer. Assim, o comportamento suicida se especifica em um conjunto de atitudes que incluem desde o pensamento de que uma ação autoprovocada resulte em morte, o planejamento, a tentativa e por fim o suicídio consumado (RIO DE JANEIRO, 2016).

Na possibilidade de intervenção dos casos de tentativas de suicídio e suas mortes, que podem ser evitadas por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, pode-se destacar a implementação da Lei Nº 13.819, sancionada no dia 26 de abril de 2019. Que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que além de medidas de notificação, que podem contribuir direcionando o atendimento às áreas de maior incidência de suicídio, inclui a criação de um sistema nacional, envolvendo estados e municípios, para prevenção da automutilação e do suicídio, bem como um serviço telefônico gratuito para atendimento ao público (BRASIL, 2019a). Em 1962 foi fundado o CVV (Centro de Valorização a Vida), que é uma ONG (Organização não Governamental) que realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias. Desde o ano de 2015, a CVV em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e o Conselho Federal de Medicina (CFM), organizam nacionalmente o Setembro Amarelo, que é o dia mundial de prevenção ao suicídio, instituído no dia 10 de setembro. Que oferece diversas campanhas de conscientização do suicídio na sociedade, compartilhando informações ligadas

ao tema que possibilitam que as pessoas possam ter acesso a recursos de prevenção (CVV, 2020).

No Brasil, no dia 23 de dezembro de 2011 foi criada a Portaria nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). É constituída pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. A RAPS estabelece pontos de atenção para o atendimento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. Com isso, esses pacientes recebem um atendimento de forma integral e humanizada. O objetivo maior dessas redes é poder vincular os pacientes com suas famílias aos serviços de saúde e seus profissionais, constituindo uma relação terapêutica e uma integração dos serviços (BRASIL, 2011).

O motivo que desencadeou o interesse pelo desenvolvimento dessa pesquisa, foi por se tratar de um tema considerado um problema de saúde pública e pela pouca literatura epidemiológica acerca do tema. Podendo compreender os fenômenos que contribuem para aumento nas taxas de suicídio, possibilitando mais estudos aprofundados sobre as suas causas. Sendo possível obter o conhecimento de quão o Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, atendeu a demanda desses casos durante os anos de 2011 a 2017, resultando em uma análise comparativa durante esses seis anos e assim traçar o perfil epidemiológico de casos de suicídios e tentativas de suicídio admitidos nesse hospital. Promovendo uma perspectiva de mudança para os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, gerando uma assistência mais humanizada e de qualidade para os pacientes e sua família.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Traçar o perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídios que foram admitidos em um Hospital Universitário na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, entre os anos de 2011 a 2017.

2.2. Específicos

Demonstrar a evolução de casos de suicídios e tentativas de suicídios entre os anos de 2011 a 2017;

Identificar o perfil epidemiológico de acordo com as variáveis: sexo, idade, raça, agente/modo utilizado, ano, mês, dia da semana e período do dia;

Prover informações sobre o tema que possam ser utilizadas para implementação de políticas públicas para enfrentamento preventivo ao suicídio;

E possibilitar o conhecimento do perfil epidemiológico aos profissionais da saúde, para poder assim auxiliar na assistência de qualidade.

3. METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, descritivo e de abordagem quantitativa, no qual foram analisados os prontuários de pacientes admitidos em um Hospital Universitário de Uberlândia, Minas Gerais, tendo como finalidade traçar o perfil epidemiológico de tentativas e óbitos por suicídio, durante os anos de 2011 a 2017.

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), que possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), é referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e microrregiões do Triângulo Norte. Construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, foi inaugurado em 26 de agosto de 1970, e iniciou suas atividades em outubro do mesmo ano, com apenas 27 leitos. No Hospital de Clínicas há o Setor de Arquivo Médico (SAME) integrante da Gerência de Gestão de Informação Hospitalar (GIH), subordinada à Direção Administrativa. No qual são disponibilizados os prontuários e os arquivos médicos de cada paciente, para diversos setores do hospital e, mediante solicitação apropriada, também para fins científicos e judiciais. Além do acesso ao arquivo médico, o estudo foi desenvolvido no Setor de Nosologia do hospital, que possui a função de fornecer dados para estudos, pesquisas e levantamentos estatísticos das diferentes patologias atendidas no complexo hospitalar. E coletar, classificar e processar em banco de dados, todas as informações obtidas dos mapas de atendimento ambulatorial, dos atendimentos médicos do Pronto Socorro e dos pacientes internados (HCU/UFU, 2019).

Diante disso, esse trabalho tomou como base a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da 10^a edição (CID10), para agrupamento dos dados dos pacientes admitidos com diagnóstico classificados pelo Capítulo XX, códigos X60 a X84, que são as lesões ou envenenamento auto infligidos intencionalmente. Descritas da seguinte forma: (X60) autointoxicação por e exposição, intencional a substâncias farmacológicas (analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, drogas anticonvulsivantes sedativos, narcóticos), por álcool, solventes orgânicos, produtos químicos, pesticidas, gases e vapores; (X70) lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento, sufocação, afogamento e submersão, disparo de arma de fogo de mão, por dispositivos explosivos, pela fumaça, pelo fogo e chamas, vapor de água, gases ou objetos quentes, objeto cortante ou penetrante e objeto contundente; (X80) lesões autoprovocadas por precipitação de um lugar elevado, precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento, impacto de um veículo a motor e por meios não especificados (CID-10, 2008).

A coleta de dados foi realizada através da análise das tentativas e óbitos por suicídio, dos prontuários de pacientes admitidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, contendo as variáveis: ano, mês, dia da semana, período do dia, sexo, idade, raça e agente/modo utilizado, durante os anos de 2011 a 2017. O número de óbitos e tentativas de suicídio, foram identificadas em 1080 prontuários, e para o cálculo do tamanho amostral foi adotado um alfa mais rigoroso de 0,005 (0,5%) como proposto na literatura recente (BENJAMIN et al., 2018), uma frequência esperada dos eventos do perfil desconhecida de 0,50 (50%), e um erro permissível de 5% na estimativa, e a população finita de sujeitos (1080

participantes). O tamanho amostral foi calculado baseado na estimação de proporções (PAGANO, 2011), resultando uma amostra de 461 prontuários.

Para a avaliação do perfil dos óbitos e das tentativas de suicídio, foi necessário a análise de 461 prontuários, sendo 428 prontuários que resultaram em 577 tentativas de suicídio, e 33 prontuários com óbitos confirmados por suicídio, que possuíam a declaração de verificação de óbito pelo Instituto Médico Legal do HC/UFU. Os 461 prontuários foram sorteados utilizando a linguagem de programação Python, em sua versão 3.8.3. Foram necessárias apenas duas linhas de códigos, o `Import Random Result = random.sample(range(1,1079), 461)`. A função `random.sample (population,k)` retorna uma quantidade `k` de elementos únicos escolhidos da população. Os prontuários referentes aos óbitos e tentativas de suicídio foram enumerados de 1 a 1079, para que fosse possível realizar esta seleção aleatoriamente. Utilizado o programa Microsoft Excel 2010 para a organização dos dados, sendo tabulados para o cálculo de porcentagens das variáveis analisadas. Sendo excluídos os prontuários e declarações de óbitos que não possuíam todas as variantes necessárias para o desenvolvimento do perfil epidemiológico requerido no estudo, menores de 4 anos e óbitos que a causa da morte se deu por outras conformidades. A análise da amostra foi realizada de forma criteriosa, através de descrição dos dados, em forma de tabelas e gráficos que possibilitaram traçar o perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio nesse Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, Minas Gerais.

Este trabalho procurou obedecer e respeitar as normas da resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (Universidade Federal de Uberlândia), com o parecer de número 2.795.532, e assegurou-se sigilos em relação à identificação dos pacientes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incorporadas nesse estudo um total de 577 tentativas presentes em 428 prontuários, e 33 óbitos confirmados por suicídio em 33 prontuários distintos, admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, referente aos anos de 2011 a 2017. Verificou-se a existência de prontuários que apresentaram mais de uma tentativa durante o período do estudo. No que concerne aos óbitos por suicídio, observou-se uma maior prevalência no sexo masculino ($n= 29, 87,88\%$), em relação ao feminino ($n= 4, 12,12\%$). Contudo, nas tentativas o predomínio maior ocorreu no sexo feminino ($n= 328, 56,85\%$), e ($n= 249, 43,15\%$) tentativas sendo do masculino, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1- Quantidade e percentual de óbitos e tentativas de suicídio segundo o sexo, de pacientes admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017

Sexo	Suicídio	%	Tentativas	%
Feminino	4	12,12	328	56,85
Masculino	29	87,88	249	43,15
Total	33	100	577	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O boletim publicado sobre o perfil epidemiológico das tentativas e dos óbitos por suicídio, no estado de Santa Catarina no período de 2012 a 2017, também evidenciou que as mulheres cometeram mais tentativas de suicídio do que os homens, enquanto que estes apresentaram maior mortalidade. Foram notificadas pelo Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) nesse período, 16.694 casos de tentativas de lesões autoprovocadas, que consistiu em 10.761 (64,5%) de ocorrências no sexo feminino, e 5.933 (35,5%) no sexo masculino. Nesse mesmo estudo, foram registrados 3.759 óbitos por suicídio, notificados pelo SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), 2.897 (77%) dos casos eram referentes ao sexo masculino e 862 (23%) ao feminino (SANTA CATARINA, 2019). Confirmando assim, os dados encontrados nesse estudo, os homens cometem mais suicídio do que as mulheres, embora estas possuem um número maior de tentativas de suicídio.

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (2018), publicou um boletim epidemiológico da análise das tentativas e óbitos por suicídio em um período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2016 nesse estado, em relação aos óbitos por suicídio o sexo masculino sobressaiu ao feminino. Em relação as 1.837 tentativas de suicídio apresentadas nesse boletim, ressaltou maior prevalência de casos no sexo feminino (69%), em relação ao masculino (31%). Sendo também observado o predomínio de mortes por suicídio no sexo masculino, no estudo de Araújo et al (2011) realizado na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, que analisou aspectos epidemiológicos dos casos de morte por suicídio durante os anos de 2004 a 2008, que resultou em 164 números de óbitos, e desse total 73,78% eram do sexo masculino e 26,22% do sexo feminino. Esse padrão que prevalece no sexo masculino, pode ser exemplificado pelo acesso e preferência aos agentes/métodos utilizados durante o ato, no consumo de álcool, busca pelo tratamento de transtornos mentais, formas eminentes no enfretamento de situações de estresse e conflitos.

No Brasil, os óbitos por suicídio entre os homens são quatro vezes mais frequentes dependendo da idade, do que em mulheres. A partir dos 70 anos esse risco aumenta em seis vezes. Além disso, as tentativas de suicídio são mais prevalentes em mulheres 2,2 vezes quando comparadas com os homens (BRASIL, 2017b). No entanto, no estudo de Sena (2017), realizado a partir da análise do perfil de ocorrências de tentativas de autoextermínio, que foram atendidas pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás (CBMGO), na cidade de Goiânia, apurou uma predominância de 55,84% (n= 43) no sexo masculino, e 41,55% (n= 32) no sexo feminino, do total de 633 casos de tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio recorrentes em um pequeno intervalo de tempo aumentam o risco de um suicídio consumado, e no atendimento nos setores de emergência é estimado que 30% a 60% dos pacientes que já efetuaram alguma tentativa, 10% a 25% tentarão novamente dentro de um ano. Em síntese, as tentativas de suicídio são quarenta vezes mais frequentes do que os óbitos, e que para cada óbito por suicídio estima-se que decorra pelo menos dez tentativas graves, que seja indispensável o atendimento médico. Mas eventualmente, para cada tentativa de suicídio que é registrada, verifica-se outras quatro que não são documentadas (VIDAL et al., 2013a).

Tabela 2- Coeficiente de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, segundo o ano do óbito em um Hospital Universitário de Uberlândia, MG, 2011 a 2017

	Suicídio	População	Coef.
2011	7	611.904	1,14

2012	4	619.536	0,65
2013	5	646.673	0,77
2014	7	654.681	1,07
2015	3	662.362	0,45
2016	4	669.672	0,6
2017	3	676.613	0,44
Total	33	4.541.441	0,73

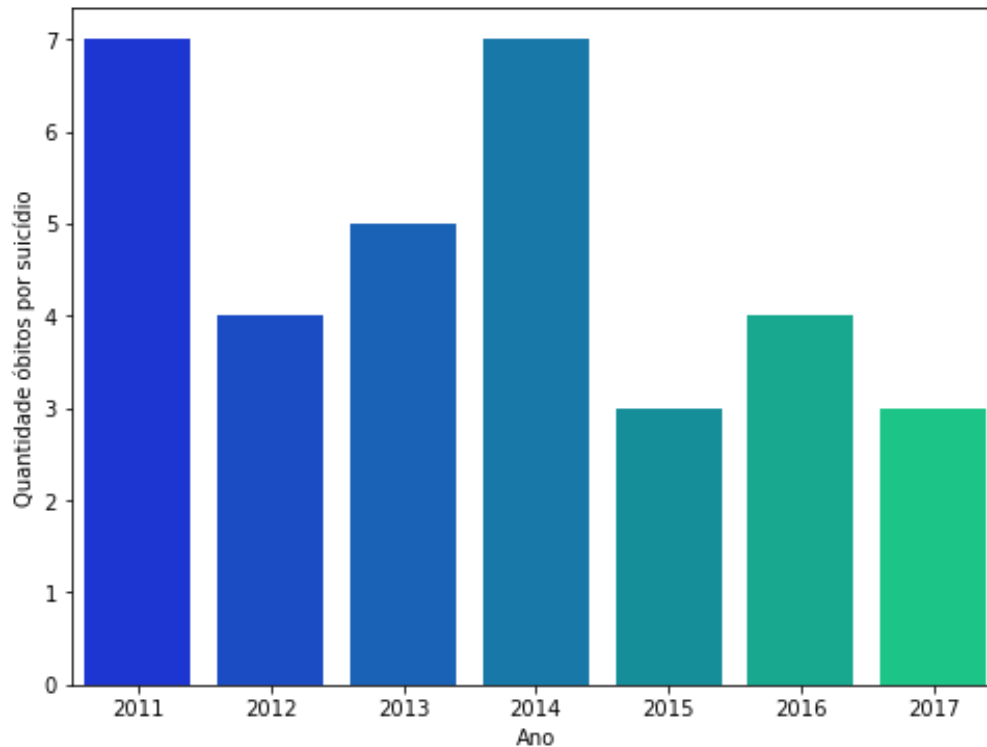
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

No período do estudo (2011-2017), foram registrados 33 óbitos por suicídio admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, Minas Gerais. Resultando em um coeficiente de mortalidade de 0,73/100 mil habitantes, denotando de uma maior variação nos anos de 2011 (1,14/100 mil habitantes) e 2014 (1,07/100 mil habitantes). Nos demais anos o coeficiente se apresentou relativamente baixo, com uma tendência de estabilidade, comparados com os anos de 2011 e 2014, conforme a Tabela 2. O coeficiente de mortalidade por suicídio, corresponde ao número de óbitos por suicídios para cada 100 mil habitantes, ao longo de um ano. E os países que apresentam os maiores coeficientes se encontram na Europa Oriental, e os mais baixos em países na América Central e na América do Sul. O Brasil apresenta um coeficiente relativamente baixo (5,8/100 mil habitantes) quando comparado com outros países, e se encontra entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídio no mundo. No ano de 2011 foram registrados 9.852 óbitos por suicídio, o que representa em média 27 mortes por dia (BOTEGA, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelece que para os coeficientes de mortalidade por suicídio serem considerados baixos, precisam ser inferiores a 5/100 mil habitantes, para serem considerados médios devem estar entre 5/100 mil habitantes e 15/100 mil habitantes, e os coeficientes entre 15/100 mil habitantes e 30/100 mil habitantes são considerados altos, e acima de 30/100 mil habitantes são muito altos (ARAUJO et al., 2011). Foi analisado nesse estudo atual, que entre os anos de 2011 a 2017 o coeficiente de mortalidade por suicídio em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, apresentou um coeficiente de mortalidade por suicídio baixo (0,73/ 100 mil habitantes).

Os anos de 2011 e 2014 apresentaram o maior número de óbitos por suicídio admitidos nesse Hospital Universitário, da cidade de Uberlândia, Minas Gerais. Sendo registrados 7 óbitos em cada ano, ambos denotaram uma porcentagem de 21,21%. Os anos de 2015 e 2017 dispuseram do menor número de casos, sendo 3 óbitos (9,09%) em cada ano, como representado no Gráfico 1.

Gráfico 1- Quantidade de óbitos por suicídio segundo o ano, de pacientes que foram admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017



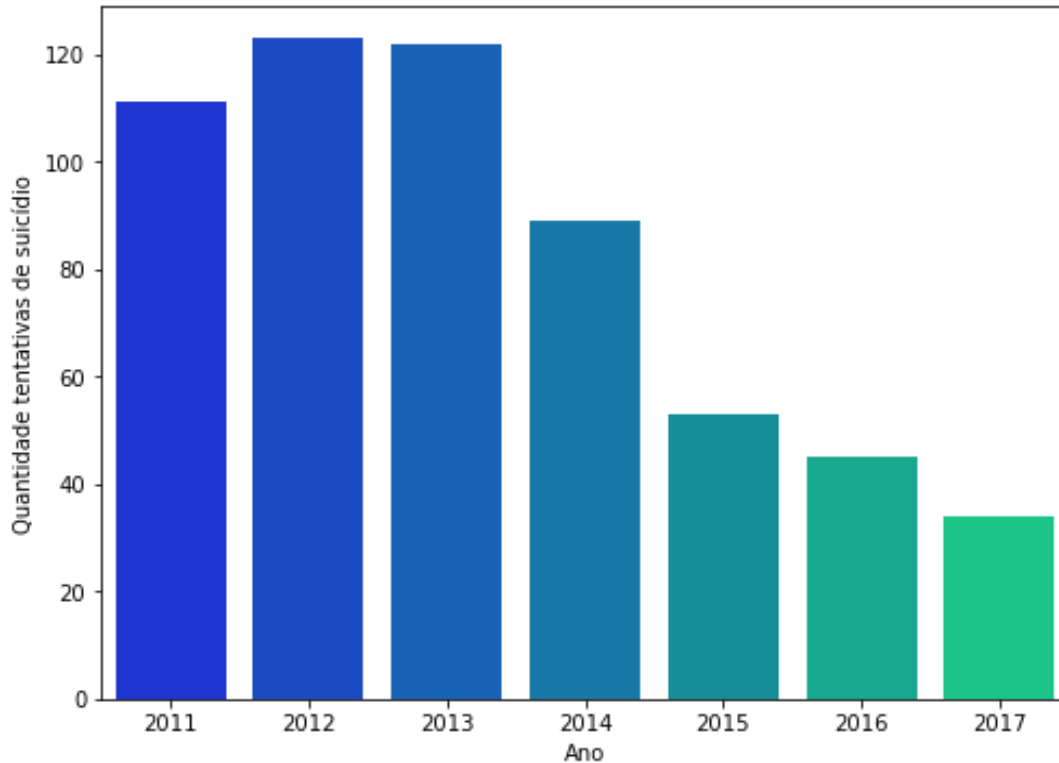
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

No período de 2000 a 2012, o Brasil apresentou o maior crescimento no número de ocorrências por suicídio, e tornou-se o quarto país latino-americano com maior número de casos. E durante os anos de 2011 e 2017, ocorreu um aumento das taxas de suicídio em 10%, foram registrados 80.352 óbitos, sendo as maiores taxas presentes na região do Acre (81%) e em Goiás (61%). No ano de 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgou o relatório no qual foi realizado uma estimativa de que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio ao redor do mundo, resultando em um total de 800 mil óbitos ao ano (VALADARES, 2019). Segundo Brasil (2017a), o suicídio tornou-se a 15ª causa de morte na população mundial no ano de 2012, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. E nos períodos de 2011 a 2015 foram registrados no Brasil, 55.649 óbitos por suicídio, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes.

No estudo atual pode-se observar uma diminuição de casos de óbitos por suicídio no ano de 2012 comparado ao ano de 2011, tendo um aumento em 2014 e 2016, com uma diminuição nos anos de 2015 e 2017. Houve no ano de 2014 um aumento na quantidade de ocorrências de lesões autoprovocadas no Brasil, e no espaço de tempo de 2002 a 2012 o número de suicídio passou de 7.726 para 10.321, atingindo um crescimento de 33,6%. O estudo de Cruz et al (2017), revela um aumento nesse período, com os índices de suicídio superando os índices de homicídio e mortes por acidentes de trânsito (CRUZ et al., 2017). Contudo, as tentativas de suicídio do período do estudo (2011-2017), tiveram maiores ocorrências nos anos de 2012 (n= 123, 21,32%), e em 2013 (n= 122, 21,14%). E os anos que apresentaram menores eventualidades de casos, foram os de 2016 (n= 45, 7,80%) e 2017 (n= 34, 5,89%), percebendo-

se assim uma diminuição progressiva das tentativas durante o período estudado, conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2- Quantidade de tentativas de suicídio segundo o ano, de pacientes que foram admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Nos anos de 2011 a 2018 no Brasil, ocorreu um aumento de 339.730 ocorrências de lesões autoprovocadas, registrados 154.279 (45,4%) de casos na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 103.881 (67,3%) mulheres e 50.388 (32,7%) homens. Os estados com maiores notificações foram São Paulo, Minas Gerais e Paraná (VALADARES, 2019). Dados que divergem do estudo presente, pois foi observado uma diminuição nos casos de tentativas de suicídio, do ano de 2013 a 2017. Em outro estudo, realizado no Brasil no período de 2011 a 2016, analisou o perfil epidemiológico de tentativas e óbitos por suicídio, através das informações dos bancos de dados da Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Como resultado, observou-se um aumento dos casos de tentativas de suicídio durante esse período, foram notificadas pelo Sinan 1.173.418 casos de violências autoprovocadas, e identificadas 48.204 tentativas de suicídio (BRASIL, 2017a). Sendo que no estudo atual, as maiores taxas de tentativas de suicídio ocorreram durante os anos de 2011 a 2013. Em suma, no estudo de Cruz et al (2017) no qual foi analisado o perfil epidemiológico dos casos de tentativas e óbitos por suicídio em uma região do Centro-Oeste Paulista, durante o período de maio de 2008 a maio de 2017, revelou um aumento na taxa de tentativas durante os anos de 2008 a 2011, sendo 2009 o ano com maior número de casos. O período de 2012 a 2017, apresentaram as menores taxas de tentativas de suicídio.

Em referência aos meses do ano, o predomínio nos óbitos por suicídio ocorreu nos meses de maio (n= 6, 18,18%), entretanto o único mês que não retratou nenhuma ocorrência foi o mês

de dezembro. Já os meses de agosto (n= 63, 10,92%) e novembro (n= 59, 10,23%), compreenderam um maior percentual de tentativas de suicídios, sendo outubro (n= 34, 5,89%) os meses com os menores números de tentativas nesse Hospital Universitário, conforme retratado na Tabela 3.

Tabela 3- Quantidade e percentual de óbitos e tentativas de suicídio segundo o mês, de pacientes que foram admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017

Mês	Suicídio	%	Tentativas	%
Janeiro	4	12,12	41	7,11
Fevereiro	2	6,06	44	7,63
Março	2	6,06	53	9,19
Abril	3	9,09	47	8,15
Mai	6	18,18	51	8,84
Junho	1	3,03	45	7,80
Julho	2	6,06	51	8,84
Agosto	2	6,06	63	10,92
Setembro	3	9,09	43	7,45
Outubro	4	12,12	34	5,89
Novembro	4	12,12	59	10,23
Dezembro	-	-	46	7,97
Total	33	100	577	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Bem como, o estudo de Araújo et al (2011), realizado na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, analisou 164 óbitos por suicídio durante os anos de 2004 a 2008, constatou que os meses com maior incidência foram agosto (10,9%) e julho (10,4%), meses correspondentes ao inverno e período de férias no Brasil, e foram um dos meses com menores ocorrências no estudo atual. E o mês com a menor taxa foi novembro (5,2%), contrapondo os dados encontrados nesse trabalho, sendo dezembro o mês de menor ocorrência de óbitos por suicídio. Não foram encontrados outros estudos que analisaram os meses do ano em relação aos óbitos e tentativas de suicídio.

Os dias da semana que prevaleceram o maior número de ocorrências, tendo em vista tanto os óbitos quanto as tentativas de suicídio, foram o domingo e segunda-feira. Sendo 9 óbitos no domingo (27,27%), e 8 registrados na segunda-feira (24,24%), dos 33 óbitos confirmados por suicídio. Já nas tentativas, foram 96 ocorrências no domingo (16,64%), e 93 na segunda-feira (16,12%), das 577 tentativas, diante da Tabela 4.

Tabela 4- Quantidade e percentual de óbitos e tentativas de suicídio segundo o dia da semana, de pacientes que foram admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017

Dia da semana	Suicídio	%	Tentativas	%
Domingo	9	27,27	96	16,64
Segunda-feira	8	24,24	93	16,12
Terça-feira	5	15,15	77	13,34
Quarta-feira	3	9,09	77	13,34

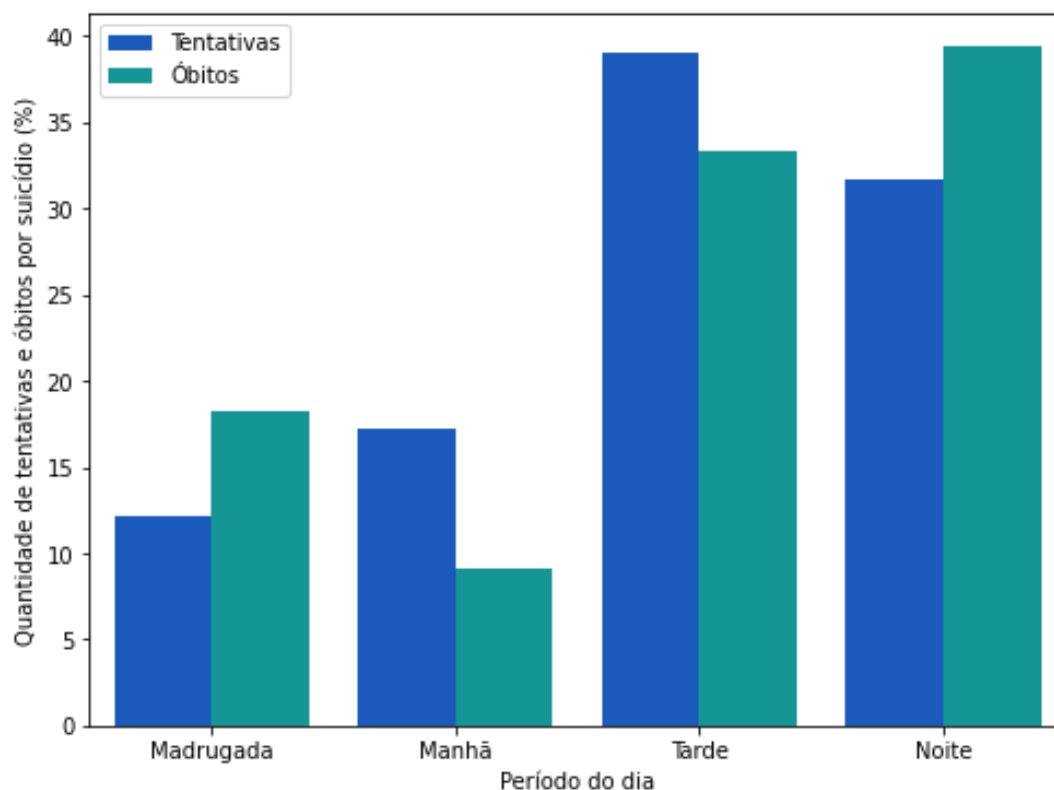
Quinta-feira	4	12,12	75	13,00
Sexta-feira	2	6,06	86	14,90
Sábado	2	6,06	73	12,65
Total	33	100	577	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O estudo de Araújo et al (2011), denotou as maiores taxas nos dias da semana referente aos sábados (20,2%) e aos domingos (19,2%), quando somadas corresponderam a 39,4%. E o dia de menores ocorrências foi sexta-feira (4,7%). No trabalho atual, observa-se que em relação aos óbitos por suicídio, o sábado apresentou uma das menores taxas de ocorrências (6,06%), seguido da sexta-feira (6,06%). De acordo com uma pesquisa realizada na Finlândia, as tentativas de suicídio apresentaram maiores taxas na sexta-feira, sábado e domingo, entre jovens de 15-24 anos. Dessa maneira, foi demonstrado que os finais de semanas são grandes fatores de risco para o comportamento suicida (SOUMINEN et al., 2004). A confirmação do estudo realizado por Magalhães et al (2014), com dados da fase pré-hospitalar de atendimento a vítimas de tentativas de suicídio durante o ano de 2011, na região de Alagoas, salientou que as maiores taxas de ocorrências ocorreram no domingo (n= 18, 22,5%) e na segunda-feira (n=16, 2,0%), conforme os 80 atendimentos por tentativas de suicídio nessa região.

No que se refere ao período do dia, foram classificados da seguinte forma: madrugada (00:00 às 06:00), manhã (06:00 às 12:00), tarde (12:00 às 18:00) e noite (18:00 às 00:00). O período da tarde e da noite, foram os de maiores eventos em relação aos óbitos por suicídio, constatando no período da tarde uma taxa de ocorrências de 33,33% (n=11), e 39,39% (n=13) no período da noite. E nas tentativas, identificada um percentual no período da tarde de 38,99% (n= 225), e de 31,72% (n= 183) no período da noite. Em contraposição, o período da madrugada e da manhã apresentaram os menores registros em ambos os casos. Nos óbitos por suicídio o percentual no período da madrugada foi de 18,18% (n=6), e nas tentativas de 12,13% (n= 70). Já no período da manhã, em relação aos óbitos por suicídio o percentual foi de 9,09% (n= 3), e nas tentativas de 17,16% (n= 99). Dessa maneira, os períodos da tarde e noite apresentam maiores casos tanto nos óbitos quanto nas tentativas de suicídio, e os períodos da madrugada e da manhã denotam os períodos de menores ocorrências em ambos. Pode-se observar também que o período da tarde apresentou maior número de tentativas de suicídio quando comparadas aos óbitos, e no período da noite foi maior o número de óbitos por suicídio, como visto no como visto no Gráfico 3.

Gráfico 3- Porcentagem de óbitos e tentativas de suicídio segundo o período do dia, de pacientes que foram admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017



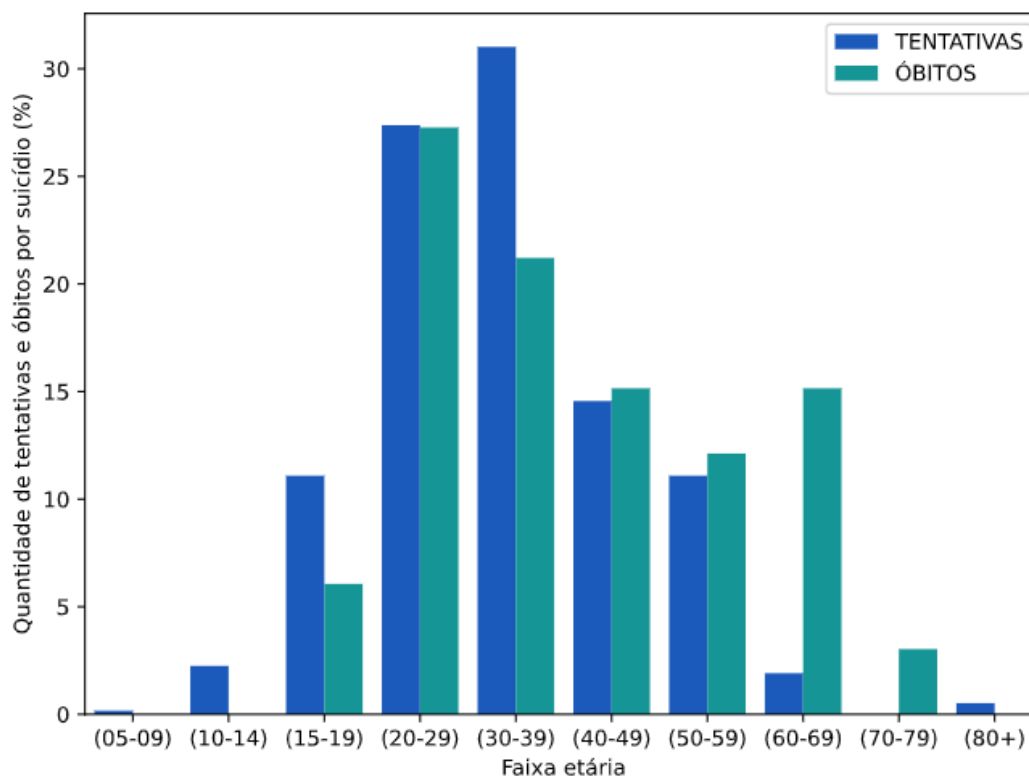
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Segundo o estudo de Magalhães et al (2014), dos 80 atendimentos que ocorreram por tentativas de suicídio na região do Alagoas no ano de 2011, predominaram no período da tarde, horário entre 12:00 e 17:59 (n= 33, 41,25%). Confirmando os dados encontrados nesse trabalho presente, no qual a maior prevalência nas tentativas de suicídio, se deu nos períodos da tarde e da noite. Em outro estudo, o horário de pico para as tentativas de suicídio ocorreu ao final da noite. Tornando-se uma descoberta relevante em relação a prevenção do suicídio, em particular para a disponibilidade de linhas de apoio telefônicas e demais fontes de ajudas (JESSEN et al., 1999).

Para a variável da idade usou-se a classificação do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil), abrangendo desde os 5 anos de idade até 80 anos ou mais (DATASUS, 2020). Diante disso, as idades que mais prevaleceram em relação ao número de registros de óbitos por suicídio foram dos 20 aos 29 anos, com um percentual de 27,27% (n= 9), enquanto as tentativas com 27,38% (n= 158). As faixas etárias compreendidas dos 40 aos 49, 50 aos 59 e dos 60 aos 69 anos, também preponderaram nos óbitos por suicídio. As idades entre 30 a 39 anos foram as mais relevantes em relação as tentativas de suicídio, com um percentual de 31,02% (n = 179). As idades que apresentaram as menores ocorrências em relação aos óbitos foram as faixas etárias dos 70 aos 79 anos (n= 1, 3,03%), por outro lado, nas tentativas de suicídio foram as de 5 a 9 anos (n=1, 0,17%), como observado no Gráfico 4. Não foram classificados os prontuários com idades menores de 4 anos, pois não se enquadram nesse estudo. No entanto, as faixas etárias que não apresentaram nenhuma ocorrência em relação ao

óbitos foram de 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e de 80 anos ou mais. Já nas tentativas por suicídio, as idades de 70 a 79 anos não apresentaram nenhum registro.

Gráfico 4- Porcentagem de óbitos e tentativas de suicídio segundo a faixa etária, de pacientes que foram admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

O suicídio está entre as três primeiras causas de mortes entre pessoas na faixa etária de 15 a 35 anos no mundo todo. No Brasil, homens com idades entre 70 anos ou mais, são os mais atingidos pelo suicídio (BRASIL, 2017b). Informações que diferem dos dados atuais nesse trabalho, visto que nos óbitos por suicídio a faixa etária dos 70 aos 79 anos apresentaram as menores taxas, mas uma taxa considerável nas idades de 60 aos 69 anos, e na idade dos 80 anos ou mais, não foi observado nenhuma ocorrência. E em relação as tentativas de suicídio, a faixa etária dos 15 aos 19 anos, apresentam uma porcentagem menor comparadas com a faixa etária compreendida dos 20 aos 39 anos. No boletim epidemiológico publicado pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (2018), foi observado um aumento progressivo da incidência de óbitos por suicídio até a faixa etária dos 70 aos 79 anos, principalmente entre homens, e entre as mulheres ocorreu entre os 50 aos 59 anos. Nas tentativas de suicídio, a faixa prevalente foi entre os 15 aos 19 anos, seguida pela faixa etária compreendida entre os 20 aos 49 anos.

Em outro boletim epidemiológico publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2019), entre os anos de 2012 a 2017 verificou-se uma maior predominância de óbitos por suicídio no sexo masculino com idades de 70 anos e mais, e entre as mulheres a maior taxa de óbitos está compreendida entre as idades de 50 a 59 anos. Enquanto nas tentativas, a faixa etária predominante foi entre os 20 e 29 anos, no sexo feminino e masculino. Os idosos são considerados o grupo mais vulnerável a cometer o suicídio no mundo todo, e no Brasil no

período de 1996 a 2007 um total de 91.009 casos registrados de suicídio foram entre idosos com 60 anos ou mais, sendo mais prevalente em homens. Os motivos da tentativa de suicídio variam de acordo com a cultura, os acontecimentos e o grupo social do indivíduo, incluindo as dificuldades relacionadas ao envelhecimento, que farão com que o idoso se sinta impotente, o que também é afetado por suas limitações físicas. A maioria dos estudos sobre suicídio em idosos tem mostrado que certos fatores influenciam fortemente, como o isolamento social do idoso, depressão e doenças que podem levar à sua dependência e sofrimento físico e mental. Outro fator que pode levar ao suicídio é o tédio, que pode ser descrito como uma situação não estimulante, e tudo o que acontece é previsível. Quando o tédio incentiva um indivíduo a encontrar coisas novas, pode ser um lado positivo, quando a pessoa não vê uma razão para continuar a existir, pode ser negativo (SANTOS et al., 2019).

De acordo com o estudo realizado por Araújo et al (2011) na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, o predomínio nos óbitos por suicídio decorreu na faixa etária dos 37 aos 48 anos. Segundo Machado e Santos (2015), entre os anos de 2000 e 2012, foram registrados no Brasil 112.103 óbitos por suicídio em maiores de 10 anos, e 61 óbitos em menores de 10 anos. Nesse mesmo período, ocorreu um aumento no número de mortalidade por suicídio, predominando ocorrências em todas as faixas etárias, sendo 22,7% entre os 25 aos 59 anos, 21,8% entre jovens de 10 a 24 anos, e 16,2% entre maiores de 60 anos. No boletim epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde, foram analisadas as tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil no período de 2007 a 2016, do total de tentativas aproximadamente 76% ocorreram em menores de 40 anos. Sendo identificados registros de óbitos por suicídio predominantemente na faixa etária de 40 a 49 entre mulheres, e 70 anos ou mais entre os homens. Bem como, foi observado que tanto em homens quanto em mulheres, a faixa etária mais predominante para as tentativas de suicídio, foram entre os 15 a 59 anos (BRASIL, 2019b). Sendo averiguado no trabalho atual a prevalência nessa faixa etária, mas tanto nos óbitos quanto nas tentativas de suicídio

Na condição da classificação de raça, entende-se como sendo traços biológicos definitivos, que determinam os grupos étnicos a partir de suas características genéticas, sendo classificadas nesse estudo como: branca, parda e negra. Ademais, a mais predominante de ocorrências tanto nos óbitos quanto nas tentativas de suicídio, foram a raça branca seguida da parda. Nos óbitos por suicídio a porcentagem da raça branca foi de 60,61% (n= 20), já nas tentativas uma porcentagem de 58,06% (n= 335). Em relação a raça parda, nos óbitos a porcentagem foi de 30,30% (n= 10) e nas tentativas de 35,88% (n= 207). A raça preta foi a de menor ocorrência tanto nos óbitos (9,09%) quanto nas tentativas de suicídio (6,07%), conforme a Tabela 5.

Tabela 5 - Quantidade e percentual de óbitos e tentativas de suicídio segundo a raça, de pacientes que foram admitidos em um Hospital Universitário da cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017

Raça	Suicídio	%	Tentativas	%
Branca	20	60,61	335	58,06
Parda	10	30,30	207	35,88
Preta	3	9,09	35	6,07
Total Geral	33	100	577	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Conforme o boletim epidemiológico publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2019), no período de 2012 a 2017 notificaram que tanto nos óbitos quanto nas tentativas de suicídio, a raça branca foi a mais prevalente entre homens e mulheres. Confirmando os dados presentes nesse trabalho atual, a predominância da raça branca em ambos os casos. Em contradição, o boletim emitido pelo Ministério da Saúde, analisou o perfil epidemiológico de casos de violências autoprovocadas na faixa etária de 15 a 29 anos, no período de 2011 a 2018. Examinou que 52.444 tentativas de suicídio eram predominantemente entre jovens brancos, e em relação aos óbitos a prevalência foi entre jovens negros (BRASIL, 2019c). Com relação as tentativas de suicídio, o estudo de Valadares (2019) salienta que no ano de 2010 a 2014 na cidade de Palmas (TO), foram notificadas 656 tentativas de suicídio, sendo verificadas que 68,60% se referiam a raça parda, 20,43% a branca, 4,42% a preta e 4,42% a amarela, demonstrando uma maior prevalência na raça parda referente as tentativas de suicídio.

O estudo de Cruz et al (2017), converge do trabalho presente, pois foi evidenciado que 41,66% que tentaram ou cometeram o suicídio eram pardos, 29,16% brancos, 16,66% raça ignorada e 12,5% negros. De acordo com o boletim de vigilância epidemiológica publicado pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (2018), a raça mais prevalente nos óbitos foi a branca, seguida da raça preta. E entre as tentativas de suicídio, a mais predominantes foi a raça amarela e indígena. Como também registrado no estudo de Machado e Santos (2015), em 2012 os autodeclarados indígenas possuíam as maiores taxas de suicídio, seguidos da raça parda, com uma diminuição na raça amarela.

Tendo em consideração a classificação do agente ou modo utilizado para os óbitos e tentativas de suicídio, foi utilizado a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da décima edição (CID10), disponível no site da DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil). Aplicando os códigos X60 a X84, que retratam as lesões ou envenenamento auto infligidos intencionalmente (CID-10). Nos óbitos por suicídio, a maior prevalência ocorreu por lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (n= 8, 24,24%), representado pelo agente X70. Seguido do agente X80 (n= 7, 21,21%), referente as lesões autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado. Já nas tentativas, analisou um maior número de ocorrências em relação ao agente X61 (n= 205, 35,53%), correspondendo a autointoxicação intencional a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos, exemplo são os medicamentos antidepressivos. Subsequente do agente X78 (n=142, 24,61%), representando as lesões autoprovocadas intencionalmente por objeto cortante ou penetrante, como as mutilações com pedaços de vidro e lâmina de barbear, exemplos esses que foram encontrados na análise das tentativas, como observado na Tabela 6. Sendo analisado que um mesmo prontuário apresentou mais de uma tentativa de suicídio com o mesmo ou um agente diferente, resultando em 577 tentativas ao todo de 428 prontuários analisados. Adiante uma tabela referente às quantidades dos óbitos com as referências utilizadas acima. Buscamos demonstrar por meio de uma organização maior qual o agente, por seu respectivo código, e as quantidades, segue tabela:

Tabela 6- Quantidade e proporção dos óbitos e tentativas de suicídio segundo o agente/modo utilizado de acordo com o CID10, de pacientes que foram admitidos em um Hospital Universitário na cidade de Uberlândia, MG, 2011 a 2017.

Agente/modo utilizado	Suicídio	%	Tentativas	%
X60 ¹	-	-	11	1,91
X61 ²	2	6,06	205	35,53
X62 ³	1	3,03	14	2,43
X63 ⁴	-	-	3	0,52
X64 ⁵	-	-	54	9,36
X65 ⁶	-	-	15	2,60
X66 ⁷	1	3,03	-	-
X68 ⁸	1	3,03	71	12,31
X69 ⁹	-	-	15	2,60
X70 ¹⁰	8	24,24	42	7,28
X72 ¹¹	5	15,15	3	0,52
X76 ¹²	4	12,12	18	3,12
X78 ¹³	3	9,09	142	24,61
X79 ¹⁴	-	-	4	0,69
X80 ¹⁵	7	21,21	12	2,08
X81 ¹⁶	1	3,03	20	3,47
X82 ¹⁷	1	3,03	5	0,87
X83 ¹⁸	1	3,03	8	1,39
X84 ¹⁹	-	-	2	0,35
Total Geral	33	100	577	100,00

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

¹Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos. Inclui: derivados da pirazolona, do 4-animofenol, drogas anti-inflamatórias não esteroides e salicicatos

² Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte.

Inclui: antidepressivos, barbitúricos, derivados da hidantoína, iminostilbenos, metaqualona e seus derivados, neurolépticos, psicoestimulantes, succimidias e oxazolidina-diona, tranquilizantes.

³ Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte. Inclui: cannabis, cocaína, codeína, heroína, lisérgida [LSD], maconha, mescalina, metadona, morfina, ópio (alcalóides).

⁴ Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo.

Inclui: parassimpaticolíticos [anticolinérgicos e antimuscarínicos] e espasmolíticos, parassimpaticomiméticos [colinérgicos], simpaticolíticos [antiadrenérgicos], simpaticomiméticos [adrenérgicos].

⁵Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas.

Inclui: anestésicos (gerais) (locais), antibióticos sistêmicos e outros medicamentos anti-infecciosos, gases terapêuticos, hormônios e seus substitutos sintéticos, medicamentos de ação sobre o aparelho cardiovascular e gastrointestinal. Medicamentos e drogas de ação sobre o metabolismo da água, dos sais minerais e do ácido úrico, medicamentos sistêmicos e hematológicos preparações de uso tópico produtos que atuam sobre os músculos lisos e esqueléticos e sobre o aparelho respiratório, vacinas.

⁶Autointoxicação voluntária por álcool. Inclui: álcool, SOE, butílico [1-butanol], etílico [etanol], isopropílico [2-propanol], metílico [metanol], propílico [1-propanol], fúsel [óleo fúsel].

⁷Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores.

Inclui: benzeno e seus homólogos, clorofluorcarbonos, petróleo (derivados), tetracloreto de carbono [tetraclorometano].

⁸Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas. Inclui: desinfetantes por fumigação (fumigantes), fungicidas, herbicidas, inseticidas, produtos usados na proteção de florestas, raticidas. Exclui: adubos e fertilizantes

⁹Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas. Inclui: adubos e fertilizantes, aromáticos corrosivos, ácidos e álcalis cáusticos, colas e adesivos, sabões e detergentes, metais, incluindo suas emanações e vapores, plantas e substâncias alimentares venenosas, sabões e detergentes, tintas e corantes.

¹⁰ Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação

¹¹ Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão

¹² Lesão autoprovocada pela fumaça, pelo fogo e por chamas.

¹³ Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.

¹⁴ Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.

¹⁵ Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado

¹⁶ Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento

¹⁷ Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor. Inclui: colisão intencional com bonde (carro elétrico), trem (comboio), veículo a motor. Exclui: queda de aeronave

¹⁸ Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados. Inclui: lesão autoprovocada intencionalmente por eletrocussão, queda de aeronave, substâncias cáusticas, exceto intoxicação (envenenamento).

¹⁹ Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

Os métodos usados tanto para as tentativas quanto para os óbitos por suicídio, variam de acordo com o estado mental da pessoa, sua profissão, suas condições financeiras e sociais. No Brasil, a tendência ao uso de armas de fogo ocorre na maioria das vezes nas classes sociais mais altas, quanto ao enforcamento, armas brancas e saltos de lugares altos, são características da classe baixa. Em áreas rurais, os agentes químicos são comumente usados para eliminar as pragas, e são utilizados como agentes no suicídio. Na profissão, pode-se mencionar o uso de remédios pelos farmacêuticos, o uso de armas brancas pelo açougueiro, e o soldado o uso da arma de fogo. De acordo com o relatório do índice global, o método mais utilizado tanto para as tentativas quanto para o suicídio, é o enforcamento. E com relação ao sexo, o uso de armas, atirar-se de grandes alturas e enforcamento são mais prevalentes entre os homens. Por sua vez, as mulheres tendem a utilizar o envenenamento e a intoxicação por medicamentos. (CRUZ et al., 2017). O estudo de Valadares (2019), expôs que os agentes mais utilizados nos óbitos por suicídio foram o enforcamento, arma de fogo e precipitação de lugares elevados. Sendo no sexo masculino mais prevalente, pois os homens cometem mais suicídio e optam por métodos que denotam sua virilidade, utilizando meios mais letais. Entre as mulheres, o meio mais utilizado na causa de óbitos por suicídio foi a intoxicação medicamentosa, classificados como uso intencional de anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos.

De acordo com o estudo de Araújo et al (2011), realizado na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, no período de 2004 a 2008 o método mais utilizado para o suicídio foi o enforcamento, seguido da ingestão de produto químico, prevalecendo ambos nos sexos masculino e feminino. O boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde, constatou que os meios mais utilizados entre a faixa etária de 15 a 29 anos na causa de óbitos por suicídio, foram o enforcamento, seguido da intoxicação exógena, sendo esse último duas vezes mais frequentes em mulheres. Nas tentativas de suicídio, o envenenamento foi o meio mais utilizado, seguido dos objetos perfuro cortantes. (BRASIL, 2019c). O estudo de Freitas et al (2017), confirmou os dados do trabalho atual, que 63% dos pacientes que foram atendidos em um serviço de emergência resultante de tentativa de suicídio, deram entrada por intoxicação, sendo o envenenamento intencional o principal método utilizado em 70% dos pacientes. Alguns dados ainda indicam a relação das tentativas por intoxicação, pelo fácil acesso as medicações, pois muitas medicações que o paciente faz uso contínuo, tanto para dor, problemas cardíacos ou transtornos mentais, são administradas em grandes doses durante a tentativa, resultando na intoxicação.

Atualmente, um grande problema observado é a subnotificação e o subregistro de casos de suicídio, pois muitos são especificados com outras designações de causa de morte, como por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e morte por causa indeterminada. Para tentar solucionar essa problemática das notificações, foi criada a Portaria nº 1271, em 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, que torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata. Resultando na necessidade de demandar imediatamente a rede de atenção e proteção para a legitimação

de medidas que sejam adequadas a cada caso. E no Brasil, mesmo essa lei sendo aplicada, ainda se faz necessário ampliar o alcance e qualidade da notificação, sendo importante essas informações para o acompanhamento e intervenção precoce nos casos identificados como sendo tentativas de suicídio. Outra problemática, é a forma como o registro das tentativas de suicídio são realizados, pois muitas vezes são documentados apenas como sendo intoxicação, queimadura ou traumatismo (VALADARES, 2019). Isso foi observado nesse estudo presente, foi analisado a presença de tentativas que não possuíam a descrição correta no prontuário, ideiação suicida sendo classificada como tentativa, registros de menores de 5 anos sendo classificados como tentativa por intoxicação intencional por medicamentos.

O número de tentativas de suicídio pode ser muito maior do que o registrado, pois esses registros são subnotificados, considerando que muitos indivíduos não procuram o serviço hospitalar, e pode ocorrer também certas situações em que a família mesmo ciente de que o indivíduo tentou o suicídio, desconsidera procurar um atendimento, por julgar o método utilizado para o suicídio como não letal e que não oferece riscos ao indivíduo. E de acordo com pesquisas, a cada três casos de tentativas de suicídio, ocorre de apenas uma receber atendimento hospitalar (FREITAS et al., 2017). Pelos registros oficiais, a definição do meio utilizado para o suicídio apresenta uma alta taxa de indefinição, o que prejudica a qualidade dos dados e sua identificação. Esse é um problema que precisa ser melhorado, pois as informações sobre os métodos de suicídio são importantes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção. No Brasil a redução ao acesso aos métodos letais como armas de fogo e pesticidas, ocupam uma posição importante para a prevenção do suicídio (BOTEGA, 2014).

Outra questão muito comum no âmbito do suicídio, é a fragilidade e carência de conhecimentos sobre o comportamento suicida por parte dos profissionais da saúde, incluindo a enfermagem, o que reflete nas intervenções realizadas. Muitos estudos apontam atitudes negativas desses profissionais no atendimento às tentativas de suicídio, sendo alguns aspectos identificados na literatura, como o consumo de tempo que poderia estar sendo dedicado a pacientes em estados graves, descaso, negação ou avaliação de alguns casos cujo o atendimento não é legítimo para emergências hospitalares, em especial quando há baixo risco de morte, que acabam impactando a forma da assistência prestada. A qualidade do atendimento é um determinante para a aceitação do paciente para dar início e continuidade ao tratamento adequado, necessitando de uma escuta qualificada e uma construção de confiança e de cuidado (FREITAS, et al., 2017). A maioria dos pacientes que realizam uma tentativa de suicídio, são liberados da emergência sem passar por uma avaliação psiquiátrica ou sem nenhum encaminhamento, e após a alta é preciso de um encaminhamento efetivo para o acompanhamento psiquiátrico, psicológico e além do suporte familiar e social. Mas em muitos casos de tentativas de suicídio, no qual não é observado risco grave de morte, os pacientes apenas são encaminhados para serviços de saúde mental, sem uma garantia de acolhimento ou de continuidade do tratamento (VIDAL et al., 2013b).

A fonte primária de encaminhamentos após a alta hospitalar desses pacientes, é a Rede Municipal de Saúde, configurando-se em duas opções importantes. A primeira é formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na qual o paciente poderá dar

continuidade ao tratamento, próximo de sua residência. A segunda opção é formada pelos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que fazem parte da atenção secundária, que são responsáveis pelo tratamento e reinserção social dos pacientes com algum transtorno mental grave e persistente. Assim, os serviços de urgência devem estar vinculados com os demais serviços de saúde em cada região, buscando sempre uma atenção integralizada e podendo prevenir novas tentativas de suicídio, pois nos primeiros meses pós uma tentativa, é o período de maior risco para novas tentativas (VIDAL et al., 2013b). Além de ser necessário essa integração de todos os serviços de saúde, é indispensável a qualificação dos profissionais da saúde para melhor atender a demanda desses casos, o enfermeiro principalmente deve estar qualificado e preparado para poder assim analisar e identificar as características que o paciente com potencial suicida apresenta.

Se faz necessário construir um vínculo com o paciente, transmitindo uma segurança por meio de mensagens não verbais de aceitação, conversando honestamente, mostrando preocupação e focando nos sentimentos da pessoa. Podendo assim, realizar uma abordagem de forma mais clara e cautelosa, com empatia e abstendo-se de todas suas atitudes julgadoras. Essa relação do acolhimento até a saída do paciente do serviço, acaba sendo um importante instrumento para a continuidade ou não dos encaminhamentos realizados, bem como para a prevenção de novas tentativas de suicídio. (REISDORFER et al., 2015).

O enfermeiro também precisa manter uma relação estruturada e pacífica com a família do paciente, pois ambos possuem papéis importantes na forma de lidar com a situação. A família, tem seu papel atrelado ao apoio ao paciente e por ser um meio de informações e esclarecimentos referentes a tentativa de suicídio, para que assim ocorra um direcionamento correto pela equipe de saúde. O enfermeiro e a equipe de saúde proporcionam apoio a esses familiares, através do esclarecimento de dúvidas, prestar ou encaminhar o familiar para o apoio psicológico, assim categorizando uma assistência integral e humanizada. (REISDORFER et al., 2015).

5. CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo permitiram evidenciar que a taxa de mortalidade por suicídio dos casos atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, durante os anos de 2011 a 2017 foi relativamente baixa quando comparada com a taxa do Brasil. As principais causas do suicídio do estudo foram o enforcamento e lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado, que prevaleceu entre homens e a faixa etária com maiores números de casos foi entre os 20 a 29 anos. No que se refere as tentativas de suicídio, os principais meios utilizados foram a intoxicação por medicamentos anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos, e por lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante. Com maiores ocorrências entre mulheres, e a faixa etária mais predominante foi entre 30 a 39 anos. As mulheres realizam mais tentativas de suicídio do que os homens, porém estes apresentam o maior número de óbitos, pois utilizam de métodos mais agressivos. O menor número de óbitos por suicídio entre as mulheres se dá principalmente pelo desempenho de papéis durante a sua

vida, por apresentarem uma menor dependência de álcool, uma maior religiosidade e uma maior disposição pela busca de ajuda em momentos de crises. Em relação aos homens, o maior número de óbitos por suicídio está relacionado ao comportamento que predispõem o ato, como a competitividade, a impulsividade e o acesso maior para os meios mais agressivos e letais.

Durante a análise das tentativas de suicídio deste estudo, foi observado prontuários que possuíam algum transtorno mental prévio, ou estavam passando por algum momento de luto, crise financeira, problemas familiares e amorosos. Foi observado também pacientes que apresentaram relatos de abuso sexual, sendo presente tanto no sexo masculino quanto no feminino. Quanto aos óbitos por suicídio, a maior parte dos registros não possuíam tentativas anteriores registradas e nenhum relato de transtorno mental. Neste estudo, tanto os óbitos quanto as tentativas de suicídio foram maiores aos domingos e segundas-feiras, durante o período da tarde e da noite e em indivíduos de raça predominantemente branca. Os anos de 2011 e 2014 foram os de maiores casos de óbitos por suicídio registrados, já nas tentativas ocorreu uma diminuição gradativa desde 2012 a 2017. Em relação aos meses, nos meses de maio foram registrados os maiores números de óbitos, e nas tentativas ocorreu nos meses de agosto e novembro. Os prontuários que foram excluídos deste estudo não continham todas as informações necessárias das variáveis escolhidas, ou não estavam classificados corretamente de acordo com o CID-10. Com isso, é necessário e de suma importância o preenchimento adequado e completo das tentativas nos prontuários e das declarações de óbitos de suicídio, para uma maior qualidade dos dados disponíveis, ocasionando o desenvolvimento de novos estudos acerca do tema, que possam ajudar a melhorar as políticas públicas diante o suicídio. Sendo necessário a notificação imediata e um encaminhamento corretamente para a vigilância do município.

O primeiro contato entre o paciente que realizou uma tentativa de suicídio com a equipe de saúde, torna-se uma oportunidade para a identificação precoce do nível de risco desse paciente e para uma intervenção com tratamento apropriado para poder reduzi-lo, necessitando também de uma disponibilidade de serviços especializados de saúde e o acesso aos mesmos. Pois nesse estudo foram identificadas mais de uma tentativa de suicídio no mesmo prontuário médico. Assim, intervir precocemente e oferecendo um atendimento de qualidade para esses casos torna-se uma estratégia de prevenção do suicídio, e importante que esse planejamento contemple o acesso aos serviços de saúde e de assistência médica, psicológica e social. Sendo fundamental informar, capacitar, formar, habilitar os profissionais da saúde da atenção básica, das unidades de emergência e dos serviços de saúde mental, todos se articulando de forma organizada para a prestação de soluções dentro da rede de saúde. Com isso, é de grande importância o desenvolvimento de campanhas para conscientizar sobre o atual quadro que se encontra o suicídio em cada município, podendo gerar programas de assistência capazes de identificar e intervir nas situações de risco para o ato suicida.

6.REFERÊNCIAS

AFSP- AMERICAN FOUNDATION FOR SUICIDE. **Suicide statistics**. Disponível em: <https://afsp.org/suicide-statistics/>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

AQUINO, T.A.A.A. **Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos**. 2009. 280 f. Dissertação (Tese de doutorado -Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, João Pessoa, 2009. Disponível em : <https://docplayer.com.br/27331964-Atitudes-e-intencoes-de-cometer-o-suicidio-seus-correlatos-existenciais-e-normativos.html>. Acesso em: 25 de dezembro de 2019.

ARAÚJO, C.N.P; OLIVEIRA, P.R; ROMERA, M.L.C. **Abordagem epidemiológica e psicológica sobre o suicídio no município de Uberlândia – MG, no período de 2004 – 2008**. 2011. 28 f. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Home/Downloads/11686-Texto%20do%20artigo-48400-1-10-20110609.pdf>. Acesso em: 30 de março de 2021.

BENJAMIN, D.J et al. **Redefine statistical significance'**, Nature Human Behaviour, vol. 2, no. 1, pp. 6-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0189-z>. Acesso em: 14 de dezembro de 2018.

BOTEGA, N.J. **Comportamento suicida: epidemiologia**. Psicol. USP [online]. 2014, vol. 25, n. 3, p. 231-236. Disponível em: [file:///C:/Users/Home/Downloads/Comportamento%20suicida%20-%20epidemiologia%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Home/Downloads/Comportamento%20suicida%20-%20epidemiologia%20(3).pdf). Acesso em: 14 de novembro de 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 2017, v.48, ed.30, p. 1-14, 2017a. Disponível em: [file:///C:/Users/Home/Downloads/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Home/Downloads/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de%20(6).pdf). Acesso em: 30 de março de 2021.

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** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a [Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998](#). Diário Oficial da União, Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>. Acesso em: 18 de agosto de 2020.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016, Ministério da Saúde, v. 50, ed. 15, p. 1-13, 2019b.

Disponível em: [file:///C:/Users/Home/Downloads/Suicidio-tentativas-e-obitos-por-intoxicacao-exogena-no-Brasil-2007-a-2016%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Home/Downloads/Suicidio-tentativas-e-obitos-por-intoxicacao-exogena-no-Brasil-2007-a-2016%20(6).pdf). Acesso em: 29 de dezembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 2019, v. 50, ed.24, p. 1-14, set. 2019c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro 2021.

CID-10- CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE. **X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente**. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/x60_x84.htm. Acesso em: 23 de janeiro de 2021.

CRUZ, M.P et al. **Suicídio – Interfaces de um problema de saúde pública**. 2017. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Home/Downloads/61000%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Home/Downloads/61000%20(5).pdf). Acesso em: 10 de março de 2021.

CVV- CENTRO DE VALORIZAÇÃO A VIDA. **Mês de prevenção do suicídio**. Setembro amarelo, 2020. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.org.br/>. Acesso em: 10 de setembro de 2020.

DATASUS- DEPARTAMENTO DE INFORMATICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?novapop/cnv/popbr.def>. Acesso em: 23 de novembro de 2020.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de Sociologia**. Tradução: Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, ed. 1, 2000. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2965009/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20D%20urkheim%20-%20O%20Suicidio%20%282000%29.pdf. Acesso em: 03 de abril de 2019.

FERREIRA, Renato. **O Suicídio**. 2008. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Fontes de Informação Sociológica) - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008. Disponível em: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2008025.pdf>. Acesso em: 14 de novembro de 2020.

FILHO, M.C; ZERBINI, T. **Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010**. *Revista Saúde, Ética & Justiça*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268343902.pdf>. Acesso em: 14 de novembro de 2020.

FREITAS, A.P.A.F; BORGES, L.M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, vol.22, n.1 [citado 2021-04-07], p. 50-60, mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 de abril de 2021.

HCU/UFU- HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLÂNDIA. **Acesso à informação institucional**. Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/>. Acesso em: 18 de novembro de 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000. **Resultado dos Dados Preliminares do Censo – 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidade@>. Acesso em: 19 de janeiro de 2021.

JESSEN, G. et al. **Temporal fluctuations and seasonality in attempted suicide in Europe**. Archives of Suicide Research. v. 5, p. 57–69, mar.1999. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1381119908258315>. Acesso em: 05 de abril de 2021.

MACHADO, D. B; SANTOS, D. N. **Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>. Acesso em: 08 de janeiro de 2021.

MAGALHÃES, A.P.N et al. **Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar** J. Bras. Psiquiatr., Rio de Janeiro, v.63, n. 1, p. 16-22, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0016.pdf>. Acesso em: 11 de janeiro de 2021.

MARCOLAN, J.F.; SILVA, D.A. **O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção**. Revista M., Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 31-44, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9290/0>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

MOREIRA, R.M.M.M et al. **Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio**. Sanare, Sobral, v.16, n.01, p. 29-34, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Home/Downloads/1136-2766-1-SM.pdf>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2020.

PAGANO, M. **Princípios de Bioestatística**. Tradução da 2ª Edição Norte-Americana. Cengage Learning, São Paulo, 2011.

REISDORFER, N. et al. **Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida**. Revista de Enfermagem da UFSM, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, v. 5, ed. 2, p. 295-304, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Home/Downloads/16790-85495-1-PB.pdf>. Acesso em: 8 de abril de 2021.

RIBEIRO, J.F; MASCARENHAS, T.B; ARAUJO, A.C.B.S. **Perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio**. Revista de Enfermagem UFPE online, Recife, v. 12, n.1, p. 44-50, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25087>. Acesso em: 18 de novembro de 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Coleção Guia de Referência Rápida. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, ano 2016, ed. 1ª, p. 1-93, 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 7 de abril de 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio**. Rio Grande do Sul, ano 2018, v.1, ed. 1, p. 1-8, set. 2018. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>. Acesso em: 01 de março de 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Barriga Verde Informativo Epidemiológico**. Perfil Epidemiológico das tentativas e de óbitos por suicídio no estado de Santa Catarina e a rede de atenção à saúde (2012-2017), Santa Catarina, ano XV, Edição Especial, p. 1-14, mar. 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Home/Downloads/BarrigaVerde%20Suicidio%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Home/Downloads/BarrigaVerde%20Suicidio%20(4).pdf). Acesso em: 24 de janeiro de 2019.

SANTOS, E. D. G. M., et al. **Suicídio entre idosos no Brasil: uma revisão de literatura dos últimos 10 anos**. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* [S.I], v.9, n. 1, p. 258-282, maio. 2019. Disponível: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-70262019000100205&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 06 de abril de 2021.

SENA, G.K.P. **Perfil das ocorrências de tentativa de autoextermínio atendidas pelo CBMGO, em Goiânia, no ano de 2016**. 2017. 28 f. Artigo científico (Formação de Oficiais e obtenção do título de Aspirante-a-Oficial) - Comando da Academia e Ensino Bombeiro Militar, Goiânia, 2017. Disponível em: <https://www.bombeiros.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/27-Greicy-Kelly-Pinheiro-de-Sena-PERFIL-DAS-OCORRENCIAS-DE-TENTATIVA-DE-AUTOEXTERMINIO-ATENDIDAS-PELO-CBMGO-EM-GOIANIA1.pdf>. Acesso em: 4 de março de 2020.

SUOMINEN, K. et al. **Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters**. *Psychological Medicine*, v. 34, p. 313–321, 2004. Disponível em: < <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=196869> >. Acesso em 18 de maio de 2021.

VALADARES, L.B. **Perfil sócio demográfico dos pacientes com tentativas ou efetivação suicida atendidos pelo serviço pré-hospitalar móvel: revisão de literatura**. 2019. 77f. Trabalho de Conclusão de Curso II (Graduação de Enfermagem) – Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/Home/Downloads/document5e4e739ec349a%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Home/Downloads/document5e4e739ec349a%20(6).pdf). Acesso em: 30 de março de 2021.

VIDAL, C.E.L et al. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta**. *Suicide attempts and hosting in emergency services: the perception of those who try*, *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, ed. 2, p. 108-14, 2013b. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>. Acesso em: 8 de abril de 2021.

VIDAL, C.E.L; GONTIJO, E.C.D.M; LIMA, L.A. **Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade**. *Cad. Saúde Pública* [online], vol. 29, n. 1, p. 175-187, 2013a. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2020.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of Diseases**. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail.suicide>. Acesso em: 26 de outubro de 2019.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CASOS DE SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UBERLÂNDIA, MINAS GERAIS

Pesquisador: Noriel Viana Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89246718.5.0000.5152

Instituição Proponente: Escola Técnica de Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.795.532

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.762.362, de 09 de Julho de 2018.

Conforme apresenta o protocolo:

Pretende-se identificar o perfil das tentativas de suicídio que chegam ao Pronto Socorro do Hospital de Clínicas e aplicar os mesmos parâmetros para os casos de suicídio efetivo que são encaminhados para o Instituto Médico Legal (IML).

O resultado da pesquisa poderá possibilitar à graduanda, à equipe do hospital e da comunidade universitária, o conhecimento sobre o atual quadro que o suicídio se encontra no hospital escola.

Critérios de inclusão:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

Ter sido admitido no HC/UFU como caso de tentativas de suicídio e suicídio efetivo no período de 2011 a 2017. Ou ter sido realizada declaração de verificação de óbito pelo Instituto Médico Legal do HC/UFU como causa morte suicido no período de 2011 a 2017.

Critérios de exclusão:

Continuação do Parecer: 2.795.532

Serão excluídos os prontuários e declaração de óbito que não possuir todas as informações necessárias para desenvolvimento do perfil epidemiológico requerido.

METODOLOGIA

Serão utilizados os prontuários dos pacientes que foram admitidos com diagnóstico de suicídio para coletar informações para a construção do perfil epidemiológico: raça, o agente utilizado na tentativa de suicídio e no suicídio efetivo, dia da semana e período do dia que ocorreram as tentativas de suicídio e o suicídio efetivo.

Para o desenvolvimento da pesquisa, primeiro, será encaminhada uma solicitação ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HC/UFU para o desenvolvimento da pesquisa dentro da Instituição. Para poder acessar aos prontuários e desenvolver o estudo sem infringir nenhuma norma ética e de cada setor. Diante disso, a pesquisa dos casos de tentativas de suicídio e suicídio efetivo tomará como base a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde décima edição (CID10), para agrupamento dos dados dos pacientes internados com diagnóstico classificado pelo Capítulo XX códigos X60 a X84 que tratam de lesões autoprovocadas intencionalmente.

Com a definição encontrada no CID10, o Setor do Arquivo Médico fornecerá os dados dos casos de tentativas de suicídio e suicídio efetivo (idade, gênero, ano, óbitos), que ocorreram durante os anos de 2011 a 2017, e para completar as informações do perfil epidemiológico será necessário ter acesso a todos os prontuários desses pacientes para coleta das informações (raça, agente ou modo utilizado,

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

mês, dia da semana, período do dia). Para os pacientes que foram a óbito, a consulta dos prontuários irá ocorrer no Instituto Médico Legal HC/UFU.

As visitas para a coleta de dados no Setor do Arquivo Médico irá ocorrer durante duas vezes na semana, sendo marcado com dois dias de antecedência, tendo duas horas para a pesquisa nos prontuários. A coleta de dados no IML poderá ser disponibilizada de segunda a sexta, marcada com um dia de antecedência sem limite de horas.

Serão excluídos da pesquisa de dados todos os prontuários que não possuem todas as informações completas e não forem casos de tentativas de suicídio e suicídio.

Tipo de trabalho

É um estudo quantitativo, retrospectivo com coleta de dados secundários a partir de relatório fornecido pelo setor de Nosologia da HC/UFU e coleta de dados por meio do prontuário médico de cada paciente e dos registros de óbitos no IML-HC/UFU.

Local do estudo

O estudo será desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), que possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), é referência em média e alta complexidade para 86 municípios do macro e micro regiões do Triângulo Norte.

No Hospital de Clínicas há o Setor de Arquivo Médico (SAME) integrante da Gerência de Gestão de Informação Hospitalar (GIH) subordinada à Direção Administrativa. No qual são disponibilizados os prontuários e os arquivos médicos de cada paciente, para diversos setores do hospital e, mediante solicitação apropriada, também para fins científicos e judiciais.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLANDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

Além do acesso ao arquivo médico, o estudo será desenvolvido no Setor de Nosologia do hospital, que possui a função de fornecer dados para estudos, pesquisas e levantamentos estatísticos das diferentes patologias atendidas no complexo hospitalar. E coletar, classificar e processar em banco de dados, todas as informações obtidas dos mapas de atendimento ambulatorial, dos atendimentos médicos do Pronto Socorro e dos pacientes internados.

O Instituto Médico Legal (IML), no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, é um instituto brasileiro responsável pelas necropsias e laudos cadavéricos para Polícias Científicas de um determinado Estado na área de Medicina Legal.

Plano amostral

A amostra será composta por todos os pacientes que foram admitidos por tentativas de suicídio e suicídio efetivo no HC/UFU com óbitos constatado pelo IML/UFU no período de 2011 a 2017. O tamanho da amostra não poderá ser determinado exatamente, pois refletirá o todo dos pacientes atendidos, estima-se que esse número alcance 500 pessoas no decorrer dos 7 anos.

A coleta de dados

Para a coleta de dados será utilizado o relatório disponibilizado pelo setor de Nosologia do Hospital de Clínicas em que será possível identificar as variáveis: idade, gênero, ano e mês. Nos prontuários dos pacientes que se encontram no arquivo médico e nos registros de óbitos no IML, referentes aos objetivos do estudo: raça, o agente utilizado na tentativa de suicídio e no suicídio efetivo, dia da semana e período do dia que ocorreram as tentativas de suicídio e o suicídio efetivo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é traçar o perfil epidemiológico dos casos de suicídios e tentativas de suicídios que foram admitidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia entre os anos de 2011 a 2017.

Os objetivos específicos são:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

1º) Demonstrar a evolução de casos de suicídios e tentativas de suicídios entre os anos de 2011 a 2017, identificando as categorias: gênero, idade, raça, o agente ou modo utilizado, ano, mês, dia da semana e período do dia.

2º) Prover informações sobre o tema que possam ser utilizadas para implementação de políticas públicas para enfrentamento preventivo ao suicídio. Pretende-se identificar o perfil das tentativas de suicídio que chegam ao Pronto Socorro do Hospital de Clínicas, em Uberlândia, e aplicar os mesmos parâmetros para os casos de suicídio efetivo que são encaminhados diretamente para o Instituto Médico Legal (IML).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

O estudo poderá apresentar riscos mínimos, pois em nenhum momento os sujeitos da pesquisa serão identificados, uma vez que os pesquisadores assumem o compromisso de sigilo das informações coletadas que possam identificar os pacientes.

Quanto aos benefícios, os resultados deste estudo poderão possibilitar o conhecimento de quão o

Continuação do Parecer: 2.795.532

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia atendeu a demanda de tentativas de suicídio e o suicídio efetivo durante os anos de 2011 a 2017, podendo traçar o perfil epidemiológico desses casos e também servir como informação para balizar ações de prevenção ao suicídio em Uberlândia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem fundamentado e seus resultados poderão contribuir para um maior conhecimento dos profissionais na área da saúde.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos obrigatórios foram apresentados à exceção do TCLE porque serão utilizados somente dados secundários e não haverá contato direto com os participantes da pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.762.362, de 09 de Julho de 2018, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Dezembro de 2018.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12,

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

d- não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1096337.pdf	11/07/2018 12:00:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_Alterado_cronograma_confirme_pendencia2.pdf	11/07/2018 12:00:21	Noriel Viana Pereira	Aceito
Outros	Resposta_Pendencia_CEP.docx	11/07/2018 11:56:30	Noriel Viana Pereira	Aceito
Outros	Curriculo_dos_pesquisadores.docx	02/05/2018	Noriel Viana Pereira	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLANDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br

Outros	Curriculo_dos_pesquisadores.docx	08:18:31	Noriei Viana Pereira	Aceito
Outros	Modelo_Planilha_Coleta_dados.pdf	27/03/2018 08:56:09	Noriei Viana Pereira	Aceito
Outros	Declaracao_de_igual_teor.pdf	27/03/2018 08:54:46	Noriei Viana Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao.pdf	27/03/2018 08:52:58	Noriei Viana Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromissoequipeexecutora.pdf	27/03/2018 08:44:22	Noriei Viana Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoconcluida.pdf	27/03/2018 08:35:38	Noriei Viana Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA,
01 de Agosto de
2018

Assinado por:

Karine Rezende de Oliveira (Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLANDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br