



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

BETHANIA SANTOS VIEIRA ROHLING

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS
TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO/SC,
2014 A 2021

FLORIANÓPOLIS

2022

BETHANIA SANTOS VIEIRA ROHLING

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS
TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO/SC,
2014 A 2021

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Departamento de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre em Saúde Mental.

Linha de pesquisa: Trabalho, ambiente e saúde.

Orientadora: Dra. Lizandra da Silva Menegon.

FLORIANÓPOLIS

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rohling, Bethania Santos Vieira
Caracterização do perfil epidemiológico das tentativas de
suicídio no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021 /
Bethania Santos Vieira Rohling ; orientador, Dr.ª
Lizandra da Silva Menegon, 2022.
122 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde Mental
e Atenção Psicossocial. 3. Suicídio . 4. Tentativa de
Suicídio . 5. Epidemiologia . I. Menegon, Dr.ª Lizandra da
Silva . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. III. Título.

Bethania Santos Vieira Rohling

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO
NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO, 2014 A 2021**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dra. Lizandra da Silva Menegon
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Lúcio José Botelho
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Jeferson Rodrigues
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Prof^a. Dra. Lizandra da Silva Menegon
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Dedico esse estudo a todos aqueles que foram tocados pelo suicídio e que mesmo diante de tanta dor, continuam.

Dedico aos meus filhos e ao meu marido, que mesmo com a ausência sentida, compreenderam e me apoiaram no caminho que escolhi.

AGRADECIMENTO

Agradeço à minha querida orientadora, Lizandra da Silva Menegon, que acreditou no meu projeto e, pacientemente, me acolheu e me ensinou. Muito obrigada pelo carinho, atenção, dedicação e respeito.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC, por todos os ensinamentos e experiências proporcionadas.

Aos membros da banca de qualificação, Lúcio José Botelho e Jeferson Rodrigues, que olharam com cuidado meu trabalho e gentilmente ofertaram caminhos para que eu conseguisse atingir meu objetivo.

Às minhas amigas e irmãs do coração Elaine Figotto, Geovana Liebl, Indaiara Viero Perazzoli, Josiane Stimamiglio, Júlia Sincero, Marília de Bairros Ceron Thadani e Silvia Kaiser pela parceria, amizade, apoio e por me ajudarem a celebrar a vida.

Aos meus amados pais, Márcio e Beth, que me deram a vida, educação e pelo amor incondicional.

Aos meus amados filhotes, Gustavo e Clara, e ao meu marido Jean, que compreenderam a importância desse estudo para mim e me apoiaram incondicionalmente na realização desse sonho.

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”

Albert Einstein

RESUMO

Compreender a epidemiologia do suicídio, é compreender o espectro de manifestações desse fenômeno, bem como de suas representações e características. O objetivo deste estudo é delinear o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo, Santa Catarina, no período de 2014 a 2021. Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo transversal, sendo que foram analisadas todas as notificações de tentativas de suicídio realizadas no município de Fraiburgo no período. Os dados populacionais foram extraídos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As variáveis do estudo foram: sexo, faixa etária, escolaridade, bairro de residência, ocupação, estabelecimento notificador, local de ocorrência do ato, forma de tentativa, motivos desencadeadores, diagnóstico prévio, estações do ano, dias da semana, acolhimento, internação e controle da medicação. Os dados foram tratados de forma descritiva e analítica, sendo calculadas as prevalências de tentativas de suicídio de acordo com sexo, escolaridade, faixa etária e Estratégia Saúde da Família (ESF). Os resultados mostram que no período estudado a taxa média de tentativas de suicídios no período foi de 146,79:100.000. Os períodos de maior ocorrência são os primeiros dias da semana (segunda-feira e terça-feira em 34,99% dos casos), dos meses de primavera e inverno (59,34%). Em relação ao sexo, a prevalência para as mulheres é 2,2 vezes maior que para os homens, sendo maior nas faixas etárias de 15 a 24 anos, em indivíduos com escolaridade de ensino fundamental e ensino médio. As ocupações mais frequentes foram dona de casa e estudante (46,1%). Não houve relação com transtornos mentais prévios (83,45%) ou uso de substâncias psicoativas na maior parte dos casos (83,69%), mas nos casos onde os indivíduos estavam sob efeito dessas substâncias, o álcool foi o mais presente (11,11%). Geograficamente, as áreas identificadas, permitem traçar um paralelo entre o risco às tentativas de suicídio e a vulnerabilidade social. A maioria dos casos ocorreu na própria residência (97,16%). Em relação ao método utilizado, a intoxicação por medicamentos foi a maior causa (67,61%), seguida de uso de arma branca (12,06%) e enforcamento (11,11%). Esses três métodos responderam por 90,78% dos casos, existindo apenas variações de frequência conforme o sexo. Já a motivação, em 81,56% dos casos estava relacionada a conflitos familiares ou conjugais. Houve reincidência do ato em 13,95% dos casos. Espere-se que esses achados forneçam subsídios para implementação de políticas públicas de prevenção e posvenção ao comportamento suicida.

Palavras-chave: Suicídio, Tentativa de suicídio, Epidemiologia.

ABSTRACT

To understand the epidemiology of suicide is to understand the spectrum of manifestations of this phenomenon, as well as its representations and characteristics. The objective of this study is to outline the epidemiological profile of reported suicide attempts in the city of Fraiburgo, Santa Catarina, from 2014 to 2021. suicides carried out in the municipality of Fraiburgo in the period. Population data were extracted from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The study variables were: sex, age group, schooling, neighborhood of residence, occupation, reporting establishment, place of occurrence of the act, form of attempt, triggering reasons, previous diagnosis, seasons, days of the week, reception, hospitalization and medication control. Data were treated in a descriptive and analytical manner, and the prevalence of suicide attempts was calculated according to sex, education, age group and Family Health Strategy (ESF). The results show that in the period studied, the average rate of suicide attempts in the period was 146.79:100,000. The most frequent periods are the first days of the week (Monday and Tuesday in 34.99% of cases), in the spring and winter months (59.34%). Regarding gender, the prevalence for women is 2.2 times higher than for men, being higher in the age groups from 15 to 24 years old, in individuals with elementary and high school education. The most frequent occupations were housewife and student (46.1%). There was no relationship with previous mental disorders (83.45%) or use of psychoactive substances in most cases (83.69%), but in cases where individuals were under the influence of these substances, alcohol was the most present (11.11%). Geographically, the areas identified allow us to draw a parallel between the risk of suicide attempts and social vulnerability. Most cases occurred in their own homes (97.16%). Regarding the method used, drug intoxication was the main cause (67.61%), followed by the use of a knife (12.06%) and hanging. (11.11%). These three methods accounted for 90.78% of the cases, with only frequency variations according to sex. Motivation, in 81.56% of cases, was related to family or marital conflicts. There was a recurrence of the act in 13.95% of the cases. It is expected that these findings provide subsidies for the implementation of public policies for the prevention and postvention of suicidal behavior.

Keywords: Suicide, Suicide attempt, Epidemiology

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ENPS	Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	Software Statistical Package for Social Science
SUPRE	Suicide Prevention Program
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
USFC	Universidade Federal de Santa Catarina
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição do termo “suicídio”.....	27
Quadro 2 – Termos referentes ao comportamento suicida utilizados neste estudo.....	28
Quadro 3 – Descrição das variáveis independentes do estudo.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do PRISMA para o processo de seleção dos estudos.....	24
Figura 2 – Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina.....	41
Figura 3 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo, 2021.....	43
Figura 4 – Cobertura Estratégica de Saúde da Família ESF.....	44
Figura 5 – Fluxograma do atendimento as pessoas que tentaram suicídio no município de Fraiburgo/SC.....	47
Figura 6 – Taxa de ocorrência de tentativas de suicídio de acordo com o ano, Fraiburgo/SC, 2014-2021.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características bibliométricas das obras analisadas por ano, continente, idioma e número de citações.....	25
Tabela 2 – Distribuição das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.....	52
Tabela 3 – Descrição das tentativas de suicídio de acordo com o uso de substâncias psicoativas, método utilizado e sexo, Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.....	59
Tabela 4 – Taxas de tentativa de suicídio, por 100.000 habitantes, de acordo sexo, faixa etária, escolaridade e Estratégia de Saúde da Família, Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.....	60

SUMÁRIO

1. PRÓLOGO DE UMATRAJETÓRIA.....	14
2. INTRODUÇÃO	17
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GERAL	22
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	22
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
4.1 SUICÍDIO E O COMPORTAMENTO SUICIDA.....	26
4.2 FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA.....	35
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO QUE ORIGINOU OS DADOS ANALISADOS	39
5.2 TIPO DE ESTUDO	46
5.3 ORIDEM DOS DADOS	46
5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	48
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	50
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
6. RESULTADOS.....	52
7. DISCUSSÃO	62
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIA	78
ANEXO	95
APÊNDICES	96

1 PRÓLOGO DE UMA TRAJETÓRIA

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas
ao tocar uma alma humana seja apenas
outra alma humana.”*

Carl G. Jung

Na tentativa de contextualizar os objetivos dessa pesquisa e os caminhos que me trouxeram até ela, conto um pouco da minha trajetória nesta breve apresentação.

Em março de 2000, ingressei no curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, me formando em 2004. Meu maior desejo era continuar minha trajetória acadêmica, entretanto a vida nos surpreende e os caminhos vão modificando-se para além do nosso desejo.

Antes mesmo de pegar o canudo, me caso, retorno para minha cidade de origem, me tornando mãe de duas belas crianças. Muitas mudanças, desconstruções e reconstruções de projetos de vida acontecem em 7 anos. O tempo passou e como escreve Camus “ E no meio de um inverno eu finalmente aprendi que havia dentro de mim um verão invencível” (2021, p.26).

No ano de 2011 fui convidada a implementar o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I no município de Fraiburgo e neste momento a profissional começaria a renascer após a maternidade.

Visitas técnicas a outros CAPS da região, apropriação da legislação, formação da equipe, discussão sobre protocolos e principalmente imersão no mundo da saúde mental.

Meu ingresso profissional na área da saúde mental não foi planejado, mas não me imagino saindo dela. A cada ano, me apaixono cada vez mais pelo mundo da “loucura”.

Em 2014, acolhi uma mãe, que entre palavras e lágrimas me disse: *“Nunca mais vou sentir o cheiro da minha filha e sabe o que é mais difícil é que uma mulher disse que eu poderia ter evitado”*– o choro compulsivo toma conta daquela mãe que reconhece nesta frase seu fracasso ou pelo menos foi assim que ela compreendeu.

Recordo como se fosse hoje, que ao chegar em casa peguei meus filhos no colo só para sentir o cheiro deles, o cheiro da presença viva deles em minha vida. A

alegria de tê-los comigo contrastava com o sentimento apresentado no relato daquela mãe e pelo discurso da Organização Mundial da Saúde, a qual diz que “o suicídio é evitável” (2014, p.3). O que estamos fazendo para de fato evitá-lo? Enquanto profissionais, serviço de saúde, políticas públicas... O que está nos faltando para direcionar a atenção a esse grave e complexo problema de saúde pública? Se realmente é evitável, quantas mães ainda terão que ficar sem sentir o cheiro de seus filhos?

A partir desse momento, a questão do suicídio passou a ser minha causa e mesmo sem compreender a magnitude deste fenômeno, buscar compreender melhor as questões que perpassam esse comportamento passou a guiar minhas ações profissionais. Neste mesmo ano, a psicóloga que atuava no CAPS acabou trocando de setor e o destino me apresentou Geovana Liebl, psicóloga, uma profissional e um ser humano incrível, muito mais que uma colega, uma irmã do coração. Juntas abraçamos a causa do suicídio e construímos um projeto para acolher as pessoas que tentaram suicídio, os familiares das pessoas que tentaram suicídio e das que foram a óbito por suicídio, nasce o “Projeto Vida”.

Nossos laços profissionais e de amizade foram se estreitando, o que permitiu que nos dedicássemos a esta causa com muito afinco. Entre erros e acertos o projeto foi ganhando expressão nacional e internacional. O Projeto Vida foi laureado com a 1ª. colocação na 1ª Mostra Catarinense Aqui tem SUS, realizada pelo COSEMS/SC e com a 2ª colocação na 15ª EXPOEPI - Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção, promovida pelo Ministério da Saúde.

Após 10 anos na área de saúde mental e buscando por aperfeiçoamento profissional na carreira que exerço, esta pesquisa representa muito mais que contemplar a exigência do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, ela tem por objetivo fortalecer o Projeto Vida, desenvolvido no município de Fraiburgo, desde 2014.

Este estudo traz consigo o desejo de mudança de uma dura e difícil realidade, traz o compromisso de identificar as características das tentativas de suicídio no município de Fraiburgo, Santa Catarina, no período de 2014 a 2021. A análise proposta busca fornecer subsídios para implementação de políticas públicas de prevenção e posvenção ao comportamento suicida.

2 INTRODUÇÃO

O suicídio tanto pode ser afirmação da morte como negação da vida. Tanto faz.

- É mentira. E vou explicar: o suicida é aquele que perdeu tudo, menos a vida.

Fernando Sabino

Falar sobre o suicídio é trazer para consciência, para discussão, um tema sobre o qual a maioria das pessoas não quer falar, é revelar que muitas pessoas escolheram a morte. Afirmação esta, por vezes silenciada por nós e pela sociedade. Falar sobre o suicídio é algo complexo e que traz inúmeras reflexões, principalmente de que ele não se apresenta como um fenômeno isolado, mas multifatorial, ou seja, é o resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

Compreender a epidemiologia do suicídio, é compreender o espectro de manifestações desse fenômeno, bem como suas representações, considerando que este fenômeno impacta não só a vida de quem comete este ato, mas dos sobreviventes (familiares e pessoas próximas) e de toda comunidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), para cada suicídio, aproximadamente 135 pessoas sofrem intenso luto ou são afetadas com prejuízos emocionais, sociais e econômicos. Isso equivale a 108 milhões de pessoas por ano que são profundamente afetadas pelo comportamento suicida.

O fenômeno do suicídio, considerado situação limite atualmente abarcada pelo campo da Saúde Mental, tem mostrado alta prevalência em diferentes populações. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) estima que em 2020 cerca de 1,53 milhão de pessoas morreram desta forma, sendo considerada uma das maiores causas de mortalidade ao redor do mundo (CHACHAMOVIC, 2009). A tendência de crescimento mostrou que, entre 1955 e 2000, o índice global de suicídio aumentou 60% (OMS, 2014) e hoje já ocupa a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos para ambos os sexos, depois de lesão no trânsito, tuberculose e violência interpessoal (WHO, 2021).

Segundo o relatório da OMS (2021) cerca de 703 mil pessoas morreram por suicídio, determinando uma taxa global de suicídio padronizada por idade de 9,0 por 100.000 habitantes em 2019.

As taxas de suicídio nas regiões da OMS na África (11,2:100.000), na Europa (10,5:100.000) e no Sudeste Asiático (10,2:100.000) eram maiores do que a média global (9:100.000) em 2019. A mais baixa taxa de suicídio está na região do Mediterrâneo Oriental (6,4:100.000). Segundo o relatório da OMS (2019) a taxa de suicídio está diminuindo mundialmente, com exceção da Américas. As taxas de suicídio caíram entre 2000 e 2019, com a taxa global diminuindo 36%, diminuições variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia, e 49% no Pacífico Ocidental. Entretanto, na Região das Américas, as taxas de suicídio aumentaram 17% no mesmo período.

Segundo registros da OMS (2021), o suicídio vitimiza 703 mil pessoas todos os anos. Mais de 1 a cada 100 mortes (1,3%) em 2019 foram resultado de suicídio. Nesse contexto, o Brasil é considerado o oitavo país em número absoluto de suicídios (média de 11 mil casos por ano) (OMS, 2014).

No Brasil, 50.664 mortes por suicídio foram registradas de 2010 a 2014, e a taxa média de mortalidade por suicídio foi de 5,23:100.000 habitantes. Os municípios brasileiros com as maiores taxas foram: Taipas do Tocantins, estado do Tocantins (79,68:100.000); Itaporã, estado de Mato Grosso do Sul (75,15:100.000); Mampituba, estado do Rio Grande do Sul (52,98:100.000); Paranhos, estado de Mato Grosso do Sul (52,41:100.000); e Monjolos, estado de Minas Gerais (52,08:100.000) (CORRÊA, H.; BARRERO, S.P., 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2021) as taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo unidades federativas do Brasil foi liderado pelo Rio Grande do Sul (11,8:100.000) , seguido de Piauí (10,6:100.000) e Mato Grosso do Sul (10,3:100.000) .

O coeficiente de mortalidade por suicídio em Santa Catarina gira em torno de 7/100.000 habitantes, o que representa quase o dobro da média nacional. Assim como no Brasil, as taxas de morte por suicídio em Santa Catarina também apresentam variações regionais significativas. Um estudo divulgado pela Secretaria Estadual de Saúde apontou que a mortalidade por suicídio na região extremo oeste do estado

apresentou coeficiente de 11:100.000 habitantes no ano de 2001, sendo superior ao coeficiente de mortes por homicídio na região (PEIXOTO, 2003).

Segundo a divisão por macrorregiões, apresentam taxas mais elevadas as regiões do Alto Uruguai Catarinense (15,5:100.000), seguido do Alto Vale do Itajaí (12,6:100.000), Extremo Oeste (12,6:100.000) e Meio Oeste (12,3:100.000), e as menores taxas nas regiões do Nordeste e na Grande Florianópolis (BENETTI,2018; DIVE,2019).

Esses índices são considerados altos quando comparados com a taxa global estimada em 10,5 para cada 100.000 habitantes (WHO,2014). No Brasil, entre 2010 e 2019 foi registrado, em caráter anual ascendente, 112.166 óbitos por suicídio, com taxa de mortalidade por suicídio de 6,4:100.000 habitantes em 2019 o (SILVA; MARCOLAN,2022)

Um estudo realizado nos municípios da região do Meio Oeste de Santa Catarina (Videira, Arroio Trinta, Fraiburgo, Ibiama, Iomerê, Pinheiro Preto, Monte Carlo, Salto Veloso e Tangará) entre janeiro de 2014 e julho de 2019, apresentou um quantitativo de 71 suicídios no período, sendo que 52% eram moradores de Videira e 25% eram de Fraiburgo (CARBONI,2020).

É importante considerarmos a existência das subnotificações da mortalidade por suicídio, já que o suicídio é um tema considerado tabu na maioria dos grupos sociais (MENEZES,2004). Informações sobre tentativas de suicídio são mais difíceis de serem estimadas com precisão dada a natureza do tema (BOTEGA,2014).

Supõe-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em, pelo menos, dez vezes. Porém os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio (BRASIL, 2006; OLIVEIRA, 2003).

De acordo com Botega (2004), para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro desconhecidas. De 15% a 25% das pessoas que tentam o suicídio tentarão novamente no ano seguinte. Cerca de 10% das pessoas que tentam o suicídio conseguem se matar nos próximos dez anos Corroborando essas estimativas, Corrêa e Barrero (2006) consideram que para cada tentativa diagnosticada e notificada, existam pelo menos outras quatro que não foram sequer registradas.

Considerando-se as limitações em relação a forma como alguns países notificam o suicídio, supõe-se que essas taxas podem ser ainda maiores

(FONTENELLE, 2008). De acordo com o Mapa da Violência (WASELFSZ, 2014), houve aumento da incidência de mortes por suicídio no Brasil de mais de 62% entre 1980 e 2012 – que apenas em parte pode ser atribuído ao aprimoramento das notificações – com um grande salto a partir da virada do século, sobretudo na população jovem.

As crescentes taxas mundiais, apesar das políticas públicas de prevenção ao suicídio e do desenvolvimento de pesquisas na área, são acompanhadas do aumento do uso de psicofármacos (WHITAKER, 2010), o que leva muitos pesquisadores a estabelecer correlações entre o incremento do consumo de antidepressivos e outros medicamentos e o crescimento do número de mortes auto provocadas (BREGGIN, 1997; 2004; WHITAKER, 2010; SHARMA *et al.*, 2016).

Apesar da obrigatoriedade da notificação (BRASIL, 1975; 2014;2016), por se tratar de uma forma de violência, observa-se ampla subnotificação de casos, devido ao não preenchimento das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, mesmo a ausência de notificação de doenças pelos profissionais de saúde, configurada como infração sanitária (BRASIL, 2019). Além disso, a subnotificação do comportamento suicida demonstra a não adesão às Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006a; 2006b)

A ampliação e fortalecimento das ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, deve considerar os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade para que o planejamento e as intervenções sejam efetivas (WHO,2021),

Dizer que o suicídio é evitável implica em um compromisso global, ou seja países, sociedades, governos, serviços, profissionais e famílias precisam unir-se para lidar com essa questão. E se realmente é evitável, por que o suicídio ainda mata 703 mil pessoas todos os anos? Esse questionamento deve considerar que o comportamento suicida é um fenômeno multifatorial e que nenhuma teoria ou abordagem única dará conta de sua diversidade e complexidade, mas que o caminho para que mortes pelo suicídio sejam evitadas é a Política Pública, bem como a produção de conhecimento sobre este fenômeno.

Considerando que o município de Fraiburgo/SC não possui um diagnóstico do território que possibilite a implantação de ações de monitoramento das tentativas de suicídio e a prevenção do evento pautadas na realidade, este estudo buscará responder a seguinte pergunta de pesquisa: quais são as características sociodemográficas, distribuição temporal, características do evento e do atendimento realizado às tentativas de suicídio no município?

Espera-se com este estudo contribuir para o conhecimento da realidade territorial do município de Fraiburgo/SC, identificando o perfil epidemiológico das pessoas que tentaram suicídio. No sentido de contribuir com o desenvolvimento de ações de gestão, cuidado, prevenção do suicídio e promoção da saúde no município de Fraiburgo/SC.

3 OBJETIVOS

“A morte nos impõe suas próprias leis.”

Sófocles, Antígona.

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Delinear o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo, Santa Catarina, no período de 2014 a 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o perfil epidemiológico e características relacionadas as tentativas de suicídio, no município de Fraiburgo, Santa Catarina, no período de 2014 a 2021;
- ✓ Calcular as taxas de tentativas de suicídio, entre 2014 e 2021, de acordo com sexo, faixa etária, escolaridade, ESF e ano.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“O suicídio demonstra que na vida existem males maiores do que a morte.”

Orestano, 1913, p.54

A fundamentação teórica desta pesquisa foi realizada com base numa revisão de literatura sistematizada para descrever os principais fatores de risco e proteção associados às tentativas de suicídio. A estratégia de busca envolveu a estratégia PICO, a qual representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho).

Para a pesquisa em questão a pergunta PICO definida foi: Quais os fatores de risco e de proteção relacionado as pessoas que tentaram suicídio?

Foram utilizados os seguintes descritores: (“associated factors” OR “risk factors” OR “protection factors”) AND (suicide OR “suicide attempt”) AND (“epidemiological studies”).

A pesquisa envolveu uma busca em 6 bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), PsylINFO (*Psychological Abstracts*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Scopus, Web of Science, considerando os idiomas Português, Inglês, Francês e Espanhol, no período entre 1980 a 2020. A pesquisa foi realizada entre os dias 30 de novembro de 2020 a 04 de dezembro de 2020.

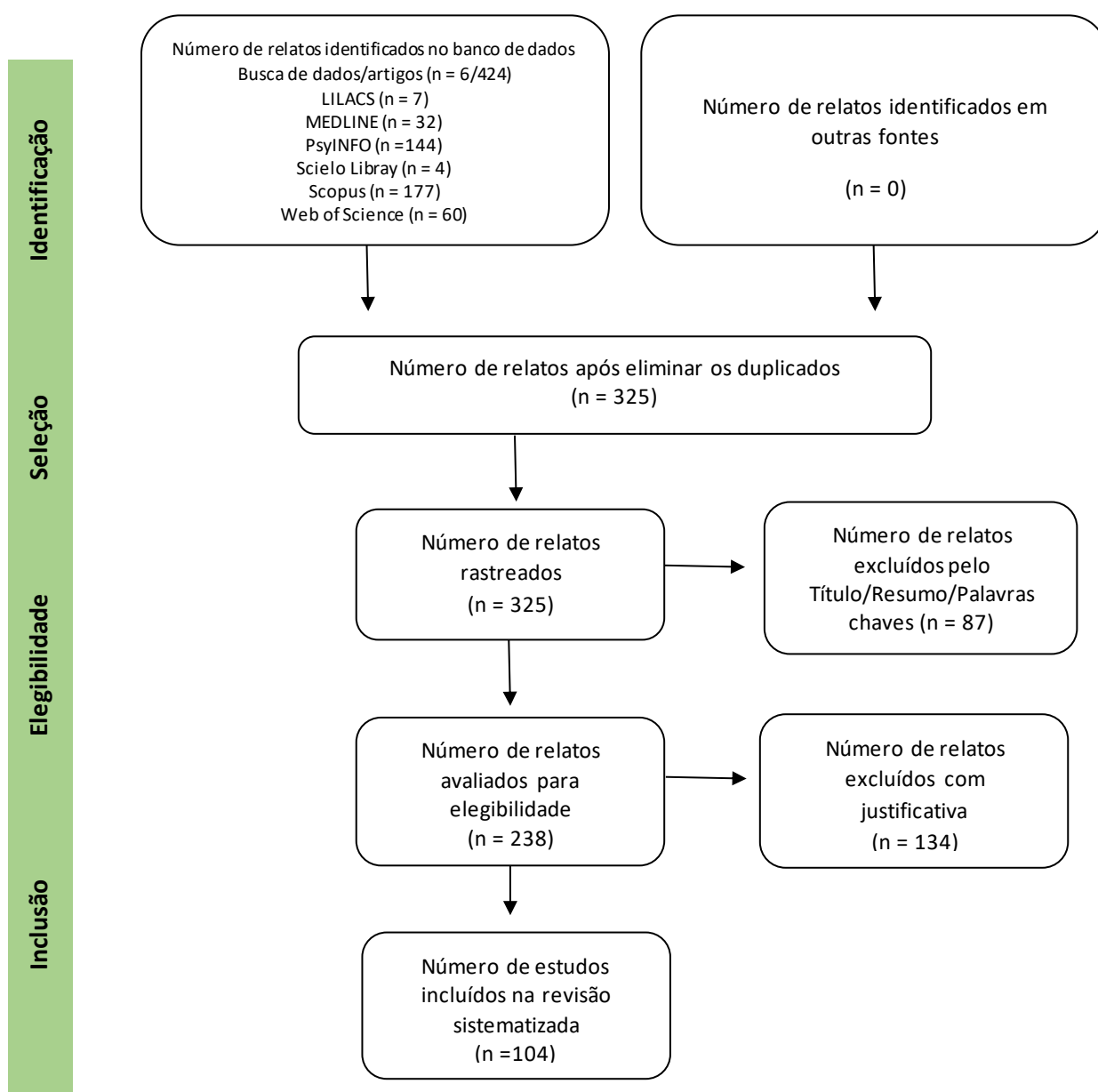
Os critérios de inclusão foram: somente artigos publicados na íntegra, estudos epidemiológicos com mais de 20 pacientes, publicados entre 1980 a 2020, artigos que estivessem nos idiomas Português, Inglês, Francês e Espanhol. Os critérios de exclusão envolviam a eliminação de livros, pesquisas não acadêmicas, anais de eventos, artigos de outros idiomas, estudos com menos de 20 pacientes, não ter acesso ao texto na íntegra e revisão de literatura.

Após a busca nas bases de dados, 424 artigos foram transferidos para o gerenciador bibliográfico EndNote versão 19. Do total de artigos transferidos foram excluídos 99 artigos duplicados. O gerenciador EndNote 19 localizou 301 artigos e manualmente foram localizados 24 artigos, totalizando 325 documentos na íntegra.

Com a leitura dos títulos, resumos e palavras chaves, foram excluídos com justificativa 221 artigos. A seleção dos artigos foi realizada de forma independente, restando para análise 104 artigos (Figura 1).

O PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) é uma diretriz que tem como objetivo ajudar autores a melhorarem a qualidade do relato dos dados. Ajuda também a orientar na avaliação crítica de uma revisão (BRASIL, 2012).

Figura 1 - Fluxograma do PRISMA para o processo de seleção dos estudos.



A análise dos dados foi realizada por duas etapas. A primeira etapa trata das características bibliométricas de cada artigo selecionado (Tabela 1). Nesta etapa foram analisados os seguintes aspectos: autor; ano em que o artigo foi publicado; país em que o artigo foi publicado, sendo agrupado por continente em que a pesquisa ocorreu: América do Sul, América do Norte, Ásia, Europa e Oceania. Nos estudos multicêntricos, todos os continentes envolvidos no estudo foram contabilizados; número de citações do artigo.

Tabela 1 - Características bibliométricas das obras analisadas por ano, continente, idioma e número de citações.

Ano	n	%
1980 - 1990	10	9,62
1991 - 2010	22	21,15
2011 - 2020	72	69,23
Idioma		
Espanhol	5	4,81
Francês	1	0,96
Inglês	92	88,46
Português	6	5,77
Continente		
África	1	0,96
América do Norte	34	32,69
América do Sul	3	2,88
Ásia	31	29,81
Europa	21	20,19
Oceania	8	7,69
Multicêntrico	6	5,77
Número de citações		
0 - 20	55	52,88
21 - 40	25	24,04
41 - 60	8	7,69
61 - 80	4	3,85
81 - 100	2	1,92
100 ou +	10	9,62
Total	104	100%

A segunda etapa envolveu uma análise qualitativa dos artigos selecionados, especialmente no que se refere as características metodológicas, tais como: tamanho

da amostra; tipo de comportamento suicída identificado no estudo; delineamento do estudo; instrumentos utilizados para pesquisa (Apêndice 2).

Por fim, a fundamentação teórica desta pesquisa foi organizada primeiro conceituado o suicídio e os comportamentos que englobam este fenômeno; e na sequência, os fatores de risco e de proteção associados ao comportamento suicida.

4.1 SUICÍDIO E O COMPORTAMENTO SUICIDA

A palavra suicídio deriva etimologicamente do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) e significa uma morte intencional autoinfligida. Relatos apontam que o comportamento suicida existe desde os tempos mais antigos da humanidade, tendo mudado apenas a forma como esse ato é encarado (CORREA & BARRERO, 2006).

O suicídio retrata uma situação na qual o sujeito decide acabar com a própria vida, tentando assim, livrar-se de uma situação de dor psíquica, social ou física insuportável, associado ou não a perda de sentido da vida. Os números referentes ao suicídio têm aumentado consideravelmente. Uma variedade de definições e expressões são utilizadas para definição do suicídio, as definições ultrapassam a noção de “matar a si”, pois estamos nos referindo a um fenômeno muito complexo. Várias definições de suicídio são reportadas na literatura como é possível observar na Quadro 1.

Quadro 1 – Definição do termo “suicídio”

DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO	FONTE
Todo o caso de morte que resulta, direta ou indiretamente, de um ato, positivo ou negativo, executado pela própria vítima, e que ela sabia que deveria produzir esse resultado.	DURKHEIM, 1987
Morte por lesão, envenenamento ou asfixia em que há evidências (explícita ou implícita) que o dano foi autoinfligido e que o falecido tinha a intenção de se matar.	O’CARROLL <i>et al.</i> , 1996

Morte intencional autoinfligida, um ato aleatório sem finalidade, um escape a um problema ou crise que causa imenso sofrimento, associado à necessidade frustrada ou não satisfeita, sentimento de desesperança e desespero, conflito ambivalente entre a sobrevivência e um stress insuportável, um estreitamento entre a opção percebida e a necessidade de fuga.	KAPLAN,2016
Ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado.	OMS, 2017
Morte autoprovocada com evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia morrer.	APA, 2003
Um ato com um desfecho fatal, que o falecido, sabendo ou esperando um resultado potencialmente fatal, iniciou e realizou com o objetivo de provocar mudanças desejadas.	DE LEO <i>et al.</i> , 2006
Morte causada por comportamento autoinfligido com qualquer intenção de morrer como resultado desse comportamento.	CROSBY <i>et al.</i> , 2011

Elaboração: autora, 2021.

As definições do suicídio englobam comportamentos altamente variáveis, com categorizações distintas. Para este estudo optamos por uma caracterização mais abrangente, levando em conta as classificações de comportamento suicida, entendendo por comportamento suicida todo o *continuum* de comportamentos que vão desde pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o desfecho letal, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida (BOTEGA, 2014). O comportamento suicida classifica-se em quatro categorias distintas (MARISBERMANN; SILVERMAN, 2000).

Quadro 2 – Termos referentes ao comportamento suicida utilizados neste estudo

COMPORTAMENTO SUICIDA	DEFINIÇÃO
Ideação suicida WENZE; BROWN; BECK, 2010	A ideação suicida é compreendida como pensamentos, crenças, imagens, vozes ou qualquer outra cognição mencionada pelo indivíduo que se refere a acabar com a própria vida.
Planejamento MELEIRO; BAHLS,2004	Já o planejamento para o suicídio acontece no momento em que o indivíduo, mobilizado com a ideação, decide planejar detalhes para a realização do ato, como o método a ser usado, o local, o melhor horário e, em alguns casos, escrever um bilhete de despedida.
Tentativa de suicídio OMS, 2017 DURKHEIM,1987	Comportamento suicida não fatal para os atos que não resultem em morte. Caracteriza-se por gestos autodestrutivos não fatais como automutilação ou autoenvenenamento, mas com intenção de morte. Estes gestos surgem como estratégia para resolução de um problema, como a última alternativa após terem sido esgotadas todas as outras possibilidades para o indivíduo. A tentativa de suicídio, por sua vez, é definida por comportamentos autoagressivos não fatais, que podem deixar sequelas, graves ou não.
Suicídio consumado POSNER;OQUENDO;GOULD; STANLEY;DAVIES, 2007	O suicídio se caracteriza por um comportamento potencialmente autolesivo, que resultou em fatalidade e foi associado a pelo menos alguma intenção de morrer como resultado do ato, ou seja, o comportamento altamente danoso, que resulta na morte.

Elaboração: autora, 2021.

A revisão da literatura possibilitou caracterizar o suicídio sob a perspectiva social, psicológica e psicossocial. Na perspectiva social, a publicação do livro intitulado “O Suicídio”, de 1897, de autoria de Émile Durkheim, apresenta uma discussão basilar para o suicídio em um contexto social. O suicídio é descrito por este autor como “todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (DURKHEIM, 2019, p. 14). O pensamento de Durkheim está inserido em um contexto europeu, no qual a concepção do suicídio no século XVIII era voltada para uma questão moral, para, no século XIX, ser visto como um problema social, aceitando dessa forma, a ideia de que o suicídio passou a ser encarado inicialmente de uma forma tradicional, e no século subsequente estando atrelado a uma nova

ordem junto ao crescimento do industrialismo. Então, através de estatísticas, puderam correlacionar as taxas diferenciais de suicídio a questões sociais e sociodemográficas (NUNES, 1998).

Durkheim, com sua obra sobre o suicídio, aliou a epidemiologia aos estudos das ciências sociais. Dessa forma, os dados estatísticos deram condições de determinar a natureza das causas sociais que acompanham os diferentes tipos de suicídio e para definir uma tendência coletiva para o suicídio. A afirmação abaixo deixa clara a ideia do sociólogo:

Com efeito, se em lugar de apenas vermos os suicídios como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que demandam ser examinados cada um separadamente, nós considerássemos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada, durante uma unidade de tempo dada, constata-se que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que ele constitui por si só um fato novo e sui generis, que possui sua unidade e sua individualidade, conseqüentemente sua natureza própria, e que, ademais, é uma natureza eminentemente social. (DURKHEIM, 2019, p.17)

Ao proceder assim, Durkheim traz à luz, na Sociologia francesa, o modelo que integrasse a teoria e os dados, não se refere somente a uma tomada de posição filosófica, mas principalmente à forma pela qual o conhecimento sociológico se produz, situando o objeto de estudo numa perspectiva que ressalta a sua maneira de interpretar a sociedade dentro de um referencial que tinha a dissolução social como questão básica (DURKHEIM, 2019; NUNES, 1998).

Cabe ressaltar que ao longo da história da humanidade, o suicídio sempre foi considerado como uma questão inquietante, decorrente principalmente pelos significados indissociáveis atribuídos a vida e a morte. Estas questões emergem nos discursos religiosos, filosóficos, legais, psicológicos e aos fatores individuais. Dessa maneira, através do estudo sociológico sobre o suicídio, Durkheim traz às luzes que não é prudente restringir o suicídio somente ao viés individual. No plano teórico, Durkheim propõe a categorização de três principais tipos de suicídios: egoísta, altruísta e anômico; baseado no grau de desequilíbrio de duas forças sociais: integração social e regulação moral.

No que denomina de suicídio egoísta, estabelecendo três pressupostos: O suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade religiosa. O suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade doméstica. O

suicídio varia na razão inversa do grau de integração da sociedade política (NUNES, 1998; TEIXEIRA, 2002). Ao suicídio egoísta, cujas altas taxas estariam relacionadas aos fenômenos ligados a uma diminuição da integração social (por exemplo: maiores taxas entre homens solteiros do que entre casados). Caracterizando o papel do egoísmo como origem do suicídio, declara: Quanto mais se enfraqueçam os grupos sociais a que ele (indivíduo) pertence, menos ele dependerá deles, e cada vez mais, por conseguinte, dependerá apenas de si mesmo para reconhecer como regras de conduta tão somente as que se calquem nos seus interesses particulares. Se, pois, concordarmos em chamar de egoísmo essa situação em que o eu individual se afirma com excesso diante do eu social e em detrimento deste último, podemos designar de egoísta o tipo particular de suicídio que resulta de uma individualização descomedida (DURKHEIM, 2019, p.162).

Quando trata do suicídio altruísta, Durkheim (2019, p. 168) afirma inicialmente: “Se, quando desligado da sociedade, o homem se mata facilmente, se mata também quando está por demais integrado nela”. Neste tipo de suicídio, Durkheim explicita que quando a individualidade inexistente ou é fraca, pessoas pertencentes a determinados grupos tendem a se suicidar com maior frequência. Portanto, não podem ser explicados como pertencentes ao tipo Suicídio de mulheres em um contexto psicossocial egoísta, e sim do tipo caracterizado por “uma fraca individuação ou do que designamos por altruísmo” (DURKHEIM, 2019, p. 183).

No que se refere ao suicídio anômico, Durkheim situa a anomia como sendo um fator regular e específico de suicídios nas sociedades modernas, sendo diferente dos outros tipos, pois “depende não do modo como os indivíduos estão presos à sociedade, mas da maneira como esta os rege” (DURKHEIM, 2019, p. 204). Quando ocorre desintegração de normas sociais e sendo está um processo não imediato, leva os indivíduos a não se ajustarem às novas condições. O mesmo se aplica, por exemplo, se uma crise é motivada por um brusco aumento de poder e riqueza, despertando todo tipo de cobiça, no exato momento em que as normas tradicionais perderam a sua autoridade. O estado de desregramento ou de anomia é, pois, reforçado pelo fato de que no momento que se necessitam de disciplinas sociais mais rígidas não há adaptação a estas (DURKHEIM, 2019; NUNES, 1998). Ainda sim, Durkheim apresenta o que se denomina “formas individuais dos diferentes tipos de

suicídios” (Durkheim, 2019, p. 222). Coloca em evidência que os tipos sociais que propõe correspondem aproximadamente a tipos psicológicos. Assim, ao suicídio egoísta corresponde apatia e secundariamente melancolia; ao altruísta, energia passional ou voluntária e sentimento do dever; ao anômico, corresponde irritação, desgosto e como variedade secundária, queixas contra a vida (NUNES, 1998).

Por fim, o cerne da questão sobre o suicídio como fenômeno social é evidenciado por Durkheim na seguinte afirmação: concluímos, de fato, que existe, para cada grupo social, uma tendência específica ao suicídio que nem a constituição orgânico-psíquica dos indivíduos nem a natureza do ambiente natural explicam. Resulta disso, por eliminação, que essa tendência deve depender de causas sociais e constituir por si mesma um fenômeno coletivo; inclusive, certos fatos que examinamos, sobretudo as variações geográficas e periódicas do suicídio, nos levaram expressamente a essa conclusão (DURKHEIM, 2019, p. 106).

Minayo e Cavalcante (2013) relatam que de maneira geral, o trabalho de Durkheim é clássico no sentido a que se propõe metodologicamente: “fazer as indicações das regularidades, recorrências e tendências”. Por outro lado, aponta para necessidade emergente de trabalhos empíricos atuais, para que sejam consideradas questões históricas específicas, diferenciações de sociedades, culturas, grupos e condições.

O suicídio no contexto psicológico é apresentado por Edwin Shneidman, o qual é criador da nova disciplina e do termo “suicidologia”, salientou que ela pertence à Psicologia, reconhecendo que o suicídio é uma crise psicológica. A “suicidologia” é a ciência dos comportamentos, pensamentos e sentimentos autodestrutivos, da mesma forma que a Psicologia é a ciência relativa à mente e seus processos, sentimentos e desejos (SHNEIDMAN, 1994).

Para Shneidman, os indivíduos que cometem suicídio, assim o fazem por não encontrarem outra solução possível para escapar de uma dor psicológica tida como insuportável. No percurso natural da vida, os indivíduos criam padrões psicológicos para reagirem aos problemas encontrados, e nesse contexto, o ser suicida passa por um estado de dor psíquica aumentada, estimulada ainda por certas necessidades psicológicas bloqueadas e frustradas (SHNEIDMAN, 1994).

Neste modelo conceitual, o suicídio estaria inserido em três dimensões principais - dor, perturbação e pressão - que ao atingir a intensidade máxima, para o indivíduo não sobriam muitos escapes, e o suicídio passaria a ser encarado como única saída para tais situações. Partindo do pressuposto que a dor psíquica é central na tríade supracitada, Shneidman (1994) afirma que ela está ligada, principalmente, a experiências negativas com necessidades psicológicas básicas que cada ser humano possui, como o conforto, segurança e autonomia, e dessa maneira a dor psíquica ocorre justamente pela dificuldade em lidar com o sofrimento, com a raiva e com a hostilidade geradas por tais frustrações. Shneidman (1994) e Lenaars (2010), afirmam que a intenção do ato suicida se caracteriza quando se demonstra que a vítima quando realizou a ação autodestrutiva tinha um entendimento de sua natureza física e de suas consequências, trazendo à tona a questão da intencionalidade, a intenção é ter em mente algo a ser realizado, ter um objetivo, um propósito, um plano. Neste caso ao suicidar-se, a premissa não seria propriamente o desejo de morrer, mas a vontade de livrar-se daquilo que está causando a angústia, dor ou perturbação. No entendimento de Shneidman, o suicídio, no mundo ocidental, é um ato de autoaniquilamento consciente, mais bem compreendido como um mal-estar multidimensional num indivíduo vulnerável, que ao definir um ou mais temas-problemas, enxerga o autoextermínio como melhor solução (SHNEIDMAN, 1994).

Os estudos de Shneidman tiveram repercussões sociais significativas. Através deles, criou-se o primeiro Centro de Prevenção de Suicídio em Los Angeles, que tinha como propósito atender por telefone demanda de pessoas com risco suicida e pela capacitação de pessoas voluntárias, que não eram profissionais da saúde necessariamente para atuarem neste serviço, sendo impulsionador de outras estratégias parecidas, como o Centro de Valorização da Vida (CVV) aqui no Brasil. Tendo em vista outros aspectos, além dos psicopatológicos, e com os anos de estudo da suicidologia, Shneidman criou o método de Autópsia Psicológica, instrumento que permite reconstituir de forma retrospectiva fatores relacionados às circunstâncias da saúde física, mental e alguns aspectos sociais, das pessoas que morreram por suicídio. Para tal feito, se faz necessário uma análise criteriosa das informações sobre o sujeito, que são obtidas através de entrevistas com pessoas que conviveram com o indivíduo (familiares, amigos, vizinhos), além de entrevistas, podem ser acessados

prontuários médicos, laudos periciais e registros policiais e depoimentos de equipes de saúde que conheceram a pessoa e tiveram acesso ao contexto sociocultural e das possíveis causas de seu ato (SHNEIDMAN, 1994; ISOMETSA, 2001; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012).

Na abordagem psicossocial dos estudos sobre suicídio, segundo Cassorla (2005), reconhece-se que a conjuntura mental clássica dos indivíduos não é por si só a causa dos suicídios, mas a dimensão da dinâmica psicológica, atrelada a diversos fatores determinantes, buscando assim enxergar o fenômeno na sua complexidade e nas suas diversas interfaces.

No entanto, apesar de na perspectiva da Autópsia Psicológica já haver a integração de fatores históricos, psicológicos e sociais, Maria Cecília de Souza Minayo e Fátima Maria de Cavalcante, estudiosas brasileiras sobre violências, propuseram analisar o suicídio como fenômeno psicossocial, que se constitui como processo construído e potencializado no decorrer da vida de cada indivíduo (CAVALCANTE; MINAYO, 2010). Dessa forma, intitularam de Autópsia Psicossocial um modelo teórico de estudos sobre o suicídio que pudesse integrar de forma interativa ao que já havia sido proposto por Shneidman a uma perspectiva psicossociológica que de acordo com Cavalcante e Minayo (2010) aprofunda a relação entre biografia e vida em sociedade à clássica visão de Durkheim que define o suicídio como um evento que se presentifica em contextos sociais específicos; e às recomendações de Lester e Thomas que sugerem o uso de estudos contextualizados para se estabelecer nexos causais entre aspectos sociais, contextos e subjetividade (MINAYO; CAVALCANTE, 2012.,).

De acordo com Minayo, Cavalcante e Souza (2006), pensar triangulando as teorias supracitadas é reconhecer, na compreensão e análise das narrativas dos familiares, alguns elementos imprescindíveis, como os contextos em que os fatos, como fenômenos ocorrem; as interações e relações dos vários aspectos, psíquicos, sociais, culturais, presentes nos contextos; a quebra de uma visão linear e reducionista de causa-efeito; e a abertura para a complexidade de significados dos fenômenos psicossociais. Inicialmente, o método das pesquisadoras brasileiras foi desenvolvido para a utilização em idosos, notadamente a faixa etária da população que mais se suicida no mundo, no entanto, pelo rigor que a abordagem psicossocial traz, pode ser utilizada para diferentes grupos, desde que se organizem da forma

original pela técnica de entrevista semiestruturada e que contemple os seguintes aspectos: a caracterização psicossocial da pessoa que morreu por suicídio e de seus familiares com base em dados da história e do modo de vida, avaliação dos antecedentes e do ambiente que antecedeu a morte, impacto do suicídio na família, o estado mental da pessoa antes da morte, até ressaltar os fatores mais relevantes e concatená-los de forma circunstanciada (MINAYO; CAVALCANTE, 2012;).

Reconhecendo que para cada padrão interativo prediz o suicídio como multifatorial, particular e singular, dá-se a importância das abordagens teóricas descritas principalmente no que diz respeito ao aprofundamento necessário para entender este fenômeno complexo e ser capaz de refletir em possibilidades de prevenção.

Este tópico buscou descrever as definições que abrangem o comportamento suicida, bem como sua caracterização de acordo com diferentes abordagens. Observa-se que a definição do suicídio vem, ao longo do tempo, passando por modificações. Entretanto, está ligada a um sofrimento intenso que apresenta como resultado um pensamento e um comportamento autolesivo que pode ou não resultar na morte. Diante das definições identificadas sobre o comportamento suicida, o objeto de pesquisa irá debruçar-se sobre a tentativa de suicídio, comportamento este, caracterizado por gestos autodestrutivos não fatais.

4.2 FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA

A epidemiologia do suicídio no Brasil e no mundo, bem como as principais causas, métodos utilizados, a relação entre o estado mental e o suicídio, os aspectos bioéticos do tema e a importância das políticas de prevenção e pósvenção ao comportamento suicida tem sido um tema bastante abordado por pesquisadores do assunto. Nesse sentido, cabe ressaltar a importância dos dados epidemiológicos para a construção do conhecimento sobre o fenômeno estudado.

Dados epidemiológicos são muito úteis na caracterização dos fenômenos estudados. Especificamente no caso do comportamento suicida, quanto mais informações houver sobre tal caracterização, como por exemplo, os dados socioeconômicos, maiores as chances dos profissionais de saúde e da população ter ferramentas no auxílio dessa problemática (BAPTISTA; BORGES, 2005, p. 430).

Em inúmeros países, o fenômeno do suicídio e a sua tentativa constituem um problema de saúde pública de primordial importância, ao ser considerado em números absolutos, como também em termos de sofrimento humano e econômico, mais especificamente entre adolescentes e adultos jovens (DIEKSTRA; GARNFFSKI, 1995).

Muitos estudos buscam identificar as razões que levam o ser humano a pôr fim em sua vida. As linhas de pesquisa sobre esse tema, nos dias atuais, têm se direcionado à identificação de fatores de risco e de proteção das pessoas que apresentam comportamento suicida.

Segundo a OMS (2021) as taxas de suicídio caíram nos 20 anos entre 2000 e 2019, com a taxa global diminuindo 36%, diminuições variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% no Pacífico Ocidental. Mas na Região das Américas, as taxas aumentaram 17% no mesmo período.

Segundo a OMS, ainda que o suicídio tenha grande correlação com os distúrbios mentais, muitos deles acontecem devido a crises emocionais, ligadas ao sentimento de incapacidade de lidar com desafios e estresses da vida, como problemas de relacionamento, financeiros e doenças crônicas, além do acontecimento de desastres, violência, abuso e grupos vulneráveis que sofrem discriminação como migrantes, refugiados, homossexuais e prisioneiros. Contudo, uma tentativa anterior de suicídio é o maior fator de risco entre todos (OMS 2017).

O risco para o suicídio se intensifica, quando ocorrem tentativas anteriores, estando também associado a curtos intervalos de tempo entre uma tentativa e outra. Entre os atendimentos prestados em setores de emergência aos pacientes que tentam contra a própria vida, estima-se que de 30% a 60% já tentaram a autoexterminação anteriormente, e que de 10% a 20% tentarão de novo no limite de um ano (GUTIERREZ, 2014).

Estima-se que existam cerca de 10 a 20 tentativas graves que necessitem de cuidados médicos para cada caso de suicídio. A cada tentativa registrada existem cerca de outras 4 não notificadas (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Dentre os métodos mais utilizados pela população em geral, a autointoxicação com o uso de pesticida é responsável por 30% dos suicídios, sendo que sua ocorrência é

maior em países de baixa e média renda. Em áreas agrícolas, o suicídio também apresentou elevada frequência, tendo também como causas, o enforcamento e o uso de armas de fogo (WHO, 2017). As taxas de autoextermínio em relação aos gêneros demonstram que há maior incidência de casos consumados em pessoas do sexo masculino. Ao se confrontarem as taxas, os homens se destacam em uma razão próxima de 4 para 1. Estes são relacionados a utilização de meios mais fatais, que levam à consumação do ato ou os levam a necessitarem de cuidados intensivos com elevado risco de morte. Ao se tratar das faixas etárias, as populações que se destacam no aumento dos índices de ocorrência são os adultos entre 20 e 59 anos (CALIXTO; ZERBINI, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), a vulnerabilidade associada à doença mental, à depressão, ao alcoolismo, à violência, às perdas, à história de tentativa de suicídio, bem como à “bagagem” cultural e social (característica que possibilita independência intelectual, aquisição e expressão de pensamentos próprios) representam os maiores fatores de risco ao suicídio.

É relevante considerar que esses aspectos, isoladamente, não são preditores do suicídio, mas as consequências derivadas dos mesmos podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida. Existem muitos fatores de risco para a tentativa e o suicídio total, e não há um único fator capaz de prever eventos de curto ou longo prazo. Portanto, a avaliação deve ser completa, individualizada e considerar a combinação de múltiplos fatores, com ênfase particular na história pessoal e familiar de comportamento suicida, presença de doença mental aguda e estressores que os indivíduos têm dificuldade em lidar (AVANCI; PEDRÃO; COSTA, 2005; BAPTISTA; BORGES, 2004; WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER; CASSORLA, 1991;).

Os fatores protetivos fortalecem as estratégias de enfrentamento do sujeito e constituem-se em condições de suporte que ajudam a diminuir a probabilidade do indivíduo engajar-se em um comportamento suicida (BARRIOS; DIX-RICHARDSON; GUTIERREZ; KOPPER; MUELHLENKAMP; OSMAN, 2004).

O risco, mas também a presença ou a ausência de indicadores protetivos, determina se a pessoa vai perder o controle sobre sua situação de vida e se o resultado será o suicídio, uma tentativa de suicídio ou apenas uma ideação suicida.

Os atos suicidas ocorrem quando os riscos estão presentes e agem, e os indicadores protetivos estão ausentes (WASSERMAN, 2001).

Wasserman propõe quatro esferas de indicadores protetivos, entre eles: (1) estilos cognitivos e características de personalidade; (2) modelo familiar; (3) fatores culturais e sociais e (4) fatores ambientais. A esfera composta pelos estilos cognitivos e características de personalidade envolve: um senso de valor pessoal; confiança em si mesmo e em suas próprias realizações; capacidade para procurar ajuda quando as dificuldades aparecem; tendência a aconselharem-se quando decisões importantes precisam ser tomadas; abertura para experiências e soluções de outras pessoas; abertura para aprender; habilidade para comunicar-se.

No que se refere ao modelo familiar, Wasserman propõe que boas relações familiares e bom suporte familiar são protetivos contra o suicídio, além da experiência de ter pais devotados e coerentes. Os aspectos culturais e sociais positivamente associados ao suicídio apontados pela autora são: adoção de valores e tradições culturais específicos; boas relações com amigos, colegas e vizinhos; suporte de pessoas importantes para o sujeito; senso de propósito para a própria vida; integração social como participação em atividades esportivas, religiosas, sociais. Os fatores ambientais que podem se caracterizar como fatores protetivos associados ao suicídio são: uma boa dieta, bom sono, luz solar e ambiente sem drogas (WASSERMAN, 2001).

A OMS (2000) identifica como fatores importantes que fornecem proteção contra o comportamento suicida: padrões familiares (bom relacionamento com familiares; apoio familiar); personalidade e estilo cognitivo (boas habilidades/ relações sociais; confiança em si mesmo, em suas conquistas e sua situação atual; capacidade de procurar ajuda quando surgem dificuldades; capacidade de procurar conselhos quando decisões importantes devem ser tomadas; estar aberto para os conselhos e as soluções de outras pessoas mais experientes; estar aberto ao conhecimento); fatores culturais e sociodemográficos (integração social; bom relacionamento com colegas de escola; bom relacionamento com professores e outros adultos; aceita a ajuda de pessoas relevantes).

Conclui-se com esta revisão que a temática do comportamento suicida é bastante ampla, podendo ser analisada por diferentes perspectivas, social, psicológica

e psicossocial. Assim, considerando os conceitos que envolvem este comportamento, especificamente às tentativas de suicídio, bem como os fatores associados a ela, foi possível correlacioná-los às características identificadas no perfil da população em estudo.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*Caminante, no hay camino;
se hace camino al andar.
Al andar se hace o caminho,
Y al volver la vista atrás,
Se v ela senda
Machado, 1946, p. 172.*

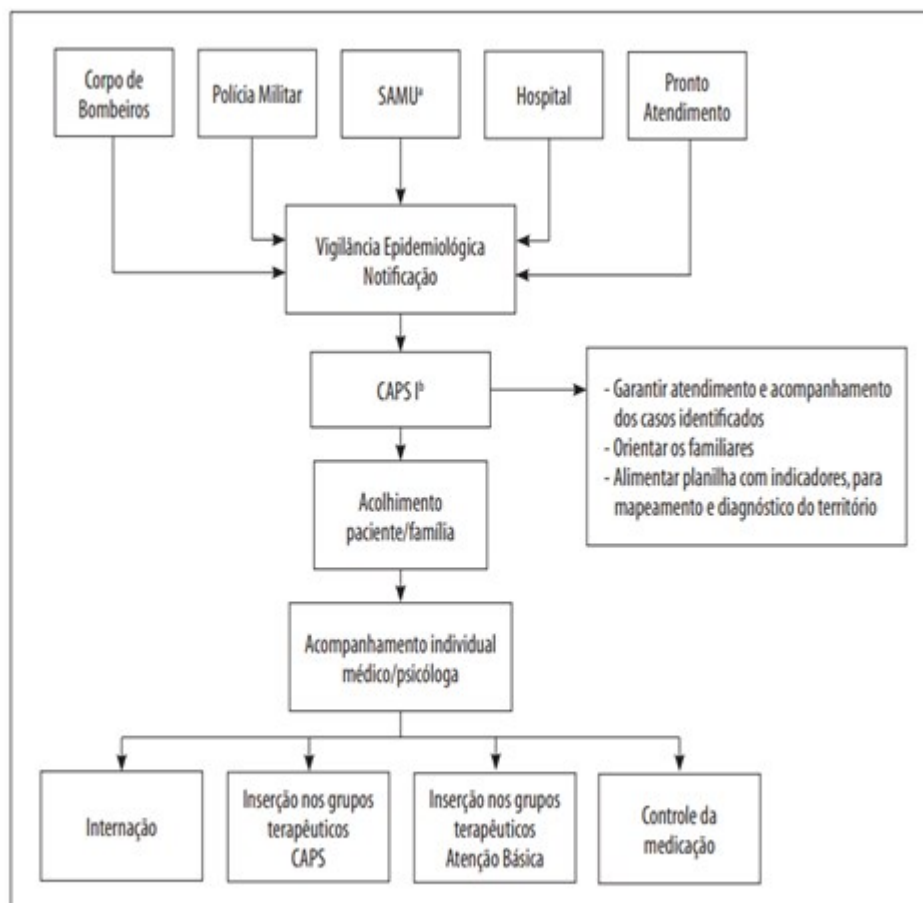
5.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo epidemiológico, do tipo transversal (Medronho, 2009). Foram estudadas todas as notificações de tentativas de suicídio realizadas no município de Fraiburgo, no período de 2014 a 2021.

5.2 ORIGEM DOS DADOS

Os dados utilizados são provenientes da Secretaria de Saúde do município de Fraiburgo. Esse banco, com dados anonimizados, foi constituído após a elaboração do Protocolo de Saúde Mental do município de Fraiburgo, aprovado na reunião do Conselho Municipal de Saúde CMS em 18.06.2014. O fluxograma de constituição do banco de dados (Figura 2) inicia com a Vigilância Epidemiológica, a qual recebe a notificação de Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada ou a Ficha de Intoxicação exógena e informa de imediato ao CAPS I, via correio eletrônico, para que este realize o atendimento e o acompanhamento do caso identificado.

Figura 2 – Fluxograma do atendimento as pessoas que tentaram suicídio no município de Fraiburgo/SC.



a) SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
b) CAPS I: Centro de Atenção Psicossocial I.

O serviço de acolhimento, realizado pelo CAPS I, possui um instrumento para o atendimento dessa demanda, que contém as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, bairro de residência, ocupação, local de ocorrência do ato, estabelecimento notificador, forma de tentativa, motivos desencadeadores do ato, sob efeito de substâncias psicoativas no ato, em acompanhamento em algum serviço, data de ocorrência, transtorno mental associado e reincidência durante o período do estudo.

As variáveis desse instrumento são registradas em uma planilha de dados – Controle de Notificações –, utilizando-se o aplicativo Microsoft Excel. A alimentação e a retroalimentação da planilha estão disponíveis e sob a responsabilidade dos

profissionais do CAPS I. A inclusão no banco de dados se dá após a tentativa de suicídio das pessoas residentes no município. Para fins dessa pesquisa, cabe ressaltar que a planilha “Controle de Notificações”, criada no Microsoft Excel, não consta nome das pessoas. Todos os dados estão organizados de forma agregada e anonimizada.

Para o cálculo das taxas de prevalência, em relação ao ano, foram utilizados os dados populacionais da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), estimada pelo IBGE, referente ao período de 2014 a 2021. Para realizados dos cálculos das demais taxas de prevalência (sexo, faixa etária e escolaridade) foram utilizados os dados populacionais do Censo de 2010, exceto para o cálculo da taxa de prevalência segundo a ESF, em que foram utilizados os dados populacionais do relatório de Cobertura Estratégica de Saúde da Família ESF (SECRETARIA MUNICIPAL DE FRAIBURGO, 2021).

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO QUE ORIGINOU OS DADOS ANALISADOS

Os dados fazem referência a população do município de Fraiburgo, o qual nasceu da saga de seus empreendedores pioneiros. Em terras antes contestadas entre a fazenda Liberata e Butiá Verde, no Planalto Serrano, meio oeste catarinense, foi onde em 1937 os irmãos Frey (René e Arnoldo) deram início ao povoado. O nome do município provem dos radicais FREI + BURGO, que significam respectivamente Frei = livre e Burgo = fortaleza, sendo que a palavra frei assemelhasse muito com o nome dos precursores que fundaram o município: Família Frey.

O Município de Fraiburgo situa-se na região do meio oeste catarinense e conforme descrito na Lei Estadual 11.340/2000 limita-se com os Municípios de Rio das Antas, Lebon Régis, Curitibanos, Frei Rogério, Monte Carlo, Tangará e Videira. Sua colonização é cabocla, alemã e italiana.

Apresenta uma área física de 546 Km², equivalente a 0,57% da superfície do Estado. Seu relevo é suavemente ondulado, variando até o formato ondulado. Possui

um clima temperado, com temperaturas mínimas de -5°C e máximas de $35,2^{\circ}\text{C}$. Por sua altitude de 1.048 metros ao nível do mar, apresenta baixas temperaturas durante a maior parte do ano. Devido às suas temperaturas e a sua altitude, ao final do ciclo madeireiro, a cidade encontrou sua vocação no cultivo de maçã, a qual é produzida em larga escala no município, e o tornou conhecido como “Terra da Maçã”. Atualmente, Fraiburgo representa 22% da produção estadual e 20% do processamento nacional. Fraiburgo também é um grande produtor de pêssego, kiwi, nectarina, mel, alho, cebola, feijão, trigo e milho. Na pecuária é expressiva a bovinocultura de leite, criação de aves e, em ritmo crescente, a de suínos. A produção de papel e celulose e o ramo moveleiro também são expressivas potências econômicas.

Outro fator de fomento do desenvolvimento municipal é o turismo. Atualmente, o município faz parte da região turística do Vale dos Imigrantes e do roteiro turístico regional da Rota da Amizade Convention & Visitors Bureau.

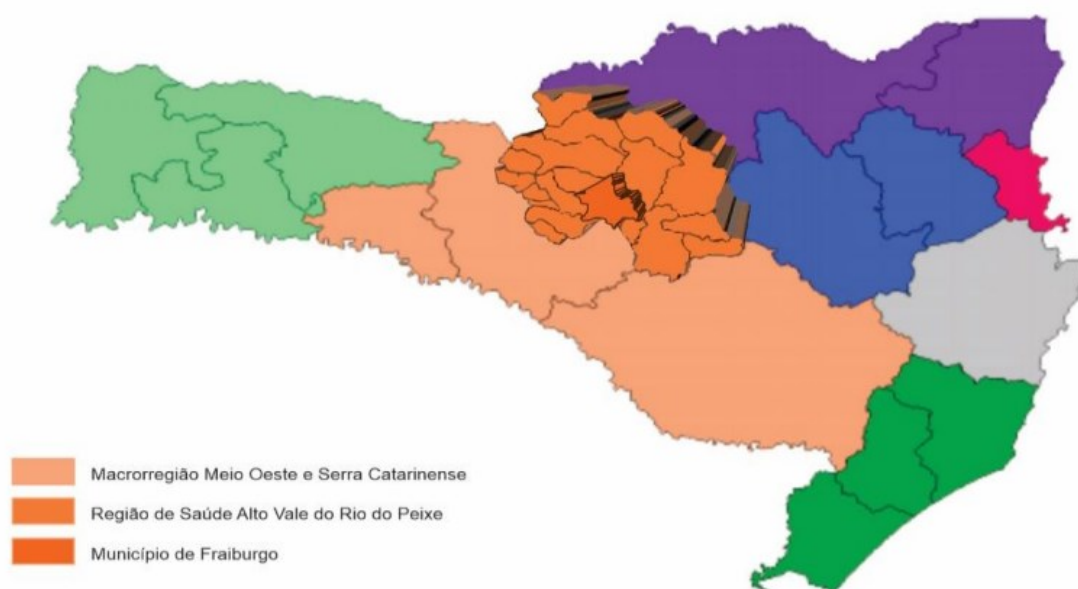
O município está dividido geograficamente em 14 bairros e 57 localidades rurais e de acordo com dados extraídos do *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Secretaria de Estado da Saúde (2021) a população estimada em Fraiburgo, em 2021 é de 36.723 habitantes, de acordo com o IBGE. Quanto os grupos constituídos em situações de vulnerabilidade social e econômica que se encontram mais suscetíveis aos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes, temos os safristas, os papaleiros, os assentados e os moradores da localidade Nossa Senhora Aparecida junto ao Bairro São Miguel e os moradores do Bairro Vila Nova.

No Município de Fraiburgo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) cresceu 39,0% entre 1991 e 2010 e a classificação do IDHM geral do Município mudou de "médio" (0,526) em 1991 para "alto desenvolvimento humano" (0,731) em 2010, ocupando a 993^a posição no ranking nacional. O IDHM também é subdividido em outros três: IDHM de Renda, Longevidade e Educação. A classificação de Fraiburgo para a subdivisão do índice é de muito alta para longevidade (0,860) e alta para renda (0,712) e moderada para educação (0,637).

Como pode ser observado na figura 2, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Fraiburgo

pertence a Macrorregião do Meio Oeste e Serra Catarinense com uma população de referência de 919.122 habitantes segundo estimativa IBGE 2019, a qual é composta por 04 Regiões de Saúde: Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe e Serra Catarinense. Fraiburgo compõe a Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe, sendo o município mais populoso dos 20 (vinte) municípios da região, com uma população de referência de 294.895 habitantes, segundo estimativa IBGE 2019.

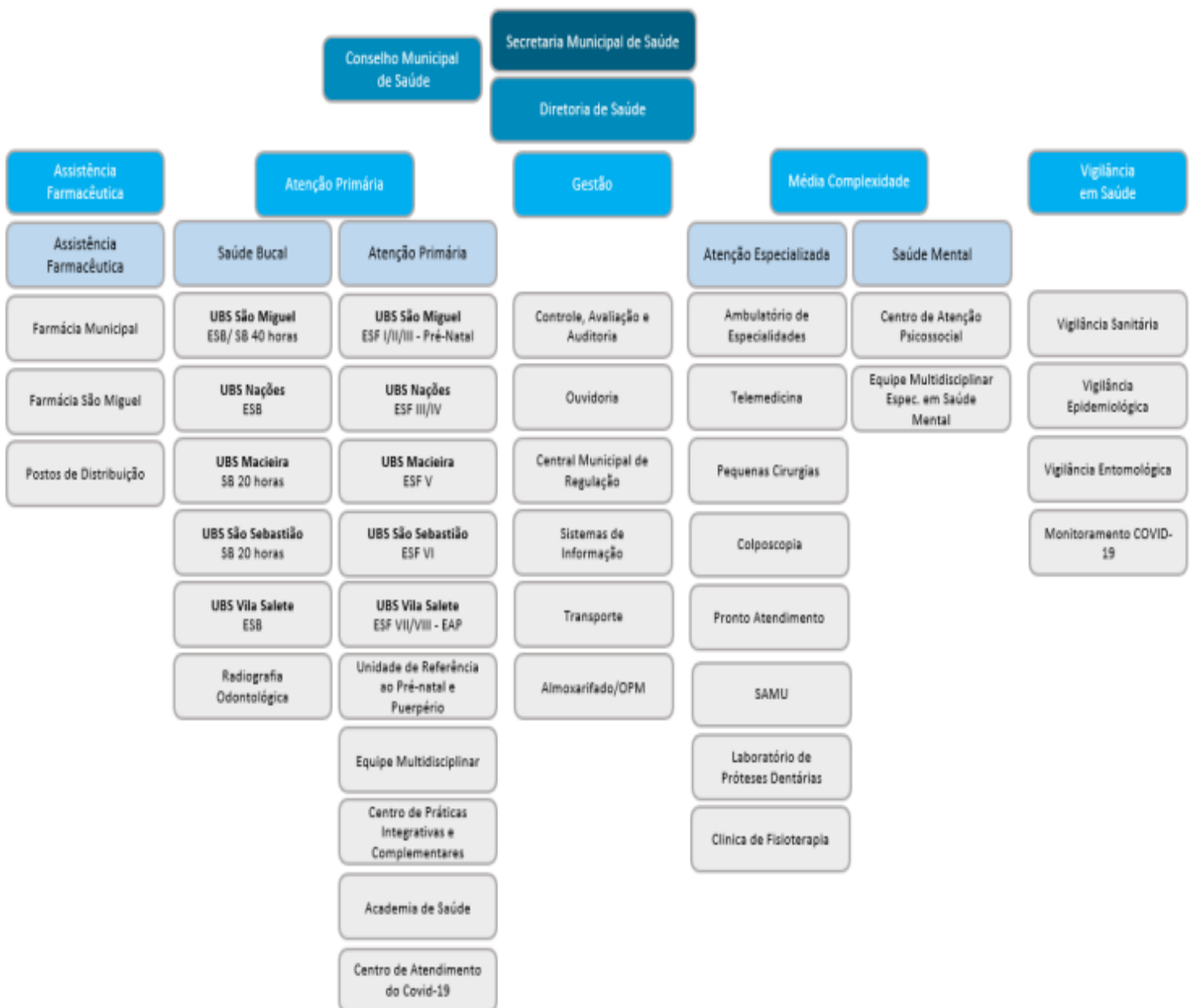
Figura 3 – Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina



Fonte: Plano Municipal da Secretaria de Saúde, 2022.

O sistema municipal de saúde deve ser responsável pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. Sendo assim, a atenção primária à Saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a gestão municipal. O organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo, representado na figura 3, apresenta a organização dos serviços de saúde a nível municipal e demonstra que a atenção primária à saúde que é a principal porta de entrada do cidadão contando atualmente com cinco Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, nove equipes de saúde da família e uma equipe de atenção primária.

Figura 4 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo, 2021.



Fonte: SMS,2021.

No que tange aos tipos de estabelecimentos presentes no município, conforme apresentado na figura 4, 56% se referem aos Centros de Saúde/Unidade Básica, que compreendem as cinco Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, uma Unidade de Referência ao Pré-natal e Puerpério e um Centro de Práticas Integrativas e Complementares.

As Unidades Básicas de Saúde prestam os seguintes serviços: Atendimento Médico (Médico da ESF, Ginecologista/Obstetra, Pediatra); Atendimento Odontológico Cirurgião Dentista da ESF e THD); Atendimento de Enfermagem; Preventivo do Câncer de Colo de Útero e Mamas; Posto de Distribuição de Medicamentos; SISVAN – Sistema de Vigilância e Alimentação Nutricional; Estruturadas conforme figura 5 Cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESF:

Figura 5 - Cobertura Estratégica de Saúde da Família ESF

Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo									
Cobertura Estratégica de Saúde da Família – ESF									
População: 35618 habitantes. (IBGE)									
Nº	Modalidade	Equipe	Total de Micro Áreas Cadastradas	Nº ACS Micro Áreas (ativas) com ACS	Pop/ACS (cobertura aprox. por ACS ativo)	Pop/ACS (cobertura)	Nº Pessoas Total (integrantes ativos)	Nº Domicílios Total	Nº Famílias Ativas Total
1	ESF	São Miguel I	4	2	620	1.240	2.481	828	832
2	ESF + ESB Mod. I	São Miguel II	4	2	705	2.115	2.820	844	844
3	ESF	São Miguel III	5	4	470	1.880	2.350	785	789
4	ESF + ESB Mod. I	Nações	7	4	702	2.808	4.917	1.772	1.772
5	ESF + ESB Mod. I	São José	7	4	557	2.228	3.900	1.437	1.437
6	ESF	Macieira	7	5	374	1.870	2.619	854	873
7	ESF	São Sebastião	7	4	364	1.456	2.546	884	885
8	ESF	Vila Salete	6	2	456	1.368	2.738	966	966
9	ESF 10	São José II	8	6	209	1.254	1.671	574	574
Total			55	33	4.458	16.219	26.042	8.944	8.972
Total Pessoas Cadastradas no ESF									26.042

Na atenção especializada, o município conta com o ambulatório de Saúde Mental e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O ambulatório de saúde mental, está vinculado a Coordenação da Secretaria Saúde, sendo implantado em fevereiro de 2021. Trata-se de uma estrutura situada no nível de atenção secundária, oferecendo basicamente atendimento psiquiátrico, psicológico e assistência social individual ou em grupo a todas as faixas etárias e desempenhando uma função complementar à atenção básica e ao CAPS.

A relevância em localizar-se num nível secundário de atenção faz com que o ambulatório de saúde mental seja, na rede de cuidados, o dispositivo que oferta um cuidado especializado não previsto na atenção básica, de modo continuado e com possibilidade resolutiva.

O serviço do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, foi inaugurado no dia 24/10/2011, tendo como objetivo acolher pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes, estimulando a integração social e familiar do paciente, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia. Tendo como foco o atendimento psicossocial, realizado através de oficinas terapêuticas que visam à reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Compondo a rede de atenção psicossocial, no nível da atenção hospitalar temos a Associação Fraiburquense de saúde coletiva, a qual é uma entidade civil, sem fins lucrativos, reconhecida de utilidade pública pela Lei Municipal n.º 2183, de 25 de abril de 2013. A classificação do hospital, de acordo com a Portaria nº 2.224/GM/2002, que define a Classificação Hospitalar do SUS, corresponde ao Porte I.

Os usuários que necessitam de atendimento hospitalar de média e alta complexidade, não disponíveis no hospital de Fraiburgo, são encaminhados para os municípios, de acordo com a PPI hospitalar. Sendo alguns na região e outros nos grandes centros. Demanda essa que poderia, na sua grande maioria, ser atendida no próprio município, mas que por falta de equipamentos, principalmente para o centro cirúrgico, acaba sendo transferida para outros centros.

Na estruturação das redes de atenção à saúde, o hospital de Fraiburgo foi incluído no Plano da Rede de Urgência e Emergência como Hospital de Retaguarda com 25 leitos e na Rede de Atendimento Psicossocial a inclusão de 04 novos leitos com o objetivo de oferecer suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica, sempre respeitadas as determinações da Lei Nº 10.216, de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência.

5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável desfecho (dependente) do estudo é a tentativa de suicídio. Já as variáveis independentes utilizadas no estudo são descritas no Quadro 3 as variáveis

nominais e ordinais), bem como suas categorias de resposta e recategorização, quando necessário. Algumas variáveis foram recategorizadas para facilitar a análise dos dados e interpretação dos resultados.

Quadro 3 – Descrição das variáveis independentes do estudo

VARIÁVEL	CATEGORIAS DE RESPOSTA
Sexo	Masculino, feminino
Bairro de residência	Assentamento Butiá Verde, Assentamento Contestado, Assentamento Dandara, Bela Vista, Centro, Faxinal dos Carvalhos, Faxinal dos Domingues, Gruta Nossa Senhora Aparecida, Jardim América, Jardim das Hortências, Liberata, Linha Baia, Macieira, Nações, Nossa Senhora Aparecida, Rio Mansinho, Santa Mônica, Santo Antônio, São Cristóvão, São José, São Miguel, São Sebastião, Taquaruçu de Cima, Vila Fischer, Vila Nova, Vila Salete, X de Novembro
Ocupação	Agricultor, Aposentado, Atendente de Farmácia, Atendente de Loja, Autônomo, Auxiliar de Produção, Auxiliar Mecânico, Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar Odontológico, Caminhoneiro, Comércio, Dona de Casa, Estudante, Fruticultor, Funcionário Público, Indústria, Magistério, Operador de Telefonia, Professor, Servente de Pedreiro, Técnica em Enfermagem
Estabelecimento notificador	APAE, CAPS, Conselho tutelar, Escola, Hospital NASF, Polícia militar, SAMU, Unidade Básica de Saúde, UPA, Vigilância epidemiológica
Local de ocorrência do ato	Abrigo Institucional, Empresa, Lago, Mato, Residência, UPA, Via pública
Forma de tentativa	Afogamento, Agulha de crochê, Arma branca Asfixia com as próprias mãos, Enforcamento Fogo, Ingestão de água sanitária, Ingestão de produto químico, Intoxicação medicamentosa Intoxicação por pesticida, Intoxicação por raticida, Precipitação

Motivos desencadeadores do ato	Conflito conjugal, Conflito familiar, Conflito judicial, Conflito laboral, Conflito namorado, Conflito pessoal, Dificuldade financeira, Emagrecer, Luto mal elaborado, Não identificado, Pressão da faculdade, Violência na infância, Violência sexual
Diagnóstico prévio	Bouderline, Uso problemático de álcool e outras drogas, esquizofrenia, Diabete, Esquizofrenia, Não possui, Outros transtornos ansiosos, Retardo Mental Leve, Sequelas de doenças cerebrovasculares, Transtorno afetivo bipolar, Transtorno específico de personalidade
Sob efeito de substância psicoativas no ato	Sim, Não
Estações do ano	Primavera, Verão, Outono, Inverno
Acolhimento	CAPS , Particular, Não compareceram
Atendimento psicológico	Sim, Não
Atendimento psiquiátrico	Sim, Não
Internação	Sim, Não
Controle da medicação	Sim, Não
Orientações aos familiares	Sim, Não
Ano	2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021
Meses do ano	Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro, Dezembro
Dias da semana	Domingo, Segunda, Terça, Quarta, Quinta, Sexta, Sábado
Faixa etária	11 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, , 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 ou mais
Escolaridade	Analfabeto, Ensino fundamental, Ensino médio, Ensino Superior
Reincidência na tentativa de suicídio	Nenhuma vez, 1x, 2x, 3x

A variável bairro de residência foi recategorizada para facilitar a análise dos dados e interpretação dos resultados, sendo realizado o agrupamento dos bairros por Estratégia de Saúde as Família (ESF)

- 1 - ESF Macieira: Liberata, Faxinal dos Carvalhos, São Roque, Macieira, São Luiz, Passo da Raiz, Taquaruçu de Cima, Campina do Serro, Santa Helena, Assentamento Contestado, Assentamento Dandara;
- 2 - ESF Nações: Nações, Santo Antônio, Portal, Vila Fischer,
- 3 - ESF São José I: São José, Jardim América
- 4 - ESF São Miguel I, II, III: São Miguel, Nossa Senhora Aparecida, Assentamento São João Maria
- 5 - ESF São Sebastião: Arroio da Barra, Assentamento Dandara, Barro Preto, Dez de Novembro, Linha Baia, Linha Brasília, Linha Quinze, Mirassol, Papuã, São Sebastião
- 6 - ESF Vila Salete: Vila Salete, Vila Nova, São Cristóvão, Jardim das Hortênsias, Bela Vista, Colina do Sol, Santa Mônica
- 7 - ESF São José II: Gruta Nossa Senhora de Lourdes, Faxinal dos Domingues, Rio Mansinho, Butiá Verde.
- 8 - EAP Vila Salete: Centro

Para o cálculo das taxas a variável escolaridade foi dividida em cinco parâmetros, conforme o censo do IBGE para cálculo da taxa: não determinado, sem instrução e fundamental incompleto, fundamental completo e médio incompleto, médio completo e superior incompleto, e superior incompleto

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A digitação, consolidação e análise dos dados foram realizadas no software EXCEL 2019. Os resultados são o apresentados através de tabelas e gráficos e discutidos com base nos estudos identificados na fundamentação teórica.

As taxas de tentativas de suicídio foram calculadas segundo a fórmula geral (MEDRONHO, 2009):

$$TS = \frac{\text{Número de tentativas suicídios} \times (100.000)}{\text{Média da população estimada do período de 2014 a 2021}}$$

Foram calculadas as taxas de prevalência, por 100.000 habitantes, em relação ao ano, sexo, faixa etária, escolaridade e estratégia de saúde da família.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolo nº 53328521.0.0000.0121 (CAAE), cumprindo-se as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, pesquisa com seres humanos. Sendo cadastrado na Plataforma Brasil, conforme parecer consubstanciado anexo.

6 RESULTADOS

*“Vou fazer do meu fim minha esperança,
Oh sono, vem!... Que eu quero amar a morte
Com o mesmo engano que amei a vida.”*

Mário de Andrade

Este estudo analisou 423 casos de tentativas de suicídio notificadas à Vigilância Epidemiológica do município de Fraiburgo, Santa Catarina, no período de 2014 a 2021. Na Tabela 2 é possível observar a distribuição percentual dos casos de acordo com as características sociodemográficas, distribuição temporal, características do evento e do atendimento realizado.

Tabela 2 – Distribuição das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.

Sexo	n	%
Feminino	291	68,79
Masculino	132	32,21
Faixa etária		
10-19	116	27,42
20-29	127	30,02
30-39	74	17,49
40-49	74	17,49
50-59	17	4,02
60 ou +	15	3,55
Escolaridade		
Analfabeto	4	0,95
Ensino fundamental	189	44,68
Ensino médio	194	45,86
Ensino Superior	32	7,57

Tabela 2 – Distribuição das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.

Continuação da Tabela 2

Bairro de residência		
Assentamento Bútia Verde	2	0,47
Assentamento Contestado	2	0,47
Assentamento Dandara	1	0,24
Bela Vista	6	1,42
Centro	22	5,20
Faxinal dos Carvalhos	3	0,71
Faxinal dos Domingues	1	0,24
Gruta Nossa Senhora de Lourdes	1	0,24
Jardim América	28	6,62
Jardim das Hortências	1	0,24
Liberata	10	2,36
Linha Baia	9	2,13
Macieira	13	3,07
Nações	39	9,22
Nossa Senhora Aparecida	48	11,35
Rio Mansinho	1	0,24
Santa Mônica	7	1,65
Santo Antônio	20	4,73
São Cristovão	10	2,36
São José	41	9,69
São Miguel	109	25,77
São Sebastião	27	6,38
Taquarucu de Cima	1	0,24
Vila Fischer	1	0,24
Vila Nova	7	1,65
Vila Salete	6	1,42
X de Novembro	7	1,65
ESF		
ESF Maceira Liberata, Faxinal dos Carvalhos, São Roque, Macieira, São Luiz, Passo da Raiz, Taquaruçu de Cima, Campina do Serro, Santa Helena, Assentamento Contestado, Assentamento Dandara	29	6,86
ESF Nações Nações, Santo Antônio, Portal, Vila Fischer	60	14,18
ESF São José I São José, Jardim América	69	16,31
ESF São Miguel I, II, III São Miguel, Nossa Senhora Aparecida, Assentamento São João Maria	157	37,12
ESF São Sebastião		

Tabela 2 – Distribuição das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.

Continuação da Tabela 2

ESF		
Arroio da Barra, Assentamento Dandara, Barro Preto, Dez de Novembro, Linha Baia, Linha Brasília, Linha Quinze, Mirassol, Papuã, São Sebastião	44	10,40
ESF Vila Salete		
Vila Salete, Vila Nova, São Cristóvão, Jardim das Hortências, Bela Vista, Colina do Sol, Santa Mônica	37	8,75
ESF São José II		
Gruta Nossa Senhora de Lourdes, Faxinal dos Domingues, Rio Mansinho, Butiá Verde	5	1,18
EAP Vila Salete		
Centro	22	5,20
Ocupação		
Agricultor	10	2,36
Aposentado	19	4,49
Atendente de farmácia	4	0,95
Atendente de loja	22	5,20
Autônomo	10	2,36
Auxiliar de produção	54	12,77
Auxiliar de serviços gerais	5	1,18
Auxiliar mecânico	3	0,71
Auxiliar odontológica	3	0,71
Caminhoneiro	6	1,42
Desempregado	30	7,09
Diarista	45	10,64
Dona de casa	109	25,77
Estudante	86	20,33
Fisioterapeuta	2	0,47
Servidor público	8	1,89
Operador de telefonia	1	0,24
Professor	4	0,95
Servente de pedreiro	1	0,24
Técnico em enfermagem	1	0,24
Diagnóstico prévio de transtornos mental		
Borderline	5	1,18
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas	43	10,17
Esquizofrenia	14	3,31
Não possui	353	83,45
Outros transtornos ansiosos	1	0,24
Retardo Mental Leve	5	1,18
Transtorno afetivo bipolar	3	0,71
Transtorno específico de personalidade	2	0,47

Tabela 2 – Distribuição das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.

Continuação da Tabela 2

Ano		
2014	40	9,46
2015	35	8,27
2016	26	6,15
2017	58	13,71
2018	61	14,42
2019	106	25,06
2020	48	11,35
2021	49	11,58
Estações do ano		
Primavera	142	33,57
Verão	92	21,75
Outono	80	18,91
Inverno	109	25,77
Meses do ano		
Janeiro	32	7,57
Fevereiro	28	6,62
Março	37	8,75
Abril	32	7,57
Mai	30	7,09
Junho	21	4,96
Julho	35	8,27
Agosto	29	6,86
Setembro	47	11,11
Outubro	36	8,51
Novembro	65	15,37
Dezembro	31	7,33
Dias da semana		
Domingo	47	11,11
Segunda	76	17,97
Terça	72	17,02
Quarta	63	14,89
Quinta	68	16,08
Sexta	51	12,06
Sábado	46	10,87

Tabela 2 – Distribuição das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.

Continuação da Tabela 2

Estabelecimento notificador		
APAE	1	0,24
CAPS	13	3,07
Conselho tutelar	1	0,24
Escola	5	1,18
Hospital	198	46,81
NASF	2	0,47
Polícia militar	12	2,84
SAMU	11	2,60
Unidade básica de saúde	30	7,09
UPA	33	7,80
Vigilância epidemiológica	117	27,66
Local da ocorrência		
Casa lar	1	0,24
Empresa	1	0,24
Lago	1	0,24
Mato	2	0,47
Residência	411	97,16
UPA	2	0,47
Via pública	5	1,18
Sob efeito de substância psicoativa no ato		
Álcool	47	11,11
Maconha	4	0,95
Múltiplas drogas	18	4,26
Não utilizado	354	83,69
Forma De Tentativa		
Afogamento	1	0,24
Agulha de crochê	1	0,24
Arma branca	51	12,06
Asfixia com as próprias mãos	1	0,24
Enforcamento	47	11,11
Fogo	1	0,24
Ingestão de água sanitária	2	0,47
Ingestão de produto químico	11	2,60
Intoxicação medicamentosa	286	67,61
Intoxicação por pesticida	1	0,24
Intoxicação por raticida	11	2,60
Precipitação/pular de altura	10	2,36

Tabela 2 – Distribuição das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.

Continuação da Tabela 2

Acolhimento		
CAPS	400	94,56
Particular	21	4,96
Não compareceram	2	0,47
Atendimento psicológico		
Sim	237	56,03
Não	186	43,97
Atendimento psiquiátrico		
Sim	123	29,08
Não	300	70,92
Internação		
Sim	44	10,40
Não	379	89,60
Controle da medicação		
Sim	39	9,22
Não	384	90,78
Acompanhamento em grupo terapêutico		
Sim	59	13,95
Não	364	86,05
Orientação aos familiares		
Sim	384	90,78
Não	39	9,22
Reincidência na tentativa de suicídio		
Nenhuma vez	326	88,35
1 vez	34	9,21
2 vezes	7	1,90
3 vezes	2	0,54
Motivo identificado		
Conflito conjugal	176	41,61
Conflito familiar	169	39,95
Conflito judicial	4	0,95
Conflito laboral	1	0,24
Conflito namorado	4	0,95
Conflito pessoal	2	0,47
Dificuldade financeira	33	7,80
Emagrecer	1	0,24
Luto mal elaborado	2	0,47
Não identificado	25	5,91
Pressão da faculdade	1	0,24
Violência na infância	1	0,24
Violência sexual	4	0,95
Total	423	100,00

A distribuição dos casos de tentativas de suicídio ocorridas no período, segundo a variável sexo, mostrou que 68,79% (291 casos) dos eventos notificados ocorreram entre as mulheres, e 32,21% (132) foram de tentativas ocorridas entre homens.

No que se refere à idade, as tentativas de suicídio variaram entre pessoas de 11 a 77 anos, com média de 29,71 anos e mediana de 25 anos. Considerando ambos os sexos, a faixa etária entre 15 a 24 anos concentrou o maior número de casos (39,95%). Analisando-se o total de casos, 52,24% dos casos estão nessas 3 faixas etárias. Já as menores ocorrências concentram-se acima dos 50 anos.

Quanto ao grau de escolaridade. Os indivíduos com ensino médio representaram 45,86% do total das tentativas, seguido do ensino fundamental com 44,68% dos casos.

Referente à ocupação das pessoas que tentaram suicídio, observou-se uma maior representatividade nas seguintes categorias: donas de casa (25,77%), seguidas pelos estudantes (20,33%), auxiliar de produção (12,77%) e diaristas (10,64%). Essas classes profissionais constituíram 69,51% do total dos casos e coincidiram com o delineado em outros estudos.

Na identificação dos bairros foi possível observar o equilíbrio do número de tentativas de suicídio em áreas mais vulneráveis econômica e socialmente, como os bairros São Miguel e Nossa Senhora Aparecida, apresentando 157 casos, e bairros mais centrais, com poder aquisitivo maior, como Centro, Jardim América, Nações, Santo Antônio e São José, os quais apresentaram 150 casos.

Em relação ao local de residência das pessoas que tentaram suicídio no período, apresentamos a distribuição dos casos, conforme divisão por Estratégia de Saúde da Família (ESF) cadastradas na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS), em oito áreas, sendo possível verificar que as a ESF São Miguel I, II e III, representam 37,12 % do total, seguido da ESF São José I, com 16,31% das tentativas

O estudo evidenciou que 83,45% das pessoas que tentaram suicídio no período não possuem diagnóstico prévio de transtorno mental. Dos casos com diagnóstico de transtorno mental prévio à tentativa, 43 casos possuem transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas, seguido de 14 casos com diagnóstico de esquizofrenia.

Considerando o período estudado, observou-se um aumento de 22% da frequência das tentativas de suicídio com pico de casos em 2019 (n=106). Em relação as “Estações do ano”, nota-se uma variação da frequência de casos sendo que a estação com o maior número de tentativas de suicídio foi a primavera (33,57%) e a estação com menos casos foi o Outono (18,91%). Quanto aos meses do ano, foi possível observar que o mês de junho (4,96%) representou o mês de menor número de tentativas contrapondo o mês de novembro (15,37%). Em relação aos “Dias da semana” foi possível perceber que as tentativas ocorreram mais às segundas-feiras (17,97%) e terças-feiras(17,02%).

Dos estabelecimentos que preencheram a notificação, o Hospital representou 46,81%, seguido da Vigilância Epidemiológica (27,66%). Quanto ao local de ocorrência das tentativas de suicídio a residência (97,16%) aparece como principal local do ato.

No que se refere ao uso de substâncias psicoativas no ato, verificou-se que o álcool (11,11%) foi mais utilizado, mas chama atenção que 83,69% das pessoas não haviam utilizado nenhuma substância psicoativa.

As formas de tentativas mais utilizadas foram intoxicação medicamentosa (67,61%), arma branca (12,06%) e enforcamento (11,11%).

Das pessoas que tentaram suicídio, 400 (94,56%) foram acolhidas no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, 21 (4,96%) no serviço particular, restando apenas 2 (0,47%) que não compareceram para atendimento.

Quanto ao tipo do atendimento realizado, 56,03% receberam atendimento psicológico, 29,08% atendimento psiquiátrico, 10,40% foram internados, sendo necessário em 9,22%, o controle da medicação e 13,95% foram incluídos em grupo terapêutico para acompanhamento. Cabe ressaltar que 90,78% dos familiares receberam orientação.

Dos gatilhos que desencadearam a tentativa de suicídio, destaca-se o conflito familiar (81,56%), dos quais 41,61% tem relação com o conflito conjugal, seguidos da dificuldade financeira (7,80%). Não houve reincidência em 88,35% dos casos identificados.

Quando a influência de substâncias psicoativas nas tentativas de suicídio, observa-se na Tabela 3 maior frequência do uso dessas substâncias pelos homens

(23,48%) em relação às mulheres (13,06%). No sexo masculino houve maior frequência do uso de substâncias psicoativas, independentemente do tipo de substância (álcool, maconha ou múltiplas drogas)

Tabela 3 – Descrição das tentativas de suicídio de acordo com o uso substâncias psicoativas, método utilizado e sexo, Fraiburgo/SC, 2014 a 2021.

Sob efeito de substância psicoativa no ato				
Substância psicoativa	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Álcool	29	9,97	18	13,64
Maconha	0	0,00	4	3,03
Múltiplas	9	3,09	9	6,82
Não	253	86,94	101	76,52
Método utilizado				
Afogamento	1	0,34	0	0,00
Agulha de crochê	1	0,34	0	0,00
Arma branca	37	12,71	14	10,60
Asfixia com as próprias mãos	0	0,00	1	0,80
Atear fogo	1	0,34	0	0,00
Enforcamento	21	7,22	26	19,70
Ingestão de água sanitária	2	0,69	0	0,00
Ingestão de produto químico	4	1,37	7	5,30
Intoxicação medicamentos	213	73,20	73	55,30
Intoxicação por pesticida	0	0,00	1	0,80
Intoxicação por raticida	5	1,72	6	4,50
Precipitação	6	2,06	4	3,00

A análise referente ao método utilizado na tentativa de suicídio, conforme demonstra Tabela 3, aponta que a maioria dos casos ocorreu por ingestão de medicamentos (67,61%). Já os métodos seguintes foram arma branca (12,06%) e enforcamento (11,1%). Os três métodos mais utilizados somam 90,78% do total dos casos. Entre os homens, a maior parte dos casos ocorreu por ingestão de medicamentos (55,3%), seguido por enforcamento (19,7%) e arma branca (10,6%). Entre as mulheres, a ingestão de medicamentos ocupa o primeiro lugar (73,20%), seguido por arma branca (12,71%) e enforcamento (7,22%). Chama atenção que a ingestão de medicamentos ocorre na maioria dos casos, independente do sexo, embora ocorra com maior frequência entre mulheres que entre homens. Já o segundo

e terceiro lugar (arma branca e enforcamento), ocorre em razões inversas entre homens e mulheres, conforme percentuais citados na tabela acima.

Entre 2014 e 2021, as tentativas de suicídio no município de Fraiburgo ocorreram 2 vezes mais entre as mulheres (209,15:100.000) em relação aos homens (96,15:100.000) (Tabela 4).

Tabela 4 – Taxa média das tentativas de suicídio, por 100.000 habitantes, de acordo sexo, faixa etária, escolaridade e Estratégia de Saúde da Família, Fraiburgo/SC, 2014 a 2021

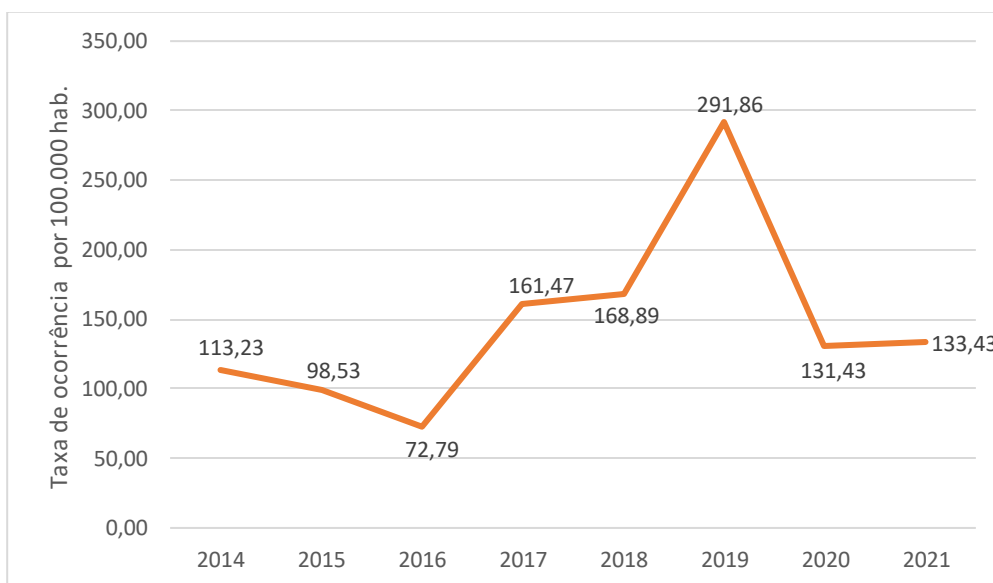
Sexo	Taxa por 100.000 hab
Masculino	96,15
Feminino	209,15
Faixa Etária	
10-19	204,63
20-29	271,18
30-39	167,39
40-49	183,17
50-59	62,98
60 ou +	58,27
Escolaridade	
Não determinado	203,25
Sem instrução e fundamental incompleto	99,21
Fundamental completo e médio incompleto	314,07
Médio completo e superior incompleto	338,82
Superior completo	94,83
Estratégia de Saúde da Família	
Nações	152,35
São Miguel I, II, III	230,64
Macieira	141,33
São Sebastião	221,95
Vila Salete	165,30
São José I	236,30
EAP Vila Salete	29,22
São José II	37,03

Observa-se que as maiores ocorrências de tentativas de suicídio se concentram nas faixas etárias entre 10-19 (204,63:100.000) e 20-29 (271,18:100.000). Já as menores, concentram-se com pessoas entre de 60 anos ou mais (58,27:100.000), conforme apresentado na Tabela 4.

Com relação ao grau de instrução, observa-se que as maiores frequências ocorrem na população com grau de escolaridade do ensino fundamental completo a médio incompleto (314,07:100.000) e médio completo a superior incompleto (338,83:100.000) (Tabela 4).

Entre 2014 e 2021 houve variação das taxas de tentativas de suicídio no município de Fraiburgo com tendência de crescimento (17,84%), entretanto chama atenção que entre 2016 e 2019 houve um crescimento de 300%. O ano de 2019 representou o pico de casos de tentativas de suicídio (291,86:100.000), conforme identificado na Figura 6.

Figura 6 - Taxa prevalência das tentativas de suicídio de acordo com o ano, Fraiburgo/SC, 2014-2021.



Uma vez apresentados os resultados, de acordo com as variáveis identificadas para a pesquisa, apresentam-se em seguida a discussão dos resultados com base nos objetivos previamente definidos e no referencial teórico que norteou o presente estudo.

7 DISCUSSÃO

No período de 2014 a 2021 foram notificados à Vigilância Epidemiológica do município de Fraiburgo, 423 casos de tentativas de suicídio. Observa-se um crescimento (17,84%) nas taxas de tentativas de suicídio no período, sendo que a maior taxa ocorreu em 2019 com 291,86 casos a cada 100 mil habitantes.

Apesar deste estudo não permitir fazer inferências sobre causalidade, nota-se que o pico de tentativas de suicídio ocorreu no ano em que houve redução de financiamento das políticas públicas de Saúde, Educação e Meio Ambiente, as quais foram interrompidas ou prejudicadas pela escassez de recursos federais. O Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), aponta que houve uma queda nos gastos gerais para saúde e setores correspondentes. Na comparação anual, entre 2019 e 2020, a perda chega a 5,95%. Porém, na composição entre valores no período de 2019 a 2021, alcança a 7,27% (INESC, 2021).

Ainda em relação à distribuição temporal, o dia da semana com maior frequência de tentativas foi segunda-feira, verificando-se ainda um maior número de casos de segunda-feira a quinta-feira. Se compararmos com a distribuição de suicídios ao longo da semana, não há consenso na literatura, mas a maioria encontra um pico no número de casos às segundas-feiras e uma diminuição aos finais de semana (NISHI *et al.*, 2000; OHTSU *et al.*, 2009; LAW; DE LEO, 2013).

Apesar da segunda-feira concentrar o maior número de suicídios no Japão, acredita-se que o fenômeno *Blue Monday* (Segunda-feira Triste, conceito atribuído ao psicólogo inglês Cliff Arnall) ocorra não pelo dia da semana em si, mas por ser o primeiro dia após o descanso do fim de semana. Isto pode sugerir que o fenômeno apresente relação com outros fatores como, por exemplo, a estrutura e distribuição laboral ao longo da semana (NISHI *et al.*, 2000; OHTSU *et al.*, 2009).

Neste estudo, notou-se que os meses com maior frequência de tentativas de suicídio foram setembro (n=47) e novembro (n=65). A média de ocorrências nesses 2 meses (56 casos) é 80,06% maior que no restante do ano (31,1%).

Ainda são incipientes os estudos sobre aspectos temporais em relação as tentativas de suicídio, embora já no final do século XIX Durkheim tenha encontrado variações sazonais nas taxas de suicídio (DURKHEIM, 1987). Ainda assim, mesmo

sendo observada em 28 países, conforme estudo de séries temporais e dados transversais de Chew e McCleary (1995), a sazonalidade ainda não tem seu engendro estabelecido (WOO; OKUSAGA; POSTOLACHE, 2012).

Alguns autores (CHEW; MCCLEARY, 1995; BRIDGES; YIP; YANG, 2000;) tem estudado a influência das estações do ano nas taxas de suicídio, identificando frequentemente com um pico estabelecido na primavera e também teriam distribuição variável ao longo da semana (NISHI *et al.*, 2000; OHTSU *et al.*, 2009, entretanto ainda são poucos estudos que expliquem ou que estejam associados ao seu efeito.

Na capital chilena, Retamal e Humphreys (1998) observaram a distribuição das taxas de suicídio ao longo dos anos, no período entre 1979 e 1994 e encontraram maior concentração de suicídios nos meses mais quentes. Durkheim (1987) já discutia possíveis razões para o aumento das taxas de suicídio nos meses com temperatura mais elevada e refutava as hipóteses de que o calor alteraria as funções cerebrais e de que a reserva de energia, despendida para manter a temperatura corpórea durante os meses frios, seria destinada a outros fins, como práticas violentas, nos períodos mais quentes. Ao invés disso, Durkheim sugeria que o início das estações mais cálidas estaria relacionado a maior atividade na vida coletiva e, conseqüentemente, a um aumento nas interações sociais.

No Brasil, Benedito-Silva, Pires e Call (2007) observaram padrão de sazonalidade similar ao encontrado na literatura (pico de casos na primavera e início do verão) em estados do sul do país, onde o clima é temperado. Alguns estudos também sugerem que a sazonalidade nas tentativas de suicídio tem maior influência em países com maior latitude, sendo nula sobre aqueles localizados na linha do Equador (NEJAR; BENSENUOR; LOTUFO, 2007) e pronunciada em países nórdicos, como a Finlândia (CHEW; MCCLEARY, 1995; PARTONEN; HAUKKA; NEVANLINNA; LÖNNQVIST, 2004).

Os dados da presente pesquisa corroboram o estudo de Benedito, Peires e Call (2007), ao evidenciar um aumento nas tentativas de suicídio na primavera (33,57%)

Neste estudo observou-se proporção maior de ocorrências entre mulheres, sendo que as mulheres tiveram 2 vezes mais tentativas de suicídio em relação aos homens, corroborando com outros estudos que identificam em 3 vezes mais o número de tentativas de suicídio para o sexo feminino (PRIETO; TAVARES, 2005; BOTEGA,

2014; BRASIL, 2017; OMS, 2000, TREVISAN; SANTOS; OLIVEIRA; 2013, LIMA,2010; BOTEGA, 2009).

As mulheres estão mais predispostas à ideação, planejamento e tentativa de suicídio, que estão associados a conflitos internos como a depressão, ansiedade/auto cobrança, conflitos domésticos, dificuldades econômicas e escolares, que tendem a contribuir para os pensamentos e comportamentos suicidas (CLAUMANN; PINTO; SILVA; PELEGRINI, 2018).

Quanto correlacionamos as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade, os resultados deste estudo são corroborados pelos dados do Ministério da Saúde relativos às notificações de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio no período de 2011 a 2016, que mostraram a predominância das ocorrências em mulheres, nas faixas etárias 20 a 39 anos e com escolaridade menor que 8 anos (BRASIL, 2017; RIBEIRO; CASTRO; SCATENA; HAAS, 2018).

A literatura elucida que o sexo feminino apresenta maior probabilidade de apresentar histórico de ideação e tentativas de suicídio, bem como necessidade de tratamento em saúde em hospitais em decorrência do ato, representando uma elevada carga de morbimortalidade. Acredita-se que o predomínio de tentativa de suicídio decorra da vulnerabilidade social, de especificidades de aspectos psicológicos e mentais nessa população, assim como a vivência com estressores psicossociais (VIJAYAKUMAR, 2015).

Importante considerar que a localização geográfica pode influenciar neste resultado, pois a Região Sul do Brasil é considerada a segunda região com maiores índices de notificação de tentativa de suicídio, representando 34,9% de todas as notificações de tentativa nacional no sexo masculino e 33,4% nas mulheres (BRASIL, 2017b).

Com relação ao local de residência, o município de Fraiburgo está dividido em 16 bairros e interior, onde este último reúne localidades da zona rural. Como não foi possível ter acesso aos números populacionais por bairro, e de forma a possibilitar o cálculo das taxas por áreas geográficas, optou-se por agrupar os bairros conforme a ESF que pertence. Assim, foi possível apurar que as ESF's com maior ocorrência de tentativas de suicídio foram ESF São Sebastião, São José I e São Miguel I, I e III.

Segundo o Plano Municipal de Assistência Social de Fraiburgo 2022 a 2025 (2021), observa-se que essas áreas contemplam a maior parte dos moradores cadastrados nos programas da Secretaria de Assistência Social com renda até meio salário mínimo, em especial, sendo: São Miguel I, II e III (7.153), São José I (1.233) e São Sebastião (814) , áreas com populações mais vulneráveis economicamente e socialmente.

A partir desses dados, supõe-se que aspectos ligados à vulnerabilidade econômica e social podem estar associados ao risco aumentado para as tentativas de suicídio em Fraiburgo/SC.

As maiores ocorrências de tentativas de suicídio ocorreram com pessoas entre 20 a 29 anos (30,02%). Tal como nos suicídios, também as tentativas ocorreram em alta proporção nas faixas etárias dos mais jovens, tanto para os homens como para as mulheres. (LIMA,2010; BOTEGA, 2009).

O relatório da organização Mundial da Saúde (2014) detectou a predominância de faixas etárias semelhantes ao deste estudo, bem como em pesquisa realizada em Barbacena (2013), dentre os 894 Boletins de Ocorrências analisados de pessoas que tentaram suicídio, 276 (30,87%) são de jovens na faixa etária dos 20 aos 29 anos.

O suicídio entre os jovens aumentou em todo o mundo nos últimos anos, representando a 2ª principal causa de morte nessa faixa etária. Os comportamentos de cunho suicida entre jovens e adolescentes envolvem diversas motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância. (MARCOLAN;SILVA, 2019; ABP, 2014)

Estima-se que, nessa fase da vida, de 3% a 20% das pessoas poderão tentar suicídio (VIDAL, 2013), visto que a adolescência pode ser considerada como uma fase estressante, devido às inúmeras e intensas mudanças físicas e psicológicas ocorridas nesse período (CLAUMAN, 2018). Desse modo, o apoio psicológico e familiar é essencial para que o jovem descubra suas aptidões e suas oportunidades e sinta-se acolhido e capaz, pois muitos podem tentar o suicídio como uma forma de pedir ajuda, uma vez que comumente estão vivenciando algum tipo de conflito ou transtorno mental (NERRY,2017).

Estudos apontam a associação entre tentativa de suicídio e idade mais jovem entre pessoas que consumiam abusivamente pelo menos um tipo de substância (CHEN *et al.*, 2010; MATSUMOTO *et al.*, 2012; FERREIRA *et al.*, 2019), relação não identificada neste estudo. Acredita-se que a tentativa de suicídio em adultos jovens possa estar relacionada à experimentação e ao início precoce do uso de substâncias, em associação com crises psicossociais ainda na infância e adolescência (MATSUMOTO *et al.*, 2012). Ademais, jovens frequentemente utilizam meios menos letais em algum comportamento suicida, vivenciam problemas de relacionamento interpessoal, assim como instabilidade emocional (BOTEGA, 2015).

Outro aspecto importante é a associação de riscos no uso de tecnologias digitais, especialmente de maneira intensa dos adolescentes. Um estudo realizado nos Estados Unidos sinalizou que adolescentes mais expostos aos dispositivos eletrônicos (como computador, celulares e vídeo-games) manifestaram menores níveis de autoestima, satisfação com a vida e felicidade (TWENGE; MARTIN; CAMPBELL, 2018).

Na relação entre hábitos de consumo de dispositivos eletrônicos e comportamento suicida, também há pesquisas indicando possível vínculo entre essas duas condutas. Estudo realizado por Marchant (2017), mapeou trabalhos acadêmicos e levantamentos focados em identificar o estímulo a práticas de autolesão por diversas formas de atividades online, como navegação em geral, tempo gasto em redes sociais, tratamento de saúde pela web, visitação de sites sobre suicídio, compartilhamento de imagens e vídeos sobre a prática e textos divulgados em blogs, apresentando a relação entre uso da internet e comportamento suicida e de autolesão, particularmente associado ao vício no acesso a essa tecnologia, altos índices de navegação e contato com sites onde havia conteúdo relacionado ao tema.

Por outro lado, pessoas com 60 anos de idade ou mais apresentaram a menor taxa de ocorrência no período (58,27:100.000). Esse dado é corroborado por Mitty e Flores (2008) e Minayo *et al.* (2011), ao afirmarem que, se comparada com adolescentes e adultos jovens, as tentativas de suicídios são menos comuns entre os idosos. Porém, quando ocorre uma tentativa, é um indicativo seguro de que o ato vai se repetir, com grandes chances de êxito, tendo em vista que os idosos costumam empregar métodos mais letais (CONWELL; THOMPSON, 2008,).

Com relação ao nível de instrução, a maior frequência ocorreu na população com grau de escolaridade entre do ensino fundamental e ensino médio.

Existe correlação entre os índices de suicídio e o baixo nível de instrução, visto que um bom nível educacional influencia na interação com os outros, status social e econômico como emprego e renda familiar favoráveis, evitando preocupações, estresse que interfere na saúde mental do indivíduo. Nesse sentido, o nível de instrução elevado pode ser um fator protetor com relação ao suicídio, levando a pessoa a aderir a tratamentos e a participar de associações sociais e familiares, por exemplo (STEVOVIĆ; JAŠOVIĆ-GAŠIĆ; VUKOVIĆ; PEKOVIĆ; TERZIĆ, 2011).

Quanto a ocupação, os achados no estudo, donas de casa (25,77%), seguidas pelos estudantes (20,33%) coincidiram com o delineado em outros estudos de Barbacena (2010), Vidal, Gobtijo e Lima (2013) identificaram domésticas e estudantes como a maioria dos casos.

A ocupação está relacionada diretamente à renda e situação financeira dos indivíduos, que interferem na condição de vida e saúde, bem como no acesso aos serviços de apoio. Segundo dados de 2016 da Organização Mundial da Saúde, quase 80% dos suicídios são reportados em nações de rendas baixa e média, e parte significativa dos casos ocorre em zonas distantes dos grandes centros (OMS, 2019).

Esse estudo mostrou que 83,45% dos casos de tentativas de suicídio não possuíam diagnóstico de transtorno mental. Isso pode ser explicado porque os transtornos mentais são fatores que possuem forte relação com os casos de suicídio, enquanto que nas tentativas de suicídio prevalecem os fatores relacionados com problemas afetivo-sociais (OMS, 2014).

Entretanto, essas associações ainda são questionáveis. O estudo realizado por Santos, Lovisi, Legay Abelha (2009), identificou que 71,1% dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um hospital de emergência do Rio de Janeiro eram portadores de algum tipo de transtorno mental. De forma semelhante, Fichere e Vansan (2008) em estudo realizado durante o período de 1988 a 2004, no setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, mostraram uma forte correlação positiva entre os números de casos anualmente atendidos por tentativas de suicídio e o uso/abuso de substâncias psicoativas, tanto para os adolescentes do sexo masculino, quanto para

os do sexo feminino, 42% associados ao uso de álcool (intoxicação aguda, síndrome de dependência, estado de abstinência, transtorno psicóticos) e 58% dos casos eram relacionados ao uso de outras drogas psicoativas, incluindo múltiplas drogas (intoxicação aguda, síndrome de dependência e transtorno psicótico devido, principalmente, ao uso de cocaína e maconha).

Vários estudos apontam associação entre tentativa de suicídio e a presença de transtornos relacionados a uma ou mais substâncias e sintomas depressivos e/ou diagnóstico de transtornos depressivos (DEISENHAMMER *et al.*, 2006; ILGEN *et al.*, 2007; MALONEY *et al.*, 2007; BRITTON; CONNER, 2010; BOHNERT; ROEDER; ILGEN, 2011; LIU *et al.* 2012; RODRÍGUEZ-CINTA *et al.*, 2018).

Nessa pesquisa, 10,17% das pessoas que tentaram suicídio tinham problema com substâncias químicas (dependência). Para Cassorla (1991) e Meleiro (2004), o uso de drogas representa um potente fator de risco no momento do autoextermínio e, três aspectos característicos marcam o ato suicida praticado por alcoolistas, principalmente quando estão deprimidos: a impulsividade da tentativa, aumento do consumo na véspera e intoxicação alcoólica precedente ao ato.

Quando se analisa o uso de substâncias psicoativas previamente à tentativa de suicídio, é possível identificar que 83,69 % das pessoas não utilizaram nenhuma substância. Já quando se observam exclusivamente os casos onde o indivíduo estava sob efeito de alguma droga, o álcool foi preponderante, estando presente em 11,11% dos casos.

O uso agudo de álcool impulsiona alterações cognitivas e comportamentais, com influências expressivas na impulsividade e nas funções executivas, assim, esse uso pode se relacionar ao ato suicida, bem como à letalidade do método (PARK *et al.*, 2017). O álcool favorece a desinibição, caracterizada pela perda de controle sobre algum comportamento. Estudo de base populacional na Coreia mostrou que a desinibição induzida por bebidas alcoólicas se associa ao histórico de tentativa de suicídio durante a vida, bem como à impulsividade (CHOI *et al.*, 2018). Ademais, evidências científicas apontam que o uso agudo de álcool, além desinibição, promove pensamentos suicidas (CONNER; BAGGE, 2019).

Quando a influência de substâncias psicoativas nas tentativas de suicídio foi fragmentada por sexo, observou-se uma maior frequência do uso dessas substâncias

pelos homens (23,48%) em relação às mulheres (13,06%). Já quando se analisa o consumo prévio de álcool, os homens utilizaram em 13,6% dos casos, enquanto as mulheres, em 9,96% deles. Esses dados estão em consonância com pesquisa realizada por Bernardes, Turini, Matsuo (2010) que mostrou associação de substâncias químicas com frequência maior entre os homens.

O local predominante de ocorrência da tentativa de suicídio em 97,16% dos casos foi a própria residência da pessoa que cometeu o ato. O local de residência está associado à tentativa de suicídio, principalmente, através do uso de medicamentos e ingestão de pesticidas (MEDEIROS; MEDEIROS; SILVA, 2014).

A maioria dos casos de tentativas de suicídio ocorreu por ingestão de medicamentos (67,61%), seguida pelo uso de arma branca (12,06%) e enforcamento (11,1%). Os três métodos mais utilizados somam 90,78% do total dos casos.

É consenso na literatura o predomínio de autointoxicação por medicamentos como meio de perpetração da tentativa de suicídio (FINKELSTEIN *et al.*, 2015; BAHIA *et al.*, 2017; ROHLING; CIESCA; LIEBL, 2018). Estudo de base populacional conduzido no Canadá mostra que realizar um episódio de autointoxicação não fatal é considerado fator preditor relevante para um subsequente suicídio, sendo que o suicídio está relacionado a uma em cada quatro mortes em um período de dez anos após um episódio de intoxicação exógena não fatal (FINKELSTEIN *et al.*, 2015). Condições semelhantes foram encontradas por Macente *et al.* (2009) e Souza *et al.* (2014).

Nesse estudo, os agentes mais utilizados para a autointoxicação foram os medicamentos, seguidos de produto químico, raticida e pesticida. Percebe-se então, que é necessários o controle ou planejamento de ações para se minimizarem a exposição da população a esses produtos. Uma vez que essas substâncias compõem a maior parcela dos agentes utilizados para tentar suicídio, entende-se que houve facilidade de acesso da população estudada a eles. O estudo de Bernardes *et al.* (2010) também mostrou que os medicamentos foram as substâncias químicas mais utilizadas nas tentativas de suicídio, salientando inclusive que os psicofármacos representaram metade desse grupo (anticonvulsivantes, sedativos, antipsicóticos e antidepressivos).

Estudos identificam que a residência parece ser o local mais propício para a consumação do enforcamento, método comumente utilizado pelos homens (MEDEIROS; MEDEIROS; SILVA2014). Quanto a este método houve um aumento significativo da tendência de enforcamento em ambos os sexos. Acredita-se que o uso desse meio possivelmente se mostra mais aceitável socialmente e de fácil acesso. Trata-se de um meio de difícil controle, de alta letalidade, podendo ser utilizado a partir de vivência de crises combinada ao consumo de bebidas alcoólicas (KÖLVES, MCDONOUGH; CROMPTON; DE LEO, 2018).

O estudo identificou que 99,52% das pessoas que tentaram suicídio, após atendimento de emergência, foram acolhidas em serviço de saúde, sendo que 94,56% foram atendidas no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I e 4,96% em serviço particular de saúde, restando apenas 0,47% que não compareceram para atendimento. Esses dados corroboram com estudo que identifica a necessidade de que após o processo de alta hospitalar as pessoas que tentaram suicídio devem receber um tratamento psicossocial integral e intersetorial, garantindo o acompanhamento em saúde mental na rede de cuidados (SILVEIRA *et al.*, 2021). É fundamental garantir a articulação entre os dispositivos de saúde da RAPS para auxiliar no cuidado continuado e intensificar a adesão ao tratamento, almejando uma redução do agravamento do quadro e de reinternações (ZANARDO *et al.*, 2017).

Vale destacar que no município de Fraiburgo/SC, 99,52% das pessoas que tentaram suicídio passaram por acolhimento, seguido de suporte psicológico e/ou psiquiátrico, sendo que apenas 2 casos não foram acolhidos pelo sistema de saúde, pois não compareceram ao serviço. O acolhimento fornece espaços abertos para questionamentos e interações entre usuários e familiares. Esses espaços são atravessados pelos profissionais, durante as consultas individuais médicas, psicológicas, do serviço social e de enfermagem e no assistir coletivo através de oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, tornando o acolhimento uma ferramenta potencializadora de vida, capaz de ressignificar processos de trabalho, serviços e pessoas (HECK; KANTORSKI; BORGES; LOPES; SANTOS; PINHO, 2012).

No tratamento psicossocial, a terapêutica medicamentosa é reconhecida como um recurso voltado a minimizar os sinais e sintomas físicos e comportamentais frequentemente relacionados ao transtorno mental, assim como reduzir sintomas

agudos e, conseqüentemente, o risco de suicídio (BOTEGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017), entretanto 70,92% dos pacientes permaneceram em acompanhamento com equipe multiprofissional sem uso de terapêutica medicamentosa.

Dos recursos utilizados para acompanhamento do evento ocorrido, 44 casos (10,40%) foram encaminhados para internação. O controle da medicação com a dispensa de medicação semanal pelo CAPS foi recurso utilizado em 9,22% dos casos. O acompanhamento em grupo foi utilizado em 59 casos (13,95%). Cabe salientar que a existência de uma equipe multiprofissional para abordar o usuário em risco de suicídio, tem auxiliado na redução do número de mortes por tal motivo. Isso ocorre resgatando o indivíduo à sociedade e junto de sua família através do acompanhamento sistematizado dos profissionais vinculados às equipes de saúde mental. Sob este aspecto, constata-se que as internações hospitalares podem ser evitadas no momento em que houver um atendimento que respeite e responda às necessidades específicas destes indivíduos. (HECK; KANTORSKI; BORGES; LOPES; SANTOS; PINHO, 2012; – MALONE; NEWRON-HOWES; SIMMONDS; MARRIOT; TYRER, 2007)

Existem casos que demandam encaminhamento hospitalar, dado o seu grau de emergência. Porém, quando o indivíduo em tentativa de suicídio já recebeu cuidados primários em saúde na sua comunidade, o tempo de permanência na instituição hospitalar pode ser reduzido (MALONE; NEWRON-HOWES; SIMMONDS; MARRIOT; TYRER, 2007) o que faz com que as ações em saúde realizadas em equipe corroborem para o restabelecimento do ser em sofrimento mental de forma humanizada e holística.

A dispensa de medicação supervisionada é utilizada como recurso terapêutico nos casos de risco potencial de tentativa de suicídio. Os profissionais da equipe multiprofissional dos CAPS utilizam desse recurso de dispensação diária ou periódica dos medicamentos, acompanhamento e controle das dosagens, principalmente para aqueles com baixo suporte familiar e social (FERREIRA, 2015; CZARNOBAY *et al.*, 2018).

A limitação e a barreira de acesso aos meios de tentativa são consideradas uma das principais estratégias preventivas de futuras tentativas de suicídio. Quanto

aos medicamentos, os profissionais de saúde desempenham papel crítico e preventivo voltado a seu uso seguro, limitando a quantidade de medicamentos dispensados, educando os usuários e a família sobre os riscos envolvidos e a adesão à terapêutica medicamentosa prescrita, assim como ao descarte dos medicamentos não utilizados (WHO, 2014).

Referente a orientação aos familiares 384 familiares (90,78%) foram orientados aos cuidados necessários e apenas 39 dos familiares (9,22%) não receberam orientações por não comparecerem no serviço. Nos serviços comunitários de saúde mental a família faz parte da rede do usuário, sendo apontada, em alguns estudos, como um dos principais recursos na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. Por isso, precisa-se estabelecer uma parceria entre o indivíduo, a família e o profissional, considerando que esse processo de reabilitação envolva, inclusive, a comunidade do local (COIMBRA; GUIMARÃES; SILVA; KANTORSKI; SCATENA, 2005; HECK, 2004).

A intervenção através do contato e da escuta qualificada tem grandes possibilidades de êxito. Isso ocorre devido à ambiguidade dos sentimentos de morte da pessoa que idealiza o suicídio, porque ao mesmo tempo em que quer alcançar a morte, também quer viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio (MS, 2006). É preciso saber trabalhar em equipe e intervir de forma humanizadora, subsidiando apoio integral ao usuário e a sua família.

Os principais motivos que levaram as pessoas a cometer a tentativa de suicídio foram: conflito conjugal (41,61%), seguido de conflito familiar (39,95%). Corroborando em esses dados encontramos na pesquisa de Lester e Yang (1997), os quais revisaram as taxas de suicídio nos EUA entre 1940 e 1994, que a taxa de divórcio foi a única variável que teve impacto consistente entre todos os grupos sociais, principal motivo identificado neste estudo.

Entender os motivos que levam uma pessoa a cometer suicídio é um grande desafio, visto que muitas variáveis podem estar envolvidas (BOTEGA, 2014). Os resultados encontrados mostraram que a tentativa de suicídio é entendida e significada de forma diferente pelas pessoas. Foster (2003) mediante análises de notas de suicídio relatou que os principais aspectos descritos em cartas suicidas

envolveram pedidos de desculpas, sentimento de vergonha, falta de motivos para viver e conselhos as pessoas queridas que ficaram. Esses aspectos já davam indícios de que a variabilidade de motivos e formas de enxergar e encarar o suicídio, por vezes, é muito particular.

Mesmo considerando a complexidade do fenômeno e os aspectos idiossincrásicos, alguns motivos e significados podem ser partilhados por grupos de pessoas. No presente estudo a maioria dos motivos identificados como gatilhos desencadeadores do ato, busca resolver os problemas, amenizar o sofrimento e fugir de um conflito existente na relação com o outro. Esses aspectos vão ao encontro dos estudos de Daolio, Silva (2009), Morais, Sousa (2011) e de Reisdorfer *et al.* (2015), nos quais as pessoas relataram encontrar no suicídio a saída para lidar com o desespero e situações dolorosas e angustiantes.

O sofrimento psíquico, a desesperança, a motivação, dificuldade de enfrentamento de problemas vivenciados e outros sintomas depressivos são aspectos recorrentes em pessoas com risco de suicídio (CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

O indivíduo, ao vivenciar eventos estressores e traumáticos, principalmente na infância e adolescência, pode apresentar alterações psicológicas significativas, assim como o surgimento de sintomas psiquiátricos, inclusive os de pensamentos e comportamentos suicidas (KEYSER-MARCUS *et al.*, 2015; NAVARRO-ATIENZAR; ZABALA-BAÑOS, RICARTE-TRIVES, 2019). A exposição a um evento traumático pode fomentar episódios de sofrimento psíquico intenso, estados emocionais negativos e ansiosos, alterações no padrão do sono, irritabilidade e dificuldade de concentração (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

De acordo com a WHO (2014), entre os fatores de risco para desenvolvimento de comportamento suicida, está a dificuldade de o indivíduo lidar com problemas de vida agudos ou crônicos, principalmente financeiros. A desigualdade social pode fomentar a privação econômica, intensificando o risco para o suicídio (MACHADO; RASELLA; SANTOS, 2015).

No que diz respeito aos relacionamentos familiares e a falta de sentido, estudos indicam que eles podem ser importantes focos de atenção e intervenção. Boa qualidade das relações familiares (SEDIVY *et al.* 2017) e a presença de sentido (KLEIMAN & BEAVER, 2013) representam resultados benéficos na prevenção e

redução do comportamento suicida, portanto podem ser caminhos possíveis nas ações interventivas.

Neste estudo foi possível identificar que 43 pessoas (10,16%) reincidiram na tentativa durante o período de abrangência do estudo. Estudos mostram que as tentativas de suicídio são muito superiores as de suicídio. Segundo o Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2015, taxa geral de suicídio foi de 5,5:100.000 habitantes. Estima-se que para cada caso de morte por suicídio, ocorra entre 10 a 40 casos de tentativa de suicídio (WHO,2000) Para cada tentativa documentada existem outras quatro que não são registradas (SCHMITT, 2008; MELEIRO, 2004; CORREA, 2006; MARIN-LEÓN, 2003; MINAYO, 2005).

Em relação às tentativas, esses dados conformam uma espécie de *iceberg*, pois apenas uma pequena proporção do chamado “comportamento suicida” chega ao conhecimento dos serviços tanto de saúde quanto de notificação. Uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua futura concretização. Após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral (OWENS, HORROCKS, & HOUSE, 2002). Em relação à população geral, os indivíduos com história prévia de tentativas de suicídio apresentam um risco aumentado em 40 vezes se comparado à população geral (MELEIRO, 2003),

Evidências científicas sinalizam que pessoas com histórico de tentativa de suicídio apresentam maiores índices de percepção de necessidade e de busca por tratamento, quando comparadas com aquelas que apresentaram somente ideação, sugerindo uma intensificação da autopercepção quanto à necessidade de ajuda frente a uma maior gravidade suicida vivenciada (PAGURA *et al.*, 2009). Estudos de Souza, Alves, Silva, Lino, Nery, Casotti (2011) corroboram com essa percepção, ao afirmar que quanto maior o número de tentativas, maiores são as chances do ato ser executado com êxito.

As tentativas de suicídio tendem a ser recorrentes e a história de tentativa prévia representa o mais importante preditor de suicídio completo. Estima-se que de 1% a 5% das pessoas poderão tentar suicídio em algum momento da vida. Entre adolescentes esse percentual pode variar de 3% a 20%. Na Europa, observaram-se

taxas médias de 160 tentativas por 100 mil homens e de mais de 200 tentativas por 100 mil mulheres (VOLPE, 2006).

Mesmo a notificação de violência autoprovoca sendo de natureza compulsória, devendo ser de imediato preenchimento pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 horas a partir do atendimento, e pelo meio mais rápido disponível, conforme determinado pela a lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 e pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e e regulamentando pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, o estudo identificou baixo número de casos notificados pelos serviços de emergência, os quais teoricamente pela gravidade das tentativas são os primeiros serviços acionados para atendimento do ato . Dessa forma, o número de casos de tentativas de suicídio em Fraiburgo pode estar subestimado.

Assim, de forma a evitar subnotificações e promover melhoria na quantidade e qualidade das notificações, é necessário o fortalecimento de políticas públicas, a correta avaliação do quadro geral relacionado, a adequada capacitação aos profissionais envolvidos em relação às condutas de notificação deve ser desenvolvida.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A verdadeira viagem de descoberta não consiste na busca de novas paisagens, mas de um novo olhar.

Proust

O suicídio é um problema de Saúde Pública que afeta direta e indiretamente a sociedade. Por ser um fenômeno multifatorial, a investigação deste tema precisa transpor a barreira de considerá-lo apenas como um fenômeno individual e psíquico, e sim relacioná-lo com questões sociais, econômicas e políticas.

O fluxo de trabalho implementado no município de Fraiburgo, por meio da integração entre vigilância epidemiológica e o Centro de Atenção Psicossocial, possibilitou ultrapassar o tratamento dado as notificações, as quais geralmente traduzem-se apenas em estatísticas, repassadas à Secretaria de Estado e ao Ministério da Saúde. Por vezes, os municípios desempenham o papel de meros notificadores, não realizando a análise dos dados notificados e tampouco prestando assistência à saúde dessas pessoas.

A organização de um fluxo de atendimento aos pacientes que tentaram suicídio, e a seus familiares, garantindo um atendimento humanizado a essas pessoas, possibilitou ao município de Fraiburgo atender, acompanhar, orientar e mapear os casos identificados.

Este estudo debruçou-se sobre esses dados e levantou as características sociodemográficas, características do evento e do atendimento realizado a 423 casos, registrados no município de Fraiburgo, no período entre 2014 a 2021, atingindo o objetivo proposto.

A análise desses dados permitiu concluir que os períodos de maior ocorrência são os primeiros dias da semana (segunda-feira e terça-feira), dos meses de primavera e inverno. Em relação ao sexo, a prevalência para as mulheres é 2 vezes maior que para os homens, sendo maior nas faixas etárias de 20 a 29 anos, em indivíduos com escolaridade de ensino médio incompleto a superior incompleto. As ocupações mais frequentes foram donas de casa e estudantes (46,1%). Não houve relação com transtornos mentais prévios em 83,45% ou uso de substâncias psicoativas na maior parte dos casos (83,69%), mas nos casos onde os indivíduos

estavam sob efeito dessas substâncias, o álcool foi o mais presente. Geograficamente, as áreas de abrangência dos ESF's São Miguel I, I e III apresentaram maior ocorrências, o que permite traçar um paralelo entre o risco às tentativas de suicídio e a vulnerabilidade social. A maioria dos casos ocorreu na própria residência (97,16%). Em relação ao método utilizado, a intoxicação por medicamentos foi a maior causa, seguida de uso de arma branca e enforcamento. Esses três métodos responderam por 90,78%. Já a motivação, em 81,56% dos casos estava relacionada a conflitos familiares ou conjugais. Houve reincidência do ato em 13,95% dos casos.

A taxa média de tentativas de suicídio em Fraiburgo, no período estudado, foi de 146,79:100.000, a qual é equivalente às taxas de tentativas em diferentes regiões, em diferentes períodos, obtidas através dos dados oficiais de suicídios consumados, extrapolados para tentativas de suicídio na proporção de 1:10 a 1:20, segundo as estimativas da OMS.

Embora grande parte das características das tentativas de suicídio no município de Fraiburgo coincidam com grande parte dos estudos sobre o tema, existe discrepâncias importantes, como a não presença de transtorno mental prévio e motivos desencadeadores diferentes de outros perfis de estudos atuais.

Essas diferenças apontam para a necessidade de conhecimento da realidade de cada território, para que se possa intervir com maior eficácia, questionando a homogeneidade das estratégias de prevenção ao suicídio e possibilitando uma modificação nessa realidade, especialmente trágica para as famílias atingidas por esses eventos.

Este estudo possui um viés de informação, na medida em que os dados são oriundos de notificações compulsórias. Assume-se, como uma limitação do estudo, uma vez que supõe-se que exista subnotificação de casos. Nesse sentido, as taxas estimadas neste estudo podem não refletir com total precisão a realidade das tentativas de suicídio no município.

Para futuros estudos, sugere-se o aprimoramento das estimativas incluindo modelos de regressão mais sofisticados, bem como, a estimativas dos intervalos de confiança e nível de significância das taxas de prevalência. Sugere-se também a realização de estudos dos fatores associados as tentativas de suicídio, bem

como, identificação de outras possíveis variáveis que possam ajudar a explicar melhor esse complexo problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ABASSE, Maria Leonor Ferreira; OLIVEIRA, Ronaldo Coimbra; SILVA, Tiago Campos; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 407-416, abr. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200010>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- ABREU, Daisy Maria Xavier de; CÉSAR, Cibele Comini; FRANÇA, Elisabeth Barboza. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 5, p. 282- 91, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n5/282-291>. Acesso em: 02 abr. 2022.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior. **The American Journal of Psychiatry**, v. 160, suppl. 11, p.1-60, nov. 2003. Disponível em: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf. Acesso em: 11 jun. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.
- AVANCI, Rita de Cássia; PEDRÃO, Luiz Jorge; COSTA, Júnior, Moacyr Lobo da. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 535-539, out. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000500007>. Acesso em: 13 jun. 2021.
- BAHIA, Camila Alves; AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>. Acesso em: 02 abr. 2022.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; BORGES, Amanda. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 425-431, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/kDyVKnS33S68PZVVYy4pWWj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2021.
- BENEDITO-SILVA, Ana Amélia; PIRES, Maria Laura Nogueira; CALIL, Helena Maria; Variação sazonal do suicídio no Brasil. **Chronobiology international**, v. 24, n. 4, p. 727-737. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0742052070153579>. Acesso em: 05 abr. 2022.
- BENETTI, Idonézia Collodel; MOLINA, Leandro Ribeiro; KORNIN, Alan. Características do suicídio em Santa Catarina: um estudo do período de 2007 a

2016. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 23, n. 4, p. 404-415, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2022.

BERNARDES, Sara Santos; TURINI, Conceição Aparecida; MATSUO, Tiemi. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, jul. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700015>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BOHNERT, A. S. B.; ROEDER, K. M.; ILGEN, M. A. Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: Comparing correlates in a U.S. national study. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 119, n. 1-2, p.106-12, dec. 2011.

BOTEGA, José Neury; MARÍN-LEON, Leticia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; DALGALARRONDO, Paulo. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xY3cvFBxmGnnGYWcxjyrw5h/?lang=pt>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, nº 3, p. 231-236, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. **Lei no 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, a ser implementada pela união, em cooperação com os estados, o distrito federal e os municípios e altera a lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm#art11. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2017/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-atend-a-sa-de-pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; UNICAMP. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2009. 74 p. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1876, de 14 de agosto de 2006**. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1876.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível

em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em 02 de abril de 2022.

BREGGIN, Peter R. **Brain-disabling treatments in psychiatry**: drugs, eletroshock, and the role of the FDA. 1st ed. New York: Springer Publishing Company, 1997.

BREGGIN, Peter R. Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): A review and analysis. **International Journal Of Risk And Safety In Medicine**, v. 16, n. 1, p.31-49, 2003/2004.

BRIDGES Stephen F., YIP Paul S., YANG Kris C. Seasonal changes in suicide in the United States, 1971 to 2000. **Percept Mot Skills**, v. 100, n. 3.2, p. 920-924, jun. 2005. DOI:10.2466/pms.100.3c.920-924. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16158678/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BRITTON, Peter C.; CONNER, Kenneth R. Suicide attempts within 12 months of treatment for substance use disorders. **Suicide Life Threat Behav**, v. 40, n. 1, p. 14-21, feb. 2010. DOI:10.1521/suli.2010.40.1.14. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20170258/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI, Filho. A saúde e seus determinantes sociais.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CALIXTO FILHO, Magid; ZERBINI, Talita. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça**, vol. 21, n. 2, p. 45-51, 2016.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/134006/129825>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CAMUS, Albert. **Bodas em Tipasa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 2021.

CARBONI, Caroline; SCHLOSSER, Adriano. Incidência de suicídio consumado em cidades do meio oeste de Santa Catarina, Brasil. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 40, n. 99, p. 216-226, dez. 2020. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2022.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus; 1991.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. 5. Ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

CHACHAMOVICH, Eduardo; STEFANELLO, Sabrina; BOTEAGA, Neury; TURECKI, Gustavo. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre

depressão e suicídio? **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, supl 1, p. S18-S25, maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>.

Acesso em: 20 jun. 2021.

CHEN, Chih-Ken; LIN, Shih-Ku; HUANG, Ming-Chyi; SU, Lien-Wen; HSIAO, Cheng-Cheng; CHIANG, Yuan-Lin; REE, Shao-Chun; CHIANG, Shu-Chuan; LIU, Hsing-Cheng. Analysis of association of clinical correlates and 5-HTTLPR polymorphism

with suicidal behavior among chinese methamphetamine abusers. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. v. 61, n. 5, p. 479-486, oct. 2007. DOI:10.1111/j.1440-1819.2007.01696.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17875025/>. Acesso em: 01 abr. 2022.

CHEW, Kenneth S; MCCLEARY, Richard. The peak of spring in suicides: a cross-national analysis. **Social Science & Medicinen** v. 40, n. 2, p. 223-230, jan. 1995. DOI: 10.1016/0277-9536(94)e0070-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)E0070-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)E0070-9). Acesso em: 05 abr. 2022.

CHOI, Kwan Woo; NA, Eun Jin; HONG, Jin Pyo; CHO, Maeng Je; FAVA, Maurizio; MISCHOULON, David; CHO, Hana; JEON, Hong Jin. Alcohol-induced disinhibition is associated with impulsivity, depression, and suicide attempt: A nationwide community sample of Korean adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 227, p. 323-329, feb. 2018. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.001 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132075/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

CLAUMANN, Gaia Salvador; PINTO, André de Araújo; SILVA, Diego Augusto Santos; PELEGRINI, Andreia. Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 1, p. 3-9, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000177>. Acesso em: 02 abr. 2022.

COIMBRA, Valéria Cristina; GUIMARÃES, Jacileide; SILVA, Mariluci Camargo; KANTORSKI, Luciane Prado; SCATENA, Maria Cecília Moraes. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n.1, 2005. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_01.htm. Acesso em: 29 junh.2022.

CONNER Kennet R; BAGGE Courtney L. Suicidal behavior: links between alcohol use disorder and acute use of alcohol. **Alcohol Research**, v. 40, n. 1, jan. 2019. DOI:10.35946/arcr.v40.1.02. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31649836/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

CONWELL, Yeates; THOMPSON, Caitlin. Suicidal behavior in elders. **The Psychiatric Clinics of North America**. v. 31, n. 2, p. 333-356, jun. 2008. DOI:10.1016/j.psc.2008.01.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18439452/>. Acesso em: 07 abr. 2022.

CORREA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. O suicídio ao longo dos tempos. In: CORREA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. (Orgs.). **Suicídio uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-10.

CREMASCO, Gabriela da Silva; BAPTISTA, Makilim Nunes. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 22-37, jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072017000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 maio 2022.

CZARNOBAY, Juliana; BRUSAMARELLO, Tatiana; CAPISTRANO, Fernanda; MARIN, Maria; NIMTZ, Miriam; MAFTUM, Mariluci. Uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n.1, 2018. 23. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52149/pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

DAOLIO, Edilberto Raimundo; SILVA, José Vitor da. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Bioethikos**, v. 3, n. 1, p. 68-76, 2009. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/68/68a76.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

DE LEO, D.; BURGIS, S.; BERTOLOTE, J.M.; KERKHOF, A.J.; BILLE-BRAHE, U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. **Crisis**, v. 27, n. 1, p. 4–15, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16642910/>. Acesso em: 12 jun. 2021.

DIEKSTRA, Rene. F. W; GARNFFSKI, Nadia. On the nature, magnitude and causality of suicidal behavior: an international perspective. **Suicide & Life Threat Behavior**, v. 25, n. 1, p. 36-57, 1995. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00391.x>. Acesso em: 13 jun. 2021.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**: estudo de sociologia. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

FERENHOF, Helio Aisenberg; FERNANDES, Roberto Fabiano. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica método SSF. **Revista ACB**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 550-563, ago./nov. 2016. Disponível em: <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/download/1194/pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes. **A complexa vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos**. Orientador: Mariluci Alves Maftum. 2015. 168 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes; CAPISTRANO, Fernanda Carolina; MAFTUM, Gustavo Jorge; KALINKE, Luciana Puclaski; MAFTUM, Mariluci Alves. Comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 13, e241446, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/241446/33468>. Acesso em: 18 abr. 2022.

FICHER, Ana Maria Fortaleza Teixeira; VANSAN, Gerson Antonio. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 361-374, set. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300005>. Acesso em: 02 abr. 2022.

FINKELSTEIN, Yaron; MACDONALD, Erin M.; HOLLANDS, Simon; SIVILOTTI, Marco L. A.; HUTSON, Janine R.; MAMDANI, Muhammad M.; KOREN, Gideon; JUURLINK, David N. Risk of suicide following deliberate self-poisoning. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 6, p. 570-575, jun. 2015. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.3188. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25830811/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

FONTENELLE, Paula. **Suicídio: o futuro interrompido: guia para sobreviventes**. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FOSTER, Tom. Suicide Note Themes and Suicide Prevention. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 33, n. 4, p. 323–331, dec. 2003. DOI:10.2190/t210-e2v5-a5m0-qlju. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/T210-E2V5-A5M0-QLJU>. Acesso em: 13 maio 2022.

FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 262-269, set./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140002>. Acesso em: 13 jun. 2021.

HECK, Rita Maria. Percepção social sobre categorias de risco do suicídio entre colonos alemães do noroeste do Rio Grande do Sul. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v.13, n.4, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/d7dLr6dB9d5kkg4FmvLWqv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.

HECK, Rita Maria; KANTORSKI, Luciane Prado; BORGES, Anelise Miritz; LOPES, Caroline Vasconcellos; SANTOS, Mateus Casanova dos, PINHO, Leandro Barbosa de. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 21, n. 1, p. 26-33, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100003>. Acesso em : 29 jun.2022.

ILGEN, Mark A.; HARRIS, Alex H.; MOOS, Rudolf H.; TIET, Quyen Q. Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment. **Alcoholism, Clinical Experimental Research**, v. 31, n.4, p. 635-642, apr. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17374043/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **A conta do desmonte**: balanço do orçamento geral da união 2021. Brasília, DF: INESC, 2021. 109 p. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2022/04/BalancoOrçamento2021-Inesc-1.pdf>. Acesso em: 16 maio 2011.

ISOMETSÄ, E.T. Estudios de autopsia psicológica: una revisión. **European Psychiatry**, (Ed. Española), v. 9, n. 1, p.11-18, feb. 2002. DOI:10.1017/S1134066500006925 Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry-ed-espanola/article/abs/estudios-de-autopsia-psicologica-una-revision/7AA32588569E5D06E95C5E092D3FC570>. Acesso em: 15 jun. 2021.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREEB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2016.

KEYSER-MARCUS, Lori; ALVANZO, Anika; RIECKMANN, Traci; THACKER, Leroy; SEPULVEDA, Alisson; FORCEHIMES, Alyssa; ISLAM, Lelia Z.; LEISEY, Monica; STITZER, Maxime; SVIKIS, Dace S. Trauma, gender, and mental health symptoms in individuals with substance use disorders. **Journal of Interpersonal Violence**, Thousand Oaks, v. 30, n. 1, p. 3-24, jan. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24811286/>. Acesso em: 04 maio 2022.

KLEIMAN, Evan. M; BEAVER, Jenna K. A meaningful life is worth living: meaning in life as a suicide resiliency factor. **Psychiatry Research**, v. 210, n. 3, p. 934–939, dec. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.002>. Acesso em: 07 maio 2022.

KNOX, Kerry L.; CONWELL, Yeates; CAINE, Eric D. If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent It? **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 1, p. 37-45, jan. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449822/>. Acesso em: 21 jun. 2021.

KÖLVES, Kairi; MCDONOUGH, Matthew; CROMPTON, David; DE LEO, Diego. Choice of a suicide method: trends and characteristics. **Psychiatry research**, v. 260, p. 67-74, feb. 2018. DOI:10.1016/j.psychres.2017.11.035. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29175501/>. Acesso em: 04 maio 2022.

LAW, Chi-kin; DE LEO, Diego. Seasonal Differences in the Day-of-the-Week Pattern of Suicide in Queensland, Australia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 10, n. 7, p. 2825-2833, jul. 2013. DOI:10.3390/ijerph10072825. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3734460/>. Acesso em: 01 abr. 2022.

LEENAARS, Antoon A. Lives and deaths: biographical notes on the selections from the works of Edwin S. Shneidman. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 40, n. 5, p. 476-491, nov. 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1521/suli.2010.40.5.476>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LESTER, David; YANG, Bijou. The economy and suicide: economic perspectives on suicide. New York: **Nova Science Publishers Inc**, 1997.

LIMA, Daniela Dantas; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; GASPAR, Karla Cristina, SILVA, Viviane Franco da; MAURO, Marisa Lúcia Fabrício, BOTEGA, Neury José. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 167-172, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300001>. Acesso em: 02 abr. 2022.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 661-673, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200021>. Acesso em: 22 jun. 2021.

LIU, Richard T.; VASSILEVA, Jasmim; GONZALEZ, Raúl; MARTIN, Eileen M. A comparison of delay discounting among substance users with and without suicide attempt history. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 26, n. 4, p. 980-985, dec. 2012. DOI:10.1037/a0027384. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22369220/>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MACENTE, Luciene Bolzam; SANTOS, Elem Guimarães dos; ZANDONADE, Eliana. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, pág. 238-244, 2009. Disponível em http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2022.

MACHADO, Daiane Borges; RASELLA, David; SANTOS, Darci Neves dos. Impact of Income Inequality and Other Social Determinants on Suicide Rate in Brazil. **PLoS One**, v. 10, n. 4, e0124934, apr. 2015. DOI:10.1371/journal.pone.0124934. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/metrics?id=10.1371/journal.pone.0124934>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MACHADO, Marcos Fabrício Souza; LEITE, Cristiane Kerches da Silva; BANDO, Daniel Hideki. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 4, n. 2, p. 334-356, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/114406>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MALONEY, Elizabeth; DEGENHARDT, Luísa; DARKE, Shane; MATTICK, Richard P.; NELSON Elliot. Suicidal behaviour and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study. **Addiction**, v. 102, n. 12, p.1933-1941, dec. 2007. DOI:10.1111/j.1360-0443.2007.01971.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17784898/>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MALONE, Darren; NEWRON-HOWES, Giles; SIMMONDS, Shaeda; MARRIOT, Sarah; TYRER, Pedro. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. **Cochrane Database Syst Ver.** 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4171962/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, dez. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2022.

MARCHANT, Amanda; HAWTON, Keith; STEWART, Anne; MONTGOMERY, Paul; SINGARAVELU, Vinod; LLOYD, Keith; PURDY, Nicola; DAINE, Kate; JOHN, Ana. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: the good, the bad and the unknown. **PloS one**, v.12, n. 8, e0181722, aug. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>. Acesso em: 05 abr. 2022.

MARCOLAN, João Fernando. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Edição Temática: Saúde Mental), v. 71, suppl 5, p.2479-2483. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2343.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M: Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 31–44, jan./jun. 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/revistam/article/view/9290>. Acesso em: 3 abr. 2022.

MARÍN-LEÓN, Leticia; BARROS, Marilisa B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 357-363, jun. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000300015>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MARIS, R. W., BERMAN, A. L., SILVERMAN, M. M. **Comprehensive textbook of suicidology**. New York: The Guildford Press, 2000.

MATSUMOTO, Toshihiko; MATSUSHITA, Sachio; OKUDAIRA, Kenichi; NARUSE, Nobuya; CHO, Tetsuji; MUTO, Takeo; ASHIZAWA, Takeshi; KONUMA, Kyohei; MORITA, Nobuaki; INO, Aro. Sex differences in risk factors for suicidality among Japanese substance use disorder patients: association with age, types of abuse substances and depression. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Carlton, v. 66, n. 5, p. 390-6, Aug. 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1819.2012.02374.x>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MEDEIROS, Márcia Noelle Cavalcante; MEDEIROS, Marília Cavalcante; SILVA, Maria Beatriz Araújo. Intoxicação aguda por agrotóxicos anticolinesterásicos na cidade do Recife, Pernambuco, 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, pp. 509-518, jul./set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000300013>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MEDRONHO, Roberto. A. **Epidemiologia**. 2ª. Ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELEIRO, A. M. A. S.; BAHLS, S. C. O comportamento suicida. In MELEIRO, A. M. A. S.; TUNG TENG, C.; PANG WANG, Y. **Suicídio: Estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, p.13-36. 2004.

MENEGHEL, Stela Nazareth; VICTORA, César Gomes; FARIA, Neice Muller Xavier; CARVALHO, Lenine Alves de; FALK, João Werner. Aspectos epidemiológicos do suicídio no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, pág. 804-810, dez. 2004. DOI: 10.1590/S0034-89102004000600008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31817>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MÉTODO. In: MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MINAYO Maria Cecília de Souza. Suicídio: violência auto-infligida. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205-39. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 11 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Fatima Gonçalves; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 1. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública: a sociological concern and a public health problem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428. abr. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200019>. Acesso em: 22 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, dez. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/JWVZDzHwSPSqdHhzt5fN8NL/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/20.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MANGAS, Raimunda Matilde; SOUZA, Juliana Rangel Alves de. Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 109-117, jun. 2011. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912011000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fatima Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n. 8, p.1587-1596, Aug. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16832530/>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stela Nazareth; CAVALCANTE, Fatima Gonçalves. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, out. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nBzq9tgsV5LZDmkrjtGy5Bs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MITTY, Ethel; FLORES, Sandi. Suicide in late life. **Geriatric Nursing**, v. 29, n. 3, p. 160-165, may/jun. 2008. Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019745720800075X?casa_token=wQHsr9W-RYAAAAAA:F7QS5_S1A7ORYT-EQqkh3a2ABNclvipQf_lb4b2awYUHnmcF-EtPQnsLERGogNuA99f9yLImJnA. Acesso em: 02 abr. 2022.

MORAIS, Sílvia Raquel Santos de; SOUSA, Geida Maria Cavalcanti de. Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes - PE. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, p. 160-175, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100014>. Acesso em: 02 abr. 2022.

NAVARRO-ATIENZAR, F; ZABALA-BANOS, C; RICARTE-TRIVES, J. J. Childhood trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, Barcelona, v. 21, n. 1, p. 42-51, jun. 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202019000100042&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2022.

NEJAR, Kennedy A.; BENSENOR, Isabela M.; LOTUFO, Paulo A. Sunshine and suicide at the tropic of Capricorn, São Paulo, Brazil, 1996-2004. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.6, p.1062-1064. dec. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000046>. Acesso em: 06 abr. 2022.

NISHI, Motoi; MIYAKE, Hirotugu; OKAMOTO, Hiroyuri; GOTO, Youhei; SAKAI, Toshirou. Relationship between suicide and holidays. **Journal of epidemiology**. v. 10, n. 5, p. 317-320, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11059514/>. Acesso em: 05 abr. 2022
NUNES, Everaldo Duarte. O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 14, n. 1, p. 7-34, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vQRZw3y6ZwvqXf9Bq9NCqdC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

O'CARROLL, Patrick W.; BERMAN, Alan L.; MARIS, Ronald W.; MOSCICKI, Eve K.; TANNEY, Bryan L.; SILVERMAN, Morton M.; Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. **Suicide Life Threat Behav**. 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8897663/>. Acesso em: 05 jun. 2021.

OHTSU, Tadahiro; KOKAZE, Akatsuki; OSAKI, Yoneatsu; KANEITA, Yoshitaka; SHIRASAWA, Takako; ITO, Taku; SEKII, Hideaki; KAWAMOTO, Teruyoshi; HASHIMOTO Masayasu; OHIDA, Takashi. Blue Monday phenomenon among men: suicide deaths in Japan. **Acta Med Okayama**. 63(5), p.231-236, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19893598/>. Acesso em: 04 maio 2022.

OLIVEIRA, Cleane S. de; LOTUFO NETO, Francisco. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo: v. 30, n. 1 p. 4-10, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000100001>. Acesso em: 12 jun. 2021.

OLIVEIRA, Maria I.; BEZERRA FILHO, José Gomes; GONCALVES-FEITOSA, Regina F. Tentativas de usuários de saúde usados em unidades de saúde pública Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**. v. 16, n.5, p. 683-696, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2022.

OLIVEIRA, Paulo Rogério Melo; KOCK, Daniel B.; OLIVEIRA, Micheline Ramos de; RAMOS, Flávio; ANTUNES, Maria C. de Souza. Estudo epidemiológico de suicídios no Vale do Itajaí-SC. **Saber Humano: Revista Científica da Faculdade Antonio Meneghetti**, v. 6, n. 8, p. 174-190, 2016. Disponível em: <https://saberhumano.emnuvens.com.br/sh/article/view/145/176>. Acesso em: 05 maio 22.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017. Vol. I.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do Suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Mental. **Prevenção do Suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra: OMS, 2000.

OSMAN, Augustine; GUTIERREZ, Peter M, MUEHLENKAMP, Jennifer J, DIX-RICHARDSON, Felicia; BARRIOS, Francisco X; KOPPER, Beverly A. Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. **Psychological Association**. v. 94, p. 1349-1360, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15362416/>. Acesso em: 06 maio 2022.

OWENS, David; HORROCKS, Judith; HOUSE, Allan. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. **Br J Psychiatry**. v.181, p.193-199, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12204922/>. Acesso em: 08 abr. 2022.

PARK, Hyung Keun C.; YOO, Seong Ho; LEE, Jaewon; CHO, Sung Joon; SHIN, Min-Sup Shin; KIM, Eun Young; KIM, Se Hyun; HAM, Keunsoo; AHN, Yong Min. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. **Comprehensive psychiatry**, v.75, p. 27–34, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.012>. Acesso em: 05 abr. 2022.

PARTONEN, Timo; HAUKKA, Jari; NEVANLINNA, Heikki; LÖNNQVIST, Jouko. Analysis of the seasonal pattern in suicide. **Journal of affective disorders**. v. 8, n. 2, p.133–139, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15306138/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

PEIXOTO, Heloisa Côrtes Gallotti. **Redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: diagnóstico do problema em Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, 2003. Disponível em: http://docplayer.com.br/storage/20/444143/1656298609/si-VYGAE61gPcSA-Twu_jg/444143.pdf. Acesso em: 05 dez. 2021.

POSNER, Kelly; OQUENDO, Maria A.; GOULD, Madelyn; STANLEY, Barbara; DAVIES, Mark. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. **Am J Psychiatry**. 164:7, p.1035-1043,2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804920/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRAIBURGO. Secretaria Municipal de Assistência Social. **PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL FRAIBURGO – SC/2022 a 2025**. Agosto 2021. Disponível em: <https://fraiburgo.sc.gov.br/site/CMS/Media/docs/Fraiburgo/OrgaosMunicipais/Secreta>

rias/AssistenciaSocial/Menu/Conselhos/Plano%20Municipal%20de%20Assist%C3%A2ncia%20Social%20-%202022%20%C3%A1%202025.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

PRIETO, Daniela; TAVARES, Marcelo. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 54, n. 2, p.146-154, 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438306>. Acesso em: 04 abr. 2022.

RAPELI, Claudemir Benedito; BOTEAGA, Neury José. Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated with medical lethality. **Sao Paulo Medical Journal**. 2005, v. 123, n. 1, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802005000100011>. Acesso em: 05 jun. 2021

REISDORFER, Nara.; ARAUJO, Graciela Machado de; HILDEBRANDT, Leila Mariza; GEWEHR, Taciana Raquel; NARDINO, Janaine; LEITE, Marinês Tambara. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 5, n. 2, p. 295–304, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790>. Acesso em: 24 abr. 2022.

RETAMAL, Pedro; HUMPHREYS, Derek . Ocorrência de suicídio e variação sazonal. **Revista de Saúde Pública**. v.32, n.5, pp.408-412, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000500002>. Acesso em: 06 abr. 2022.

RIBEIRO, Nilva Maria; CASTRO, Sybelle de Souza; SCATENA, Lúcia Marina; HAAS, Vanderlei José. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>. Acesso em: 07 abr. 2022.

RODRÍGUEZ-CINTAS, Laia; DAIGRE, Constanza; BRAQUEHAIS, Maria Dolores; PALMA-ALVAREZ, Raúl Felipe; GRAU-LÓPEZ, Lara; ROS-CUCURULL Elena; RODRÍGUEZ-MARTOS, Lola; ABAD, Alfonso Carlos, RONCERO, Carlos. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. **Psychiatry Res**. 262, p.440-445, abr. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28951146/>. Acesso em: 04 maio 2022.

ROHLING, Bethania Santos Vieira; CIESCA, Daiana; LIEBL, Geovana. Projeto Vida: integração da Vigilância Epidemiológica e setor da Saúde Mental frente às tentativas de suicídio em Fraiburgo, Santa Catarina, 2014-2017. **Epidemiologia. Serviços Saúde**. v.27, n.3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2018.v27n3/e2017319/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

RUTSTEIN, David D.; BERENBERG, William; CHALMERS, Thomas C.; CHILD Charles G; FISHMAN, Alfred P.; PERRIN, Edward B. Measuring quality of medical-

care - clinical method. **The New England journal of medicine**. 294(11): 582-8, 1976. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJM197603112941104>. Acesso em: 05 maio 2022.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Informativo Epidemiológico Barriga Verde**. Santa Catarina: Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2019. 14 p. Disponível em: <https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/suicidio/BarrigaVerde%20Suicidio.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2022.

SANTOS, Simone Aguiar; LOVISI, Giovanni; LEGAY, Letícia; ABELHA, Lúcia. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v 25, p. 2064-2074, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vQfcmZPYGKNfyFYwJRGmKRD/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 03 abr. 2022.

SCHMITT, Ricardo; LANG, Maria Gabriela; QUEVEDO, João; COLOMBO, Talita. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2008, v. 30, n. 2, pp. 115-123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000300007>. Acesso em: 01 abr. 2022.

SEDIVY, Nusa Zadavec; PODLOGAR, Tina; KERR, Davi C. R.; LEO, Diogo de. Community social support as a protective factor against suicide: a gender-specific ecological study of 75 regions of 23 European countries. **Health & Place**, 48, 40–46, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28934635/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

SHARMA, Tarang; GUSKI, Louise Schow; FREUND, Nanna; GOTZSCHE, Peter C. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. **BMJ**, 352:i65, p.352-365, jan. 2016. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i65>. Acesso em: 04 abr.2022.

SHNEIDMAN, Edwin S. **Definition of suicide**. Regina Ryan Books, 2004. E-book.

SILVA, Daniel Augusto da; MARCOLAN, João Fernando. Tendência da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**. v.36, n.45174. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/45174/26406>. Acesso em: 06 abr. 2022.

SILVEIRA, Rafael Pasche da; SILVA, Rosângela Marion da; WASUM, Fernanda Demetrio; XAVIER, Mariane da Silva; TERRA, Marlene Gomes; ARNEMANN,

Cristiane Trivisiol, SIQUEIRA, Daiana Foggiato de Siqueira. A revisão prática profissional no contexto do cuidado em saúde mental: integrativa / Prática profissional no contexto do cuidado em saúde mental: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.4, n.5, p.18976-18997, set. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/35551/pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

SOUZA, Thais Teles; GODOY, Rangel Ray; ROTTA; Inajara; PONTAROLO, Roberto; FERNANDEZ-LLIMOS, Fernando; CORRER, Cassyano Januário. Morbidade e mortalidade relacionadas a 130 medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 519-32, 2014. Disponível em: <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/82>. Acesso em: 03 maio 2022.

SOUZA, Viviane dos Santos; ALVES, Murilo da Silva Alves; SILVA, Livia Angeli; LINO, Débora Cristiane Silva Flores; NERY, Adriana Alves; CASOTTI, Cezar Augusto. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2011, v. 60, n. 4, pp. 294-300, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000400010>. Acesso em: 03 abr. 2022.

STEVOVIĆ, Lidija Injac; JAŠOVIĆ-GAŠIĆ, Miroslava; VUKOVIĆ, Olivera; PEKOVIĆ, Mirko; TERZIĆ, N Nataša. Gender differences in relation to suicides committed in the capital of Montenegro (Podgorica) in the period 2000-2006. **Psychiatria Danubina**, v.23, n.1, p.45–52, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21448096/>. Acesso em: 05 maio 2022.

SUÁREZ, Varela M.M; LLOPIS, Gonzalez A.; TEJERIZO, Perez M.L. Variations in avoidable mortality in relation to health care resources and urbanization level. **Journal of environmental pathology, toxicology and oncology**, v.15, n.2, p.149-154,1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9216798/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Três fórmulas para compreender: o suicídio de Durkheim. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 143-152, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/z8LFQrWWtjRBNhdc8fbrQdJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2021.

TREVISAN, Elissa Peron Toledo; SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Tentativa de suicídio de mulheres: dados de um centro de assistência toxicológica do Paraná. **REME**, v. 17, n. 2, p412-417, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/659>. Acesso em: 29 jun. 2022.

TWENGE, Jean M; MARTIN, Gabrielle N; CAMPBELL, W Keith. Decreases in psychological well-being among American adolescents after 2012 and links to screen

time during the rise of smartphone technology. **Emotion**, v.18, n.6, p. 765-780, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/emo0000403>. Acesso em: 03 abr. 2022.

UNITED STATES OF AMERICA. Centers for Disease Control and Prevention. **Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements**. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011. 91 p. Disponível em: <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/self-directed-violence-a.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 29, n. 1, pp. 175-187, jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>. Acesso em: 06 abr. 2022.

VIJAYAKUMAR, Lakshmi. Suicide in women. **Indian journal of psychiatry**, v.57, n. 2, p.233–238, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161484>. Acesso em: 03 abr. 2022.

VOLPE, Fernando Madalena; CORRÊA, Humberto; BARRERO, Sergio Perez. Epidemiologia do suicídio. In: CORRÊA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. (Orgs.). **Suicídio, uma morte evitável**. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p. 11-27.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. Mapa da Violência, 2014. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro, 2014. **Flacso Brasil**. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf. Acesso em: 22 nov. 2021.

WASSERMAN, Danuta. **Suicide – An unnecessary death**. Martin Dunitz: Stockholm. 2001.

WENZEL, Amy; BROWN, Gregory. K.; BECK, Aaron. T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BORGES, Vivian Roxo; FENSTERSEIFER, Liza. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, v 39, no. 2, p. 259-266, 2005. Disponível em: <https://docplayer.com.br/54513-Fatores-de-risco-ou-protecao-para-a-presenca-de-ideacao-suicida-na-adolescencia.html>. Acesso em: 10 jun. 2022.

WHITAKER, Robert. **Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America**. 1st ed. New York: Crown Publishing Group, 2010.

WOO, Jong-Min; OKUSAGA, Olaoluwa; POSTOLACHE, Teodor T. Sazonalidade do comportamento suicida. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde**

Pública, v.9, n. 02, p.531–547, 2012. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315262/>. Acesso em: 02 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2017. 24 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 abr. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours - SUPRE-MISS**: components and instruments. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2000, 101 p. Disponível em:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.174.5140&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 03 maio 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014. 92 p. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 25 nov.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019**: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2021. 35 p. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 30 nov. 2021.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; SILVEIRA, Luísa Horn de Castro; ROCHA, Cristianne Maria Famer; ROCHA, Kátia Bones. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 20, n. 03, p. 460-474, 2017. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>. Acesso em: 02 abr. 2022.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NOTIFICADAS NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO DE 2014 A 2021.

Pesquisador: FABRICIO AUGUSTO MENEGON

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53328521.0.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.124.931

Apresentação do Projeto:

CARACTERIZAÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO NOTIFICADAS NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO DE 2014 A 2021.

Resumo:

Abordar a temática do suicídio é algo complexo e que traz inúmeras reflexões. Ele não se apresenta como um fenômeno isolado, mas multifatorial, ou seja, é o resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Compreender a epidemiologia do suicídio, é compreender o espectro de manifestações desse fenômeno, bem como suas representações, considerando que este fenômeno impacta não só a vida de quem comete este ato, mas dos sobreviventes (familiares e pessoas próximas) e de toda comunidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), de seis a 10 pessoas são diretamente afetadas pela perda de alguém por suicídio, com prejuízos emocionais, sociais e econômicos. Em relação às tentativas de suicídio, estima-se que, para cada morte por suicídio, existam em torno de 10 a 20 tentativas. Não há, entretanto, registro do número de tentativas em abrangência nacional em nenhum país, sem que seja levada em consideração a ampla subnotificação (Botega, 2015; WHO, 2016). De acordo com a OMS (2014), as tentativas de suicídio geram ônus econômico para a sociedade, devido à necessidade de utilização dos serviços de saúde para tratamento das lesões ocasionadas pelos atos e ao impacto emocional e período de incapacitação laboral da

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.124.931

pessoa que se agrediu, bem como das pessoas próximas a ela. Portanto, ter um conhecimento maior sobre as tais tentativas pode viabilizar mais estratégias de prevenção além de avaliar as que já se encontram vigentes. Atualmente o município de Fraiburgo não possui um diagnóstico do território que possibilita esse direcionamento, que possibilite ações de prevenção traçadas de acordo com a realidade vivenciada no território. Diante desse cenário busca-se elementos para o desenvolvimento de ações de gestão, cuidado, prevenção do suicídio e promoção da saúde no município de Fraiburgo. Entretanto, para que seja possível subsidiar intervenções de promoção da vida e prevenção ao suicídio, precisamos conhecer a realidade vivenciada, por isso a pergunta que norteia esta pesquisa é: quais são as características das tentativas de suicídio no município de Fraiburgo? Espera-se com este estudo alcançar o conhecimento da realidade territorial do município, identificando o perfil das tentativas de suicídio no município de Fraiburgo, Santa Catarina, analisando suas características em relação ao sexo, faixa etária, território, grau de instrução, ocupação, forma de tentativa, motivos e ano de ocorrência.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Descrever as características das tentativas de suicídio notificadas no município de Fraiburgo, Santa Catarina, no período de 2014 a 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características das tentativas de suicídio de acordo com o sexo, faixa etária, grau de instrução, ocupação, forma de tentativa, motivos e ano de ocorrência;

Analisar possíveis fatores de risco associados às tentativas de suicídio no município de Fraiburgo/SC, no período de 2014 a 2021.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como a pesquisa será realizada com dados secundários, os riscos são inexistentes.

Benefícios:

A utilização dos dados secundários possibilitará a agilidade da pesquisa e a análise de um banco de dados que possibilitará identificar as características das tentativas de suicídio no

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.124.931

município de Fraiburgo, Santa Catarina, em relação ao sexo, faixa etária, território, grau de instrução, ocupação, forma de tentativa, motivos e ano de ocorrência. Esta análise desses dados poderá fornecer subsídios para implementação de políticas públicas de prevenção e posvenção ao comportamento suicida no município de Fraiburgo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEPESH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEPESH dá ciência do protocolo documental e encaminha para aprovação a pesquisa uma vez que os pesquisadores, UNICAMENTE, terão acesso aos DADOS ANONIMIZADOS provenientes do Controle de Notificações do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I do município de Fraiburgo, conforme Declaração dos pesquisadores e ciência e autorização do Secretário da Saúde do município de Fraiburgo referente ao presente estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1839591.pdf	27/10/2021 18:49:12		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado.pdf	27/10/2021 18:48:47	FABRICIO AUGUSTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projetodepesquisa.pdf	27/10/2021 17:14:51	FABRICIO AUGUSTO	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.124.931

Investigador	Projetodepesquisa.pdf	27/10/2021 17:14:51	FABRICIO AUGUSTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodaSecretaria.pdf	07/10/2021 21:01:41	BETHANIA SANTOS VIEIRA ROHLING	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromisso para UsodeDados assinadoassinado.pdf	07/10/2021 20:55:07	BETHANIA SANTOS VIEIRA ROHLING	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Novembro de 2021

Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 04 de 04

APÊNDICE 1 – Descrição dos estudos selecionados sobre comportamento suicida, fatores de risco e de proteção, de acordo com autoria, ano de publicação, país, título e número de citações.

ID	Autor	Ano	País	Título	No. de citações
1	Ahn, S. H. et al.	2020	Coreia	A study of job stress, suicidal ideation and suicide attempts in display manufacturing workers: A cross-sectional study	37
2	Allison, S. et al.	2001	Austrália	Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents	20
3	Amstadter, A. B. et al.	2009	Florida	Variation in RGS2 is associated with suicidal ideation in an epidemiological study of adults exposed to the 2004 Florida hurricanes	16
4	Ashkar, K. et al.	2006	Israel	Suicidal Attempts Admitted to a General Hospital in the Western Galilee: An Inter-Ethnic Comparison Study	6
5	Bae, S. M.	2019	Coreia	The prediction model of suicidal thoughts in Korean adults using Decision Tree Analysis: A nationwide cross-sectional study	2
6	Bagge, C. L. et al.	2013	Missisipi	Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts	37
7	Bálint, L. et al.	2016	Hungria	Associations between marital and educational status and risk of completed suicide in Hungary	15
8	Bernert, R. A. et al.	2014	Multicêntrico	Association of poor subjective sleep quality with risk for death by suicide during a 10-year period a longitudinal, population-based study of late life	136
9	Bodell, L. P. et al.	2013	EUA	Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa	34
10	Bohaterewicz, B. et al.	2020	Polônia	Clinical and Psychosocial Characteristics of Adolescent Pediatric Patients Hospitalized after Different Types of Suicidal Behaviors-A Preliminary Study	61
11	Borges, G. et al.	2010	Multicêntrico	Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys	138
12	Breslau, N. et al.	2005	Michigan	Smoking and the Risk of Suicidal Behavior	61
13	Buddeberg, C. et al.	1996	Suíça	Suicidal behavior in Swiss students: an 18-month follow-up survey	5
14	Burshtein, S. et al.	2016	Israel	Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour	14
15	Campos, R. C. and Holden, R. R.	2014	Portugal	Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults	7

Continuação Apêndice 1.

ID	Autor	Ano	País	Título	No. de citações
16	Campos, R. C. et al.	2016	Multicêntrico	Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk	26
17	Caspi, A. et al.	1996	Nova Zelândia	Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort	346
18	Catherine R. Glenn3	2017	EUA	The quadratic relationship between body mass index and suicide ideation: A nonlinear analysis of indirect effects	5
19	Chabrol, H. et al.	2008	França	Influence de la consommation de cannabis sur les idées suicidaires chez 491 adolescents scolarisés. [Influence of cannabis use on suicidal ideations among 491 high-school students.]	2
20	Chastang, F. et al.	1998	França	Suicide attempts and job insecurity: A complex association	12
21	Corrêa, F. H. M. et al.	2020	Brasil	Suicide thoughts among transgender population: An epidemiological study	33
22	Costa, A. P. et al.	2020	Luxemburgo	Suicidality in adults with autism spectrum disorder: The role of depressive symptomatology, alexithymia, and antidepressants	2
23	Courtney L. Bagge1, Andrew K. Littlefield2, and	2017	EUA	Trajectories of affective response as warning signs for suicide attempts: An examination of the 48 hours prior to a recent suicide attempt	21
24	Cramer, R. J. et al.	2019	Reino Unido	Preferences in Information Processing and suicide: Results from a young adult health survey in the United Kingdom	3
25	Cwik, M. et al.	2015	EUA	Exploring risk and protective factors with a community sample of American Indian adolescents who attempted suicide	34
26	de Cerqueira, A. C. et al.	2015	Brasil	Risk factors for suicide in multiple sclerosis: A case-control study	4
27	Dedić, G. et al.	2010	Sérvia	Psychological assessment of persons following suicide attempt by self-poisoning	17
28	DeVylder, J. E. et al.	2015	EUA	Social and psychological contributions to the co-occurrence of sub-threshold psychotic experiences and suicidal behavior	31
29	Dwyer, J. et al.	2019	Austrália	Characteristics of patients with cancer who die by suicide: Coronal case series in an Australian state	25
30	Ernst, C. et al.	1993	Zurique	The zurich study - XVII. Sexual abuse in childhood. Frequency and relevance for adult morbidity data of a longitudinal epidemiological study	98
31	Espinosa, J. J. et al.	2009	México	Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría	41

Continuação Apêndice 1.

ID	Autor	Ano	País	Título	No. de citações
32	Favril, L. et al.	2020	Nova Zelândia	Mental disorders and risk of suicide attempt in prisoners	5
33	Gili-Planas, M. et al.	2001	Espanha	Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study	7
34	Gray, A. P. et al.	2016	Canadá	Individual- and community-level determinants of inuit youth mental wellness	11
35	Hadland, S. E. et al.	2012	Canadá	Suicide and history of childhood trauma among street youth	70
36	Hagnell, O. et al.	1981	Suécia	Suicide rates in the Lundby study: Mental illness as a risk factor for suicide	134
37	Harris, K. M.	2013	EUA	Sexuality and suicidality: Matched-pairs analyses reveal unique characteristics in non-heterosexual suicidal behaviors	30
38	Hawton, K. et al.	2014	Inglaterra	Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide	158
39	Hill, N. T. M. et al.	2020	Austrália	Understanding the characteristics and mechanisms underlying suicide clusters in Australian youth: a comparison of cluster detection methods	2
40	Hishimoto, A. et al.	2010	Japão	Alcohol and aldehyde dehydrogenase polymorphisms and risk for suicide: A preliminary observation in the Japanese male population	10
41	Huan, M. et al.	2005	China	Suicide Attempt and N-3 Fatty Acid Levels in Red Blood Cells: A Case Control Study in China	206
42	Huang, H. W. and Wang, R. H.	2019	Taiwan	Roles of protective factors and risk factors in suicidal ideation among adolescents in Taiwan	55
43	Jang, S. H. et al.	2017	Multicêntrico	Use of a smartphone application to screen for depression and suicide in South Korea	10
44	Jiang, Z. et al.	2019	China	The role of depressive symptoms in suicide attempt in rural China	2
45	Karbeyaz, K. et al.	2017	Turquia	Elderly suicide in Eskisehir, Turkey	8
46	Keaton, S. A. et al.	2019	EUA	An inflammatory profile linked to increased suicide risk	21
47	Kelly C. Cukrowicz, Danielle R. Jahn, Ryan D. Graham, Erin K. Poindexter, and Ryan B. Williams	2013	EUA	Suicide risk in older adults: Evaluating models of risk and predicting excess zeros in a primary care sample	12

Continuação Apêndice 1.

ID	Autor	Ano	País	Título	No. de citações
48	Kerr, D. C. R. et al.	2013	EUA	Trajectories of depressive symptoms and externalizing behaviors across adolescence: Associations with histories of suicide attempt and ideation in early adulthood	49
49	Kim, S. M. et al.	2020	Coreia	Resilience as a protective factor for suicidal ideation among Korean workers	2
50	Kleiman, E. M. and Liu, R. T.	2013	EUA	Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples	137
51	Knipe, D. W. et al.	2018	Ásia	Attempted suicide in Sri Lanka – An epidemiological study of household and community factors	18
52	Kokkevi, A. et al.	2011	Grécia	Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007	34
53	Lake, S. et al.	2020	Canadá	Does cannabis use modify the effect of post-traumatic stress disorder on severe depression and suicidal ideation? Evidence from a population-based cross-sectional study of Canadians	2
54	Langhinrichsen-Rohling, J. et al.	2019	EUA	Risk for suicide attempts among United States Air Force active duty members with suicide ideation: An ecological perspective	4
55	Langille, D. B. et al.	2015	Canadá	Associations of school connectedness with adolescent suicidality: Gender differences and the role of risk of depression	48
56	Lee, S. et al.	2007	China	Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China	126
57	Lewcun, B. et al.	2018	EUA	Predicting suicidal ideation in adolescents with chronic amplified pain: The roles of depression and pain duration	8
58	Liu, X. et al.	2008	China	Parent-reported suicidal behavior and correlates among adolescents in China	60
59	Lloyd, J. J. et al.	2007	EUA	The relationship between lifetime abuse and suicidal ideation in a sample of injection drug users	30
60	Madeira, N. et al.	2011	Portugal	Death ideation in cancer patients: Contributing factors	32
61	Maniam, T. et al.	2014	Malásia	Risk factors for suicidal ideation, plans and attempts in Malaysia—results of an epidemiological survey	29
62	Martin, G. et al.	2004	Austrália	Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents	208
63	McPhee, J. et al.	2015	EUA	Suicidal ideation and behaviours among adolescents receiving bariatric surgery: A case–control study	15

Continuação Apêndice 1.

ID	Autor	Ano	País	Título	No. de citações
64	Na, K. S. et al.	2018	Coreia	Association between age and attitudes toward suicide	6
65	Nishida, A. et al.	2014	Japão	Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents	24
66	Nylev Stenager, E. et al.	1998	Dinamarca	Suicide in patients with stroke: Epidemiological study	17
67	Park, E. Y. and Kim, J. H.	2016	Coreia do Sul	Factors related to suicidal ideation in stroke patients in South Korea	9
68	Park, H. et al.	2019	Coreia do Sul	Relationship between daily coffee intake and suicidal ideation	4
69	Parrón, T. et al.	1996	El Poniente	Increased risk of suicide with exposure to pesticides in an intensive agricultural area. A 12-year retrospective study	90
70	Patel, V. et al.	2012	Índia	Suicide mortality in India: A nationally representative survey	130
71	Pereira-Morales, A. J. et al.	2017	Colômbia	Substance use and suicide risk in a sample of young Colombian adults: An exploration of psychosocial factors	2
72	Pfaff, J. J. and Almeida, O. P.	2005	Austrália	Detecting suicidal ideation in older patients: Identifying risk factors within the general practice setting	14
73	Plener, P. L. et al.	2009	EUA	An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA	54
74	Pouliot, L. et al.	2011	Canadá	The Werther effect reconsidered in light of psychological vulnerabilities: results of a pilot study	3
75	Rao, R. et al.	1997	Cambridge	Suicidal thinking in community residents over eighty	5
76	Rastegar Lari, A. and Alaghebandan, R.	2003	Irã	Epidemiological study of self-inflicted burns in Tehran, Iran	14
77	Recklitis, C. J. et al.	2014	EUA	Suicidal ideation in prostate cancer survivors: Understanding the role of physical and psychological health outcomes	13
78	Richardson, A. S. et al.	2005	Austrália	Perceived Academic Performance as an Indicator of Risk of Attempted Suicide in Young Adolescents	11
79	Roberts, R. E. et al.	1998	Houston	Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide	24
80	Rodríguez, M. J. C. et al.	2012	México	Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. [Depression and suicidal behavior in senior high school students in Sonora.]	26

Continuação Apêndice 1.

ID	Autor	Ano	País	Título	No. de citações
81	Saddichha, S. et al.	2010	Índia	Behavioral emergencies in India: A population based epidemiological study	14
82	Shamu, S. et al.	2016	África	High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe	50
83	Shankar, G. and Naik, V. A.	2012	Índia	Epidemiological study of suicidal and homicidal burn injuries admitted in Tertiary care hospitals of Belgaum District, Karnataka State, India	37
84	Shao, Y. et al.	2016	Xangai	Epidemiology and temporal trend of suicide mortality in the elderly in Jiading, Shanghai, 2003-2013: A descriptive, observational study	7
85	Smith, B. C. et al.	2016	EUA	PTSD, depression, and substance use in relation to suicidality risk among traumatized minority lesbian, gay, and bisexual youth	7
86	Sobrinho, A. T. et al.	2016	Portugal	Parental Rejection, Personality, and Depression in the Prediction of Suicidality in a Sample of Nonclinical Young Adults	10
87	Stanley, I. H. et al.	2018	EUA	Anxiety sensitivity and suicide risk among firefighters: A test of the depression-distress amplification model	3
88	Sugawara, N. et al.	2012	Japão	Relationships between suicidal ideation and the dimensions of depressive symptoms among middle-aged population in Japan	13
89	Tebbe, E. A. and Moradi, B.	2016	EUA	Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory	26
90	Thompson, E. A. et al.	2005	México	The Mediating Roles of Anxiety, Depression, and Hopelessness on Adolescent Suicidal Behaviors	27
91	Tresno, F. et al.	2012	EUA	Self-injurious behavior and suicide attempts among Indonesian college students	3
92	Tseng, W. C. et al.	2019	Taiwan	Sleep apnea may be associated with suicidal ideation in adolescents	3
93	Umhau, J. C. et al.	2013	EUA	Low vitamin D status and suicide: A case-control study of active duty military service members	50
94	Usall, J. et al.	2009	Multicêntrico	Suicide ideation across reproductive life cycle of women. Results from a European epidemiological study	7
95	Voltas, N. et al.	2020	EUA	Suicidality in a Community Sample of Early Adolescents: A Three-Phase Follow-Up Study	5
96	Voss, C. et al.	2019	Alemanha	Prevalence, Onset, and Course of Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults in Germany	9

Continuação Apêndice 1.

ID	Autor	Ano	País	Título	No. de citações
97	Webb, R. T. et al.	2013	Dinamarca	Combined influence of serious mental illness and criminal offending on suicide risk in younger adults	13
98	Werbeloff, N. et al.	2016	Israel	Demographic, behavioral, and psychiatric risk factors for suicide: A 25-year longitudinal cohort study	15
99	Wu, Y.-L. et al.	2015	China	Prevalence of suicidal ideation and associated factors among HIV-positive MSM in Anhui, China	52
100	Xu, H. et al.	2015	China	Prevalence and influence factors of suicidal ideation among females and males in Northwestern urban China: A population-based epidemiological study	5
101	Xu, Q. Y. et al.	2020	China	A cross-sectional study on associations of physical symptoms, health self-efficacy, and suicidal ideation among Chinese hospitalized cancer patients	0
102	Yen, C.-F. et al.	2014	Taiwan	The associations between suicidal ideation and attempt and anxiety symptoms and the demographic, psychological, and social moderators in Taiwanese adolescents	20
103	Yen, C.-F. et al.	2015	Taiwan	Risk and protective factors of suicidal ideation and attempt among adolescents with different types of school bullying involvement	29
104	Yip, P. S. F. et al.	2004	China	Suicidality Among High School Students in Hong Kong, SAR	73

APÊNDICE 2 - Características dos artigos identificados segundo tamanho da amostra, comportamento suicida, delineamento e instrumento utilizado.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
1	836	Ideação / Tentativas de suicídio	Transversal	Escala Coreana de Estresses Ocupacional (KOSS)	Risco: Fatores sociais: ambiente físico, falta de recompensa e clima de ocupação foram correlacionados com ideação / tentativas de suicídio em mulheres. Fatores Psiquiátricos: depressão em trabalhadores do sexo masculino.
2	2489	Ideação	Transversal	Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Adolescente Suicídio Questionário (ASQ)	Risco: Fatores psiquiátricos:- depressão e ideação mais associados as mulheres jovens
3	607	Ideação	Transversal	DNA Bucal	Risco: Fatores sociais: exposição ao estresse (furacões)Proteção: Apoio social
4	199	Tentativa de suicídio	Longitudinal	Prontuário Médico	Risco: Fatores sociais: padrões étnicos – entre os judeus do sexo masculino, as tentativas aumentaram acentuadamente após os 40 anos, enquanto entre seus colegas árabes a distribuição de idade era uniforme em todas as faixas etárias. Entre mulheres judias, as admissões por automutilação aumentaram gradualmente com a idade, enquanto entre as mulheres árabes houve um pico na faixa etária de 20 a 29 anos.
5	7000	Ideação	Longitudinal	Identificação de Distúrbio de Uso do Alcool (AUDIT); Questionário com variáveis sociodemográficas e ideação suicida; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CESD-11)	Risco: Fatores sociais: dificuldades financeiras, relacionamento familiar, Fatores psiquiátricos: depressão.
6	110	Tentativa de suicídio	Longitudinal	Entrevista de Acompanhamento de Linha do Tempo; Escala de Intenção de Suicídio (SIS)	Risco: Fatores sociais: conflitos conjugais
7	14.029	Suicídio consumado	Longitudinal	Registro Demográfico do Serviço Central de Estatística Húngaro (DEMO), Questionário com variáveis sociodemográficas	Risco: Fatores sociais: as taxas de suicídio total, masculino e feminino aumentam com a idade; o gênero masculino apresenta maior risco de suicídio consumado do que o feminino. Proteção: o status de casado, níveis educacionais mais elevados.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
8	141.456	Suicídio consumado	Longitudinal	Índice de Qualidade do Sono; Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	Risco: Fatores clínicos: a má qualidade do sono foi significativamente associada ao aumento do risco de suicídio
9	364	Suicídio consumado	Transversal	Entrevista Clínica Estruturada para os diagnósticos do Eixo I (SCID-I)	Risco: Fatores psiquiátricos: bulimia nervosa.
10	36	Tentativa de suicídio	Transversal	Programação Infantil para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia (K-SADS); Escala de Depressão para Crianças do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-DC); Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); Escala de Avaliação de Dor Psicológica (TPS); Questionário Prodromal (PQ-16); Escala de Avaliação de Funcionalidade Social e Ocupacional (SOFAS); Questionário sobre o Comportamento Suicida – Revisado (SBQ-R)	Risco: Fatores psiquiátricos: sintomas depressivos, ansiedade, sintomas psicóticos.
11	108.705	Ideação/Tentativa de suicídio	Longitudinal	Composite International Entrevista de diagnóstico (CIDI); Critérios de diagnóstico de pesquisa de história da família (FH-RDC)	Risco: Fatores sociais: sexo feminino, idade mais jovem, menor escolaridade e renda, situação de solteiro, desemprego, psicopatologia dos pais, adversidades na infância e presença de diversos transtornos mentais do DSM-IV em 12 meses.
12	1.200	Ideação	Longitudinal	O Programa de Entrevistas de Diagnóstico do Instituto Nacional de Saúde Mental - DSM-III-R	Risco: Fatores clínicos: tabagismo.
13	1.937	Ideação/Tentativa de suicídio	Longitudinal	Inventário multifásico de personalidade (MMP); Teste de Atitudes Alimentares (EAT); Lista de verificação de sintomas físicos de Giessen para Crianças [GSCL-C)	Risco: Fatores clínicos: deficiências físicas e transtornos mentais graves. Fatores sociais: adolescentes, dificuldades sociais e interpessoais.
14	5.200	Suicídio consumado	Transversal	Entrevista de Pesquisa em Epidemiologia Psiquiátrica (PERI)	Proteção: religião
15	810	Ideação/Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas; Questionário de Experiências Depressivas (DEQ); Questionário de Comportamentos de Suicídio Revisado (SBQ-R)	Risco: Fatores psiquiátricos: sintomas depressivos, consulta com psicólogo ou psiquiatra, alta autocrítica e escolaridade discriminaram os participantes que tentaram suicídio.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
16	7.522	Tentativa de suicídio	Longitudinal	Escala de Beck para Ideação Suicida (BSS); Escala de Psiquê (PAS), Escala de Desesperança de Beck (BHS), Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II); Escala do Centro de Estudos Epidemiológicos de Depressão (CES-D); Questionário de Comportamentos de Suicídio - Revisado (SBQ-R).	Risco: Fatores sociais: pertença frustrada e sobrecarga percebida, desesperança,
17	1.037	Tentativa de suicídio	Longitudinal	Testes cognitivos motores; Cronograma de entrevista de diagnóstico (DIS)	Risco: Fatores psicológicos: comportamento impulsivo, inquieto, distraído) e inibido (inclui crianças que são tímidas, medrosas e facilmente perturbadas)
18	338	Ideação	Transversal	Escala de Beck para Ideação Suicida (BSS); Questionário de Necessidades Interpessoais Revisado (INQ-R); Exame de Transtorno Alimentar - versão 6 (EDE-Q)	Risco: Fatores clínicos: Índice de Massa Corporal e Ideação de Suicídio sugerem a relevância clínica da percepção sobrecarga tanto alta (ou seja, com sobrepeso e obesidade) quanto baixa (ou seja, baixo peso) níveis de IMC, indicando que as intervenções clínicas para esses indivíduos devem considerar a incorporação de avaliação, ou atenção a, carga percebida para risco potencialmente mais baixo de comportamento suicida. os resultados fornecem evidências de uma fraca associação entre pertencimento frustrado e suicídio ideação, em vez de um efeito não detectado.
19	491	Ideação	Transversal	Questionário de Avaliação do Uso de Cannabis; Escala de Depressão (CES-D); Escala de Autorrelato de Depressão (ETUC-D)	Risco: Fatores clínicos: uso de maconha
20	541	Tentativas de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográfica, família, história de transtorno psiquiátrico, perdas ou separações antes a idade de 12 anos.	Risco: Fatores sociais: tentativa ocorre mais entre as mulheres, suicídio consumado ocorre mais em homens jovens adultos, geralmente solteiros, viúvos ou divorciados e, mais frequentemente, desempregados, insegurança no trabalho.
21	221	Ideação	Transversal	Revisão de Prontuário Médico	Risco: Fatores sociais: transexuais, habitação.
22	339	Tentativa de suicídio	Transversal	Quociente de Autismo (AQ-short)	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão e autismo.
23	216	Tentativa de suicídio	Transversal	Entrevista de Acompanhamento de Linha do Tempo para Tentativas de Suicídio (TLFB-as); Formulário Expandido de Programação de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS-X)	Risco: Fatores sociais: tentativas anteriores, consumo de álcool, auto insatisfação, hostilidade, sozinho, com medo e aumento do afeto negativo. Fatores clínicos: depressão.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
24	414	Ideação/tentativa de suicídio/suicídio consumado	Transversal	Questionário de Comportamentos de Suicídio - Revisado (SBQ-R); Referências em Processamento de Informação (PIP)	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão, ansiedade.
25	71	Ideação/Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográfica; Escala de Depressão (CES-D); Escala de Funcionalidade Social e Adaptativa para Crianças e Adolescentes; Formulário Resumido Revisado do Inventário de Solução de Problemas Sociais; Questionário de Erros Cognitivos Negativos das Crianças; Pesquisa de Comportamento de Risco Juvenil	Proteção: resiliência Risco: Fatores sociais; comportamento suicida dos colegas e família, cuidadores com problemas com substâncias. Fatores clínicos: , álcool, maconha.
26	60	Tentativa de suicídio	Transversal	Entrevista Neuropsiquiátrica Mini Internacional(MINI).	Risco: Fatores sociais: história pregressa de suicídio, solteiro, viúvo ou divorciado e menor escolaridade. Fatores psiquiátricos: depressão,
27	30	Tentativa de suicídio	Transversal	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAMD); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Escala de Questionário Defensivo (DSQ-40); Escala de Eventos de Vida (Paykel); Escala de Intenção de Suicídio de Pierce (SIS)	Risco: Fatores sociais: tentativas ocorre mais nas mulheres, problemas de separação, problemas com os pais e solidão, perda de controle, desejo de mostrar amor por um parceiro, desejo de escapar de uma situação insuportável, tentativas repetidas de suicídio.
28	590	ideação/tentativa/suicídio	Transversal	Questionário-Breve Prodrômico (PQ-B)	Risco: Fatores psiquiátricos: 111 experiências psicóticas.
29	2.870	Suicídio consumado	Longitudinal	Prontuários médicos; Banco de dados para examinar todas as mortes por suicídio relatadas	Risco: Fatores clínicos: câncer.
30	591	Tentativa de suicídio	Longitudinal	Avalia Psiquiatria e Psicossomática (SPIKE)	Risco: Fatores sociais: violência sexual.
31	15	Ideação/Tentativa de suicídio	Transversal	Revisão de Prontuários Médicos; Escala de Desespero; Questionário de Síndrome Depressiva; Escala de Ideação Suicida; Escala de Risco-Resgate.	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão. Fatores sociais: abuso sexual, separação do parceiro, pais divorciados, suicídio de um parente próximo. Fatores psiquiátricos: uso de álcool e drogas.
32	1.212	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográfica e ideação suicida	Risco: Fatores sociais: tentativas anteriores. Fatores psiquiátricos: transtornos mentais; dependência de drogas dependência de álcool e transtorno de estresse pós-traumático.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delimitação	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
33	3.815	Ideação	Transversal	Questionário de Saúde Geral (GHQ-28); Questionário de ideação suicida	Risco: Fatores 112 psiquiátricos: transtornos mentais.
34	1.006	Ideação	Transversal	Questionário de ideação suicida; Escala de Autoestima de Rosenberg	Proteção: apoio social no nível da comunidade e status socioeconômico altos. Risco: Fatores sociais: altos índices de violência.
35	495	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário de Trauma Infantil (CTQ)	Risco: Fatores sociais: abuso físico e sexual na infância.
36	3.563	Suicídio consumado	Longitudinal	Base de dados estudo psiquiátrico-epidemiológico	Risco: Fatores psiquiátricos: transtornos depressivos.
37	1.016	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário de Comportamentos Suicidas – Revisado (SBQ-R); Desejo de Morrer (WTD); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS); Questionário geral de busca de ajuda (GHSQ); Escala de Construção de Relacionamento Online (ORBS)	Risco: Fatores sociais: LGBQ
38	26.510	Tentativa de suicídio	Longitudinal	Questionário com variáveis sociodemográficas e variáveis sobre lesões autoprovocadas	Risco: Fatores sociais: idade mais jovem, origem étnica branca, tentativas anteriores.
39	3.027	Suicídio consumado	Transversal	Base de dados do Sistema Nacional de Informações	Risco: Fatores sociais: jovens
40	283	Suicídio consumado	Transversal	Base de dados do Departamento de Medicina Legal da Escola de Medicina da Universidade de Kobe.	Risco: Fatores clínicos: consumo de álcool, impacto genético dos polimorfismos ADH1B His47Arg e ALDH2 Glu487Lys no comportamento suicida. Entre os homens, a presença do alelo ALDH2 inativo pode diminuir independentemente o risco de suicídio e um efeito sinérgico dos dois SNPs foi evidente nos homens. Pelo contrário, entre as mulheres, a presença do alelo ADH1B usual pode diminuir independentemente o risco de suicídio e nenhum efeito sinérgico dos dois SNPs foi observado.
41	200	Tentativas de suicídio	Transversal	Coleta de sangue imediatamente após a internação em um hospital.	Risco: Fatores clínicos: baixos níveis de ácido graxo n-3 nos tecidos foram um fator de risco para tentativa de suicídio (baixa ingestão de peixe)

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
42	577	Ideação	Transversal	Questionário autorrelatado com variáveis sociodemográficas e variáveis sobre ideação suicida	Risco: Fatores sociais: mulheres, estresse de vida, e vitimização por bullying. Fatores psiquiátricos: depressão . Proteção: autoestima , e adaptação emocional
43	208.683	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário de Comportamentos Suicidas - Revisado (SBQ-R); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão e histórico psiquiátrico. Fatores sociais: (sexo feminino, , grupo de 30-49 grupo de 50 anos ou mais
44	791	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário autorrelatado com variáveis sociodemográficas, variáveis dos sintomas depressivos e de tensão psicológica	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão e tensões psicológicas.
45	719	Tentativa de suicídio	Longitudinal	Revisão de Prontuários Clínicos	Risco: Fatores sociais: homens mais velhos, perda dos parentes e morando sozinho. Fatores psiquiátricos: doenças psicológicas. Fatores clínicos: doenças crônicas.
46	66	Tentativas de suicídio	Transversal	Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9); Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D); Centro para Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Coleta de sangue	Risco: Fatores clínicos: níveis aumentados de interleucina-6, linfócitos, monócitos, contagem de leucócitos e contagem de leucócitos polimorfonucleares impactou significativamente o risco de suicídio, com os dois últimos inferindo a influência mais forte.
47	239	Tentativa de suicídio	Transversal	Mini Exame do Estado Mental (MMSE); Escala de Ideação de Suicídio Geriátrico (GSIS); Escala de Desesperança de Beck (BHS); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos de Autorrelato (CES-D)	Risco: Fatores sociais: experiências de pertença frustrada, sobrecarga percebida e desesperança homens idosos. Fatores psiquiátricos: sintomas depressivos, ,
48	361	Tentativas de suicídio	Transversal	Depressão Infantil Inventário (CD); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos de Autorrelato (CES-D); Questionário com variáveis sobre as tentativas de suicídio ao longo da vida	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
49	4.405	Suicídio consumado	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas, questionário com variáveis sobre as tentativas de suicídio ao longo da vida; Escala Coreana de Estresse Ocupacional (KOSS-SF); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos de Autorrelato (CES-D); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); Escala de Resiliência de Connor-Davidson (K-CD-RISC)	Risco: Fatores sociais: idade avançada, sexo feminino e ser solteiro estiveram estatisticamente associados à ideação suicida e alto nível de estresse no trabalho. Fatores psiquiátricos: humor depressivo e ansiedade. Proteção: resiliência.
50	9.282	Tentativas de suicídio	Longitudinal	Questionário com variáveis de História Psiquiátrica e Suporte social; Comportamento Suicida- NCS-R	Proteção: apoio social.
51	165.233	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas, tentativas de suicídio ao longo da vida, exposição a pesticidas e uso indevido de álcool na comunidade.	Risco: Fatores sociais: Mulheres que vivem em famílias com abuso de álcool. Proteção: viver em famílias multigeracionais.
52	10.507	Tentativas de suicídio	Longitudinal	Questionário Escolar Europeu sobre Álcool e Outras Drogas (ESPAD); Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos de Autorrelato (CES-D)	Risco: Fatores sociais: sexo feminino, baixo nível socioeconômico, não morar com os pais, insatisfação com o relacionamento com os pais, comportamento antissocial e baixa autoestima. Fatores psiquiátricos: tabagismo, uso de drogas ilícitas, visitas ao médico por problemas psicológicos, depressão.
53	25.113	Tentativa de suicídio	Transversal	Banco de dados Canadense Inquérito de Saúde Comunitária - Saúde Mental (CCHS-MH)	Risco: Fatores psiquiátricos: maconha.
54	52.780	Tentativa de suicídio	Transversal	Banco de dados Canadense Inquérito de Saúde Comunitária - Saúde Mental (CCHS-MH)	Risco: Fatores psiquiátricos: problemas de uso de álcool. Proteção: apoio social.
55	9.225	Tentativas de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sobre tentativas de suicídio; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos de Autorrelato (CES-D)	Proteção: vínculo escolar.
56	5.201	Tentativa de suicídio	Transversal	Entrevista baseada na avaliação diagnóstica (WMH-CIDI) e variáveis sobre tentativas de suicídio	Risco: Fatores psiquiátricos: reincidência, transtornos de humor e ansiedade predizem comportamentos suicidas fortemente, enquanto controle de impulso e uso de substâncias, transtornos de uso estão fortemente associados à tentativa de suicídio.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
57	435	Ideação	Transversal	Revisões Prontuários Médicos	Risco: Fatores clínicos: dor crônica, sintomas depressivos.
58	1.920	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sobre comportamento suicida infantil, histórico de doenças, problemas de saúde mental, histórico familiar, parentalidade e ambiente familiar; Escala de ambiente familiar (FES-CV)	Risco: Fatores sociais: saúde materna precária, conflito familiar e castigo físico do estilo de disciplina dos pais. Fatores clínicos: sintomas depressivos e ansiosos,
59	245	Ideação	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas, histórico de saúde mental e comportamento suicida; Índice de Gravidade de Dependência (ASI); Escala dos Centros de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	Risco: Fatores sociais: abuso emocional e sexual.
60	130	Ideação	Transversal	Escala de Depressão Hospitalar e de Ansiedade (HADS); Escala de Desesperança de Beck e Ideação Suicida de Beck; Mini Inventário Neuropsiquiátrico Internacional (M.I.N.I.)	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão. Fatores sociais: desesperança, dor descontrolada e relações interpessoais difíceis.
61	19.309	Tentativas de suicídio	Transversal	Questionário sobre Suicídio (SUPRE-MISS); Mini Inventário Neuropsiquiátrico Internacional (M.I.N.I.)	Risco: Fatores sociais: jovens, e mulheres.
62	2.485	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sobre abuso sexual e suicídio; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Escala de Desesperança de Beck; Subescala de Funcionamento Geral do Dispositivo de Avaliação da Família (McMaster)	Risco: Fatores sociais: violência sexual e a desesperança. Fatores psiquiátricos: depressão.
63	206	Tentativa de suicídio	Transversal	Entrevista contendo características Clínicas/Índice de massa corporal/Medidas de autorrelato; Questionário de Exame de Transtorno Alimentar (EDE-Q); Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso Revisado (QEWP-R); Inventário de Depressão de Beck (BDI); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS); Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida (PedsQL)	Risco: Fatores clínicos: cirurgia bariátrica.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
64	1.200	Tentativas de suicídio	Transversal	Questionário de Opinião sobre Suicídio (SOQ); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	Risco: Fatores sociais: jovens
65	16.131	Tentativa de suicídio	Transversal	Experiências do tipo psicótico (PLEs); Questionário com variáveis sobre comportamento suicida	Risco: Fatores psiquiátricos: sintomas psicóticos e autoconsciência de sofrimento mental
66	30.504	Tentativa de suicídio	Longitudinal	Revisão de Prontuários Médicos	Risco: Fatores clínicos: AVC até 60 anos e nas mulheres e faixas etárias mais jovens.
67	225	Ideação	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas, psicológicas e ideação suicida; Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Escala de Autoestima de Rosenberg	Risco: Fatores clínicos: AVC
68	80.173	Ideação	Transversal	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI); Questionário com variáveis sobre o Consumo de cafeína; Questionário de Ingestão Alimentar (QFA); Questionário com variáveis sociodemográficas e sobre comportamento suicida	Risco: Fatores psiquiátrico: depressão. Fatores sociais: mulheres, sono. Proteção: cafeína provavelmente reduz o risco de suicídio Tanto em homens quanto em mulheres, a alta ingestão de cafeína aumentou o suicídio ideação quando outros fatores não foram ajustados. No entanto, com o ajuste de fatores relacionados à saúde mental, como depressão e problemas de sono, a ingestão de 1-3 xícaras de café diminuiu o risco de suicídio em mulheres.
69	251	Suicídio consumado	Longitudinal	Revisão de Prontuários Clínicos	Risco: Fatores sociais: exposição a pesticidas agrícolas
70	6.671	Suicídio consumado	Transversal	Intervenção Terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RHIME)	Risco: Fatores sociais: jovens entre as idades de 15 e 29 anos, especialmente em mulheres.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
71	274	Tentativa de suicídio	Transversal	Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Outras Substâncias (ASSIST); Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); Escala de Classificação de Ansiedade (ZSAS); Teste APGAR da Família; Questionário de Trauma Infantil; Escala de Risco de Suicídio	Risco: Fatores sociais: funcionamento familiar e abuso emocional durante a infância. Fatores psiquiátricos: cannabis, tabaco, álcool, sintomas depressivos e de ansiedade.
72	1.061	Ideação	Transversal	Escala de Suicídio do Inventário de Sintomas Depressivos (DSI-SS); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)	Risco: Fatores sociais: idosos. Fatores psiquiátricos: depressão.
73	1.100	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário sobre automutilação (SHBQ); Inventário Ottawa de Autolesão (OSI); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).	Risco: Fatores sociais: tentativa anterior.
74	101	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sobre exposição ao suicídio retratado em filmes de ficção, bem como reatividade emocional, dissociação, supressão de pensamento e suicídio tendências foram feitas.	Risco: Fatores sociais: Os resultados sugerem que as representações fictícias do suicídio na mídia podem ter um impacto deletério sobre os telespectadores, e tais impactos não parecem se limitar a pessoas com perfil clínico de transtornos mentais, como previamente assumido por pesquisadores da área.
75	170	Tentativa de suicídio	Transversal	Exame Cambridge para Transtornos Mentais do Idoso (CAMDEX); Escala de Depressão Geriátrica (GDS); Escala para Ideação Suicida (SSI)	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão
76	1.236	Tentativa de suicídio	Transversal	Revisão Prontuários Médicos	Risco: Fatores sociais: jovens, classe socioeconômica mais baixa.
77	693	Tentativa de suicídio	Transversal	Instrumento composto de índice de câncer de próstata expandido (EPIC -26); Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).	Risco: Fatores clínicos: câncer.
78	2.596	Tentativa de suicídio	transversal	Desempenho Acadêmico Percebido (PAP); Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE); Escala do Locus de Controle NowickiStrickland para crianças (CNSIE); Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de depressão (CES-D)	Risco: Fatores sociais: fracasso no desempenho acadêmico e baixa autoestima.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
79	6.400	Tentativa de suicídio	Transversal	Escala para Depressão (DSD);Entrevista sobre infância	Risco: Fatores sociais: jovens, solidão, mais fatalista, mais pessimista e com menos autoestima, histórico de tentativas e estresse recente. Fatores psiquiátricos: depressão.
80	1.358	Tentativa de suicídio	Transversal	Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de depressão (CES-D); Escala de Ideação Suicida	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão. Fatores sociais: jovens.
81	40.541	Ideação	Transversal	Banco de dados do Instituto de Gestão e Pesquisa de Emergências(EMRI)	Risco: Fatores sociais: masculino, mais velho , melhor condição socioeconômica. Fatores psiquiátricos: sintomas depressivos, intoxicação alcoólica.
82	842	Ideação	Transversal	Violência por Parceiro Íntimo (IPV)	Risco: Fatores sociais: violência por parceiro íntimo.
83	316	Tentativa de suicídio	Transversal	Entrevista com variáveis sociodemográficas e comportamento suicida	Risco: Fatores sociais: mulheres, jovens, analfabetos e trabalhadores não qualificados, residentes na zona rural.
84	956	Suicídio consumado	Transversal	Banco de dados do Departamento de Segurança Pública - Registro Vital de Xangai	Risco: Fatores sociais: idosos, depressão
85	102	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário de sintomas de exposição traumática e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); Escala de Depressão para Crianças do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-DC); Questionário com variáveis obre comportamento suicida	Risco: Fatores psiquiátricos: uso de substâncias e sintomas depressivos.
86	200	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas; Inventário para Avaliação de Memórias de Comportamento de Criação Parental (EMBU); Questionário de Experiências Depressivas (DEQ); Centro de Estudos Epidemiológicos Depressão Escala (CES-D); Modelagem de Equações Estruturais (SEM)	Risco: Fatores sociais: rejeição dos pais e depressão, jovens, homens.
87	831	Tentativa de suicídio	Transversal	Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de depressão (CES-D); Índice de Sensibilidade à Ansiedade-3 (ASI-3) e Questionário sobre Comportamento Suicida (SBQ-R)	Risco: Fatores psiquiátricos: sintomas de depressão
88	6.848	Suicídio consumado	transversal	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Questionário com variáveis sobre ideação suicida	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão. Fatores sociais: problemas interpessoais

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delineamento	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
89	335	Tentativa de suicídio	Transversal	Escalas das Experiências Heterossexistas Diárias (DHEQ); Escala de homonegatividade (IHS); Escala de Identidade	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão e uso de drogas e álcool.
90	1.287	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário de Ensino Médio (HSQ); Questionário com variáveis sobre Comportamentos suicidas, ansiedade, depressão, desesperança, desempenho escolar, apoio da família e envolvimento com drogas	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão e envolvimento com drogas. Fatores sociais: desesperança, e falta de apoio familiar.
91	314	Tentativa de suicídio	Transversal	Inventário Deliberativo de Auto Danos (DSHI); Escala de Regulação do Humor Negativo (NMR); Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de depressão (CES-D); Abuso Infantil e trauma (CAT)	Risco: Fatores sociais: negligência infantil. Fatores psiquiátricos: depressão.
92	2.655	Ideação	Transversal	Pittsburgh Sleep Índice de qualidade (PSQI); Escala de Sonolência de Epworth (ESS-7) Percebido Escala de Estresse (PSS); Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de depressão (CES-D).	Risco: Fatores psiquiátricos: depressão. Fatores sociais: estresse, sono.
93	495	Suicídio consumado	Transversal	Amostras de soro colhidas dentro de 24 meses do suicídio	Risco: Fatores clínicos: baixo nível de vitamina D
94	8.794	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas e comportamento suicida	Risco: Fatores sociais: mulheres na pré-menopausa
95	1.514	Ideação	Transversal	Inventário de Depressão Infantil (CDI); Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Crianças e Adolescentes (MINI-Kid)	Risco: Fatores psiquiátricos: sintomas depressivos e ansiosos. Fatores sociais: baixo nível socioeconômico.
96	1.180	Tentativa de suicídio	Transversal	Banco de dados epidemiológicos de comportamento e saúde mental (BeMIND)	Risco: Fatores sociais: jovem.
97	2.384	tentativa de suicídio	Transversal	Revisão de Prontuários Clínicos e Fichas Criminais	Risco: Fatores sociais: homens que cometeram crime.
98	4.914	Suicídio	Longitudinal	Banco de dados epidemiológicos de uma coorte de nascimentos de 10 anos, com dados de mortalidade de acompanhamento ao longo de 25 anos	Risco: Fatores sociais: sexo masculino. Fatores psiquiátricos: , hospitalizações psiquiátricas, transtorno depressivo maior, e tentativas anteriores de suicídio.

Continuação Apêndice 2.

ID	Tamanho da amostra	Comportamento suicida	Delimitação	Instrumento	Fatores de risco e de proteção
99	184	Ideação	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas, comportamento suicida, clínicas, comportamentos sexuais; Escala de estigma; Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de depressão (CES-D); Escala de Ansiedade de Autoavaliação (SAS); Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)	Risco: Fatores clínicos: HSH, HIV positivos. Fatores psiquiátricos: sintomas de depressão e sintomas de ansiedade
100	4.291	Ideação	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas, comportamento suicida; Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de depressão (CES-D);	Risco: Fatores sociais: solteiro. Fatores psiquiátricos: sintomas de depressão.
101	544	Ideação	Transversal	Avaliação de suicídio Escala Yale; Questionário de Qualidade de Vida (MQOL); Depressão Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS-17); Questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas	Risco: Fatores clínicos: câncer, insônia. Fatores psiquiátricos: depressão.
102	5.027	Ideação	Transversal	Cronograma infantil para transtornos afetivos e Esquizofrenia (K-SADS-E); Escala de ansiedade para crianças (MASC-T); Teste de Triagem de Abuso de Álcool (CRAFT); Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de depressão (CES-D); Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES); Questionário da Experiência de Bullying Escolar (C-SBEQ); Índice APGAR da Família	Risco: Fatores sociais: adolescentes vítimas de bullying. Fatores psiquiátricos: ansiedade.
103	4.533	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário de Experiência de Bullying Escolar (C-SBEQ)	Risco: Fatores sociais: violência e bullying.
104	2.586	Tentativa de suicídio	Transversal	Questionário com variáveis sociodemográficas, clínicas, familiares, comportamento sexual, substâncias psicoativas	Risco: Fatores sociais: vida familiar infeliz. Fatores psiquiátricos: uso de drogas ilícitas, inalantes e tabaco