



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Thamara Garcia Del Mir

**Características das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina
entre 2015 e 2022.**

**Florianópolis (SC)
2024.**

Thamara Garcia Del Mir

**Características das Tentativas de Suicídio
Notificadas em Santa Catarina entre 2015 e 2022**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Elza Berger Salema Coelho, Dra.

**Florianópolis (SC)
2024**

**Ficha de identificação da obra elaborada pela autora, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.**

Garcia Del Mir, Thamara

Características das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina entre 2015 e 2022. / Thamara Garcia Del Mir ; orientadora, Elza Berger Salema Coelho, 2024.

93 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. tentativas de suicídio; violência autoprovocada; comportamento suicida. I. Berger Salema Coelho, Elza . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Thamara Garcia Del Mir

**Características das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina
entre 2015 e 2022.**

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

Profa. Carolina Carvalho Bolsoni, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Sheila Rubia Lindner, Dra.
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 Coletiva

Profa. Dra. Ana Luiza De Lima Curi Hallal
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho
Orientadora

Florianópolis (SC), 2024.

Dedico este trabalho ao meu pai Antonio Mir (in memoriam).
Imagino o quanto ele ficaria feliz e orgulhoso pela realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

**Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade. (Raul Seixas)**

Diz-se que o percurso de pesquisa acadêmica é, em muitos momentos, solitário. Sim, é verdade. Porém, sempre solidário. Este trabalho não teria se concretizado sem a contribuição, apoio e afeto de pessoas que estiveram ao meu lado durante essa trajetória.

Agradeço profundamente à minha orientadora, Dr^a Elza Berger Salema Coelho, por aceitar orientar esta pesquisa, pelos valiosos ensinamentos, competência, cuidado e compreensão. Por todo apoio e incentivo e por sempre me fazer acreditar que daria tudo certo. Igualmente, agradeço às professoras Dr^a Carolina Bolsoni e Dr^a Sheila Rubia Lindner, por aceitarem participar deste momento tão importante. Sou grata por suas importantes contribuições, sugestões e observações. A dedicação e o tempo que dispuseram para avaliar meu projeto de pesquisa e minha dissertação foram fundamentais.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa em um ambiente de excelência acadêmica. Agradeço aos meus colegas Ana Keila, Jéssika, Diego, Sabrina, Edenice e Lucas, pelas trocas, conversas e pela amizade ao longo deste percurso.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, agradeço pelo apoio e flexibilidade que recebi durante todo o período do mestrado, que me permitiram conciliar meu trabalho com os meus estudos.

Ao meu marido, Rafael, a minha mais profunda gratidão. Pelo amor, cumplicidade, paciência e companheirismo em todos os momentos. Por acreditar e apoiar os meus sonhos. Esta realização é nossa. Obrigada por tudo, te amo.

À minha mãe, Mara Rúbia, agradeço por tudo e por ser a minha fortaleza. Te amo.

Ao meu tio Luís Mir, a quem possuo grande admiração por sua produção intelectual, agradeço por sempre me incentivar a sonhar e me fazer acreditar.

E eu não posso deixar de mencionar meus pets, pelo amor incondicional e companhia nas inúmeras horas de leitura e escrita, e pela alegria diária. E aos que dolorosamente partiram deste plano, durante este período, minha saudade eterna - Shine, Duffy e Pepê.

Fagulha

Abri curiosa
o céu.
Assim, afastando de leve as cortinas.

Eu queria entrar,
coração ante coração,
inteiriça
ou pelo menos mover-me um pouco,
com aquela parcimônia que caracterizava
as agitações me chamando.

Eu queria até mesmo
saber ver,
e num movimento redondo
como as ondas
que me circundavam, invisíveis,
abraçar com as retinas
cada pedacinho de matéria viva.

Eu queria
(só)
perceber o invislumbrável
no levíssimo que sobrevoava.

Eu queria
apanhar uma braçada
do infinito em luz que a mim se misturava.

Eu queria
captar o impercebido
nos momentos mínimos do espaço
nu e cheio.

Eu queria
ao menos manter descerradas as cortinas
na impossibilidade de tangê-las.

Eu não sabia
que virar pelo avesso
era uma experiência mortal.

(Ana Cristina César, 1982)

“Cada sociedade se predispõe a fornecer um contingente determinado de mortes voluntárias.
Essa predisposição pode, portanto, ser objeto de um estudo especial” (Émile Durkheim)

“Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio.” (Albert Camus)

RESUMO

A tentativa de suicídio (TS), conduta ou dano autoprovocado com intenção de morte, é o principal fator de risco para o suicídio, apresentando-se como um problema e um desafio para as políticas públicas em saúde, no Brasil e no mundo. Neste estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo descritivo e com dados secundários, objetivou-se caracterizar e analisar as TS notificadas em Santa Catarina, entre 2015 e 2022, por meio da análise das fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Analisou-se as características sociodemográficas e as circunstâncias das TS notificadas. Calculou-se as frequências absolutas e relativas com seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) e o valor de p. Calculou-se as taxas de incidência de notificações por ano e por macrorregião de saúde. Obteve-se como resultados: 35.853 (38,18%) notificações de TS, predominando em pessoas do sexo feminino (66,92%), entre 20 e 29 anos (26,46%), autodeclaradas brancas (88,44%), heterossexuais (96,20%), sem cônjuge (53,84%), nível de escolaridade médio (44,89%) e aproximadamente um terço (29,13%) possui deficiência ou transtorno. O método mais utilizado foi a intoxicação (79,59%), a residência foi o local predominante (92,35%) e quase metade referiu tentativas anteriores (42,50%). A maior frequência de notificações (19,44%) e taxa de incidência (89,14/100 mil) foi em 2019 e a incidência anual foi maior na Macrorregião Sul, em quase todo o período do estudo. Os objetivos deste estudo foram alcançados e conclui-se que é possível associar fatores sociais e culturais, como a violência de gênero e a medicalização do sofrimento psíquico, à frequência maior de tentativas de suicídio na população feminina. Além disso, apontou-se uma possível relação entre a maior incidência de TS em regiões mais afetadas por desastres climáticos e ambientais. Observa-se a relevância da temática estudada e recomenda-se a realização de estudos mais ampliados na população e regiões mais vulneráveis, uma vez que o comportamento suicida no que tange às tentativas, ainda é pouco investigado pela ciência. Sugere-se a qualificação da ficha de notificação de violências, a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde por meio de educação permanente e do incentivo à pesquisa, visando subsidiar o aprimoramento de políticas públicas para a prevenção e redução das tentativas de suicídio no Estado.

Palavras-chaves: tentativas de suicídio; violência autoprovocada; comportamento suicida.

ABSTRACT

Suicide Attempt (SA), a behavior or self-inflicted harm with the intention of death, is the primary risk factor for suicide, presenting a problem and challenge for public health policies in Brazil and worldwide. This quantitative, retrospective, descriptive study, using secondary data, aimed to characterize and analyze the reported SA cases in Santa Catarina from 2015 to 2022 by analyzing the records of interpersonal and self-inflicted violence entered into the Notifiable Diseases Information System (SINAN). The study examined the sociodemographic characteristics and circumstances of the reported SA cases. Absolute and relative frequencies were calculated with their respective 95% confidence intervals (CI95%) and p-values. Incidence rates of notifications per year and by health macro-region were calculated. The results obtained were: 35,853 (38.18%) SA notifications, predominantly among females (66.92%), aged 20-29 years (26.46%), self-reported as white (88.44%), heterosexual (96.20%), without a spouse (53.84%), with a high school education level (44.89%), and approximately one-third (29.13%) having a disability or disorder. The most commonly used method was poisoning (79.59%), the home was the predominant location (92.35%), and nearly half reported previous attempts (42.50%). The highest frequency of notifications (19.44%) and incidence rate (89.14/100,000) was in 2019, and the annual incidence was highest in the South Macro-region throughout most of the study period. The study's objectives were achieved, concluding that social and cultural factors, such as gender violence and the medicalization of psychological suffering, can be associated with the higher frequency of suicide attempts in the female population. Furthermore, a possible relationship between higher SA incidence in regions more affected by climate and environmental disasters was noted. The relevance of the studied topic is observed, and it is recommended to conduct more extensive studies in vulnerable populations and regions, as suicidal behavior regarding attempts is still under-researched. It is suggested to improve the violence notification forms, to raise awareness and train health professionals through ongoing education, and to encourage research to support the enhancement of public policies for preventing and reducing suicide attempts in the state.

Keywords: suicide attempts; self-inflicted violence; suicidal behavior.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Comportamento suicida	35
--------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Variáveis relacionadas a pessoa notificada por tentativa de suicídio.....	47
Quadro 2 Variáveis relacionadas ao local de ocorrência da tentativa de suicídio.....	47
Quadro 3 Variáveis relacionadas à tentativa de suicídio.....	48
Quadro 4 Etapas da seleção dos dados para análise, conforme critérios de exclusão e inclusão.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição das características das pessoas notificadas por tentativa de suicídio, estratificada por sexo. Sinan. Santa Catarina. 2015 - 2022.....	58
Tabela 2 Distribuição das características da situação de tentativa de suicídio, estratificadas por sexo. Sinan. Santa Catarina. 2015 - 2022.....	62
Tabela 3 - Distribuição da frequência de notificações de tentativa de suicídio por ano e taxa de incidência a cada 100 mil habitantes/ano. Sinan. Santa Catarina. 2015- 2022.....	64
Tabela 4 - Distribuição da frequência de notificações de TS e taxa de incidência anual por macrorregião de saúde. Sinan. Santa Catarina.2015- 2022.....	66
Tabela 5 - Distribuição da frequência de notificações de tentativas de suicídio conforme meio de agressão e macrorregião de saúde. Sinan. Santa Catarina.2015 - 2022.....	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB Atenção Básica

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

ACS Agentes Comunitários de Saúde

APS Atenção Primária em Saúde

ASIS Autolesão sem intenção suicida

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEP/CONEP Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CFM Conselho Federal de Medicina

CIATox/SC Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina

CNS Conselho Nacional de Saúde

COVID-19 *Corona Virus Disease*

CRP-DF Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal

CVV Centro de Valorização da Vida

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIVE/SC Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina

EUA Estados Unidos da América

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH O Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBT Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais

MG Minas Gerais

NASF Núcleos Ampliados à Saúde da Família

ODS Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Pan Americana da Saúde

PNRMAV Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e
Violência

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM Sistema de Informação sobre Mortalidade

SMS Secretarias Municipais de Saúde

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SP São Paulo

SUPRE *Suicide Prevention Program*

SUS Sistema Único de Saúde

TMS Taxa de Mortalidade por Suicídio

TS Tentativa de Suicídio

UPA Unidade de Pronto Atendimento

VIVA Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

VPI Violência por Parceiro Íntimo

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação, intitulada — Características das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina entre 2015 e 2022, está organizada de acordo com o regimento do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estrutura-se em: introdução, objetivos, revisão de literatura, metodologia e resultados. Na introdução apresenta-se o panorama geral do suicídio no Brasil e no mundo contextualizando a importância de estudar o fenômeno das tentativas de suicídio. Apresenta-se também a pergunta e os objetivos da pesquisa. A revisão de literatura se subdivide em saúde coletiva e pesquisa em saúde coletiva, violência e saúde, conceituação e tipologia da violência, violência autoprovocada, prevenção e epidemiologia da violência autoprovocada. No método descreve-se o estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo descritivo realizado com dados secundários. Os resultados estão apresentados em formato de artigo científico.

CONTEXTUALIZAÇÃO

O objeto deste estudo é oriundo de inquietações acadêmicas, pessoais e, sobretudo, profissionais. Atuando há mais de cinco anos na Vigilância Epidemiológica de um município da região da Foz do Itajaí (SC), no setor de Vigilância das Violências, tenho acompanhado o crescente número de notificações de violência autoprovocada/tentativa de suicídio (TS), principalmente por intoxicação exógena medicamentosa, cuja prevalência ocorre em mulheres jovens e adultas. Sendo que, em geral, os medicamentos utilizados nessas situações são psicotrópicos ou psicofármacos prescritos para fins terapêuticos.

Esta evidência empírica acabou corroborando e relembrando informações obtidas na pesquisa que realizei para fins de trabalho de conclusão de curso, da especialização em dependência química e saúde mental¹, cujo tema central foi o uso abusivo, dependência de medicamentos e a medicalização da vida. Embora não fosse o objeto central desta pesquisa, constatei que há uma alta incidência de notificações de intoxicação exógena em todas as regiões do país, sendo que entre as principais circunstâncias nas quais ocorrem essas intoxicações, encontra-se justamente a tentativa de suicídio e, nestes casos, a substância mais utilizada são os medicamentos psicotrópicos. Estes dados foram obtidos em uma busca nas páginas do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina - CIATOX/SC² e do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINITOX³.

Ademais, nos últimos anos, tenho observado um aumento significativo de notificações de tentativas de suicídio de crianças, adolescentes e pessoas idosas, o que aponta para uma possível modificação no perfil sociodemográfico deste agravo em saúde, no município onde atuo. Concomitantemente, as informações obtidas com a equipe responsável pela vigilância dos óbitos no município, é de aumento na taxa de mortalidade por suicídio nos últimos anos.

Frente a esta alarmante situação de saúde, buscando compreender se as estatísticas, além do perfil epidemiológico e as características sociodemográficas das tentativas de suicídio são de caráter apenas local, iniciei pesquisa informal de cunho técnico para fins de vigilância em saúde. No entanto, instigada pelos achados e tomando conta da magnitude deste problema (suicídio e tentativas) para a saúde pública, surge a intenção e a proposta desta pesquisa.

¹ Título: “Reflexões sobre uso terapêutico, abuso e dependência de psicofármacos e a medicalização da vida”. TCC apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Dependência Química e Saúde Mental pela Faculdade Luterana de Teologia (FLT). São Bento do Sul (SC), 2019.

² <https://ciatox.sc.gov.br/>

³ <https://sinitox.icict.fiocruz.br/>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA.....	20
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3.1 SAÚDE COLETIVA E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA.....	22
3.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE.....	24
3.3 CONCEITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	28
3.3.1 Tipologia da Violência.....	29
3.3.2 Classificação segundo a Natureza da Violência.....	29
3.4 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	31
3.4.1 Automutilação.....	32
3.4.2 Comportamento Suicida.....	32
3.5 PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	35
3.6 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA.....	39
4. MÉTODO.....	43
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	43
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	43

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	45
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	46
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	48
4.6 COLETA E SELEÇÃO DE DADOS.....	49
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	50
5. RESULTADOS	51
5.1 ARTIGO 1 - Características das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina entre 2015 e 2022	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
7. REFERÊNCIAS	85
ANEXOS.....	89
Anexo 01: Instruções para notificação de tentativas de suicídio com base no VIVA: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada, do Ministério da Saúde (MS).....	89
Anexo 02: Ficha de Notificação/investigação e Violência Interpessoal e Autoprovocada de violência (SINAN).....	90
Anexo 03: Fluxograma de atendimento para casos suspeitos de lesão autoprovocada...	92

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o suicídio é atualmente uma das principais causas de morte em todo o mundo. A estimativa é de que uma a cada cem mortes no mundo ocorre por suicídio. Morrem todos os anos mais pessoas por suicídio do que em decorrência do HIV, malária ou câncer de mama. A estatística anual é de aproximadamente 800 mil mortes por suicídio no mundo, sendo que 79% ocorrem nos países de baixa e média renda. (OPAS/OMS, 2021).

Ainda segundo a OMS, a taxa global de suicídio entre 2000 e 2019 diminuiu 36%, porém, no mesmo período a taxa aumentou 17% na região das Américas, incluindo o Brasil, além de outros países, nesta estimativa. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, o Brasil registrou mais de 12 mil suicídios em 2020, uma média de 35 casos por dia. E neste cenário, o Estado de Santa Catarina apesar de concentrar apenas 14% da população do país, atingiu em 2019 a segunda maior taxa de mortalidade por suicídio (TMS) do país. (OPAS/OMS, 2021; BRASIL, 2022; SANTA CATARINA, 2023).

O reconhecimento da magnitude deste problema para a saúde global, fomenta inclusive, a meta de diminuir em um terço a taxa global de suicídios até 2030, definida na “Agenda 2030” composta pelos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS), da Organização das Nações Unidas (ONU). E para atingir esta meta, a OMS recomenda algumas medidas, como: limitar o acesso da população aos métodos utilizados para o suicídio; orientar a mídia para informação responsável; promover habilidades socioemocionais de crianças e adolescentes; e identificar, avaliar e acompanhar precocemente pessoas com comportamento suicida. (ONU, 2015; OPAS/OMS 2021).

De acordo com a literatura especializada e a OMS, apesar da complexidade do fenômeno, é possível evitar o suicídio. Sendo que a tentativa de suicídio (TS) é o principal fator de risco para uma futura concretização de um óbito por esta causa. 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; ZANUS, et al., 2017).

Diante do exposto, surge a intenção desta pesquisa, estimando-se que os resultados possibilitem uma análise mais precisa da evolução/situação deste agravo no Estado nos últimos anos e, desta forma, apresentar dados que possam subsidiar políticas públicas de prevenção e atenção às tentativas de suicídio, em Santa Catarina (SC).

Portanto, o objetivo desta pesquisa é identificar, descrever e analisar a caracterização sociodemográfica dos casos notificados de tentativas de suicídio, no Sistema de Informação 93de Agravos de Notificação (SINAN), em Santa Catarina no período de 2015 à 2022.

Acredita-se que ao estudar as características e o perfil das tentativas de suicídio, é possível identificar alguns fatores de risco específicos que estão associados a esta violência autoprovocada, o que contribui para que os profissionais e as autoridades de saúde possam desenvolver estratégias de prevenção mais eficazes, direcionadas aos grupos mais vulneráveis.

Em suma, uma pesquisa sobre a caracterização sociodemográfica e epidemiológica das tentativas de suicídio em uma região específica torna-se relevante instrumento para ampliar e fortalecer ações de promoção de saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, tendo em vista a redução de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio, ao apresentar as especificidades de populações e grupos sociais em situações de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e considerando os determinantes sociais em saúde.

A análise das características dos envolvidos no ato, bem como a identificação dos fatores de risco, permite que as estratégias em saúde estejam alinhadas às reais necessidades da população e que seja realizado acompanhamento por meio de programas de prevenção e tratamento adequados à realidade do problema (RIBEIRO, 2018).

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Qual o perfil das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina no período de 2015 a 2022?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar as características e circunstâncias das tentativas de suicídio no Estado de Santa Catarina, no período entre 2015 e 2022.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar o perfil sociodemográfico da população notificada por tentativa de suicídio em Santa Catarina, no período estudado;
- b) Descrever a proporção das características da população notificada e das circunstâncias das tentativas de suicídio, estratificando as variáveis por sexo;
- c) Descrever a proporção dos diferentes meios de agressão utilizados nas tentativas de suicídio, estratificando por sexo e por região;
- d) Calcular e comparar as taxas de incidência de notificações de tentativas de suicídio por ano e por região.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Nesta revisão de literatura procura-se estabelecer um percurso teórico partindo dos conceitos e definições básicas aos estudos científicos e pesquisas atuais, os quais versam ou dialogam com o universo e a temática da presente pesquisa, intitulada “Características das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina entre 2015 e 2022.

Buscando o suporte teórico para os temas centrais desta pesquisa, esta revisão de literatura foi realizada a partir da consulta de artigos indexados em bases de dados científicos, livros e publicações acadêmicas, além da literatura normativa, composta por legislações e políticas públicas relacionadas à temática.

Para efetivação deste estudo é necessário que os principais conceitos que permeiam o tema sejam evidenciados e esclarecidos, proporcionando, assim, uma base teórica para a compreensão dos resultados obtidos. Com esse objetivo, alguns conceitos trabalhados na fundamentação teórica serão: violência, violência autoprovocada, políticas públicas e prevenção.

No entanto, considerando o contexto acadêmico no qual este estudo está inserido e sendo desenvolvido, iniciamos tecendo algumas considerações sobre a Saúde Coletiva e a Pesquisa em Saúde Coletiva.

3.1 SAÚDE COLETIVA E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

A saúde coletiva considera a saúde como um fenômeno social e, portanto, enfatiza a importância do contexto social, econômico e político no qual as pessoas vivem e trabalham. Isso significa que ela busca identificar as causas subjacentes das doenças e dos problemas de saúde, incluindo fatores como a pobreza, a discriminação, a falta de acesso a cuidados de saúde e a poluição ambiental, entre outros.

Questões de saúde e questões sociais são inseparáveis de tal forma que esta imbricação delimita o campo da saúde coletiva como área de pesquisa social. A pesquisa social, em uma breve definição, trata de compreender de forma abrangente e mais acurada os fenômenos da vida coletiva. (QUIVY & CAMPENHOUDT, 1998 in HORTALE [et al.], 2018).

Contextos e condições sociais explicam em grande parte a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades, bem como os fenômenos ligados à saúde e à doença. A saúde coletiva é uma área da saúde que se dedica ao estudo, análise e promoção da saúde de grupos e populações. Ela se concentra em entender e abordar as questões de saúde que afetam as

comunidades em larga escala, como a epidemiologia das doenças, as desigualdades sociais e de saúde, os determinantes sociais da saúde, as políticas públicas de saúde e os sistemas de saúde.

É importante sempre lembrar que “o campo da saúde coletiva, como qualquer campo científico, é atravessado por interesses políticos e questões sociais [...] com efeitos diretos sobre a qualidade de vida [...] e por debates próprios e inerentes à prática científica: os caminhos da pesquisa, a procura de validade metodológica, a produção e a divulgação do conhecimento”. (HORTALE [et al.], 2018).

A saúde coletiva é uma abordagem interdisciplinar que envolve profissionais de diversas áreas, como epidemiologia, saúde pública, medicina preventiva, sociologia, antropologia, entre outras. Seu objetivo principal é melhorar a saúde e o bem-estar das populações, por meio de estratégias e políticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e atendimento integral e equitativo às necessidades de saúde das comunidades.

A expressão ‘saúde coletiva’ no lugar da tradicional ‘saúde pública’ marca, de certa forma, uma proximidade e intimidade maior do campo em relação ao social e aos objetos e metodologias da pesquisa social. (HORTALE [et al.], 2018)

Quanto à pesquisa em saúde coletiva, define-se como área de estudo que busca compreender as questões de saúde que afetam as populações em larga escala, bem como desenvolver estratégias eficazes para prevenir e tratar essas condições. Envolve a aplicação de diversas metodologias e técnicas de pesquisa, incluindo estudos de prevalência, estudos de coorte, ensaios clínicos randomizados, estudos qualitativos, entre outros.

A pesquisa em saúde coletiva enfatiza a importância do contexto histórico e político em que as questões de saúde são estudadas, reconhecendo que as desigualdades sociais, econômicas e políticas têm um impacto significativo na saúde das populações. Desta forma, busca identificar as estratégias mais eficazes para promover a equidade em saúde. Além disso, a pesquisa em saúde coletiva também se concentra em questões de políticas públicas de saúde, avaliando o impacto das políticas e programas de saúde existentes e propondo novas políticas para melhorar a saúde das populações.

Sobretudo, a pesquisa em saúde coletiva é fundamental para o fomento e promoção da saúde e do bem-estar das populações, pois fornece informações essenciais para desenvolver e avaliar intervenções e políticas de saúde. Ademais, ajuda a identificar as disparidades de saúde e as necessidades de saúde das populações, o que é fundamental para o planejamento e alocação de recursos em saúde, de maneira mais eficaz e eficiente.

A presente pesquisa, portanto, insere-se no campo da pesquisa em saúde coletiva, tendo como objeto de estudo o fenômeno da violência autoprovocada (tentativa de suicídio), considerando-o como um problema de grande importância para a saúde pública e por consequência para as políticas públicas em saúde.

Sendo que, compreende-se que a violência autoprovocada, assim como as violências de modo geral, ainda que se manifeste como um fenômeno multifatorial que atravessa as fronteiras do campo da saúde, é fundamentalmente uma questão que deve ser de interesse da saúde coletiva, por seus desdobramentos e efeitos na esfera social, os quais extrapolam as fronteiras da individualidade e cujo fenômeno não escapa das condições políticas, econômicas e sociais que afetam os grupos e populações de diversas formas.

3.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE

A violência enquanto objeto de estudo e de intervenção foi historicamente relegada do campo da saúde, ainda que seus efeitos sempre tenham estado presentes. Entretanto, a violência tem sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento ao longo da história, sendo que os primeiros campos do conhecimento a abordarem a violência de forma mais sistemática foram a filosofia, a sociologia e a criminologia. (LIMA, RATTON e AZEVEDO, 2011).

Além desses campos do conhecimento, a antropologia, a psicologia e a história também contribuíram para a compreensão da violência em suas diversas manifestações e contextos culturais e históricos. Sendo que, na tentativa de encontrar uma solução para este problema, muitos dos estudos e pesquisas sobre a violência, dos diversos campos do conhecimento, buscam compreender sua etiologia, estabelecendo teses e teorias sobre as quais apoiam-se medidas de combate ou prevenção deste fenômeno -, considerado por algumas destas perspectivas inerente à condição humana e à vida social.

Entretanto, com relação à especificidade do objeto violência, qualquer reflexão teórico-metodológica pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia deste objeto. E por esta razão, gera muitas teorias, porém todas parciais. (MINAYO e SOUZA, 1998).

A violência é um fenômeno complexo, multifacetado, conceitualmente polissêmico e acompanha toda a experiência da humanidade, desde os seus primórdios. Manifestando-se em menor ou maior grau em todas as sociedades, em contextos diversos e de formas variadas e singulares, sua presença está registrada em vários documentos da Antiguidade e é lembrada

no mito de origem contido na narrativa bíblica em forma de disputa fratricida. A violência é uma das expressões da questão social, sendo que, não é uma, é múltipla. As múltiplas facetas da violência manifestam-se de maneiras e dimensões distintas no campo das relações interpessoais, intrafamiliares e comunitárias, gerando inúmeros danos e sofrimento humano, entre outras mazelas e consequências, na maioria das vezes, profundas e irreversíveis. (MINAYO, 2006).

No entanto, a violência como objeto de estudo da saúde coletiva é um campo relativamente novo de pesquisa. A inserção da violência na agenda de saúde coletiva ocorreu apenas na década de 1990, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizou a Conferência sobre Violência e Saúde, em Washington, reunindo os ministros da Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas e na ocasião, a violência foi considerada endêmica na região e reconhecida como questão de saúde pública no mundo. (D'AVILA, 2021)

No Brasil, a violência também passou a ser objeto de estudo da saúde coletiva a partir dos anos 1990, com o aumento das taxas de homicídios e outros tipos de violência nas grandes cidades. Desde então, diversos estudos têm sido realizados para compreender a relação entre violência e saúde, buscando identificar fatores de risco e proteção, bem como estratégias de prevenção e controle.

Segundo a cronologia pontuada pela socióloga Maria Cecília Minayo no artigo “A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica”, em meados da década de 1990 muitas secretarias de saúde municipais, em articulação com organizações da sociedade civil, criaram serviços de prevenção e assistência para tratar as consequências da violência. Tais iniciativas levaram à incorporação do tema à agenda da saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 2001, foi promulgada, pelo Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). ((D'AVILA, 2021).

Apesar de historicamente não ser abordada como um problema típico de saúde, a violência afeta fortemente a saúde, uma vez que: provoca morte, lesões e traumas físicos e um número imenso de agravos mentais, emocionais e psicológicos; diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; insere novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo; demanda atuação muito específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos. (MINAYO, 2006).

No mundo inteiro, as diferentes formas de violência são responsáveis por adoecimento, sofrimento, perdas e mortes. É um fenômeno social de grande dimensão que afeta todas as sociedades, das mais pobres às mais abastadas. Na história da humanidade, não

se conhece sociedade alguma isenta de violências. Trata-se de um fenômeno histórico, presente em todas as épocas, se apresentando das mais diferentes formas. É, também, um fator humano e social que consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outras pessoas, grupos e coletividades (MINAYO e CARPURCHANDE, 2011).

A violência em si, não é um tema da área de saúde, mas a afeta porque acarreta lesões, traumas e mortes físicas e emocionais. Para compreender o impacto da violência sobre a saúde, devemos localizar a sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida. (MINAYO, 2006).

O impacto da violência pode ser mundialmente verificado de várias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas sofrem ferimentos não fatais resultantes de auto agressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. (OMS, 2002).

A violência apresenta custos elevados, diretos e indiretos, à saúde pública, atingindo dimensões pandêmicas. Para cada morte por violência, há dezenas de hospitalizações, centenas de visitas a emergências e milhares de consultas médicas"[...] no Brasil, as violências configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população". (BRASIL, 2005).

Assim como as doenças crônicas não transmissíveis e os acidentes, as consequências da violência têm um papel decisivo nos dispêndios da saúde, da previdência e nos gastos, além de influenciarem na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares. (SCHRAMM, 2004).

No Brasil, o crescimento da violência representa um dos maiores e mais difíceis desafios do novo perfil epidemiológico e das políticas públicas em saúde. Porém, apesar deste cenário, há sanitaristas que manifestam estranheza ao se depararem com este fenômeno social que muito embora cause agravos à saúde, não se enquadra com facilidade nos esquemas habituais das disciplinas da saúde coletiva, cuja tradição é de um ofício mais voltado para o campo das doenças e sua determinação social. (MINAYO e SOUZA, 1998).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública divulgam regularmente o Atlas de Violência que a cada ano traz números assustadores sobre a violência. No país, os homicídios são a principal causa de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) (IPEA, 2020). Foram 30.873 jovens vítimas de homicídios no ano de 2018, o que significa uma taxa de 60,4 homicídios a cada 100 mil jovens e 53,3% do total de

homicídios do país (IPEA, 2020). Dentre as pessoas que vivem situações de violência, as populações mais “vulneráveis” são as mesmas que enfrentam historicamente muitas dificuldades (IPEA, 2020). Em 2018, foram recebidas 1.685 denúncias de violência contra população LGBT, a população negra representou 75,7% das vítimas de homicídio, sendo a chance de uma pessoa negra morrer de forma violenta no Brasil é 2,7 maior que uma pessoa não-negra, entre as mulheres, uma é morta a cada duas horas, totalizando 4.519 vítimas, 30,4% desse número teriam sido feminicídio (IPEA, 2020). Esta realidade é ainda mais preocupante quando consideramos que muitos casos não são notificados.

Em 1993 a OMS e a OPAS preconizavam que o comportamento violento na Região das Américas constituía grave problema de saúde pública e causando deterioração na qualidade de vida da população. As consequências da violência para a saúde e o bem-estar das comunidades, para o equilíbrio social e estabilidade econômica eram consideradas de proporções alarmantes. (OPAS/OMS, 2003;OPAS, 1993)

Contudo, apesar das constatações mencionadas acima, em muitos lugares e contextos, a violência continua sendo abordada sobretudo como um problema de segurança pública e da justiça. E de fato, o é também, pois a violência se caracteriza como uma forma de violação de direitos humanos, assim como, diversos tipos de violência são também tipificados como crimes. Entretanto, consideramos ultrapassadas as perspectivas que reduzem a violência a um problema que interessa e compete somente às forças de segurança pública e judiciário.

Vimos que a violência é um problema global de saúde que atinge ambos os sexos e não exclui diferenças sociais, econômicas, religiosas ou culturais. É considerada mundialmente uma violação de direitos, a despeito de possuir expressões variadas em diferentes cenários. Atinge milhares de pessoas, de forma silenciosa ou não, impedindo adequado desenvolvimento físico, mental e social da vítima, da família e da comunidade (SOUZA, 2015).

Todas as pessoas podem sofrer um ou mais episódios de violência ao longo da vida, sem distinção de cor, gênero, faixa etária, credo, condição socioeconômica e/ou cultural. Contudo, ainda que a violência afeta a todos os estratos da sociedade; certos grupos populacionais historicamente vivendo em situações de maior vulnerabilidade, como mulheres, crianças e idosos sofrem desproporcionalmente suas consequências. (OPAS; OMS, 1993).

É sabido que o campo da saúde, ainda que tenha um longo caminho a percorrer e este percurso não ocorre da mesma forma em todos os lugares, tem se apropriado cada vez mais de seu papel - fundamental e intransferível —, diante das violências. Desta forma, gradativamente introduz o tema em sua pauta, estabelecendo diretrizes, protocolos e

orientações visando contribuir para a atenção e prevenção dos casos de violência. A abordagem da violência requer políticas públicas em saúde específicas, que contemplem tanto o atendimento às pessoas em situação de violência, quanto a prevenção e enfrentamento à violência de forma geral.

O setor saúde, quando atua de forma teórica e prática sobre os problemas relacionados à violência utiliza uma categoria denominada ‘causas externas’ que está incorporada nos capítulos 19 e 20 da Classificação Internacional de Doenças, utilizada mundialmente. Essa categoria se refere a mortalidade por homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas, acidentes de trânsito, quedas, afogamentos e outros (códigos 01 a Y 98) e lesões e traumas provocados por esses fenômenos (códigos S e T).

3.3 CONCEITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Para fins de conceituação, utilizaremos a definição da OMS, para a qual a violência define-se como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado. (DAHLBERG & KRUG, 2006).

O conceito estabelecido pela OMS também determina que a intencionalidade está intrinsecamente associada ao ato violento, independente do resultado produzido. Incidentes não intencionais, como acidentes em geral, ainda que possam ocasionar lesões e ferimentos, não se incluem nesta definição de violência.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências aprovada no Brasil através da Portaria MS/GM n.737 de 16/5/2001 define a violência de maneira muito semelhante a concepção estabelecida pela OMS: “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros’ (BRASIL, 2001).

Além da definição conceitual, a OMS estabelece uma tipologia da violência, segundo quem comete o ato violento, e uma classificação de acordo com a natureza da violência cometida, conforme apresenta-se a seguir.

3.3.1 Tipologia da Violência

1. Violência Autoprovocada/Auto infligida: a violência autoprovocada é compreendida como um ato deliberado e consciente contra si mesmo, visando a autodestruição. Subdivide-se em duas categorias: o comportamento suicida e o auto abuso; o primeiro engloba a ideação suicida, as **tentativas de suicídio** e o suicídio. O segundo inclui a automutilação e agressões a si próprio (sem intenção suicida), desde as formas mais leves, como arranhões, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros.
2. Violência Interpessoal - Violência doméstica/intrafamiliar: a violência doméstica é aquela que ocorre entre parceiros íntimos e entre membros da mesma família, ocorre principalmente, dentro da própria casa da vítima, mas não unicamente. É importante salientar que ela não está atrelada apenas ao espaço físico onde ocorre, mas também ao tipo de relação que o agressor tem com a vítima. Esse grupo também contempla pessoas sem função parental, mas que convivam no mesmo espaço doméstico e tenham relacionamento próximo. Incluem-se empregados (as), agregados e pessoas de convivência esporádica.
3. Violência Interpessoal - Violência extrafamiliar/comunitária: é definida como aquela que acontece em ambiente social, com indivíduos conhecidos ou desconhecidos.

3.3.2 Classificação segundo a Natureza da Violência:

- a) Violência física: é o uso da força física de forma intencional, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, podendo, ou não, deixar marcas evidentes no corpo. Neste grupo também se incluem os ferimentos por armas de fogo ou arma branca;
- b) Violência Psicológica/Moral: toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outras, ou seja, toda ação que cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.
- c) Tortura: é o ato de constranger alguém usando a força ou grave ameaça, gerando sofrimento físico ou mental com fins de obter alguma informação, declaração ou confissão da vítima ou terceira pessoa. Se enquadra nesse grupo o ato de provar ação ou omissão de natureza criminosa, em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei 9.455/1997);

- d) Violência Sexual: é assim considerado, qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com o uso ou não de armas ou drogas, obriga uma pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de interações sexuais ou utilizar-se de sua sexualidade com fins de lucro, vingança ou quaisquer outras intenções. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. É importante frisar que a violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).
- e) Tráfico de seres humanos: é o recrutamento, transporte, transferência ou alojamento de pessoas sob o uso de ameaça, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, uso da força ou quaisquer outras formas de coação;
- f) Violência financeira/econômica: é o ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da vítima. Pode-se considerar também a exploração imprópria ou ilegal de recursos financeiros e patrimoniais, sem a autorização prévia do dono. Esse tipo de violência é mais comum no meio familiar, em especial, com idosas, mulheres e deficientes;
- g) Negligência/abandono: é o ato de deixar de oferecer cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da vítima. Essa forma de violência é o tipo mais comum de violência contra crianças;
- h) Trabalho infantil: é um conjunto de ações e atividades impostas a criança (com valor econômico direto ou indireto) que a inibe de viver plenamente sua condição de infância e ao adolescente. A Constituição Federal estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoas menores de 18 anos e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos (artigo 7º, inciso XXXIII). Mesmo quando aprendiz, a atividade deve acontecer em horários e locais que não causem conflito com as atividades escolares e não prejudique sua formação e desenvolvimento físico, psíquico e social;

- i) Violência por intervenção legal: é aquela efetuada por agente legal público, ou seja, representante oficial do Estado, policial ou de outro agente da lei no exercício da sua função. A Lei Federal nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática.

3.4 A VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Conforme mencionado anteriormente, a violência autoprovocada ou auto infligida, é o ato violento cometido contra si mesmo, com ou sem intenção de autoextermínio. Engloba o comportamento suicida (ideação suicida, tentativa de suicídio e o suicídio consumado) e o autoabuso (autoagressões ou automutilação.)

Em geral, as fronteiras entre *autonegligência*, *lesão autoprovocada*, *ideação suicida*, *comportamento suicida* e *suicídio consumado* são tênues, uma vez que, de um lado, uma tentativa pode ser interrompida e se fixar como ideia ou intenção, enquanto um pensamento pode eclodir com angústias e ansiedades avassaladoras e explodir em forma de ato contra a vida. De outro lado, nem todo o *pensamento sobre a morte* ou o desejo de morrer é evidência de algum risco. Conforme estudos em todo o mundo, uma morte auto infligida é pensada, preparada e antecedida por tentativas. Existem suicídios por impulso, mas são raros. (BAHIA et al, 2017)

A autolesão sem intenção suicida (ASIS) e o suicídio são fenômenos complexos e multideterminados, resultantes de uma interação complexa entre fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais. Ambos os fenômenos se enquadram no grupo de comportamentos diretamente autolesivos, mas se distinguem significativamente na sua definição, na sua intencionalidade e em termos de prevalência, de características demográficas e, em certa medida, de fatores de risco que predispõem tais comportamentos (WALSH, 2012; WITHLOCK; LLOYD-RICHARDSON, 2019 in QUESADA, 2020).

Para fins de notificação de violência autoprovocada, embora a violência autoprovocada compreende ideação suicida, autoagressão, tentativa de suicídio e suicídio e os casos de ideação requerem ações de atenção integral em saúde, não são objeto de notificação. E os óbitos por suicídio são registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) a partir das Declarações de Óbito e, portanto, não devem ser notificados na ficha do SINAN.[...] Portanto, em relação à violência autoprovocada, são objeto de notificação no SINAN apenas a autoagressão/automutilação e tentativa de suicídio. Devem ser notificados casos suspeitos ou confirmados de tentativa de suicídio. (BRASIL, 2019).

3.4.1 Automutilação (auto agressão)

A automutilação é definida como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio, mas que é considerado fator de risco para o suicídio. Trata-se de um ato que não possui aceitação social, tampouco para exibição, o que o distinguiria da prática de cutting, na qual também há objetivos estéticos. Pode ser definida também como atos de mutilação de parte do corpo (tecido) sem intenção suicida e para propósitos não validados socialmente (Klonsk, 2009 in NETO, 2017; GIUSTI, 2013 in CRPDF, 2020; ABP, 2023).

Portanto, os comportamentos socialmente aceitos, como o uso de piercing, tatuagem, brincos ou lesões feitas como parte de rituais religiosos ou para exibição cultural, não são considerados uma automutilação. Os métodos mais utilizados para automutilação são: corte na pele; raspagem; bater; contundir; golpear; queimar; e outros como: morder; machucar feridas; furar; beliscar; riscar; esfregar a pele em superfície áspera; quebrar um osso; ingerir substâncias danosas; amputação. (NETO, 2017).

Os comportamentos autolesivos são considerados um problema de saúde pública devido aos danos físicos e psicológicos causados à vítima, seus familiares e demais vínculos afetivos. Esses comportamentos ocorrem em diversos contextos socioeconômicos e culturais, e, apesar disso, ainda há diversos tabus na sociedade sobre a temática. (ARAGÃO e MASCARENHAS, 2022).

Todavia, não nos aprofundaremos neste fenômeno, uma vez que embora esteja relacionado com o campo (violência autoprovocada), não compreende o escopo desta pesquisa (tentativa de suicídio).

3.4.2 Comportamento Suicida

É possível distinguir o comportamento suicida em: ideação suicida, o plano suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito. A ideação suicida se define como pensamentos sobre suicídio. O plano suicida envolve a consideração de um método específico para o suicídio. Já a tentativa de suicídio se refere ao comportamento autolesivo em que há a intenção de morrer. (QUESADA, 2020).

Segundo as definições descritas no guia de “Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação” elaborado pelo Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal (CRP-DF), a ideação suicida envolve pensamentos sobre tirar

a própria vida, sem planejamento ou passagem ao ato; já o planejamento confere uma gravidade maior com relação à ideação, pois apresentam uma intencionalidade explícita, escolha de método, chegando-se a definir data e conferir ao ato um caráter de comunicação interpessoal; enquanto a tentativa de suicídio diz respeito a qualquer conduta suicida não fatal ou dano provocado em si mesmo intencionalmente. [...] A pessoa pode realizar comportamentos autolesivos com intenção de morrer, podendo ser uma tentativa de suicídio planejada ou impulsiva. [...] Quanto ao suicídio, este é definido como um ato deliberado, iniciado e concluído por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de sua morte e ainda que possa haver ambivalência na ação, é escolhido um método que a pessoa considere ser fatal. (CRM-DF, 2020).

O suicídio trata-se de um fenômeno complexo, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, sexos, culturas, classes sociais e idades. Relaciona-se etiológicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até biológicos. (BRASIL, 2021).

O suicídio é um fenômeno multifatorial e complexo, possui inúmeras variáveis, pouco ou não conhecidas, e costumam ser difícil avaliá-lo em toda a sua dimensão. [...] O suicídio é definido como uma morte auto-infligida causada de modo intencional e, normalmente, representa uma atitude complexa. Alguns autores defendem a ideia de um continuum suicida, iniciando na ideação suicida, progredindo para a tentativa de suicídio e finalizando com o suicídio consumado. (BAHLS & BOTEGA, 2007).

No entanto, órgãos como o Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), defendem que a maioria das pessoas que tentam ou cometem suicídio é acometida por algum transtorno mental, representando 96,8% dos casos de morte por suicídio, sendo o mais comum a depressão. (BRASIL, 2021; OMS, 2021; ABP, CFM, 2023)

O risco de suicídio não tem uma classificação própria, pois é fenômeno que pode ocorrer em vários quadros clínicos diferentes e, mais raramente, na ausência de qualquer quadro clínico. A maior parte das pessoas que planejam, tentam ou pensam insistentemente em suicídio sofre de algum transtorno psíquico, devendo ser feito seu diagnóstico e sua classificação segundo o transtorno. (SANTA CATARINA, 2015)

Na literatura biomédica é possível encontrar esta associação entre transtornos ou

doenças mentais e o comportamento suicida, em especial, com o suicídio, tanto em estudos atuais como em achados de décadas anteriores.

As doenças mentais não causam uma ameaça direta à vida; todavia, existe uma enorme relação entre o comportamento suicida e as doenças mentais. O suicídio representa uma complicação dos transtornos psiquiátricos, sendo a causa mais importante de morte precoce entre os pacientes psiquiátricos. O risco de suicídio está aumentando em quase todas as doenças mentais, principalmente naquelas graves e crônicas. Todavia, é importante destacar que a simples presença de doença mental não é suficiente para a realização do ato suicida pois a maioria das pessoas com transtornos mentais não se suicida (HARRISON e LLOYD, 2000 in BAHLS e BOTEGA, 2007)

Entretanto, um dos principais teóricos que abordou o tema do suicídio foi o sociólogo Émile Durkheim. Em sua obra clássica "O Suicídio" (1897), Durkheim analisou as taxas de suicídio em diferentes sociedades e identificou padrões sociais e culturais que influenciavam esse fenômeno. Ele propôs que o suicídio não era apenas um fenômeno individual, mas também um fenômeno socialmente determinado. Durkheim afirma que os “o que esses dados estatísticos expressam é a tendência ao suicídio pela qual cada sociedade é coletivamente aflingida. [...] Cada sociedade se predispõe a fornecer um contingente determinado de mortes voluntárias.”. (DURKHEIM, 1897:2019)

Com relação a conceituação do fenômeno do suicídio, em uma primeira formulação, Durkheim aponta que "chama-se suicídio toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima”. Entretanto, considera esta definição incompleta e questiona sobre os diferentes atos suicidas, isto é, quando há uma intenção consciente de se matar ou quando o objetivo (ou motivação) do ato que levou a morte de si mesmo, trata-se de outra coisa. E conclui que: “chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido mas interrompido antes que dele resulte a morte.”. (DURKHEIM, 1897:2019).

A expressão suicídio surge no século XVII, no auge do Iluminismo, passando a ser mais utilizada a partir de 1734. Anteriormente, outros termos eram utilizados para denominar as mortes auto-infligidas: auto-assassinato, auto-homicídio, autodestruição e morte-voluntária. (PALHARES e BAHLS, 2003 in BAHLS e BOTEGA, 2007). ‘

O termo suicídio significa morte de si mesmo. Essa definição parece suficiente num primeiro momento, mas,

quando refletimos sobre as formas como eles podem se manifestar, percebemos que se trata de uma conceituação muito ampla, podendo incluir atos e comportamento que normalmente não são associados a suicídios, mas que, de alguma maneira, se relacionam com eles. [...] as pessoas podem se matar ou procurar a morte de forma consciente ou inconsciente. (CASSORLA, 2017).

Conforme visto, o conceito de comportamento suicida inclui desde a ideação ao suicídio consumado e compõe com as autoagressões, o fenômeno da violência autoprovocada. Portanto, a violência autoprovocada é um conjunto amplo de fenômenos singulares, com particularidades e definições próprias, porém relacionados entre si. Na figura abaixo, ilustra-se a relação entre os fenômenos que englobam o comportamento suicida:



Fonte: Werlang & Botega in MELLO, 2007

Compreender esta relação é fundamental, assim como a distinção entre cada fenômeno que compreende o comportamento suicida e a violência autoprovocada. Uma vez que, conforme podemos verificar na figura, nem toda pessoa com ideação suicida, desenvolve um plano suicida e chega as vias de fato cometendo uma tentativa ou chegando ao ponto do suicídio. Contudo, todas essas situações representam um grau de risco para o suicido, sendo a tentativa prévia, o principal fator de risco, conforme já mencionado anteriormente.

3.5 PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Na busca realizada na literatura encontrou-se que as primeiras iniciativas no Brasil e no mundo com relação a prevenção da violência autoprovocada, incidem sob o fenômeno do suicídio.

Os primeiros esforços especificamente sobre a prevenção do suicídio, surgem no início do século XX. No entanto, eram inspirados por princípios filantrópicos, carecendo de base científica. [...] Ainda hoje pode-se observar programas de prevenção do suicídio inspirados nesses princípios.[...] Diferente da abordagem filantrópica, e com eficácia comprovada, estão os programas de prevenção de suicídio associados à uma estratégia nacional. [...] Tem aumentado o número de países com estratégias nacionais de prevenção do suicídio, seja com estratégias amplas, localizadas ou descentralizadas. (SETTI, 2017).

Em 1999 a OMS lançou o *Suicide Prevention Program* (SUPRE), sendo esta a primeira iniciativa a nível mundial para a prevenção do suicídio. Este programa consistia na elaboração e publicação de guias com orientações para a intervenção na problemática do suicídio, dirigida a grupos sociais e profissionais específicos, que são de particular relevância para a prevenção do suicídio. (STAVIZKI JUNIOR, 2020; SETTI, 2017).

Apesar da pouca divulgação no Brasil, o SUPRE trouxe um novo contexto para a prevenção do suicídio, estimulando pesquisas e contribuindo para abertura política do tema dentro das agendas dos governos estaduais e federal. Cabe ressaltar, entretanto, que a OMS assume uma linha teórica voltada ao tratamento de pacientes com “risco de suicídio”, segundo diagnósticos psiquiátricos. As soluções propostas pela Organização para diminuição dos índices de suicídio de um país, consiste, basicamente, na capacitação de trabalhadores para identificar os fatores de risco e na qualificação de dados epidemiológicos. Apesar da importância destas ações para qualificar as intervenções profissionais, entende-se que a prevenção ao suicídio envolve diferentes políticas públicas, bem como uma variedade de serviços e profissões (SETTI, 2017).

Com relação às iniciativas no Brasil, para Stavizki Júnior (2020), a relação do estado brasileiro com a problemática de prevenção ao suicídio é recente e pouco efetiva, tem em sua trajetória ações isoladas, promovidas especialmente por tratados bilaterais e programas voltados ao tratamento psiquiátrico. Ainda segundo o autor, o debate sobre as determinações sociais relacionadas ao suicídio ainda é incipiente no Brasil e necessita de maior diálogo da sociedade e no âmbito do poder público. (STAVIZKI JUNIOR, 2020).

Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (MS) a prevenção do suicídio é uma prioridade e representa um desafio para a saúde pública por se tratar de um fenômeno complexo multifacetado de múltiplas determinações. (BRASIL, 2017).

Com intuito de compreender quais estratégias de prevenção do suicídio e das tentativas de suicídio adotadas até o momento pelo país e também mundialmente, elencaremos abaixo os principais marcos históricos, encontrados na literatura e publicações oficiais, no que tange a legislações, programas e políticas públicas.

- Portaria 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;
- Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria nº 2.466, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- A Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui na lista de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências e estabelece a notificação imediata (em até 24 horas) para os casos – violência sexual e tentativa de suicídio, em âmbito municipal (BRASIL, 2014a).
- Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;
- Lançamento da “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (2017-2020)”, o que marcou a retomada dos trabalhos de prevenção ao suicídio em nível nacional. Ainda em 2017, foi instituído o Comitê Gestor para elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, através da Portaria nº 3.479/2017, alinhado com as Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio, de 2006. (STAVIZKI JUNIOR, 2020).
- 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.

Destacaremos neste momento alguns pontos à Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Conforme o Art. 3º desta Lei, são objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:

- I – Promover a saúde mental;
- II – Prevenir a violência autoprovocada;
- III – Controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV – Garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V – Abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI – Informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- VII – Promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII – Promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
- IX – Promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.

Conforme o § 1º para os efeitos desta Lei, entende-se por violência autoprovocada:

- I – O suicídio consumado;
- II – A tentativa de suicídio;
- III – O ato de automutilação, com ou sem ideação suicida.

Destaca-se, portanto, que a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, vigente desde 2019, contempla a violência autoprovocada em suas mais variadas formas.

Em uma busca recente no site do Ministério da Saúde⁴, na página sobre Prevenção do Suicídio, encontra-se a seguinte informação sobre a rede de serviços oficiais para buscar ajuda:

- CAPS e Unidades Básicas de Saúde (Saúde da família, Postos e Centros de Saúde);
- UPA 24H, SAMU 192, Pronto Socorro; Hospitais;
- Centro de Valorização da Vida (CVV) – 188 (ligação gratuita).

⁴ <https://www.gov.br/saude/pt-br>

Consideramos importante mencionar o “Setembro Amarelo”, uma campanha de prevenção ao suicídio criada no ano de 2014 pela Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, junto ao Conselho Federal de Medicina - CFM. Há alguns anos esta campanha foi adotada por diversas instituições governamentais e não governamentais, além da iniciativa privada, a mídia e atualmente também pelas redes sociais. Para a ABP o objetivo desta campanha é conscientizar a população sobre os fatores de risco para o comportamento suicida e orientar para o tratamento adequado dos transtornos mentais, pautando-se na tese de que os transtornos mentais representam 96,8% dos casos de morte por suicídio (setembroamarelo.com.br).

Entretanto, a prevenção do suicídio envolve uma série de ações que vão desde proporcionar melhores condições de vida, passando pelo tratamento eficaz de transtornos mentais, até o controle de fatores de risco. Passa ainda pela informação e a mobilização da comunidade para as ações de prevenção, a identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade, o comportamento suicida, para então se elaborar intervenções eficazes. (OMS, 2020 in PORTO, 2019).

E por último, lembramos que as ações de prevenção ao suicídio podem ser classificadas em universal (quando tem como objetivo reduzir a incidência de novos casos por meio de ações educativas); seletiva (quando o foco são os grupos de risco) e a prevenção específica (direcionada a pessoas que manifestam ideação suicida). (MRAZEK & HAGGERTY, 1994 in PORTO, 2019).

3.6 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

A epidemiologia da automutilação e do comportamento suicida são diferentes. Assim como a epidemiologia da tentativa de suicídio é consideravelmente diferente da epidemiologia do suicídio. (BAHLS & BOTEGA, 2007).

Entre os anos de 1990 e 2015, estudos de diferentes países sobre comportamentos autolesivos deliberados indicam uma prevalência média de 16,9% desse comportamento em adolescentes (GILLIES et al., 2018), com aumento da prevalência ao longo dos anos. No Brasil, um estudo de 2018 realizado com 517 adolescentes entre 10 e 14 anos encontrou uma prevalência de 9,48% de comportamentos ASIS nos últimos 12 meses (FONSECA et al., 2018). Gillies et al., (2018) conduziram uma pesquisa de metanálise de estudos de 41 países diferentes e concluíram que os comportamentos autolesivos em adolescentes são mais frequentes em meninas. A idade média de início desses comportamentos foi de 13 anos, com o pico aos 16 anos. O estudo ainda verificou que o método mais utilizado na autolesão foi o corte. Entretanto, outros

métodos também foram relatados. Geralmente, a autolesão é feita nos braços, nas pernas ou na barriga (NOCK, 2010). Na população adulta dos Estados Unidos, a prevalência de ASIS é de 5,9% (KLONSKY, 2011). Não há estudos de prevalência entre adultos no Brasil. No entanto, é provável que as verdadeiras taxas de automutilação na comunidade sejam maiores, em função de muitos jovens ocultarem os seus ferimentos e nunca receberem cuidados clínicos para a sua saúde física e emocional, o que gera subnotificações dos casos (QUESADA, 2020).

Conforme mencionado na introdução, o suicídio é atualmente uma das principais causas de morte em todo o mundo. Em 2019, mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio: uma a cada 100 mortes sendo que 58% destes óbitos ocorreram antes dos 50 anos de idade. Entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é a segunda causa de morte (OPAS/OMS, 2021).

No entanto, estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos 10 vezes. Segundo dados da OMS, 15 a 25% das pessoas que tentam o suicídio voltarão a fazê-lo no ano seguinte e 10% das pessoas que tentam o suicídio conseguem, efetivamente, matar-se nos próximos 10 anos. As estimativas apontam também 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%. (VIDAL, GONTIJO e LIMA, 2012).

As taxas de suicídio variam entre países, regiões e entre os sexos. Mundialmente mais homens morrem devido ao suicídio do que mulheres (12,6 por cada 100 mil homens em comparação com 5,4 por cada 100 mil mulheres). No entanto, as taxas de suicídio entre homens são geralmente mais altas em países de alta renda (16,5 por 100 mil) e entre mulheres em países de baixa-média renda (7,1 por 100 mil). (OMS, 2021).

A tentativa prévia é o fator de risco mais relevante para o suicídio na população em geral. A cada óbito por suicídio outras dezenas de tentativas ocorrem. Estimativas apontam que entre 10 e 20 milhões de pessoas tentam suicidar-se enquanto 800 mil morrem por suicídio, aproximadamente, todos os anos, no mundo. (OMS, 2020; PABON, 2021).

Em 2015, o grupo populacional de maior índice de suicídio no Brasil de acordo com a OMS, foi a população idosa. Os índices de suicídio entre pessoas de 65 a 74 anos de ambos os sexos foram de 7,8 mortes por 100 mil habitantes. O índice é ainda maior entre pessoas com mais de 75 anos, chegando ao total de 8,9 mortes por 100 mil habitantes quando consideramos ambos os sexos, e a 19,2 mortes por 100 mil habitantes para homens acima de 75 anos. (CRP-DF, 2020).

Em 2018, uma publicação do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de Brasília (UnB) assinalou que, entre 2012 e 2016, a média de óbitos por suicídio foi superior entre a população de jovens e adolescentes

negros, em comparação às demais raças e etnias. Em 2012, a taxa de mortalidade por suicídio foi de 4,9 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros e aumentou 12%, alcançando 5,9 óbitos por 100 mil entre adolescentes e jovens negros em 2016. De acordo com a publicação, o racismo gera danos que impactam significativamente nos estados psíquicos. [...] Entre as populações mais atingidas pelo suicídio estão os povos indígenas, que têm apresentado as maiores taxas de mortalidade por suicídio em diversos países como, por exemplo, entre as populações nativas do Canadá, de Ilhéus no Pacífico Sul, Micronésia, Papua-Nova Guiné, Austrália, entre outros (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003). Dados do Ministério da Saúde mostram uma taxa de mortalidade por suicídio entre povos indígenas no Brasil três vezes maior que a população em geral, e com maior incidência na faixa etária de dez a 19 anos. (CRP-DF, 2020)

O comportamento suicida vem crescendo exponencialmente em termos numéricos em todo o mundo nos últimos anos. Ainda segundo a OMS, o índice de suicídio aumentou 60% em 45 anos, e a mortalidade global por suicídio vem migrando do tradicional grupo de idosos do sexo masculino para o de indivíduos mais jovens de ambos os sexos. (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010).

No período entre 2000 e 2019, as taxas aumentaram 17% na Região das Américas. Estima-se que 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda. (OMS, 2021). No Brasil, os suicídios representam 0,8% do total de óbitos e 6,6% das mortes por causas externas, ficando na terceira posição no conjunto das mortes por causas externas. (VIDAL, GONTIJO & LIMA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2018, 12.741 pessoas morreram por suicídio no Brasil, sendo que 23% (2.897) foram na Região Sul e destas 6% (736) foram no Estado de Santa Catarina (SC), sendo este o quinto estado onde mais ocorreram mortes por suicídio no país. Entretanto, a taxa nacional de mortalidade por suicídio foi de 5,80 e em SC foi de 9,44 (terceiro estado com a maior taxa de mortalidade por suicídio do país). (BRASIL, 2021).

Com relação as tentativas de suicídio no Brasil, no ano de 2018 foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 89.272 ocorrências, sendo que 27% (24.264) foram na Região Sul (segunda região mais notificadora) e 6,5% (5.816) no Estado de Santa Catarina (quinto estado que mais notificou entre as 27 unidades federativas do país). (BRASIL, 2021)

Com base nos dados deste levantamento, o MS lançou uma agenda estratégica para atingir a meta da OMS de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020. Entre as ações,

destacam-se a capacitação de profissionais, orientação para a população e jornalistas, a expansão da rede de assistência em saúde mental nas áreas de maior risco e o monitoramento anual dos casos no país e a criação de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. (FIOCRUZ, 2017).

No ano de 2020 foram realizados 18.311 atendimentos pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC) dos quais 17.643 (97,4%) foram casos de exposição humana. [...]. Os grupos de agentes responsáveis pelo maior número de atendimentos foram os medicamentos (30,7%) seguidos pelos animais peçonhentos/venenosos (23,2%). [...] A principal circunstância de exposição foi acidental (51,15%), seguida das tentativas de suicídio (28,36%) e de acidente ocupacional (5,03%). [...]. Ocorreram 45 óbitos no total de 17.643 casos humanos atendidos (0,25%). Destes, 34 casos (0,19%) foram óbitos relacionados à intoxicação e 11 casos (0,06%) foram óbitos por outra causa. [...] A circunstância mais frequente, nos casos que evoluíram a óbito, foi a tentativa de suicídio com 19 casos (55,88%). (UFSC, 2020).

Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. Análise das taxas de mortalidade ajustadas no período demonstrou aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do Brasil. (BRASIL, BVS, sem data)

Contudo, no último levantamento realizado pela Secretaria do Estado de Saúde, entre 2018 e 2022, SC atingiu a segunda maior taxa de suicídio do país. (SANTA CATARINA, 2023).

Para finalizar, ressaltamos que suicídios e tentativas de suicídio têm um efeito cascata que afeta não apenas os indivíduos, mas também as famílias, comunidades e sociedades. No entanto, podem ser evitados. Há diversos fatores de risco associados ao suicídio e às tentativas de suicídio, como perda de emprego ou financeira, traumas ou abusos, transtornos mentais e de uso de substâncias e barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. [...] O comportamento suicida impacta profundamente as famílias e comunidades e continua sendo um desafio universal com milhões de pessoas impactadas. A redução da mortalidade por suicídio é de importância global e uma consideração vital para a saúde pública. (BRASIL, BVS, sem data).

Portanto, segue a metodologia a ser utilizada para a realização desta pesquisa.

4. MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo descritivo e com dados secundários.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população/amostra do estudo constitui-se de dados secundários oriundos das fichas de notificação/investigação de violência interpessoal e autoprovocada cuja lesão notificada tenha sido autoprovocada e caracterizada como tentativa de suicídio, em pessoas acima de 05 anos, no período entre 01 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2022, em Santa Catarina.

A ficha de notificação/investigação de violência interpessoal e autoprovocada, consiste num instrumento criado pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional que deve ser preenchido por todos os profissionais de saúde pública privada, sempre que houver caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, são objetos de notificação, somente as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

As notificações de violência interpessoal e autoprovocada devem ser preenchidas pelos profissionais de saúde nas unidades de atendimento e encaminhadas para as secretarias de saúde onde são digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), geralmente pelos departamentos de vigilância epidemiológica.

O SINAN é um sistema de informação do Ministério da Saúde que compila notificações de agravos à saúde em todo o país. A notificação de violência passou a ser obrigatória em todo o território nacional em 2011 através da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a qual inclui a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

O Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017). [...] Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na

população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. (BRASIL, 2021).

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, através da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, sendo composto por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquérito). (PORTAL SINAN, 2023)

Os dados secundários do SINAN referentes às fichas de notificação de violência, os quais foram coletados para este estudo, estão disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, o DATASUS. O DATASUS é um órgão do Ministério da Saúde responsável pela coleta, processamento, análise e disseminação de dados e informações sobre a saúde pública do país. O objetivo principal do DATASUS é fornecer informações relevantes e atualizadas para gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e a população em geral, a fim de apoiar a tomada de decisões e o planejamento de políticas e ações na área da saúde.

É importante esclarecer que na ficha de notificação de violência, são objetos de notificação dois tipos de violência autoprovocada: a automutilação e a tentativa de suicídio. Apesar de se tratar de fenômenos distintos, ambos são registrados no mesmo campo de preenchimento da ficha (campo 56), na categoria outros (tipos de violência).

Outro ponto importante a ser esclarecido é que o suicídio não é objeto de notificação desta ficha, pois este dado é registrado em outro sistema de informação do MS, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), após o encerramento da investigação da declaração de óbito. Destaca-se também que a ideação suicida não é objeto de notificação.

E por último, ressalta-se que a notificação de violência autoprovocada e interpessoal não se caracteriza como uma denúncia, mas sim, como um instrumento de cuidado em saúde e garantia de direitos. A notificação se constitui como uma primeira etapa para a inclusão de

pessoas em situação de violência em linhas de cuidado, a fim de prover atenção integral a essas pessoas e garantir seus direitos.(PORTAL (PORTAL SINAN, 2023).

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

De acordo com o IBGE, a população de Santa Catarina em 2021 era de aproximadamente 7,3 milhões de habitantes, sendo o 12º estado mais populoso do Brasil. O estado está localizado na região Sul do Brasil e é dividido em 295 municípios e seu território é de apenas 95,4 mil km², sendo o menor Estado do Sul do Brasil. As cidades mais populosas são Joinville, Florianópolis, Blumenau, São José e Criciúma.

Santa Catarina fica no centro geográfico das regiões de maior desempenho econômico do país, Sul e Sudeste, e em uma posição estratégica no Mercosul. O Estado faz fronteira com o Paraná (ao Norte), Rio Grande do Sul (ao Sul), Oceano Atlântico (Leste) e Argentina (Oeste). O Estado é dividido em oito principais regiões: Litoral, Nordeste, Planalto Norte, Vale do Itajaí, Planalto Serrano, Sul, Meio-Oeste e Oeste.

A população catarinense é predominantemente feminina, representando (51,1%) do total. A idade média da população de Santa Catarina é de 36 anos, e a maior parte da população está concentrada na faixa etária entre 20 e 59 anos. A maioria da população de Santa Catarina se autodeclara branca, representando (80,8%) do total, seguida de pardos (15,2%) e negros (3,3%).

Cerca de (13,5%) da população com idade acima de 25 anos não possui escolaridade ou têm apenas o ensino fundamental incompleto. Por outro lado, (20,7%) da população possui ensino superior completo. A renda média mensal domiciliar per capita em Santa Catarina é de R\$ 1.858,00 ocupando a quarta posição no ranking nacional, de acordo com dados do IBGE. Cerca de (8,9%) da população vive abaixo da linha de pobreza. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o terceiro no país com (0,774).

Segundo dados do Plano Estadual de Saúde (2020 - 2023), Santa Catarina se destaca como maior longevidade do país, com 3,2 anos acima da média nacional, o que tem relação com a qualidade de vida nos municípios catarinenses. Nesta qualidade incluem-se fatores como renda, educação, alimentação, atividade física e acesso a serviços de saúde. Os índices sociais estão entre os melhores do país. Santa Catarina é o sexto Estado mais rico da Federação, com uma economia diversificada e industrializada.

Com relação à estrutura da rede de saúde do Estado de Santa Catarina, a gestão da saúde em Santa Catarina tem em sua rede 295 Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sendo

que todas estão cadastradas como unidades notificadoras no SINAN. O Estado conta com 20 Municípios em gestão plena do sistema, que atendem a média e alta complexidade sendo referência em conjunto com o Estado nestes serviços. Santa Catarina possui 195 unidades hospitalares, que prestam atendimento, sendo 13 unidades hospitalares com gestão estadual (próprios do Estado), 07 com gestão por Organizações Social, 63 gestões municipais e 82 unidades privadas com ou sem fins lucrativos. Dos leitos disponíveis 72% são SUS (10.897) e 28% não SUS (4.123), totalizando 15.020 leitos. A cobertura populacional estimada na Atenção Básica (AB) é de 89,36% com 9.203 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 300 Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF). Santa Catarina, oferta quinhentos e cinquenta e sete leitos em saúde mental/psiquiatria para o tratamento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e também para desintoxicações para aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. O Estado possui 109 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo as modalidades I, II, III, i, AD e ad III.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Visando responder aos objetivos deste estudo, as variáveis de análise foram selecionadas de acordo com os campos existentes na ficha de investigação da notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN, publicada em 2015 e ainda vigente (anexo 02).

As variáveis analisadas, portanto, foram: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação gestacional, estado civil, orientação sexual, transtorno mental/deficiência, município de residência, local da ocorrência, repetição da violência, motivação da violência, tipo de violência (tentativa de suicídio) e meio de agressão utilizado.

Nos Quadros 1, 2 e 3 estão descritas as variáveis independentes incluídas no estudo a relacionadas às características da pessoa notificada por tentativa de suicídio, ao local e horário da ocorrência da violência e à violência autoprovocada cometida:

Quadro 1 - Variáveis relacionadas a pessoa notificada por tentativa de suicídio

VARIÁVEIS	NATUREZA	DESCRIÇÃO
Idade	Quantitativa contínua	A partir de 05 anos
Sexo	Qualitativa nominal	Masculino;feminino
Raça/cor	Qualitativa nominal	Branca;preta, amarela/indígena; parda
Escolaridade	Qualitativa ordinal	0-4 anos de estudos, 5-8 anos de estudo, 9-11 anos de estudos ou 12 anos ou mais de estudos
Situação conjugal	Qualitativa nominal	Solteiro; casado/união consensual; viúvo; separado
Orientação Sexual	Qualitativa nominal	Heterossexual;Homossexual; (gay/lésbica); Bissexual
Transtorno mental/Deficiência	Qualitativa nominal	Deficiência Física; Deficiência Intelectual; Deficiência auditiva; Deficiência visual; Transtorno mental; Transtorno de comportamento; Outros
Gestante	Qualitativa nominal	sim; não, não se aplica

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 2 - Variáveis relacionadas ao local de ocorrência da tentativa de suicídio

VARIÁVEIS	NATUREZA	DESCRIÇÃO
Município de residência	Qualitativa nominal	Municípios de SC
Local da ocorrência	Qualitativa nominal	Residência/habitação coletiva; via pública; outros

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 3 - Variáveis relacionadas à tentativa de suicídio

VARIÁVEIS	NATUREZA	DESCRIÇÃO
Tipo de violência	Qualitativa nominal	Outros/Tentativa de Suicídio
Meio de agressão	Qualitativa nominal	Enforcamento; objeto contundente; objetos pérfuro cortantes; envenenamento; substâncias/objetos quentes; arma de fogo; outros
Violência de repetição	Qualitativa nominal	Sim; não
Uso de álcool	Qualitativa nominal	Sim; não
Motivação	Qualitativa nominal	Sexismo; Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Trans fobia; Racismo; Intolerância religiosa; Xenofobia; Conflito geracional; Situação de rua; Deficiência; Outros

Fonte: elaborado pela autora.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas as notificações de violência autoprovocada que apresentam o campo 56, quadrículo “outros”, devidamente preenchido. O preenchimento desse campo permite definir o tipo de violência autoprovocada, classificada em tentativa de suicídio ou automutilação. O Instrutivo de Preenchimento orienta que quando o campo 54 for preenchido “1- Sim” para violência autoprovocada, o campo 56 deve ser preenchido com “1- Sim” no quadrículo “Outros” e especificar se a violência autoprovocada refere-se a automutilação ou tentativa de suicídio. (BRASIL, 2015).

São objetos deste estudo as notificações de violência autoprovocada cujo tipo tenha sido identificado como tentativa de suicídio. Portanto, as notificações que mesmo com o campo 56 preenchido no quadrículo “outros”, não referem os tipos de violência

autoprovocada, ou a lesão autoprovocada tenha sido descrita como automutilação ou ainda outros tipos de violências, foram excluídas da análise.

Desta forma, foram incluídas como tentativas de suicídio as fichas cujo registro no campo 56 foi preenchido com: TS, tentativa de suicídio, autoextermínio, tentativa de autoextermínio, autointoxicação, ingestão de medicamento, tentar jogar-se do morro, jogar-se no rio, jogar-se da ponte, ingestão de medicamento.

Foram excluídas as fichas cujo campo 56 foi preenchido com: automutilação, auto agressão, AM, ideação suicida, e também as que não se encaixam nos critérios de notificação de violência autoprovocada, como aborto, abuso de substâncias, acidente de trabalho, acidente de trânsito, assalto, assédio, cárcere privado.

Quadro 4 - etapas da seleção dos dados para análise, conforme critérios de exclusão e inclusão

Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada (acima de 05 anos de idade)	91.672 (100%)
Campo 54: a lesão foi autoprovocada?	sim = 43.648 não = 46.377 ignorado = 1.647
Campo 56: tipo de violência especificado em “outros”	tentativa de suicídio = 32.853 automutilação = 12.399
Notificações incluídas para análise (tentativas de suicídio)	32.853 (35,84%)

Fonte: elaborado pela autora

4.6 COLETA E SELEÇÃO DE DADOS

Os dados foram extraídos a partir da exportação do banco de dados nacional do SINAN VIVA Contínuo, utilizando-se do tabulador Tabwin e criando tabelas com todos os casos de violência autoprovocada, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2022. Antes de serem analisados, os dados foram limpos para remover quaisquer informações irrelevantes ou inconsistentes. Em seguida, as variáveis foram codificadas e organizadas em um formato adequado para a análise estatística.

Os dados foram gerados via DATASUS, o qual contempla todas as notificações do SINAN.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados analisados foram submetidos a análise estatística descritiva, por meio de frequência simples e proporção (%), estratificada por sexo e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A significância estatística foi testada usando-se o teste qui-quadrado (χ^2) e considerado o valor de $p \leq 0,05$. O programa estatístico utilizado para análise de dados foi Stata versão 14.0.

Também foram calculadas e comparadas as taxas de incidência de notificação de tentativa de suicídio a cada 100 mil habitantes, com base na população do Estado estimada pelo IBGE em cada ano do estudo e a taxa anual de incidência a cada 100 mil habitantes por macrorregião do Estado de Santa Catarina. Utilizou-se a Deliberação 158/CIB/2021 como referência para compilação dos municípios por macrorregião. (SANTA CATARINA, 2021)

Utilizou-se o software Excel para tabulação e estratificação dos dados, e para a realização dos cálculos de proporção simples e taxas de incidência.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Quanto os aspectos éticos, esta pesquisa utilizou dados secundários e de domínio público, portanto não necessitou ser submetida ao comitê de ética conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016, artigo 1º, parágrafo único e alínea V, o qual refere que pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual não são registradas e passadas nos Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP).

Consideram-se como limitações deste estudo, a subnotificação e as inconsistências e incompletude dos dados coletados. Configura-se, portanto, um desafio analisar esse fenômeno complexo e, na maioria das vezes, subnotificado pelos sistemas de informação no mundo todo. Os números reais são muito mais elevados do que os notificados nas fontes oficiais, ocasionando em sub-registro de casos (OMS, 2002; BRASIL, 2005; SANTA CATARINA, 2021).

5. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no formato do Artigo: **“Características das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina entre 2015 e 2022”**, a ser submetido ao periódico *Ciência & Saúde Coletiva* com Qualis A1 na área de Saúde Coletiva.

Este artigo é apresentado a seguir, conforme normas da instituição de defesa da Dissertação.

5.1 ARTIGO – Características das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina entre 2015 e 2022

"Characteristics of suicide attempts reported in Santa Catarina between 2015 and 2022."

Resumo

Objetivo: Caracterizar e analisar as tentativas de suicídio (TS) notificadas em Santa Catarina, entre 2015 e 2022. Método: Quantitativo, retrospectivo descritivo, com dados secundários do SINAN. Resultados: 35.853 notificações de TS, predominando em pessoas do sexo feminino (66,92%), entre 20 a 29 anos (26,46%), brancas (88,44%), heterossexuais (96,20%), sem cônjuge (53,84%), nível de escolaridade médio (44,89%) e aproximadamente um terço (29,13%) possuem deficiência ou transtorno. O método principal foi a intoxicação (79,59%), a residência foi o local predominante (92,35%) e quase metade referiu TS anteriores (42,50%). A maior frequência de notificações (19,44%) e taxa de incidência (89,14/100 mil) foi em 2019 e a incidência anual foi maior na Macrorregião Sul, em quase todo o período do estudo. Conclusões: Fatores socioculturais, como a violência de gênero e a medicalização do sofrimento psíquico, podem estar associados à frequência maior de TS na população feminina. Além disso, observa-se que a maior incidência de TS foi nas regiões mais afetadas por desastres climáticos e ambientais. Contudo, recomenda-se a realização de mais estudos sobre a temática, a qual revela-se de extrema relevância, e investir na educação permanente e sensibilização dos trabalhadores da saúde, visando a prevenção e redução das TS. Sugere-se, também, aprimorar a ficha de notificação de violências.

Palavras chaves: violência autoprovoada, tentativa de suicídio, comportamento suicida

Abstract

Objective: To characterize and analyze suicide attempts (SA) reported in Santa Catarina from 2015 to 2022. Method: Quantitative, retrospective descriptive study using secondary data from SINAN. Results: 35,853 SA reports, predominantly among females (66.92%), aged 20 to 29 years (26.46%), white (88.44%), heterosexual (96.20%), without a partner (53.84%), with a high school education (44.89%), and approximately one-third (29.13%) with disabilities or disorders. The primary method was intoxication (79.59%), with the residence being the most common location (92.35%), and nearly half reported previous SA (42.50%). The highest frequency of reports (19.44%) and incidence rate (89.14/100,000) occurred in 2019, with the annual incidence being higher in the South Macroregion throughout most of the study period. Conclusions: Sociocultural factors, such as gender violence and the medicalization of psychological suffering, may be associated with the higher frequency of SA in the female population. Additionally, it is observed that the highest incidence of SA was in regions more affected by climatic and environmental disasters. Further studies on this topic are recommended due to its extreme relevance, along with investing in ongoing education and awareness for health workers to prevent and reduce SA. It is also suggested to improve the violence notification form.

Keywords: self-inflicted violence, suicide attempt, suicidal behavior

INTRODUÇÃO

A tentativa de suicídio (TS) constitui-se como uma violência autoprovocada que pode ocorrer por diferentes meios visando ocasionar a própria morte, porém, não atingindo o resultado intencionado. Assim como a ideação suicida, o planejamento e o suicídio propriamente dito, a tentativa compõe o campo do comportamento suicida, sendo o principal fator de risco para o suicídio. A tentativa de suicídio é um fenômeno complexo, multifacetado, com influências causais diversas e atualmente apresenta-se como grave problema de saúde pública mundial. Estima-se que cada suicídio tenha sido precedido por aproximadamente dez tentativas e que para cada morte por suicídio, ocorrem em média de 20 a 40 tentativas.^{1,2,3,4.}

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o suicídio é atualmente uma das principais causas de morte em todo o mundo com estimativa de uma a cada cem mortes. A

estatística anual é de aproximadamente 800 mil mortes no mundo, o que corresponde a um suicídio a cada 40 segundos, sendo que 79% ocorrem nos países de baixa e média renda. Morrem todos os anos mais pessoas por suicídio do que em decorrência do HIV, malária ou câncer de mama, sendo que para cada pessoa que comete suicídio, diversas outras realizam tentativas.^{1,5.}

Estima-se que para cada suicídio mais de 100 pessoas são afetadas de alguma forma sofrendo um impacto negativo profundo, que as torna mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais. Isso equivale a 108 milhões de pessoas por ano que são profundamente afetadas pelo comportamento suicida.^{6,2,7.}

Nos Estados Unidos, o suicídio é uma das principais causas de morte e as taxas de mortalidade por suicídio aumentaram aproximadamente 36% entre 2000 e 2021, sendo que em 2021 ocorreram 48.483 mortes por suicídio no país, uma morte a cada 11 minutos. A prevalência foi do sexo masculino e mais de 50% dos casos ocorreram por arma de fogo. Estima-se que neste mesmo ano 1,7 milhões de pessoas tentaram suicídio e que a taxa de suspeitas de tentativas por autoenvenenamento entre pessoas de 10 a 19 anos aumentou 30,0% em comparação com as taxas pré-pandêmicas (2019), com um aumento de 73,0% entre crianças de 10 a 12 anos, 48,8% entre adolescentes de 13 a 15 anos e 36,8% entre mulheres.^{8,9,10.}

Estudos também apontam que tanto no Brasil quanto em outros países, homens se suicidam mais, enquanto mulheres cometem mais tentativas. Uma das explicações para este fenômeno denominado “paradoxo de gênero do suicídio” seriam os meios utilizados e aspectos culturais de gênero. Homens utilizam meios mais letais enquanto as mulheres recorrem a meios potencialmente menos agressivos. Entretanto, mortes por suicídio entre mulheres vem aumentando. Em geral, os números entre os homens tendem a ser mais altos em países de alta renda (16,6 por 100 mil). No caso das mulheres, as taxas de suicídio mais altas são encontradas em países de baixa a média renda (7,1 por 100 mil). No Brasil, 12,6 a cada 100 mil homens morrem devido ao suicídio, em comparação a 5,4 a cada 100 mil mulheres. Na América do Sul, Guiana e Suriname são os países com as maiores taxas de suicídio e nos últimos anos o Uruguai atingiu a terceira maior taxa do continente.^{11.1.12.}

Segundo a OMS, o Brasil ocupa o oitavo lugar no mundo em número absoluto de suicídios, atingindo 14 mil casos por ano aproximadamente. Em média, 38 pessoas cometem suicídio por dia, sendo a quarta maior causa de mortes de jovens de 15 a 29 anos de idade. Na última década, houve um aumento de 49,3% nas taxas de mortalidade de adolescentes de 15 a

19 anos, chegando a 6,6 por 100 mil, e de 45% entre adolescentes de 10 a 14 anos, chegando a 1,33 por 100 mil.^{11,13,14.}

Um estudo da DIVE/SC aponta que durante o período de 2017 a 2021, a Taxa de Mortalidade por Suicídio (TMS) chegou a 13,2 mortes a cada 100 mil habitantes no ano de 2021, quando foram registrados 3.888 casos de óbito por suicídio em Santa Catarina. Neste mesmo período foram notificadas 29.545 lesões autoprovocadas/tentativas de suicídio, o que representa mais de sete vezes o número de suicídios ocorridos no Estado, sendo que a maior parte das ocorrências foram notificadas no ano de 2019 (7.910 ocorrências). E neste preocupante cenário, segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2019 o Estado de Santa Catarina atingiu a segunda maior TMS do país: 11,0 por 100 mil habitantes.^{11,13.}

A tentativa de suicídio é de interesse epidemiológico e de vigilância em saúde, sendo sua notificação compulsória aos profissionais de saúde pública e privada, desde 2011 e de caráter imediato (deve ser notificada em até 24 horas), desde 2014.^{15,16.}

Diante do contexto apresentado, o presente estudo tem como objetivo caracterizar as tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina, a partir dos registros do SINAN correspondentes ao período de 2015 à 2022. Especificamente, foram caracterizados: (a) o perfil sociodemográfico das pessoas notificadas; e (b) as características da tentativa de suicídio. Também foi calculada a incidência anual de notificações no Estado e por macrorregião e a frequência dos diferentes métodos utilizados nas tentativas, em cada macrorregião do Estado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, retrospectivo, descritivo, com dados secundários, realizado a partir dos registros contidos nas fichas de notificações de violência interpessoal e autoprovocada da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2015 a 2022, no estado de Santa Catarina (SC), situado na região Sul do Brasil.

Com uma população de 7,6 milhões de habitantes, SC é o décimo estado mais populoso do Brasil, sendo o 2º que mais cresceu em população no país: alta de 21,78% em 12 anos. Sua capital é Florianópolis, segunda cidade mais populosa do estado, a primeira é Joinville. SC ocupa o 3º lugar no ranking nacional de IDH-M (Índice de Desenvolvimento Municipal). A população catarinense é predominantemente feminina, representando (51,1%)

do total. A maior parte da população está concentrada na faixa etária entre 20 e 59 anos e se autodeclara branca, representando (80,8%).¹⁷.

Desenho do Estudo

Este estudo foi desenvolvido com base nos dados inseridos no SINAN, a partir das notificações de violência autoprovocada em pessoas de ambos os sexos, a partir de 05 anos de idade, residentes em Santa Catarina. O período estudado foi delimitado de 2015 a 2022, considerando que a última atualização da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada foi em 2015 e a disponibilidade do banco de dados estar consolidado pelo Ministério da Saúde (MS), exceto para os anos de 2021 e 2002, nos quais os dados são preliminares. Os dados foram extraídos do banco de dados nacional do sistema SINAN em julho de 2023.

O SINAN é um sistema de informação do Ministério da Saúde (MS) que compila notificações de agravos à saúde em todo o país. A notificação de violência passou a ser obrigatória em todo o território nacional em 2011 através da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011¹⁵, a qual inclui a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória do Ministério da Saúde. As notificações devem ser preenchidas pelos profissionais de saúde nas unidades de atendimento públicas e privadas e encaminhadas para as secretarias de saúde onde são qualificadas e digitadas no SINAN, geralmente pelos departamentos de vigilância epidemiológica.

Critérios de Inclusão e Exclusão

No período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2022 foram registradas 91.672 notificações de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN, de pessoas acima de 05 anos de idade, residentes no estado de Santa Catarina. Destas, 48,48% (n=43.648) foram registradas como lesão autoprovocada. Considerando o instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de violências, aplica-se notificar também as automutilações como um tipo de lesão autoprovocada, excluíram-se as notificações de automutilação como também outras ocorrências que não correspondem à definição de tentativa de suicídio e/ou que se caracterizaram como inconsistências do banco de dados. Foram incluídas, portanto, 32.853 notificações definidas como tentativa de suicídio (38,18%) do total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada, de pessoas acima de cinco anos, ambos os sexos.

Análise dos Dados

A seleção das variáveis presentes no estudo baseou-se na Ficha de Notificação Individual Violência Interpessoal/Autoprovocada, publicada no ano de 2015 e ainda vigente. As características foram analisadas de acordo com as informações disponíveis e registradas nas fichas, conforme segue abaixo.

Variáveis da pessoa notificada: sexo (masculino, feminino); gestante (sim, não); faixa etária (0-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos ou mais); cor da pele (branca, parda, preta, amarela/indígena); escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 ou mais); situação conjugal (solteiro, casado/união consensual, viúvo, separado); orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual); se possui deficiência e/ou transtorno e tipo (deficiência física, deficiência intelectual, deficiência auditiva, deficiência visual, transtorno mental, transtorno de comportamento, outros) e município de residência (esta variável foi tabulada e compilada conforme divisão em macrorregiões de Saúde, estabelecida pela Deliberação 184/CIB/2021 da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina: Grande Oeste, Meio Oeste e Serra Catarinense, Foz do Rio Itajaí, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis, Sul, Planalto Norte e Nordeste). (SANTA CATARINA, 2021).

Variáveis da tentativa de suicídio: local (residência, via pública, outros); meio de agressão utilizado (enforcamento, objeto contundente, objetos pérfuro cortantes, substâncias/objetos quentes, envenenamento, arma de fogo, outros); violência de repetição (sim, não); uso de álcool associado (sim, não); motivação (sexismo, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua, deficiência, outras).

Os dados analisados foram submetidos a análise estatística descritiva, por meio de frequência simples e proporção (%), estratificada por sexo e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A significância estatística foi testada usando-se o teste qui-quadrado (χ^2) e considerado o valor de $p \leq 0,05$. O programa estatístico utilizado para análise de dados foi Stata versão 14.0.

Também foram calculadas e comparadas as taxas de incidência de notificação de tentativa de suicídio a cada ano do estudo, com base na população estimada conforme o IBGE e a taxa anual de incidência a cada 100 mil habitantes por macrorregião. Utilizou-se o software excel para realização dos cálculos de proporção simples e taxas de incidência.

Por utilizar dados secundários, não houve necessidade de submissão da pesquisa ao comitê de ética devido a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 510/2016, artigo

1o, parágrafo único e alínea V, refere que pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual não são registradas e passadas nos Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP).

RESULTADOS

No período estudado foram registradas no SINAN 32.853 notificações de violência autoprovocada caracterizadas como tentativas de suicídio, em Santa Catarina. O maior percentual ocorreu com pessoas do sexo feminino (66,92%), cor branca (88,44%), heterossexuais (96,20%), com idade entre 20 e 29 anos (26,46%), escolaridade entre 9 e 11 anos de estudo (44,89%), situação conjugal solteiro (52,84%) e (29,13%) das pessoas notificadas possuem alguma deficiência e/ou transtorno.

Na comparação entre os sexos, a análise identificou semelhança no perfil predominante em todas as variáveis, sendo a proporção sempre maior de mulheres, com exceção da faixa etária de 5 a 9 anos, onde a frequência de notificações foi maior em meninos (57,20%) do que em meninas (42,80%).

Entre as pessoas que referiram ter deficiência ou transtorno, a distribuição da frequência foi a seguinte: (48,27%) Transtorno de Comportamento; (45,74%) Transtorno Mental; (4,86%) deficiência intelectual; (1,29%) física; (0,37%) auditiva; (0,72%) deficiência visual. Na comparação entre os sexos, a deficiência física foi a única que prevaleceu no sexo masculino (53,66%).

Ainda com relação a presença de transtornos e/ou deficiências, a distribuição da frequência proporcional ao número absoluto de notificações de tentativas de suicídio (32.853) foi a seguinte: 14,01% das pessoas notificadas por tentativa de suicídio possuem algum Transtorno de Comportamento e 13,28% possuem algum Transtorno Mental. Houve significância estatística para as variáveis faixa etária, escolaridade, situação conjugal e orientação sexual, deficiência física e transtorno mental.

A distribuição da frequência por sexo das características sociodemográficas das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina, no período do estudo, encontra-se na (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das características das pessoas notificadas por tentativa de suicídio, estratificada por sexo. Sinan. Santa Catarina. (2015 - 2022).

Características	Total		Masculino			Feminino			p
	n	%	n	%	IC%	n	%	IC%	
Sexo (n=32.853)									
Feminino	21.986	66,92							
Masculino	10.867	33,08							
Gestante (n=19.465)									
Sim	474	2,44							
Não	18.991	97,56							
Raça (cor da pele) (n = 32.441)									
Branca	28.690	88,44	9.388	32,72	(32,18-33,26)	19.302	67,28	(66,73-67,81)	0,002
Preta	1.096	3,38	362	33,03	(30,30-35,87)	734	66,97	(64,12-69,69)	
Amarela/Indígena	296	0,91	119	40,20	(34,73-45,92)	177	59,80	(54,07-65,26)	
Parda	2.359	7,27	869	36,84	(34,91-38,80)	1.490	63,16	(61,19-65,08)	

≤0,001

Faixa etária (n = 32.837)

05 - 09	514	1,57	294	57,20	(52,86-61,42)	220	42,80	(38,57-47,13)
10 - 19	7.675	23,37	2.253	29,36	(28,34-30,38)	5.422	70,64	(69,61-71,65)
20 - 29	8.688	26,46	3.139	36,13	(35,12-37,14)	5.549	63,87	(62,85-64,87)
30 - 39	6.637	20,21	2.150	32,39	(31,27-33,53)	4.487	67,61	(66,46-68,72)
40 - 49	5.215	15,88	1.149	28,57	(27,36-29,81)	3.725	71,43	(70,18-72,63)
50 - 59	2.748	8,37	870	31,66	(29,94-33,42)	1.878	68,34	(66,57-70,05)
60 ou +	1.360	4,14	664	48,82	(46,16-51,48)	696	51,18	(48,51-53,83)

Escolaridade (anos de estudo) (n = 24.993)

≤0,001

0 - 4	3.027	12,11	1.217	40,20	38,47-41,96	1.810	59,80	58,03-61,52
5 - 8	8.306	33,23	2.701	32,52	31,51-33,53	5.605	67,48	66,46-68,48
9 - 11	11.219	44,89	3.521	31,38	30,53-32,24	7.698	68,62	67,75-69,46
12 ou +	2.441	9,77	651	26,67	24,95-28,46	1.790	73,33	71,53-75,04

Situação conjugal (n = 28.419)

≤0,001

Solteiro	15.045	52,94	5.481	36,43	35,66-37,20	9.564	63,57	62,79-64,33
Casado/união estável	10.879	38,28	3.038	27,93	27,09-28,77	7.841	72,07	71,22-72,90
Viúvo	431	1,52	102	23,67	19,87-27,92	329	76,33	72,07-80,12
Separado	2.064	7,26	681	32,99	30,99-35,05	1.383	67,01	64,94-69,00

Orientação Sexual (n = 25.471)									≤0,001
Heterossexual	24.503	96,20	7.766	31,69	31,11-32,27	16.737	68,31	67,72-68,85	
Homossexual (gay/lésbica)	825	3,24	363	44,00	40,63-47,41	462	56,00	52,58-59,36	
Bissexual	143	0,56	25	17,48	12,04-24,69	118	82,51	75,30-87,95	
Possui deficiência e/ou transtorno (n = 30.477)									0,002
Sim	9.583	29,13	3.022	31,54	(30,61-32,47)	6.561	68,46	(67,52-69,38)	
Não	20.894	63,51	6.958	33,30	(32,66-33,94)	13.936	66,70	(66,05-67,33)	
Tipo de Deficiência e/ou Transtorno (n = 9.538)									
Deficiência Física (n = 9.502)	123	1,29	66	53,66	(44,69-62,38)	57	46,34	(37,61-55,30)	≤0,001
Deficiência Intelectual (n = 9.507)	464	4,86	175	37,93	(33,61-42,45)	288	62,07	(57,54-66,38)	0,002
Deficiência auditiva (n = 9.486)	35	0,37	14	40,00	(24,65-57,58)	21	60,00	(42,41-75,34)	0,3277
Deficiência visual (n = 9.500)	69	0,72	26	37,68	(26,84-49,90)	43	62,32	(50,09-73,15)	0,266
Transtorno Mental (n = 9.527)	4.363	45,74	1.467	33,62	(32,23-35,04)	2.896	66,38	(64,95-67,76)	≤0,001
Transtorno de Comportamento (n = 9.516)	4.604	48,27	1.407	30,56	(29,24-31,90)	3.197	69,44	(68,09-70,75)	0.050
Outros (n = 9.426)	1.513	15,86	429	28,35	(26,13-30,68)	1.084	71,65	(69,31-73,86)	0.003

A maioria (92,35%) das tentativas de suicídio notificadas, para ambos os sexos ocorreu na residência. Em (16,94%) a motivação associada ao episódio foi o conflito geracional enquanto (79,07%) foi vinculado à categoria “outros”.

O principal meio utilizado nas tentativas de suicídio foi o envenenamento/intoxicação, em ambos os sexos, totalizando (79,59%) das ocorrências. Na análise por sexo, o segundo meio mais utilizado pelo sexo masculino foi o enforcamento, e no sexo feminino, “outros meios”. Quase metade das situações de tentativas de suicídio notificadas ocorreram outras vezes (42,50%), principalmente no sexo feminino.

A distribuição das características da situação das tentativas de suicídio notificadas em Santa Catarina, no período do estudo, encontra-se na (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características da situação de tentativa de suicídio, estratificadas por sexo. Sinan. Santa Catarina. 2015 - 2022.

Características	Total		Masculino			Feminino			p
	n	%	n	%	IC%	n	%	IC%	
Local da ocorrência (n=32.453)									≤0,001
Residência	29.971	92,35	9.246	30,85	(30,32-31,37)	20.725	69,15	(68,62-69,67)	
Via pública	1.023	3,15	669	65,40	(62,42-68,25)	354	34,60	(31,74-37,57)	
Outros	1.459	4,50	766	52,50	(49,93-55,05)	693	47,50	(44,94-50,06)	
Ocorreu outras vezes (n = 28.696)									≤0,001
Sim	12.195	42,50	3.487	28,59	(27,79-29,40)	8.708	71,41	(70,59-72,20)	
Não	16.501	57,50	5.921	35,88	(35,15-36,61)	10.580	64,12	(63,38-64,84)	
Motivação (n = 17.877)									≤0,001
Sexismo	250	1,40	37	14,80	(10,89-19,79)	213	85,20	(80,20-89,10)	
Homofobia/les/bi/transfobia	80	0,45	28	35,00	(25,18-46,26)	52	65,00	(53,73-74,81)	
Racismo	08	0,04	02	25,00	(04,05-72,42)	06	75,00	(27,57-95,94)	
Intolerância religiosa	10	0,06	04	40,00	(12,51-75,65)	06	60,00	(24,34-87,48)	
Xenofobia	06	0,03	02	33,33	(04,18-85,13)	04	66,67	(14,86-95,81)	
Conflito geracional	3.029	16,94	892	29,45	(27,85-31,09)	2.137	70,55	(68,90-72,14)	
Situação de rua	100	0,56	74	74,00	(64,36-81-76)	26	26,00	(18,23-35,63)	

Deficiência	258	1,44	87	33,72	(28,17-39,74)	171	66,28	(60,25-71,82)	
Outros	14.136	79,07	4.581	32,41	(31,63-33,18)	9.555	67,59	(66,81-68,36)	
Meio de agressão (n = 32.853)									
Enforcamento (n = 32.740)	4.278	13,02	2.525	59,02	(57,54-60,48)	1.753	40,98	(39,51-42,45)	≤0,001
Objeto contundente (n = 32.720)	506	1,54	170	33,60	(29,60-37,84)	336	66,40	(62,15-70,39)	0.801
Objeto pérfuro-cortante (n = 32.735)	172	0,52	63	36,63	(29,70-44,15)	109	63,37	(55,84-70,29)	0.602
Substância/objeto quente (n = 32.736)	693	2,11	320	46,18	(42,48-49,91)	373	53,82	(50,08-57,51)	≤0,001
Envenenamento/intoxicação (n = 32.785)	26.147	79,59	7.040	26,92	(26,39-27,46)	19.107	73,08	(72,53-73,60)	≤0,001
Arma de fogo (n = 32.750)	1.352	4,12	911	67,38	(64,83-69,83)	441	32,62	(30,16-35,16)	≤0,001
Outro (n = 32.599)	2.705	8,23	750	27,73	(26,07-29,44)	1.955	72,27	(70,55-73,92)	≤0,001
Suspeita de uso de álcool (n =28.355)									
Sim	4.364	15,39	2.139	49,01	(47,53-50,49)	2.225	50,99	(49,50-52,46)	≤0,001
Não	23.991	84,61	7.037	29,33	(28,75-29,91)	16.954	70,67	(70,08-71,24)	≤0,001

A frequência de tentativas de suicídio notificadas em SC foi maior em 2019 (n=6.387), representando 19,44% das ocorrências notificadas entre 2015 e 2022, e posteriormente, em 2022 (n= 5.257) somando 16%. Em 2019, a taxa de incidência de tentativas de suicídio foi de 89,14 casos a cada 100 mil habitantes e em 2022 foi de 70,83/100 mil hab. A distribuição da frequência de notificações de tentativa de suicídio e taxa de incidência encontra-se na (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da frequência de notificações de tentativa de suicídio por ano e taxa de incidência a cada 100 mil habitantes/ano. Sinan. Santa Catarina.2015- 2022.

Ano (n=32.853)	n	%	pop. estimada*	taxa de incidência**
2015	2.108	6,42	6.806.306	30,97
2016	2.335	7,11	6.894.058	33,87
2017	3.140	9,56	6.984.749	44,96
2018	4.126	12,56	7.075.494	58,31
2019	6.387	19,44	7.164.788	89,14
2020	4.793	14,59	7.252.502	66,09
2021	4.707	14,33	7.338.473	64,14
2022	5.257	16,00	7.422.480	70,83

* dados obtidos em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>

** taxas por cem mil habitantes

Com relação à distribuição da frequência de notificações por macrorregião do Estado, a macrorregião Planalto Norte e Nordeste apresentou a maior quantidade de notificações do período (n=7.366 - 22,42%), seguido da macrorregião Sul (n=5.670 - 17,26%). A menor frequência de notificações registradas no período foi na macrorregião Meio Oeste e Serra Catarinense (n=3.032 - 9,23%) seguido da macrorregião Grande Oeste (n=3.136 - 9,55%). Entretanto, a taxa de incidência foi maior na macrorregião Grande Oeste em 2015 (50,15/100 mil habitantes) e 2016 (51,29/100 mil habitantes) e na macrorregião Sul, nos anos de 2017 (57,03/100 mil hab.), 2019 (118,99/100 mil hab.), 2020 (84,43/100 mil hab.), 2021 (78,59/100 mil hab.) e 2022 (89,17/100 mil hab.). Em 2018, a macrorregião Planalto Norte e Nordeste

apresentou a maior taxa de incidência (81,61/100 mil habitantes) com relação às demais macrorregiões. A distribuição da frequência de notificações de TS por macrorregião e taxa de incidência anual pode ser verificada na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da frequência de notificações de TS e taxa de incidência anual por macrorregião de saúde. Sinan. Santa Catarina. 2015- 2022.

	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		Total	
	n	Inc*	n	Inc	n	Inc	n	Inc	n	Inc	n	Inc	n	Inc	n	Inc		
Macrorregião de SC																		
Grande Oeste	396	50.15	405	51,29	384	48,63	360	45,59	518	65,61	401	50,79	276	34,96	396	50.15	3.136	
Meio Oeste e Serra Catarinense	92	10.03	140	15,27	198	21,59	311	33,92	807	88,01	554	60,42	457	49,84	463	50,49	3.032	
Foz do Rio Itajaí	226	33.09	243	35,58	317	46,41	399	58,42	584	85,50	414	60,61	510	74,67	640	93,70	3.333	
Vale do Itajaí	351	32.98	375	35,24	466	43,79	665	62,49	959	90,11	711	66,81	791	74,32	872	81,94	5.190	
Grande Florianópolis	336	28.67	387	33,02	436	37,20	611	52,13	891	76,02	759	64,76	810	69,11	896	76,45	5.126	
Sul	441	44.43	328	33,05	566	57,03	651	65,59	1.181	118,99	838	84,43	780	78,59	885	89,17	5.670	
Planalto Norte e Nordeste	266	19.23	457	33,03	773	55,87	1.129	81,61	1.447	104,59	1.116	80,67	1.073	77,56	1.105	79,87	7.366	

- Inc. = taxa de incidência por 100 mil habitantes

Em todas as macrorregiões houve predominância de envenenamento/intoxicação, seguido de enforcamento como meio de agressão mais utilizado. Apenas na macrorregião “Grande Florianópolis” que “outros meios” foram mais frequentes do que enforcamento. De acordo com instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do MS, a categoria “outros meios” inclui: “precipitação de lugar elevado, autoimolação, jogar-se na frente de veículos, entre outros.”¹⁸. A distribuição da frequência dos meios utilizados nas ocorrências de tentativas de suicídio por macrorregião de saúde pode ser verificada na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da frequência de notificações de tentativas de suicídio conforme meio de agressão e macrorregião de saúde. Sinan. Santa Catarina. 2015 - 2022.

Meio de agressão	Enforcamento		Objeto Pêrfuro-cortante		Objeto contundente		Substância/objeto quente		Envenenamento/intoxicação		Arma de fogo		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grande Oeste (n=3.136)	605	19,29	22	0,70	61	1,95	25	0,80	2.116	67,47	352	11,22	340	10,84
Meio Oeste e Serra Catarinense (n=3.032)	619	20,42	30	0,99	92	3,03	42	1,39	2.084	68,73	203	6,7	486	16,03
Foz do Rio Itajaí (n=3.333)	229	6,87	22	0,66	52	1,56	52	1,56	2.923	87,70	73	2,19	125	3,75
Vale do Itajaí (n=5.190)	608	11,71	28	0,54	65	1,25	40	0,77	4.443	85,61	65	1,25	286	5,51
Grande Florianópolis (n=5.126)	581	11,33	22	0,43	89	1,74	277	5,40	3.932	76,71	277	5,40	768	14,98
Sul (n=5.670)	838	14,78	31	0,55	82	1,45	78	1,38	4.437	78,25	238	4,2	510	8,99
Planalto Norte e Nordeste (n=7.366)	798	10,83	17	0,23	65	0,88	179	2,43	6.212	84,33	144	1,95	190	2,58

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que, em Santa Catarina (SC), as tentativas de suicídio (TS) predominaram em pessoas do sexo feminino, com idade de 20 a 29 anos, de pele branca, estado civil solteiro e com 9 a 11 anos de estudos. O principal meio utilizado foi a intoxicação/envenenamento, na residência, e quase metade dos casos referiram tentativas anteriores.

As tentativas de suicídio tem sido um agravo em saúde pública merecedor de maior destaque na literatura, uma vez que as estimativas apontam para chances entre 20 e 30 vezes mais elevadas de suicídio em pessoas que apresentam tentativas prévias. Os altos índices de tentativas de suicídio configuram, atualmente, um desafio à saúde pública.^{19,20,21.}

O perfil sociodemográfico identificado nesta pesquisa, mulheres (66,92%), jovens (26,46%), sem cônjuge (53,84%), com grau de escolaridade médio (44,89%) -, alinha-se ao encontrado em estudos realizados no Brasil e no mundo. Entre 2011 e 2016, (69%) das tentativas registradas no SINAN ocorreram em mulheres, superando o dobro do total de homens (31%). Em 2021, (70,3%) das violências autoprovocadas notificadas ocorreram no sexo feminino, com predomínio na faixa etária de 15 a 19 anos (23,2%), (49,5%) das pessoas notificadas se declararam solteiras e (30,25%) com nível de escolaridade média.^{22,23,24,25.} Padrões semelhantes foram observados em estudos na Turquia e nos EUA.^{26,27.}

Destaca-se que embora as TS ocorrem duas a três vezes mais em mulheres do que homens, em um estudo realizado em São Paulo, (63,70%) das ocorrências de tentativas de suicídio atendidas pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar, entre 2018 e 2020, foram cometidas por homens e (36,30%) por mulheres. A faixa etária predominante nesta amostra foi de 30 a 59 anos, em ambos os sexos, totalizando (52,10%).^{28.}

Entretanto, evidenciou-se na literatura que o achado deste estudo com relação a predominância do sexo feminino nas tentativas de suicídio alinha-se com as estatísticas nacionais e internacionais, corroborando com o conceito abordado na suicidologia como paradoxo de gênero do suicídio. Este paradoxo se refere ao fato de ocorrerem mais suicídios em homens do que em mulheres, enquanto as tentativas ocorrem muito mais em mulheres do que em homens. Embora este fenômeno seja multifatorial, de acordo com diversos estudos, sustenta-se a hipótese de que o gênero é um fator importante no comportamento suicida.^{23,29,26.}

Cabe ressaltar que a frequência estimada de tentativas de suicídio no mundo supere o de óbitos em, no mínimo, 10 vezes. Considerando a frequência de ambos os eventos, a

realidade é de que há mais mulheres tentando suicídio do que homens morrendo por suicídio, portanto, as mulheres são mais afetadas pelo comportamento suicida no geral.^{30,31}

Ao comparar as estatísticas do suicídio com as estatísticas das tentativas, estudos demonstram essa diferença entre os gêneros/sexo: no Brasil (79%) das mortes por suicídio ocorrem em homens e (21%) em mulheres, enquanto (69%) das tentativas são cometidas por mulheres e (31%) por homens. Padrões semelhantes também foram identificados em Santa Catarina, no Rio Grande do Sul e no Distrito Federal.^{5,23,30,32}

Um dos fatores associados a esse paradoxo de gênero presente no comportamento suicida, são os métodos utilizados nas ocorrências de suicídio e das tentativas. Homens utilizam meios mais letais, como armas de fogo e enforcamento, e, portanto, acabam conseguindo consumir o ato suicida, enquanto as mulheres recorrem a meios menos agressivos, principalmente a intoxicação exógena por medicamentos e/ou outras formas de envenenamento.

No entanto, neste estudo, em ambos os sexos prevaleceu como meio utilizado nas TS o envenenamento/intoxicação, totalizando (79,59%) das notificações. Este achado corrobora com o que a literatura aponta sobre as intoxicações exógenas se encontrarem entre os principais meios utilizados (70%) nas tentativas de suicídios no Brasil, e atuarem com grande importância como uma das principais responsáveis nos casos de suicídio.^{19,33,34}

Porém, na comparação entre os sexos, chama a atenção, neste estudo, que o contingente de mulheres (73,08%) foi mais que o dobro de homens (26,92%) nos episódios de TS por intoxicação. Enquanto as armas de fogo (67,38%) e enforcamento (59,02%) foram mais utilizadas por homens. Destaca-se que justamente estes são os métodos apontados pela literatura como meios mais letais e prevalentes nas ocorrências de óbitos por suicídio, cuja estatística é liderada por homens, no Brasil e no mundo.

Quanto às intoxicações, não foi possível identificar quais as substâncias utilizadas (venenos, produtos químicos, medicamentos etc.), pois não há um campo específico para preenchimento dessa informação na ficha de notificação de violências. Entretanto, estudos no Brasil e no mundo revelam que os medicamentos constituem o principal agente tóxico associado às intoxicações cuja circunstância relacionada foram as tentativas de suicídio. Em Madri, um estudo revelou que aproximadamente (80%) das intoxicações ocorreram por tentativas de suicídio, sendo que (68%) delas envolveram psicofármacos.^{35,36,37,39,40,41}

Nota-se que o consumo de medicamentos, inclusive psicofármacos, tem aumentado expressivamente no Brasil e no mundo, concomitante com o crescimento alarmante de diagnósticos psiquiátricos e do processo de medicalização da vida, do sofrimento psíquico e

da subjetividade. Igualmente, atenta-se para uma facilidade ao acesso desses produtos farmacêuticos, principalmente para pessoas com algum transtorno mental diagnosticado, talvez contribuindo para este cenário no Brasil e no mundo.

E neste contexto, as mulheres são as mais diagnosticadas com problemas de saúde mental, apresentando maior vulnerabilidade em relação à violência autoprovocada e mantendo-se em posição de maior risco ao comportamento suicida e conseqüentemente são mais medicadas. Na Espanha, como em outros países industrializados, o consumo de tranquilizantes tem crescido em torno de 5% ao ano, desde 2005, sendo as mulheres as principais consumidoras.^{38,39,42}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que os medicamentos são os recursos terapêuticos com melhor relação custo-efetividade, mas seu uso inadequado se torna um problema mundial, que gera conseqüências para a saúde e a economia. Alguns estudos apontaram que o estoque domiciliar é meio efetivo para a automedicação e para o acesso como método para tentativas de suicídio, sendo uma medida para resolução desse problema a venda fracionada de medicamentos.^{43,44}

Inclusive, identificou-se neste estudo que o local onde ocorreram as TS notificadas, em ambos os sexos, foi predominantemente a residência (92,35%). Outros estudos realizados no Brasil e no RS apresentaram o mesmo padrão.^{45,32} Na comparação entre os sexos, a residência foi mais prevalente entre as mulheres (69,15%), enquanto a via pública (65,40%) e outros locais (52,50%), entre os homens.

Considerando que o principal método foi a intoxicação e a hipótese de que os medicamentos tenham sido o agente tóxico mais utilizado, compreende-se que existe uma estreita relação entre essas variáveis nos episódios de tentativas de suicídio: método e local da ocorrência. Como forma de prevenção ao suicídio, o Ministério da Saúde (MS) orienta impedir que a pessoa em risco tenha acesso aos meios como: medicamentos, armas, facas e cordas. Questiona-se, portanto, como os profissionais de saúde podem intervir neste contexto, além de orientar os familiares, e quais as políticas públicas têm sido implantadas visando este controle.

Com relação a motivação associada às tentativas, neste estudo, predominou a categoria “outros” (79,07%), em ambos os sexos, não sendo possível discutir essa categoria. Chama a atenção que na comparação entre os sexos, sexismo (1,40%) foi mais frequente (85,20%) em mulheres, enquanto que situação de rua (0,56%) foi mais frequente (74,00%) em homens. Observa-se que além do grau de subnotificação que pode estar associado a esta população no

que diz respeito à violência autoprovocada, a população de rua é majoritariamente masculina.⁴⁶

No entanto, considera-se que questões relacionadas ao gênero como machismo, papel social, iniquidades, desigualdades, vulnerabilidades, violências e medicalização do sofrimento psíquico, são marcadores sociais que podem estar relacionados às motivações envolvidas nas TS em mulheres. Estudos associam a vivência de episódios anteriores de violência, principalmente doméstica, conjugal e sexual, aos casos de tentativas e óbitos por suicídio em mulheres. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde no período de 2011 a 2015 mostrou que mulheres com notificação prévia de violência doméstica apresentavam 30 vezes maior risco de morrerem por suicídio quando comparadas com as mulheres sem notificação prévia de violência. Mulheres brasileiras jovens e adultas que registraram episódios de violência nos serviços de saúde públicos têm chance 151,5 vezes maior de morrer por homicídio ou suicídio em comparação com a população feminina geral. A constatação é que as violências são potencializadoras e determinantes nas tentativas e nas mortes de mulheres por suicídio.^{35,30,47,48,49.}

Um estudo realizado em Belo Horizonte (MG) demonstrou diferentes expressões da violência intrafamiliar ou perpetrada por parceiros íntimos associadas às tentativas de suicídio entre as entrevistadas. Elas vivenciaram situações de agressão diversas, como psicológica, física e sexual. Ao relatarem sobre suas tentativas de suicídio, falaram das dores e dificuldades em lidar com as situações de violências que marcam transversalmente as histórias.^{50.}

Na Índia, em 2020, 22.372 donas de casa na Índia cometeram suicídio — uma média de 61 suicídios por dia ou um a cada 25 minutos. Para especialistas em saúde mental, um dos principais motivos é a violência doméstica galopante — 30% de todas as mulheres indianas referiram sofrer violência conjugal. Outro estudo realizado em Uganda, na África, relacionando violência e depressão, confirma a associação entre este agravo e a tentativa de suicídio.^{51,52.}

Diante dessa conjuntura, destaca-se que houve um aumento nas taxas de incidência de violências contra as mulheres no Estado de Santa Catarina, entre 2018 e 2022.⁵³

Chama a atenção que Karl Marx publicou um pequeno texto sobre o suicídio em 1846, considerado uma das mais poderosas peças de acusação à opressão contra as mulheres, já publicada. Neste escrito, Marx descreve quatro casos de suicídio investigados pela polícia francesa, dos quais três se referem a mulheres vítimas do patriarcado.^{54.}

Entretanto, para alguns autores, além das violências, fatores relacionados à saúde mental como depressão, distúrbios alimentares, psicose pós-parto, entre outros transtornos, também estão associados à maior incidência de tentativas de suicídio em mulheres em comparação com os homens.^{55,56,57,58.}

Os resultados obtidos neste estudo indicam que aproximadamente um terço (29,13%) das pessoas notificadas por TS possuem deficiência e/ou algum transtorno, sendo que destes a predominância (94,01%) é de transtornos mentais e/ou comportamentais. Dado que coincide com o estudo do MS no qual (29,6%) das pessoas notificadas por lesões autoprovocadas em 2021 no Brasil referiram deficiência e/ou transtornos, e desta amostra, o predomínio (91,50%) também foi de transtornos mentais ou de comportamento. Em Passo Fundo (RS), (26,8%) dos pacientes da Atenção Primária em Saúde (APS) que tentaram suicídio, referiu diagnóstico de depressão.^{24,21.}

A associação entre transtornos mentais e o comportamento suicida está presente em diversos estudos, sendo fundamentalmente apoiada pela literatura biomédica. A Associação Brasileira de Psiquiatria defende a existência de uma relação estreita entre ambos, afirmando que, aproximadamente, 97% dos casos de suicídio registrados estão associados com histórico de doenças mentais.^{59,60,61}

Observa-se que atualmente há uma tendência maior de diagnósticos de transtornos mentais e/ou comportamentais em pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico. O que de certa forma, compreendemos que pode promover um apagamento ou a invisibilidade de outros possíveis fatores associados às condições de vida e circunstâncias que impelem muitas pessoas ao comportamento suicida.

Concorda-se com Almeida (2021), quando a autora refere que semelhante ao que ocorreu com a loucura, o comportamento suicida foi medicalizado, ou seja, transformado em um problema médico, numa patologia, apesar de se tratar de um fenômeno multifatorial. Reduzir o suicídio em uma questão médica sugere que um simples medicamento pode resolver os pensamentos suicidas, que muitas vezes resultam de condições de vida indesejáveis. Ao tratar o suicídio com a lógica da medicalização estamos impondo uma disciplina à ação e suprimindo a discussão social que este fato pode provocar. Patologizar o suicídio pode desresponsabilizar o contexto histórico, político e social atrelado a este fenômeno. Tratar o suicídio como patologia individualiza a questão e não contribui para a sociedade refletir sobre modos de vida que podem ser prejudiciais para algumas pessoas. Além disso, com base nas estatísticas atuais, a medicalização do suicídio e sua associação a doenças mentais não têm sido suficientes para reduzir sua ocorrência de maneira eficaz.⁶²

Essas reflexões destacam a importância de não reduzir as tentativas de suicídio apenas a fatores de risco como depressão e transtornos mentais, como também, as diferenças entre homens e mulheres no que tange ao comportamento suicida, a fatores biológicos e/ou interpretações sexistas. Mas sobretudo reconhecer a complexidade e a multicausalidade deste fenômeno, considerando além dos fatores demográficos, os possíveis fatores sociais, econômicos, históricos e culturais que possam estar associados.

Neste estudo, se identificou que quase metade das situações de tentativas de suicídio notificadas ocorreram outras vezes (42,50%), principalmente no sexo feminino (71,41%) na comparação entre os sexos. Há estimativas de que pessoas podem cometer várias tentativas ao longo da vida, precedentes ao óbito por suicídio. A repetição é um importante indicador de risco para a consumação do suicídio, o qual é muito maior depois de uma tentativa deliberada do que na população geral.²⁰ É preocupante também o fato de que essas tentativas recorrentes podem gerar danos e consequências à saúde, em alguns casos, inclusive irreversíveis.

Quanto ao período selecionado para este estudo (2015 a 2022), evidenciou-se que a frequência de notificações e a taxa de incidência foi maior no ano de 2019 e depois em 2022, conforme pode ser verificado na tabela 3. Chama a atenção que houve uma redução na frequência de notificações de TS durante o período pandêmico (2020 e 2021).

Essa tendência também foi observada nacionalmente e no Rio Grande do Sul (RS), Estado que apresenta a maior taxa de mortalidade por suicídio no país. No entanto, estudos internacionais revelaram estabilidade com relação às taxas de óbitos por suicídio e uma tendência crescente de ideação suicida e tentativas de suicídio durante a pandemia de COVID-19. Destaca-se que em SC houve um aumento alarmante da taxa de suicídio após a pandemia.^{24,63,64,65,66,67.}

A pandemia representou um período de maior isolamento social e muitas restrições, inclusive de acesso aos serviços de saúde, o que pode ter contribuído para uma diminuição na frequência de notificações. Como também, o convívio familiar pode ter fortalecido os vínculos e atuado como um fator de proteção, impactando numa diminuição dos casos de suicídio e tentativas, em um primeiro momento. Por outro lado, a convivência exacerbada pode ter acentuado os conflitos familiares e conjugais, que, concomitante ao enfrentamento de perdas/lutos decorrentes das mortes por covid-19, o medo da doença e as inúmeras incertezas, inseguranças e dificuldades principalmente econômicas, podem ter contribuído para o agravamento do sofrimento psíquico, problemas psicológicos e/ou dos transtornos mentais.

Com relação a estratificação dos dados por macrorregiões do Estado de SC, a Macrorregião Sul apresentou a maior incidência anual de notificações de TS em quase todo o período do estudo. Não encontramos outros estudos semelhantes para comparar este achado, porém com relação ao suicídio, a região do Alto Uruguai Catarinense apresenta a maior taxa de mortalidade (TMS) e o Extremo Sul, a terceira maior TMS do Estado.⁵

Sabe-se que a economia da macrorregião Sul destaca-se pelos segmentos do vestuário, plásticos descartáveis, carbonífero e cerâmico e a colonização foi sobretudo italiana. No entanto, um dos problemas mais enfrentados nesta região incluem os desastres naturais e ambientais, como inundações, enchentes e deslizamentos de terra, cujas consequências, podem afetar a qualidade de vida, o bem estar e a saúde mental da população.

Chama a atenção também, que a maior incidência de notificações de violência contra as mulheres no Estado, concentra-se na região carbonífera, a qual pertence a macrorregião Sul.⁵³

Identificou-se com este estudo, que não houve diferenças regionais com relação ao método utilizado nas TS notificadas. Em todas as macrorregiões⁵ do Estado houve predominância de envenenamento/intoxicação. Vale destacar que em 2019, ano de maior incidência de notificações de TS no Estado, (28,8%) dos atendimentos registrados no CIATox/SC foram relacionados a tentativas de suicídio, sendo que 31% das intoxicações exógenas foram ocasionadas por medicamentos (31%), onde predominou uso de clonazepam.⁴⁰ Contudo, esta categoria de análise foi discutida anteriormente (principal meio utilizado nas TS).

CONCLUSÃO

A prevenção dos suicídios e tentativas envolve o conhecimento das características da população mais afetada pelo comportamento suicida. Ressalta-se, portanto, a importância de estratégias de prevenção que considerem as diferenças de gênero encontradas e discutidas neste estudo. Isso pode envolver a implementação de intervenções específicas, bem como a garantia de que os profissionais de saúde estejam cientes dessas diferenças ao avaliar os riscos de tentativas e de suicídio. Incluir aspectos sociais, econômicos e de saúde mental em avaliações mais aprofundadas e direcionadas nas diferentes regiões do estado, também podem nortear com maior precisão, profissionais de saúde e da gestão pública para o delineamento de

⁵ A Secretaria Estadual de Saúde divide o território catarinense em oito macrorregiões de saúde: Extremo Oeste, Oeste, Planalto Serrano, Sul, Grande Florianópolis, Vale do Itajaí, Planalto Norte e Nordeste, e estas em 16 regiões de saúde. (SANTA CATARINA, 2022)

programas preventivos, desempenhando, assim, um papel importante na redução de novos casos.

Recomenda-se a realização de novas pesquisas que possam aprofundar a investigação sobre a associação entre outras violências sofridas e as tentativas e suicídios, principalmente, com relação às violências sofridas pelas mulheres. Igualmente, recomenda-se a realização de estudos que possam identificar quais as substâncias mais utilizadas nas tentativas de suicídio por envenenamento/intoxicação, nas diferentes regiões do estado e se existe relação entre episódios de TS e acesso a medicação para fins terapêuticos em pacientes com diagnósticos de transtornos mentais ou não.

As limitações deste estudo estão relacionadas à utilização de dados secundários, passíveis de subnotificação e falhas nos registros e também a própria estruturação da ficha de notificação de violências, como por exemplo, a ausência de um campo para preenchimento da variável relacionada ao tipo de substância utilizada nas tentativas por intoxicação/envenenamento. A notificação de tentativas de suicídio tem o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos, visando a evitar sua repetição ou evolução para óbito. Salienta-se, portanto, a importância da qualidade da informação para construção do perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio e TS, subsidiando o planejamento de ações e medidas de controle mais eficientes e eficazes.

Finaliza-se este estudo, parafraseando o sociólogo Émile Durkheim: “os dados estatísticos expressam a tendência ao suicídio pela qual cada sociedade é coletivamente afligida”.⁶⁸

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: 10 outubro 2024.
2. BRASIL. BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. **Trabalhando Juntos para Prevenir o Suicídio": 10/9 – Dia Mundial de Prevenção do Suicídio.** Internet, 2020. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/trabalhando-juntos-para-prevenir-o-suicidio-10-9-dia-mundial-de-prevencao-do-suicidio/>. Acesso em: 10 out. 2023.
3. GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. DE. **Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional.** Nova Economia, v. 21, n. 2, p. 281–316, maio 2011.
4. SILVA, José Vitor da et al. **Significados e motivos para suicídio em pessoas com tentativa prévia.** Psicol. Am. Lat., México, n. 34, p. 245-254, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2024.
5. SANTA CATARINA. **Suicídio Em Santa Catarina: Tentativas, Comportamento Autoagressivo, Mortalidade E Prevenção. Boletim Epidemiológico. Número Especial I.** Internet. 2022. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br>. Acesso em: 26 set. 2023.
6. QUESADA, A. A. **Os Impactos Sociais do Suicídio e a Necessidade de Políticas Públicas.** Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. 15 p. : il. color. (Curso Prevenção ao Suicídio; fascículo 2). ISBN 978-65-86094-31-2.
7. SCAVACINI, K. **Histórias de Sobreviventes do Suicídio.** Vol. 2. São Paulo: Instituto Vita Alere, 2019.
8. BALDESSARINI, R. **Epidemiology of suicide: Recent developments. Epidemiology and Psychiatric Sciences.** v. 29, n. E71, 2020. DOI: 10.1017/S2045796019000672.
9. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Fact About Suicide.** Internet, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>. Acesso em: 09 out. 2023.
10. FARAH, R.; REGE, S. V.; COLE, R. J.; HOLSTEGE, C. P. **Suspected Suicide Attempts by Self-Poisoning Among Persons Aged 10–19 Years During the COVID-19 Pandemic — United States, 2020–2022.** MMWR Morb Mortal Wkly Rep, v. 72, p. 426–430, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7216a3>.
11. BRASIL. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 52 | Nº 33 | Set. 2021.

12. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Novo estudo destaca fatores contextuais associados ao suicídio nas Américas**. Internet, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/23-2-2023-novo-estudo-destaca-fatores-contextuais-associados-ao-suicidio-nas-americas>. Acesso em: 09 out. 2023.
13. SANTA CATARINA. **Boletim Epidemiológico de Santa Catarina: Lesões Autoprovocadas. 2023.** Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/boletim-barriga-verde/suicidio/BBV-lesoes-auto-provocadas-2023.pdf>. Acesso em: 10 março 2024.
14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Setembro amarelo: CFM participa de campanha de prevenção ao suicídio**. CFM, 2023. Disponível em < <https://portal.cfm.org.br/noticias/setembro-amarelo-cfm-participa-de-campanha-de-prevencao-ao-suicidio/> > Acessado em 24 out 2023.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 104, de 25 de janeiro de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Seção 1, p. 49.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 jun. 2014. Seção 1, p. 34.
17. IBGE. **Panorama de [Brasil/Santa Catarina]. 2024.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/pesquisa/panorama>. Acesso em: 10 out. 2024.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas**. Brasília, DF, 2016.
19. WERNECK, G. L. et al. **Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 10, 2006, pp. 2201-2206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000026>. Acesso em: 8 maio 2024.
20. VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, 2013, pp. 108-114.
21. AGUIAR, R. A. et al. **Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 71, n. 2, 2022, pp. 133-140. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000379>. Acesso em: 8 maio 2024.
22. BRASIL. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. 2017.
23. BAERE, F.; ZANELLO, V.O **gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal**. Estudos de Psicologia (Natal), v. 23, n. 2, 2018, pp. 168-178. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X201800020008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2024.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021.** Boletim Epidemiológico, n. 4 volume 55. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
25. CAMACHO, A. M. O.; TABORDA, J. C. **Tentativa de Suicídio Entre Mulheres: Revisão Integrativa de Literatura.** Revista trimestral de jurisprudência [on-line] - n. 222(2021) - . Campo Grande: Tribunal de Justiça, 2021. Disponível em: <https://www5.tjms.jus.br/webfiles/SPGE/revista/20220221135022.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2024.
26. SEVER, H.; SEVER, M. **The Evaluation of Suicide Attempts: Zonguldak Case.** Sociology Mind, v. 6, 2016, pp. 75-83. DOI: 10.4236/sm.2016.62006.
27. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Fact About Suicide.** Internet, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>. Acesso em: 9 out. 2023.
28. ALMEIDA, T. R. F. **Caracterização das ocorrências de tentativas de suicídios atendidas pelo Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo entre os anos de 2018 e 2020.** São Paulo, 2021. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2021.
29. HAWTON, K. **Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior.** British Journal of Psychiatry, v. 177, 2000, pp. 484-485.
30. MEIRA, K. C.; DANTAS, E. S. O.; JESUS, J. C. **Suicídio: uma questão de gênero.** Departamento de Demografia e Ciências Atuariais | Programa de Pós-Graduação em Demografia. UFRN. Disponível em: <https://demografiufrn.net/2021/03/22/suicidio-uma-questao-de-genero/>. Acesso em: 4 abr. 2014.
31. DANTAS, E.S.O. et al. **Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 5, 2023, pp. 1469-1477. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>. Acesso em: 8 maio 2024.
32. FRANCK, M.C.; MONTEIRO, M.G.; LIMBERGER, R.P. **Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 e 2018.** Epidemiologia e Serviços de Saúde [online], v. 29, n. 2, e2019512, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200014>. ISSN 2237-9622. Acesso em: 20 abril 2024.
33. GOMES, K.M.B.S. et al. **Análise das tentativas de suicídio por intoxicação exógena no estado de Goiás entre os anos de 2007 e 2017.** Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v. 13, n. 2, Pub. 1, agosto 2020.
34. DAMAS, FB; ZANNIN, M; SERRANO, AI. **Tentativas de suicídio com agentes tóxicos: análise estatística dos dados do CIT/SC (1994 a 2006).** Revista Brasileira de Toxicologia, v. 22, n. 1-2, 2009, pp. 21-26.

35. FIOCRUZ. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)**. Disponível em: <https://sinitox.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 26 set. 2023.
36. ALVIM, A. L. S. et al. **Epidemiologia da intoxicação exógena no Brasil entre 2007 e 2017 / Epidemiology of exogenous intoxication in Brazil between 2007 and 2017**. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 6, n. 8, p. 63915–63925, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n8-718. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15939>. Acesso em: 17 abr. 2024.
37. SOUZA A., P.; LEON F., M.; ROSSI S.G., F. **O suicídio no Brasil: uma análise das intoxicações por medicamentos nos últimos 10 anos**. HU Revista, [S. l.], v. 48, p. 1–7, 2022. DOI: 10.34019/1982-8047.2022.v48.37747. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/37747>. Acesso em: 21 mar. 2024.
38. CABALLERO V., P. J. et al. **Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el área sur de la Comunidad de Madrid: estudio**. VEIA 2004. An Med Interna 2008; 25(6): 262-8.
39. SANTOS, S. A. et al. **Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008***. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2013, v. 16, n. 2 [Acessado 21 Março 2024], pp. 376-387. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200013>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200013>.
40. CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DE SANTA CATARINA (CIATox/SC). **Estatísticas. Estatísticas anuais**: [Internet]. Florianópolis/SC: UFSC; SES/SC, 2022. Disponível em: <http://ciatox.sc.gov.br/index.php/estatisticas.html> Acesso em: 10 abril 2024.
41. BRIXNER, B. et al. **Methods used in suicide attempts and sociodemographic characteristics of patients treated at the emergency department of a teaching hospital**. Sci Med 2016; 26(4):24467.
42. BAHIA, C. A. et al. **Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 9 [Acessado 25 Julho 2022], pp. 2841-2850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>.
43. LOVISI, G. M. et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2009, v. 31, suppl 2 [Acessado 8 Maio 2024], pp. S86-S93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>. Epub 24 Nov 2009. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.
44. FERNANDES, L. C. **Caracterização e análise da Farmácia caseira ou Estoque Domiciliar de Medicamentos**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do

- Sul, 2000. 113p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
45. FONSECA, A. C. de S. ; MARIN, A. H. **Violência Autoprovocada no Brasil: Caracterização dos Casos Notificados entre 2009 e 2021.** Revista Psicologia e Saúde, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 131–146, 2023. DOI: 10.20435/pssa.v14i3.2005. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/2005>. Acesso em: 01 maio 2024.
 46. BRASIL. **População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2019.** DISPONÍVEL EM <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no22.pdf>.
 47. MENEGHEL, S. N. et al. **Suicídio de Mulheres: uma Situação Limite?** Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, v. 13, n. 2, p. 207-217, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/104709>>. Acesso em 01 maio 2024.
 48. CVV (Centro de Valorização da Vida). **Violência pode ser determinante para suicídio de mulheres.** 2019. Disponível em: <https://cvv.org.br/violencia-pode-ser-determinante-para-suicidio-de-mulheres/>. Acesso em: 25 abril 2024.
 49. FIGUEIREDO, P. **Mulheres vítimas de agressões anteriores têm 151 vezes mais chance de morrer por homicídio ou suicídio.** A Publica, 05 fev. 2019. Disponível em: <https://apublica.org/2019/02/mulheres-vitimas-de-agressoes-anteriores-tem-151-vezes-mais-chance-de-morrer-por-homicidio-ou-suicidio/>. Acesso em: 01 maio 2024.
 50. AMARANTE, L.R.F.A.; KIND, L. **Violências e tentativas de suicídio em narrativas de mulheres jovens.** Psicologia Revista, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 535-555, ago. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2024. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2020v26n2p535-555.
 51. PANDEY, G.. **O que está por trás de onda de suicídios de donas de casa na Índia.** BBC News, Nova Déli, Índia, 16 dezembro de 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-59680950>. Acesso em: 15 abril 2024.
 52. KINYANDA, E. et al. **Risk of major depressive disorder among older persons living in HIV-endemic central and southwestern Uganda.** AIDS Care, [S.l.], v. 28, n. 12, p. 1516-1521, 2016. Disponível em: http://researchonline.lshtm.ac.uk/2551492/1/Risk%20of%20major%20depressive%20disorder%20among%20older%20persons_GREEN%20AAM.pdf. Acesso em: 20 abril 2024.
 53. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GADNT). **Violência**

contra Mulher. Informativo Epidemiológico, número 1. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2023

54. MARX, K..**Sobre o suicídio.** São Paulo: Boitempo, 2006.
55. DANTAS, E.S.O. **Suicídio de mulheres em um contexto psicossocial.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.
56. CORREIA, C.M. et al. **Child and adolescent violence: oral story of women who attempted suicide.** Revista Brasileira de Enfermagem [online], v. 72, n. 6, p. 1450-1456, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0814>. Acesso em: 15 maio 2024.
57. FERREIRA, A.C.Z. et al. **Comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias / Suicidal behaviors in people with substance-related disorders.** Revista Enfermagem UFPE on line, v. 13, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1052369>. Acesso em: 15 maio 2024.
58. SILVA, D.A.; MARCOLAN, J.F.. **Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica.** Medicina (Ribeirão Preto), v. 54, n. 4, p. e-181793, 2021. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.181793. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/181793>. Acesso em: 15 maio 2024.
59. BERTOLETE, J. M. et al. **Suicide and mental disorders: do we know enough?** British Journal of Psychiatry, v. 183, p. 382-383, nov. 2003. DOI: 10.1192/bjp.183.5.382.
60. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>.
61. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção.** 17 junho 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 05 abril 2024.
62. ALMEIDA, F.A.**Suicídio e medicalização da vida: reflexões a partir de Foucault.** Curitiba: CRV, 2021.
63. PATHIRATHNA, M.L., Nandasena, H.M.R.K.G., Atapattu, A.M.M.P. et al. **Impact of the COVID-19 pandemic on suicidal attempts and death rates: a systematic review.** BMC Psychiatry, 22(1), 506 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04158-w>

64. SHER, L. **The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates.** QJM. 2020 Oct 1;113(10):707-712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202. PMID: 32539153; PMCID: PMC7313777.
65. YAN, Y.; HOU, J.; LI, Q.; YU, N.X. **Suicide before and during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis.** Int. J. Environ. Res. Public Health 2023, 20, 3346. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043346>
66. MAGNABOSCO, M. Santa Catarina registra quase um suicídio por dia em janeiro. 15 fevereiro 2024. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/santa-catarina-registra-quase-um-suicidio-por-dia-em-janeiro>. Acesso em: 25 abr. 2024.
67. RIO GRANDE DO SUL. **Informe Epidemiológico DVE/CEVS 07-2023: Suicídio e Lesão Autoprovocada.** Atualizado em 08/09/2023. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202309/19110011-informe-epidemiologico-sob-re-suicidio-e-lesoes-autoprovocadas.pdf>. Acesso em: 01 maio 2024.
68. DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo de sociologia.** 3ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2019.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram alcançados. Os resultados apresentam o perfil sociodemográfico da população notificada por tentativa de suicídio em Santa Catarina, entre 2015 e 2022 e descrevem a proporção das variáveis de estudo estratificadas por sexo e a proporção dos meios utilizados nas TS, por região. A prevalência de tentativas de suicídio entre 2015 e 2022, na comparação entre os sexos, foi em mulheres (66,92%). Observou-se que as características predominantes relacionadas ao perfil sociodemográfico e às circunstâncias das tentativas foram comuns entre os sexos. Ainda, este estudo mostrou que a maior frequência e incidência de notificações de tentativas ocorreu em 2019 e na estratificação por macrorregiões, a macrorregião Sul apresentou a incidência anual de tentativas notificadas no período do estudo. Foi possível observar com este estudo que não houve diferenças regionais com relação ao método utilizado, sendo o envenenamento/intoxicação o mais frequente em todas as regiões do Estado.

Ademais, constatou-se neste estudo que a consistência e a completude dos dados das Fichas de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada se mostram como um desafio. Destaca-se, portanto, a importância da sensibilização dos profissionais de saúde, por meio da educação permanente, sobre a relevância das notificações de violência e do seu adequado e correto preenchimento. É fundamental compreender que as informações qualificadas fomentam subsídios para a elaboração e execução de ações, programas e políticas públicas em saúde, contribuindo para a prevenção e o enfrentamento dessa problemática. Aprofundar o conhecimento sobre as violências autoprovocadas e o comportamento suicida contribui na elaboração de estratégias de prevenção às tentativas de suicídio. Reconhecer as características da população mais afligida e das circunstâncias associadas às tentativas pode contribuir para o avanço no enfrentamento deste fenômeno de forma mais eficiente.

Este estudo também revelou fragilidades na ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) e, portanto, fazem-se necessárias algumas recomendações ao Ministério da Saúde (MS), conforme segue: (a) inserir na ficha um campo de registro específico para tentativas de suicídio; (b) inserir um campo para especificação do tipo de substância utilizada nos casos de tentativas por envenenamento/intoxicação.

7. REFERÊNCIAS

ABP e CFM. Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina. **A Campanha Setembro Amarelo Salva Vidas!** Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/> < acessado em: 03 de junho de 2023 >

ARAGÃO, Conceição de Maria Castro de e Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros. **Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018.** Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2022, v. 31, n. 1 [Acessado 25 Julho 2022] , e2021820. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100028>>. Epub 06 Maio 2022. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100028>.

BAHIA, Camila Alves et al. **Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 9 [Acessado 25 Julho 2022] , pp. 2841-2850. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>.

BRASIL. **Violência Interpessoal/Autoprovocada.** 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>.

BRASIL. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Nota Informativa N° 7/2019-Cgdant/Dantps/Svs/Ms. Notificação de Autoagressão e Tentativa de Suicídio na Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sinan (Versão 5.1).** Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agravos/Acidentes%20e%20Viol%C3%AAsncias/Publica%C3%A7%C3%B5es/VIOL%C3%8ANCIA%20INTERPESSOAL%20E%20AUTOPROVOCADA/9%20-%20NOTA%20INFORMATIVA%20N%C2%BA%207-2019-CGDA-NT-DANTPS-SVS-MS%20-%20Notifica%C3%A7%C3%A3o%20de....pdf>

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

_____. **Consumo de medicamentos: um autocuidado perigoso.** [Acesso em 23 Julho 2022] Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/medicamentos.htm

_____. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.** 2017. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências:** Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância

em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. – (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 85-334-0985-0

Lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. “**Criando esperança por meio da ação**”: 10/9 – **Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio**. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/criando-esperanca-por-meio-da-acao-10-9-dia-mundial-de-prevencao-ao-suicidio-2/#:~:text=Entre%202010%20e%202019%2C%20ocorreram,todas%20as%20regi%C3%B5es%20do%20Brasil>.

Atlas da Violência, 2020. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/>

BAHLS, S.C. e BOTEGA, N. J. **Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios**. In: *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Organizadores: M.F. de MELLO, A.A.F. de MELLO e R. KOHN. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio. Fatores inconcientes e aspectos socioculturais: uma introdução**. São Paulo : Blucher, 2017)

CRP-DF. Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação** / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF --. Brasília: CRP, 2020. 48p.: il.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: estudo de sociologia**. 3ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2019.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G.. **Violência: um problema global de saúde pública**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1163–1178, 2006.

D'AVILA, C. **Como a violência passou a ser vista como um problema de saúde pública após a redemocratização** (Artigo). In: *Café História*. Publicado em 31 maio de 2021. Disponível em: <https://www.cafehistoria.com.br/a-violencia-como-questao-de-saude-publica/>. ISSN: 2674-59

HORTALE, V. A.[et al.]. **Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2018. IBSN: 978-85-7541-200-8
IPEA. **Atlas da Violência**.2020. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia>>.

FIOCRUZ. **Ministério da Saúde lança primeiro boletim sobre suicídio no Brasil**. Disponível em : <<https://agencia.fiocruz.br/ministerio-da-saude-lanca-primeiro-boletim-sobre-suicidio-no-brasil>>

LANGE, F. C., BOLSONI, C.C. e LINDNER, S.R.. **Caracterização das violências autoprovocadas cometidas pelas pessoas idosas na Região Sul do Brasil de 2009 a 2016**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 2021, v. 24, n. 6 [Acessado 26 Julho 2022] , e210109. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210109>>. Epub 24 Set 2021. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210109>.

LIMA, R. S. de; RATTON, J. L.; AZEVEDO, R. G. **As ciências sociais e os pioneiros nos estudos sobre crime, violência e direitos humanos no Brasil**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. de S. e SOUZA, E. R. de. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

MINAYO, M. C. S.; CAPURCHANDE, R. D. **A violência faz mal à saúde e à qualidade de vida: conceitos, teorias e tipologias da violência**. In: ASSIS, S. G. et al. (Org.). **Impactos da violência: Moçambique e Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP: Universidade Eduardo Mondlane, 2011. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20modulo_2/205631-conceitos_teorias_tipologias_violencia.pdf>.

NETO, C. H. de A. **Automutilação: um problema de saúde pública?** CPI - Senado Federal. 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/DOC_PARTICIPANTE_EVT_4551_1506005047153_K-Comissao-CPI-Comissao-CPIMT-20170921REU005_parte8606_RESULTADO_1506005047154%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/DOC_PARTICIPANTE_EVT_4551_1506005047153_K-Comissao-CPI-Comissao-CPIMT-20170921REU005_parte8606_RESULTADO_1506005047154%20(1).pdf)

OLIVEIRA, J. W. T. de et al. **Características das tentativas de suicídio atendidas pelo serviço de emergência pré-hospitalar: um estudo epidemiológico de corte transversal**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. 2020, v. 69, n. 4 [Acessado 10 Julho 2022] , pp. 239-246. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000289>>. Epub 04 Dez 2020. ISSN 1982-0208. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000289>.

OLIVEIRA EN, Félix TA, Mendonça CB, Ferreira GB, Freire MA, Lima PSF, Teodósio TT, Almeida PC, Linhares JM, Souza DR. **Tentativa de suicídio por intoxicação exógena: contexto de notificações compulsórias**. *Rev. G&S* [Internet]. 6º de outubro de 2015 [citado 11º de julho de 2022];6(3):Pág. 2497-2511. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3125>

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde 1993. **Resolución XIX: Violencia y Salud**. Washington, (mimeo)

_____. 2021. **Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>

_____. 2015 **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/objetivos-desenvolvimento-sustentavel>

_____. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Repercussão Da Violência Na Saúde Das Populações Americanas**. OPAS. OMS. Washington,

D.C., EUA, 22 a 26 de setembro de 2003. Disponível em <<https://www3.paho.org/portuguese/GOV/CD/cd44-15-p.pdf>> Acessado em 10 out 2023.

OWENS, D., HORROCKS, J., & HOUSE, A. **Fatal and nonfatal repetition of self-harm.** Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2002.

PORTO, D. M. **Prevenção ao Suicídio.** Florianópolis: UFSC, 2019. Modo de acesso: <unassus.ufsc.br>. ISBN: 978-85-8267-147-4

QUESADA, A. A.. **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde /** Andrea Amaro Quesada, Carlos Guilherme da Silva Figueiredo, Antônio Geraldo da Silva, Renata Nayara da Silva Figueiredo, Karine da Silva Figueiredo e Isabella Sallum Guimarães; ilustrações: Rafael Limaverde. – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020. 124 p. : il. color. ISBN 978-65-86094-37-4

RIBEIRO, N. M. et al.. **Análise da Tendência Temporal do Suicídio e de Sistemas de Informações em Saúde em Relação às Tentativas de Suicídio.** *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, n. 2, p. e2110016, 2018.

SETTI, V. M. G. **Políticas Públicas e prevenção do suicídio no Brasil.** *ÍANDÉ : Ciências e Humanidades*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 104–113, 2017. DOI: 10.36942/iande.v1i1.23. Disponível em: <https://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/iande/article/view/23>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SCHRAMM, J. M. DE A. et al.. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897–908, out. 2004.

SOUZA, M.C. de et al. **A intergeracionalidade na violência por parceiros íntimos: revisão sistemática.** 2015.

WELLS, R. H. C. et al. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** São Paulo: EDUSP. . Acesso em: 03 jun. 2023. , 2011

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Ocorrência dos Casos de Violência Autoprovocada em Santa Catarina: 2019 a 2022.** DIVE, 2023. Disponível em: https://bit.ly/suicidio_sc

_____.Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 184/CIB/2021.** Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2021/08/DELIBERACAO-CIB-184-2021.pdf>. Acesso em: 19 set. 2023.

STAVIZKI JUNIOR, C.. **Políticas Públicas de Prevenção Ao Suicídio: Observações e Perspectivas no Contexto de Pandemia.** In: III Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família., 2020, PORTO ALEGRE - RS. Anais III Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família., 2020.

ZANUS, C., Battistutta, et al. **Adolescent Admissions to Emergency Departments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors.** (2017). *PLOS ONE*, 12(1), e0170979. doi:10.1371/journal.pone.0170979

ANEXOS

Anexo 01: Instruções para notificação de tentativas de suicídio com base no VIVA: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada, do Ministério da Saúde

No **campo 54**: “A lesão foi autoprovocada?” preencher o quadrículo com o código correspondente. Ou seja, nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio. Considera-se tentativa de suicídio o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação. Quando esta variável for preenchida com “1 – Sim”, preencher o **campo 56** com “1 – Sim”, no quadrículo “Outros”, e especificar se foi autoagressão ou tentativa de suicídio. Preencher o **campo 57** com o meio utilizado para realizar a lesão autoprovocada. Preencher o campo 61: Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida com “1 - Sim” em “própria pessoa”.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf> (p. 54,62,63 e 66)

Anexo 02: Ficha de Notificação/investigação e Violência Interpessoal e Autoprovocada de violência (SINAN)

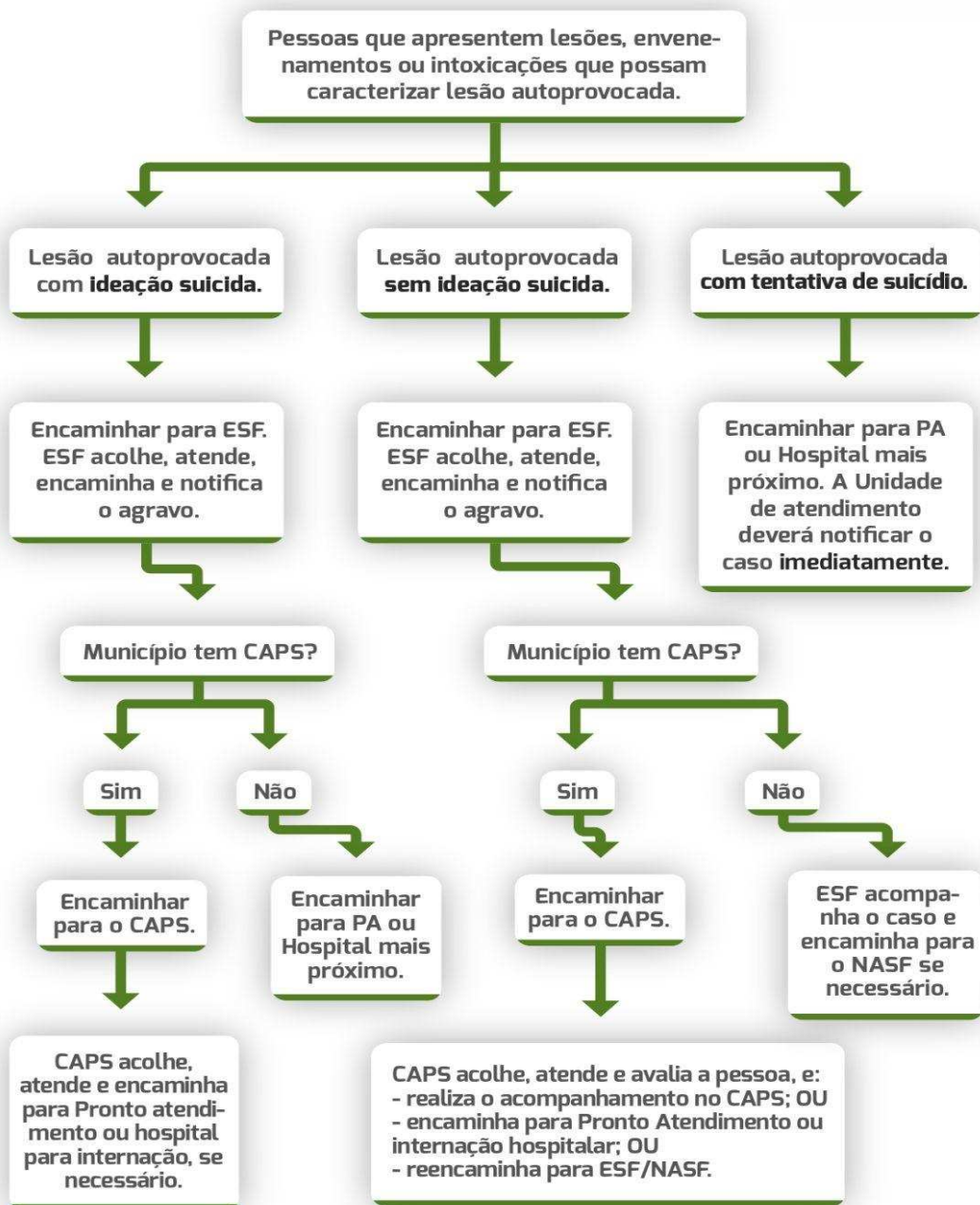
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da notificação	
	4 UF		5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	16 Escolaridade		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
		32 Pais (se residente fora do Brasil)		21 Distrito	
				26 Geo campo 1	
				29 CEP	
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transsexual 3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado			
		<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras			
		<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
			51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços		08 - Indústrias/construção			
02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado					

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado			
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pomografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros			
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais 9- Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não 9- Ignorado
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente			
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX			
Dados finais	69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:				
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura	
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015	

Anexo 03: Fluxograma de atendimento para casos suspeitos de lesão autoprovocada

FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO A CASOS SUSPEITOS DE LESÃO AUTOPROVOCADA



OBSERVAÇÃO:

Finais de semana, feriados e a noite, quando CAPS e ESF estiverem fora do horário de funcionamento, encaminhar a pessoa diretamente para Emergência Hospitalar ou para Pronto Atendimento, via SAMU ou familiares.

Material produzido em conjunto pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica e pela Gerência de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

