



Universidade Federal do Ceará - Sobral
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Mestrado Acadêmico em Saúde da Família

TAMIRES ALEXANDRE FÉLIX

**FATORES DE RISCO PARA A TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA MESORREGIÃO NOROESTE DO
CEARÁ: ESTUDO CASO-CONTROLE**

SOBRAL – CE

2016

TAMIRES ALEXANDRE FÉLIX

**FATORES DE RISCO PARA A TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA MESORREGIÃO NOROESTE DO
CEARÁ: ESTUDO CASO-CONTROLE**

Dissertação apresentada no Mestrado Acadêmico
em Saúde da Família/Universidade Federal do
Ceará/Sobral como requisito para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde

Orientadora: Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Co-orientador: Dr. Jose Reginaldo Feijão Parente

SOBRAL – CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- F36f Félix, Tamires Alexandre.
Fatores de risco para a tentativa de suicídio em um hospital de referência da massoregião noroeste do Ceará: estudo de caso-controle. / Tamires Alexandre Félix. – 2016.
116 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.
Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.
- Orientação: Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira.
Coorientação: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.
1. Tentativa de suicídio. 2. Epidemiologia. 3. Suicídio. I. Título.

CDD 362.12

TAMIRES ALEXANDRE FÉLIX

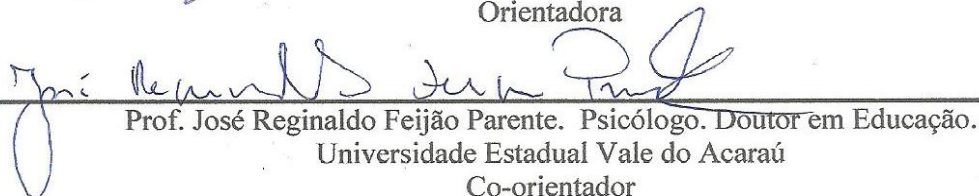
FATORES DE RISCO PARA A TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA MESORREGIÃO NOROESTE DO CEARÁ: ESTUDO CASO-CONTROLE

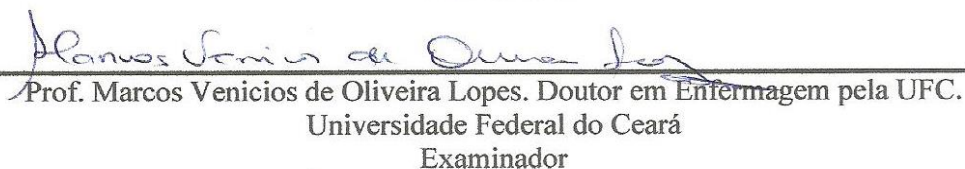
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Sobral como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
Orientadora: Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Co-orientador: Dr. Jose Reginaldo Feijão Parente

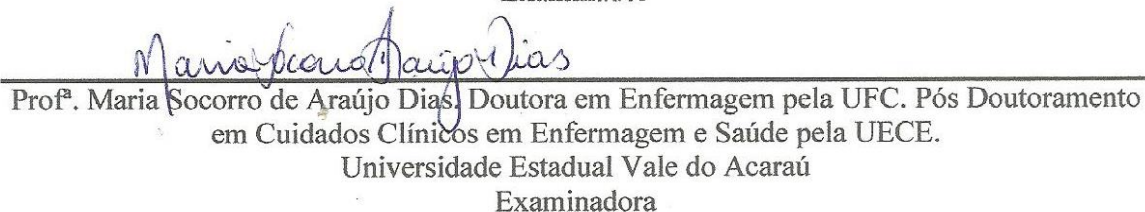
Aprovado em: 28/01/2016

BANCA EXAMINADORA


Profª Eliany Nazaré Oliveira. Doutora em Enfermagem pela UFC.
Universidade Estadual Vale do Acaraú
Orientadora


Prof. José Reginaldo Feijão Parente. Psicólogo. Doutor em Educação.
Universidade Estadual Vale do Acaraú
Co-orientador


Prof. Marcos Venícios de Oliveira Lopes. Doutor em Enfermagem pela UFC.
Universidade Federal do Ceará
Examinador


Profª. Maria Socorro de Araújo Dias. Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE.
Universidade Estadual Vale do Acaraú
Examinadora

SOBRAL – CEARÁ

2016

À Deus por permitir que este se sonho se tornasse realidade
À minha família pela força transmitida nos momentos mais difíceis
À meu esposo Francisco Valdicélio Ferreira pelo apoio de sempre
À meu filho Samuel que me revelou o verdadeiro amor
À minha orientadora e especial amiga Eliany Nazaré Oliveira
À todas as pessoas que consentiram participar da pesquisa mesmo vivenciando um momento
tão difícil

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar capacidade e coragem para perseguir este objetivo; até aqui o Senhor me ajudou.

A família que construí com meu esposo Francisco Valdicélio Ferreira e meu filho Samuel pela dedicação, carinho, consolo e afeto demonstrados durante esta caminhada.

A meus familiares, em especial meu pai José Ronaldo Felix, minha mãe Francimar Alexandre Félix e meus irmãos Rarisson Alexandre Felix e Maria Lorena Alexandre Félix.

A todos os professores que contribuíram para esta formação.

Aos colegas da turma de mestrado pelos momentos divididos.

À minha orientadora, Eliany Nazaré Oliveira, que me trouxe lições de vida para além da formação acadêmica sempre com uma postura cativante, responsável, companheira, forte e incentivadora.

A todos os amigos e parentes que compreenderam minha distância e meu esforço.

Aos profissionais que compõem a Banca Examinadora pelas contribuições, competência e estímulo.

À Universidade Federal do Ceará, à Universidade Estadual Vale do Acaraú, à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Santa Casa de Misericórdia de Sobral pela oportunidade.

Aos colaboradores desta pesquisa em especial Camila Bezerra de Lima Mendonça, Paulo Sérgio Ferreira Lima, Roberta Magda Martins Moreira e Adeliane Souza Freire.

Às pessoas que consentiram participar da pesquisa e seus familiares.

A todos que participaram deste projeto que virou conquista.

*“Lá onde um pensamento prevê o fim da história, o
outro anuncia o infinito da vida”.*

Foucault, 1999

RESUMO

As tentativas de suicídio podem ser conceituadas como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte. No Brasil foram registrados mais de 30 óbitos autoprovocados por dia em 2012 sendo que a estimativa para as Tentativas de Suicídio tendem a ser de 10 a 20 vezes maior atingindo também as famílias. Na região em saúde de Sobral – Ceará as taxas vem crescendo progressivamente exigindo maior intervenção da gestão para prevenir novos casos e acompanhar os grupos de risco. O objetivo desta pesquisa foi analisar a associação de fatores considerados de risco com a tentativa de suicídio em pessoas atendidas em um hospital de referência em Sobral a partir do método caso-controle. Desta forma, contribuir para a caracterização da demanda, qualificação da assistência, acompanhamento e avaliação no âmbito da Atenção Primária além de ações intersetoriais de prevenção. Trata-se de um estudo com abordagem Quantitativa do tipo Caso-Controle de base populacional desenvolvido na unidade de emergência adulta da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, polo de atendimento na Mesorregião Noroeste. Foram incluídos 153 casos e 153 controles admitidos entre agosto de 2013 e agosto de 2015 pareados por sexo, idade e procedência. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário próprio e as informações processadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* e analisadas por estatística descritiva. O estudo obedeceu a Resolução 466/12 com parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (nº 384.646). A média foi 1,47 tentativas de suicídio admitidas por semana prevalentemente de adultos jovens sem diferença significativa por sexo. O método predominante foi a Intoxicação Exógena e as motivações mais referidas foram os conflitos amorosos e familiares. A maioria dos casos evolui clinicamente bem com alta em menos de 48 horas. A prática de atividades de lazer demonstrou-se fator protetor diminuindo em aproximadamente 80% a chance de Tentativa de Suicídio. Os fatores de risco com significância estatística foram ‘Tentativa de Suicídio anterior’, ‘ser portador de algum transtorno mental’, ‘histórico familiar de comportamento autolesivo’ e ‘uso abusivo/dependência de drogas’. Muitos dos controles também referiram contexto de risco e relataram ideação suicida em algum momento da vida. Foram apresentadas proposições para a Rede de Saúde Mental de Sobral a partir dos resultados obtidos. Assim, o rastreamento a partir dos preditores mais impactantes, a sensibilização para notificação e a implementação da proposta do Grupo Multiprofissional de Prevenção da Tentativa de Suicídio constituem aspectos de revalorização e fortalecimento da política municipal.

Palavras-Chave: Risco; Tentativa de Suicídio; Epidemiologia; Suicídio.

ABSTRACT

Suicide attempts can be conceptualized as intentional self-harm acts that do not result in death. In Brazil, more than 30 self-induced deaths were registered per day in 2012, wherein the estimate of suicide attempts tends to be 10 to 20 times higher, impacting greatly on family life. In the health region of Sobral – Ceará, rates have been progressively increasing without the respective intervention from management to prevent new cases and monitor risk groups. The objective of this study was to analyze the association of risk factors with suicide attempts in people treated at a referral hospital in Sobral using the case-control method. In this manner, it contributes to the characterization of demand, quality of care, monitoring and evaluation in the context of Primary Health Care, and especially in intersectoral preventive actions. This is a population-based, case-control study with quantitative approach conducted in the adult emergency department of the *Santa Casa de Misericórdia de Sobral* Hospital, a service hub for the Northwest Mesoregion. One hundred and fifty-three cases and 153 controls admitted between August 2013 and August 2015 were matched for sex, age and origin. Data collection was conducted by means of a questionnaire, and the information was processed with the Statistical Package for Social Sciences software and analyzed using descriptive statistics. The study followed Resolution 466/12 with approval from the Ethics Committee of the State University Vale do Acaraú (#384,646). There was an average of 1.47 attempted suicides admitted per week made up predominantly of young adults with no significant differences for gender. The predominant method was Exogenous Poisoning and the most mentioned motivations were love and family conflicts. Most cases presented good clinical evolution and were discharged in less than 48 hours. The practice of leisure activities has been shown as a protective factor reducing in approximately 80% the risk of a suicide attempt. Risk factors with statistical significance were ‘previous suicide attempt’, ‘suffering from some kind of mental health disorder’, ‘family history of self-injury behavior’ and ‘drug abuse/addiction’. Many of the controls also mentioned risk context and reported suicidal thoughts at some point in life. Proposals were presented to the Mental Health Network of Sobral from the obtained results. Thus, identified from the most impacting predictors, awareness notification, and implementation of the proposal from the Multidisciplinary Group of Suicide Attempt Prevention constitute aspects for the upgrading and strengthening of municipal policy.

Keywords: Risk; Suicide Attempted; Epidemiology; Suicide.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	11 ^a Microrregião em Saúde (Sobral) do Estado de Ceará.	13
Figura 2	Mesorregião Noroeste do Estado de Ceará.	13
Figura 3	Dimensões do comportamento suicida segundo Stefanello (2007).	36
Figura 4	Percurso suicida ao longo da vida segundo Botega et al. (2005).	77
Figura 5	Diagrama com sugestões de ações interdisciplinares para efetivação do Grupo Multiprofissional de Prevenção da Tentativa de Suicídio.	79
Figura 6	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – Ceará.	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Aspectos sócio-demográficos das pessoas atendidas por tentativa de suicídio na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015.	56
Tabela 2	Cruzamento dos casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 por idade e sexo	57
Tabela 3	Métodos para autoagressão identificados nos casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 de acordo com o sexo	58
Tabela 4	Diagnóstico de Admissão das pessoas atendidas por tentativa de suicídio na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 de acordo com o sexo	59
Tabela 5	Evolução dos casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 de acordo com o sexo	60
Tabela 6	Uso abusivo de drogas entre casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 por idade e sexo	61
Tabela 7	Tentativa de suicídio anterior reportados por pacientes atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 por tentativa de suicídio de acordo com idade e sexo	62
Tabela 8	Histórico familiar de suicídio entre casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 por idade e sexo	63
Tabela 9	Presença de transtorno mental de base entre dos casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 de acordo com idade e sexo	63
Tabela 10	Relação entre a tentativa anterior de suicídio com outros fatores de risco para suicídio entre casos atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015	65
Tabela 11	Tabela 11: Análise dos fatores de risco para tentativa de suicídio em pessoas atendidas em unidade de emergência. Sobral, 2015	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Comitê Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>odds ratio</i>
PPS	Programa de Prevenção do Suicídio
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – Ceará
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUPRE	Suicide Prevention Program
TS	Tentativa de Suicídio

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
1.1.Meu Encontro Com o Objeto de Estudo.....	04
1.2.Contextualização.....	06
2. OBJETIVOS	11
2.1. Objetivo Geral	11
2.2.Objetivos Específicos	11
3. METODOLOGIA	12
3.1. Abordagem e Tipologia da Pesquisa	12
3.2.Local do Estudo	12
3.3.População e Amostra	14
3.4.Coleta de Dados	16
3.5.Processamento e Análise de Dados	17
3.6.Vieses.....	18
3.7.Princípios Éticos	19
4. REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1.O panorama do suicídio no mundo e no Brasil: historicidade e políticas de saúde.....	21
4.2.Reflexão científica, filosófica e ética sobre o fenômeno do suicídio	31
4.3.Contexto da tentativa de suicídio.....	35
4.4.Aspectos sociais, culturais e religiosos da violência autodirigida.....	39
4.5.Tentativa de suicídio e a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família	45
4.6.REVISÃO INTEGRATIVA	50
4.6.1. Aspectos sócio-demográficos de risco para tentativa de suicídio.....	51
4.6.2. Contexto psicossocial: transtornos psiquiátricos de base e a tentativa de suicídio	52
4.6.3. Fatores de risco e variáveis clínicas associadas à autoagressão.....	54
5. RESULTADOS	56
5.1.Aspectos sócio demográficos da tentativa de suicídio	56
5.2.Caracterização da tentativa de suicídio.....	57
5.3.Análise comparativa de casos e controles	60
5.4.Fatores de risco para tentativa de suicídio: análise dos casos	62
5.5.Associação entre fatores de risco: análise dos casos.....	66
6. DISCUSSÃO	65
6.1.Contribuições para o fortalecimento da política municipal de prevenção ao suicídio	76
7. CONCLUSÕES	82
8. REFERÊNCIAS	84

APÊNDICES / ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

1.1 MEU ENCONTRO COM O OBJETO DE ESTUDO

Considerar o tema Tentativa de Suicídio para dissertação de mestrado demandou um processo prolongado envolvendo preferências pessoais e minha trajetória acadêmica e profissional. Desde o momento em que decidi pela profissão, ou seja, que escolhi a Enfermagem, senti inclinação pessoal para ajudar as pessoas que passavam por situações extremas de sofrimento para além da dor física. Vi nessa categoria, a possibilidade de exercer este cuidado diferenciado.

Durante a graduação desenvolvi estudos voltados para a saúde mental, mais especificamente com o idoso e a puérpera. Na conclusão do curso, pesquisei acerca da Depressão Puerperal e nesta ocasião aproximei-me de forma tão estreita do tema que defini este campo de atuação como prioritário.

No entanto, os caminhos que trilhei em busca de emprego me conduziram ao setor de emergência de um hospital de referência, que ainda se constitui meu local de trabalho. Atuando neste espaço, acreditei estar distante da temática, no entanto percebi que os pacientes vivenciavam situações de dor psicológica: famílias enfrentando perdas, luto, hospitalizações prolongadas com perdas de vínculo, apoio restrito e perda dos papéis sociais, muitas das quais negligenciadas na assistência.

Nesta prática também observei que os profissionais tinham dificuldade em reconhecer o papel de atender de forma holística a cada pessoa e seus familiares abordando também aspectos de humanização, escuta e apoio psicológico. Assim, delineava-se uma abordagem prioritariamente técnica, sem espaço para intersetorialidade e cuidado multiprofissional. Considerando que o setor de emergência recebe pacientes críticos com quadros psicopatológicos graves e que precisa de um referencial sobre esta demanda para qualificar o cuidado de enfermagem decidi pesquisar sobre saúde mental em pacientes atendidos na emergência.

Passei, então, a atentar-me para esta realidade até que encontrei a situação mais extrema em que esses entraves se refletiam da maneira mais crítica: as admissões por tentativa

de suicídio. Essas admissões são frequentes, pois o hospital é referência para a macrorregião de saúde constituindo-se unidade de atenção terciária para uma população de cerca de 1,6 milhão de habitantes em torno de 55 municípios.

A partir desta reflexão, tive a impressão pessoal de que o cuidado em saúde mental não era compreendido como componente da assistência emergencista, apesar do SUS indicar como modelo organizativo as Redes de Atenção e preconizar o cuidado integral fundamentado no conceito amplo de saúde. Além disto, sabe-se que a enfermagem tem formação generalista e que muitas pessoas experenciam agravos psicossomáticos nesta unidade hospitalar.

Esta vivência em emergência que tenho desde o ano de 2011, aliada ao interesse na política de saúde mental, me fez avançar em busca de um novo espaço de prática e pesquisa. Então, o hospital propôs-se, através de um edital interno, a financiar projetos com o objetivo de aperfeiçoar o cuidado nos setores críticos. Na ocasião, apresentei a problemática relacionada às tentativas de suicídio salientando que se configuram demanda representativa e que é preciso obter dados mais concretos da nossa região.

Em parceria com minha orientadora que já trabalhava na linha da saúde mental, violência e cuidado conseguimos aprovação para a pesquisa “Saúde Mental e o Cuidado de Enfermagem à Pessoa que Tentou Suicídio”, já submetida ao comitê de ética sendo também aprovada. Assim definimos tema de interesse comum despertando a necessidade de delimitar o estudo para construir a dissertação de mestrado.

Decidi conhecer um pouco mais sobre a questão da tentativa de suicídio realizando buscas na literatura e desenvolvendo pesquisas relacionadas juntamente com estudantes bolsistas e apoiadores do estudo. Percebi que poucas produções destacavam o cuidado hospitalar, bem como o perfil da demanda atendida no setor de emergência, onde estes indivíduos estão mais vulneráveis precisando de apoio matricial e de um olhar diferenciado.

Refletindo acerca deste fato, inferi que o número reduzido de estudos voltados especificamente para a enfermagem e para a prevenção do agravo justifica-se em sua maioria pelo desconhecimento da demanda e dos fatores de risco predominantes no território.

O projeto prosseguiu obtendo financiamento da FUNCAP e expandindo o cenário de coleta para o Hospital Regional Norte. Esta dissertação trata de um ramo desta pesquisa

intitulado 'Fatores de Risco para a Tentativa de Suicídio em um Hospital de Referência da Mesorregião Noroeste do Ceará: estudo caso-controle'.

A partir do próximo item irei construir o texto usando a primeira pessoa do plural, pois o processo de ensino aprendizagem para elaboração de uma dissertação de mestrado é sempre compartilhado entre o orientando e o orientador. Acredito nesta troca e ajuda mútua, sendo o trabalho final escrito por duas mãos.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao manejar casos isolados, a impressão tanto dos profissionais como da população em geral é que o suicídio está presente em pequena proporção e que, portanto, tem uma escala de impacto reduzida no perfil saúde-doença das comunidades, uma grande inverdade. Feltz-Cornelis *et al.* (2011) afirmam que este fenômeno é motivo de grande preocupação para a saúde pública recomendando práticas sinérgicas de cuidado e ações de prevenção envolvendo todos os níveis de atenção.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio vem atingindo progressivamente a população. Em 2012, foram registradas cerca de 804.000 mortes que correspondem a uma taxa de 11,4 suicídios para cada 100.000 pessoas sem considerar os agravos não notificados e as tentativas estimadas numa proporção dez vezes maior (OMS, 2014).

O aumento da perda de vidas entre os mais jovens e o aumento das taxas - uma morte a cada 40 segundos - estabeleceu a prevenção da tentativa de suicídio como objetivo internacional em saúde mental (OMS, 2006).

O suicídio caracteriza-se como o ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida. Já as tentativas de suicídio podem ser conceituadas como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte (SOUZA *et al.*, 2011). Os principais fatores associados a essa prática são: tentativas anteriores de suicídio que predisõem a progressiva letalidade do método, ser portador de transtornos mentais (principalmente depressão), abuso/dependência de álcool e outras drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas

desfavoráveis tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional (OVERHOLSER *et al.*, 2012; LOVISI *et al.*, 2009; CHAN, SHAMSUL e MANIAM, 2014).

A crise suicida inicia-se na concepção da ideia da própria morte a partir de uma motivação própria. Marcadamente esta ideação e planejamento, por vezes revelados em cartas, influenciam diretamente na tentativa de suicídio e devem ser consideradas. No entanto, grande parte dos profissionais entende o suicídio como evento único associado ao extremo da violência autodirigida dissociado de um contexto maior.

No Brasil, oitavo país com mais suicídios no mundo, em 2012 foram registradas 11.821 mortes (9.918 de homens e 2.623 de mulheres) gerando uma taxa de 5,3 suicídios para cada 100.000 pessoas equivalendo a mais de 30 mortes por dia. No entanto, o impacto deste comportamento autodestrutivo é obscurecido pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito. A Região Sul é a que mais registra tentativas e óbitos por suicídio no país (OMS, 2014).

No Ceará, as taxas de mortalidade relacionadas a agressões autodirigidas registram ascensão significativa. Um estudo ecológico revelou o aumento de 265 ocorrências de suicídio-ano em 1998 para 525 em 2007 com uma variação na taxa de 3,8 para 6,3 óbitos/100.000 habitantes. Isto corresponde a um crescimento de 65,79% na taxa de suicídio, enquanto o crescimento da população neste mesmo período foi de 18,66% (OLIVEIRA, 2010).

Em Sobral–Ceará, o suicídio vem apresentando índices alarmantes demandando maior intervenção da gestão em saúde e demais setores. Em 2013, de acordo com o DATASUS, a taxa municipal foi de 11,64 óbitos/100.000 pessoas enquanto a taxa nacional esteve em 5,01 óbitos/100.000. O levantamento foi elaborado a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde que considera como base as certidões de óbito emitidas no local da ocorrência do evento que estão em conformidade com o CID-10. Foram 23 óbitos somente nesta cidade da região, sem considerar as tentativas ou pessoas expostas a fatores de risco. Estes dados permitem inferir acerca da abrangência do problema. Em 2007, a diferença chegou a ser de 4,68 óbitos/100.000 na média nacional para 17,33 óbitos/100.000 em Sobral (DATASUS, 2015).

A pesquisa VIVA-inquérito (Vigilância de Violência e Acidentes) do Ministério da Saúde realizada em 2014 na Santa Casa de Misericórdia de Sobral revelou a admissão de 20

pessoas por tentativa de suicídio em um mês, uma média de 5 por semana. Destes 20, 13 casos correspondiam a envenenamento (BRASIL, 2014).

A literatura demonstra que de acordo com a região e a cultura os meios utilizados na tentativa de suicídio podem variar e no Brasil, país com dimensões continentais, esta particularidade ganha impacto epidemiológico (LOVISI *et al.*, 2009).

As taxas de tentativa de suicídio também variam com aspectos sociodemográficos e com a maneira como estas mortes são registradas. Machin (2009) apresenta o capítulo sobre violência contra si mesmo presente no Informe Mundial sobre Violência e Saúde da OMS chamando a atenção dos profissionais para as necessárias precauções em relação ao uso dos registros. Esta ressalva é importante, pois os dados resultam de uma cadeia de informantes (aqueles que buscam por atendimento, familiares, profissionais da saúde, policiais, populares) além de considerar a intenção das pessoas de deliberadamente fazerem o ato parecer um acidente no intuito de esconder ou negar um fato que causa vergonha, embaraço ou culpa.

No Brasil, assim como em outros países, o suicídio é considerado crime já punido o que isenta familiares de ressarcimentos em seguros de vida, indenizações e repasse de aposentadorias. Esse contexto legal justifica a dificuldade de encontrar nas declarações de óbito a causa ‘suicídio’.

O comportamento suicida é cercado de tabus, envolve as dimensões biopsicossociais do ser humano atingindo o espectro da religião e das determinações divinas sobre a vida e a morte. Nos casos em que a tentativa é ‘frustrada’ a pessoa ganha estigmas que dificultam a reabilitação individual, familiar e social. Nos casos em que o suicídio se concretiza a causa é sempre indeterminada, marcada pelo “não dito”.

A pessoa que padece de sofrimento psíquico concebendo-o como intolerável e interminável pode idealizar a morte como escape ou saída. Muitas vezes essa ideação é um ato de comunicação. A pessoa vê em sua morte uma forma de dizer o quanto estava sofrendo, o quanto amava, o que aquele problema de fato significava.

A OMS (2006) apresentou alguns mitos que, quando estabelecidos como verdades populares, inclusive por profissionais da saúde, contribuem para negligência destas situações de risco diminuindo as potencialidades terapêuticas do vínculo profissional-paciente-família. Entre os mitos mais comuns estão: As pessoas que falam sobre o suicídio não farão mal a si

próprias, pois querem apenas chamar a atenção; O suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso; Os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se; Quando um indivíduo mostra sinais de melhora ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, está fora de perigo; Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre alguma perturbação mental; Se alguém falar com uma pessoa sobre suicídio, está a dar a ideia de suicídio à pessoa; O suicídio só acontece com os outros; O suicida é covarde ou corajoso; Quem deseja morrer escolhe um meio letal e não pede ajuda.

A tentativa de suicídio precisa ser encarada sob a perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de doenças. É necessário reconhecer os fatores determinantes ou de risco que tem contribuído para a elevação dos índices de morbimortalidade para este agravo. Isto evoca um novo olhar sobre as políticas públicas e sua efetividade nas populações vulneráveis.

Esse fato tem instigado pesquisadores oriundos de vários campos da ciência, destacando-se as ciências sociais e da saúde. Mesmo assim, poucos estudos têm sido conduzidos no sentido de descrever o fenômeno, seja no aspecto médico, epidemiológico ou social.

No Brasil, em 20 anos, o número de mortes por suicídio cresceu 1.900% na faixa etária de 15 a 24 anos. Com tal incidência, representa a terceira causa de morte de pessoas em plena vida produtiva. As consequências atingem também as famílias. Pesquisas mostram que cada ato suicida afeta profundamente e por tempo prolongado pelo menos cinco pessoas próximas (TARANTINO, 2007).

A interface da Estratégia Saúde da Família (ESF) com as equipes multiprofissionais e os serviços de emergência tem possibilitado o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais eficazes pela competência da ESF em analisar o contexto social e familiar relacionado ao processo saúde-doença. “Nessa perspectiva, atender ao indivíduo com comportamento suicida é tarefa de todos os profissionais envolvidos na ESF, como um fato epidemiologicamente relevante, socialmente significativo, culturalmente constituído e que vem tendo repercussões no mundo inteiro” (KOHLRAUSCH, 2012, p. 61).

Porém, estas disposições ainda geram pouco impacto nas práticas assistenciais principalmente da enfermagem que está presente em todos os espaços de cuidado da Rede de Atenção à Saúde Mental. Este dado pode estar relacionado a não caracterização desta

demanda e ao desconhecimento dos fatores de risco prevalentes em cada região que determinam efetivamente o aumento das tentativas e óbitos por suicídio.

Partindo do exposto e considerando a realidade local, questiona-se: Que fatores de risco associam-se à tentativa de suicídio nesta região? Quais aspectos epidemiológicos caracterizam esta demanda? Para solucionar tais questionamentos se faz necessário aprofundar estudos nesse assunto tão complexo com a finalidade de obter dados fidedignos para melhor fundamentar o processo de cuidar. “Identificar os fatores de risco associados com o comportamento suicida é um passo indispensável para a tomada de decisão clínica” (OMS, 2006, p. 6). Esta pesquisa se propõe a responder estas questões norteadoras através de uma abordagem metodológica tipo caso-controle abrangendo a região em saúde com sede na cidade de Sobral-Ceará, pois, como apresentado, o aumento de casos neste local é representativo.

Como relevância, identificamos a caracterização desta demanda e a possibilidade de, a partir dos resultados, identificar grupos de risco para traçar estratégias de rastreamento, acompanhamento e avaliação principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O reconhecimento desta população também contribui para o aprimoramento da assistência e no que concerne à relevância ética e social o estudo da tentativa de suicídio promove a cultura de paz, escuta qualificada, humanização e desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental, redução de danos e combate a violência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a associação de fatores considerados de risco com a tentativa de suicídio em pessoas atendidas em um hospital de referência da Mesorregião Noroeste do Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os casos de tentativa de suicídio em relação aos aspectos sócio-demográficos;
- Descrever o contexto da autoagressão e a evolução dos casos de tentativa de suicídio atendidos no hospital;
- Identificar os principais fatores de risco que determinam a ocorrência da tentativa de suicídio na população investigada a partir do método caso-controle.

3. METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM E TIPOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se de um estudo com abordagem Quantitativa do tipo Caso-Controle de base populacional. A pesquisa quantitativa adota estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para produzir dados estatisticamente significantes que permitam avaliar a gravidade, risco e tendências de agravos e ameaças à saúde.

Os estudos do tipo Caso-Controle são considerados retrospectivos por partirem de um desfecho já definido e têm por objetivo verificar a possível existência de uma associação causal entre a exposição aos fatores em estudo e a ocorrência do agravo. Para tal, são formados grupos de casos e controles, respectivamente portadores e não portadores da variável de desfecho, a fim de investigar acerca da exposição prévia a condições consideradas de risco. A hipótese inicial é de que o grupo de casos seja o mais exposto aos fatores de risco o que permite inferir sobre a realidade investigada (LOPES, 2013).

No delineamento de base populacional, casos e controles são selecionados de uma mesma população dentro de uma área geográfica e de um período de tempo pré-definidos. Pesquisas com este desenho têm limitada implicação ética uma vez que não existe intervenção nem observação prospectiva de exposições a riscos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário é a unidade de emergência adulta de um hospital de grande porte da mesorregião noroeste do estado do Ceará (Santa Casa de Misericórdia de Sobral) que se constitui unidade de atenção terciária referência para uma população de cerca de 1,5 milhão de habitantes abrangendo aproximadamente 55 municípios (IBGE, 2010).

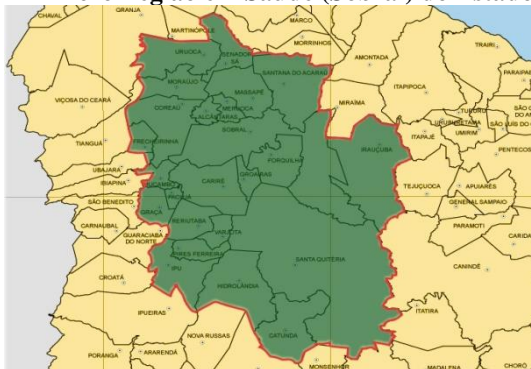
Esta unidade conta com uma equipe médica e de enfermagem em todos os turnos além de profissionais de outras especialidades em caráter de sobreaviso. Por ser um hospital-escola, a unidade também recebe estagiários, acadêmicos, internos e residentes de vários cursos da

área da saúde e instituições formadoras com o objetivo de gerar espaços de aprendizado, pesquisa e qualificação do cuidado.

Quanto à estrutura física, a emergência é composta por uma Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Semi-Intensivos, Sala de Reanimação, Salas de Observação e Acolhimento com Classificação de Risco. O hospital tem cunho filantrópico e é referência para casos clínicos, neurológicos, traumas e cirurgias atendendo casos de tentativa de suicídio em diversos níveis de gravidade.

A cidade de Sobral, sede da 11ª microrregião em saúde que abrange 24 municípios, é classificada como de médio porte sendo o 5º município mais populoso e o 4º mais rico do Estado. A população está estimada em cerca de 200.000 habitantes incluindo os 12 distritos (IBGE, 2010).

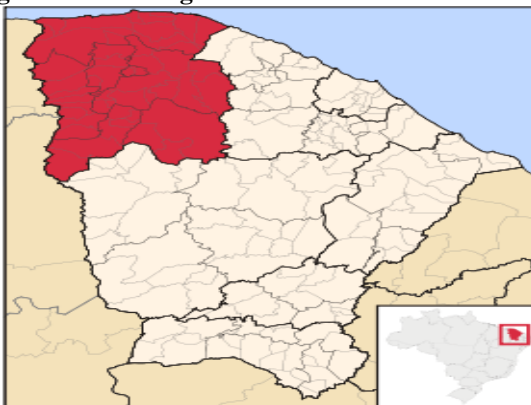
Figura 1. 11ª Microrregião em Saúde (Sobral) do Estado de Ceará.



Fonte: Consórcio Público de Saúde: Microrregião de Sobral.

Além do fato de estar na sede da microrregião, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral constitui-se polo de referência para a Mesorregião Noroeste do Ceará que inclui além de Sobral outras seis microrregiões conforme limites geográficos estabelecidos pelo IBGE.

Figura 2. Mesorregião Noroeste do Estado de Ceará.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Ressaltamos que a regionalização por territórios em saúde não foi utilizada por não dispormos de todos os dados epidemiológicos relativos à questão sendo mais difícil relacionar as informações obtidas à realidade do agravo. No entanto, a utilização do critério geográfico determinado pelo IBGE não interfere na condição da cidade de Sobral e da unidade hospitalar como polos assistenciais para as Tentativas de Suicídio sendo a população geral a mesma.

A escolha da emergência como campo de pesquisa garante uma amostragem de casos incidentes que reduz a probabilidade de viés e permite conhecer os fatores envolvidos na condição em estudo pela própria investigação decorrente da internação. “Desta forma, a seleção de casos incidentes se relaciona mais diretamente com os objetivos de uma investigação etiológica, na qual se avalia o modo pelo qual uma exposição associa-se com a ‘incidência’ de uma doença e não com a sua prevalência” (RÊGO, 2010).

Em Sobral, a Estratégia Municipal de Prevenção ao Suicídio lançada pela Portaria 107 (I.O.M., 2007) já vem obtendo resultados na busca ativa pós-alta hospitalar do sobrevivente e seus familiares, no entanto com ações ainda pontuais e restritas inclusive no campo da prevenção. Atualmente, o Hospital Regional Norte, a Santa Casa e o Hospital Dr. Estevam Ponte notificam as tentativas de suicídio por uma ficha própria municipal.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O grupo de Casos foi composto por pessoas com idade mínima de 12 anos admitidos na unidade entre agosto de 2013 e agosto de 2015 com diagnóstico inicial compatível com tentativa de suicídio de acordo com o CID-10 e que aceitaram participar da pesquisa.

Para classificação das tentativas de suicídio foi utilizada a Décima Segunda Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) dentro do capítulo de causas externas de morbidade e mortalidade na seção x-60 a x-84 intitulada Lesões Auto-Provocadas Intencionalmente. Nesta seção estão incluídos os diagnósticos mais comuns de enforcamento, intoxicação exógena, precipitação intencional de lugares elevados e ferimento por arma de fogo (OMS, 1996). Vale a ressalva de que foram incluídos os casos em que o diagnóstico não está disposto neste capítulo, no entanto a tentativa de suicídio foi autodeclarada.

Entre os critérios de exclusão para o grupo de Casos consideramos a permanência inferior a 12 horas na unidade, tempo mínimo estabelecido entre as visitas de busca ativa e hábil para concluir a coleta de dados e a alteração do diagnóstico médico. Dentro do intervalo de coleta de dados, a readmissão de um paciente por nova tentativa de suicídio não foi considerada como outro caso, sendo apenas revisitado o instrumento de coleta de dados inicial para complementar informações.

O grupo Controle foi composto por pessoas atendidas na mesma unidade com diagnósticos clínicos, traumatológicos, neurológicos e cirúrgicos que não se associavam diretamente com a saúde mental e que formalizaram consentimento. Os controles foram pareados caso a caso por sexo e idade (+/-2 anos) sendo procedentes da mesma população/área geográfica/região em saúde.

Para o cálculo amostral, consideraram-se as seguintes fórmulas (LOPES, 2013):

$$n = (r+1/r) \times (\bar{p}) \times (1 - \bar{p}) \times (Z_{1-\beta} + Z_{1-\alpha/2})^2 / (p_1 - p_2)^2$$

Em que:

n= número de indivíduos para cada grupo

r= razão entre o número de controles para casos (1)

\bar{p} = proporção média de ocorrência do principal fator de risco do estudo

$Z_{1-\beta}$ = representa o poder medido em contagens Z (0,84 para um Poder 80%)

$Z_{1-\alpha/2}$ = representa o nível de confiança medido em contagens Z (1,96 para um nível de confiança de 95%)

p_1 = proporção de indivíduos expostos no grupo caso

p_2 = proporção de indivíduos expostos no grupo controle (conjecturada em 0,25)

$$p_1 = OR \times p_2 / p_2 \times (OR-1) + 1$$

$$\bar{p} = p_1 + p_2$$

Em que:

OR: Razão de chances ou *odds ratio* que trata da estimativa de risco a ser detectada (2).

Partindo dos seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão entre número de controles para cada caso de 1, proporção de indivíduos expostos no grupo controle de 25% e *odds ratio* de 2, a amostra mínima foi definida para 153 casos e 153 controles.

Este desenho permitiu inferir que os controles têm a mesma chance de serem ou tornarem-se casos garantindo validade interna e confiabilidade à pesquisa. A coleta de dados do grupo controle ocorreu entre janeiro e agosto de 2015.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário próprio (Apêndice C) preenchido a partir de dados constantes no prontuário e de uma entrevista breve semiestruturada realizada no ambiente mais reservado possível.

Conforme Markoni e Lakatos (2010), o formulário é uma ferramenta de coleta de dados quantitativos que, se bem aplicado, garante confiabilidade aos resultados, pois converte experiências em respostas simplificadas.

Segundo Gil (2010), o formulário também permite o alcance de respostas de pessoas que não podem conceder entrevistas prolongadas ou responder a questionários no momento. Sendo de fácil aplicação, permite rapidez na obtenção dos dados e esclarecimentos de eventuais dúvidas, já que exige a presença do pesquisador. Situa-se, portanto, numa classificação intermediária entre o questionário e a entrevista caracterizando-se como instrumento cada vez mais aplicado em pesquisas quantitativas na saúde.

O formulário obteve dados que permitiram caracterizar os casos e controles quanto ao contexto sócio-demográfico a partir das variáveis sexo, idade, procedência, ocupação, estado civil e nível de escolaridade; determinar o contexto da autoagressão e a evolução dos casos de tentativa de suicídio considerando o diagnóstico mais comum, meio utilizado, dia e turno mais frequente, causa atribuída à tentativa de suicídio e autopercepção do paciente; investigar acerca dos fatores em estudo considerados de risco como ausência de apoio social e de lazer, uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas, ausência ou redução das práticas religiosas, ocorrência de tentativa anterior, histórico de suicídio na família e ser portador de algum transtorno mental.

As variáveis ‘ocupação’ e ‘meio utilizado’ foram agrupadas após a coleta de dados em categorias que representam a totalidade das respostas fornecidas. Com relação ao ‘apoio social’ subtende-se ser a pessoa recebedora de alguma ajuda governamental no formato de auxílio financeiro, acolhimento em instituições de apoio à saúde e formação profissional. A

variável ‘práticas religiosas’ predispõe saber se há práticas direcionadas ao bem-estar espiritual ou frequência em grupos de autoajuda independentemente da denominação.

O ‘uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas’ foi considerado presente quando familiar ou paciente referiram danos à saúde e bem-estar pessoal, familiar e/ou comunitário decorrente do uso de substâncias de abuso independentemente de medidas e frequência de exposição.

A variável ‘ser portador de algum transtorno mental’ questionou se a pessoa considerava-se portadora ou se já foi diagnosticada com algum transtorno mental. Desta forma, abrangemos a dimensão subjetiva relacionada ao fato de o paciente ter uma clínica/desordem ainda não diagnosticada ou ter um diagnóstico não aceito.

A autopercepção do paciente foi obtida a partir das respostas às seguintes perguntas: Como se sente agora? O que você acha de ter sobrevivido? Você tem planos para o futuro? Permearam a realização da coleta de dados as dificuldades inerentes a alta rotatividade no serviço de emergência, para tal, estabelecemos contato diário através da busca ativa conforme rotinas e recomendações do setor.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise de estudos Caso-Controle envolve basicamente a comparação entre casos e controles no que se refere à frequência da exposição em investigação. Como os dados de incidência da doença geralmente não estão disponíveis nesse tipo de estudo, essa comparação é feita por meio da *odds ratio* (OR) ou razão de chances, valor *p* e intervalo de confiança (RÊGO, 2010; LOPES e LIMA, 2013).

O valor *p* que atesta resultados estatisticamente significantes deve estar abaixo de 0,05 que corresponde ao nível de significância estatística de 5% (probabilidade de um resultado falso-positivo). A OR é uma estimativa de risco aplicada a estudos caso-controle. Os valores de $OR < 1$ sugerem proteção contra o desfecho, $OR = 1$ nulidade de associação e $OR > 1$ risco aumentado. Já o intervalo de confiança (95%) apresenta uma variação possível dos resultados se o estudo fosse replicado. Intervalos de confiança muito amplos ou que incluem o valor 1 relacionam-se a estimativas pouco precisas.

Os resultados da pesquisa foram analisados por meio do número de ocorrências para cada item do formulário com as respectivas frequências relativas percentuais sendo posteriormente apresentados em figuras, quadros sinóticos, tabelas e gráficos.

Os dados foram processados através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. As análises incluíram as estatísticas descritivas (proporções, medidas de tendência e de dispersão), além da aplicação de testes específicos para variáveis dependentes incluindo o teste t pareado para comparação de duas médias pareadas ou seu substituto não paramétrico, o teste de Wilcoxon. A aderência à distribuição normal foi verificada com a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. Na comparação entre variáveis categorizadas aplicamos o teste de McNemar (para comparação de variáveis com duas categorias). A *Odds ratio* consistiu na medida de magnitude de efeito e o nível de significância para todas as análises foi de 5%.

3.6 VIÉSES

Os vieses mais comuns em estudos com este desenho metodológico são os de seleção, de memória e de registro (LOPES, 2013). O viés de seleção pode ocorrer no momento da composição dos grupos ou no pareamento dos controles. Para evitar tais erros, definimos rigorosos critérios de inclusão e exclusão considerando os casos incidentes de tentativa de suicídio atendidos na emergência, além de estabelecer condições de pareamento que anulam o surgimento de variáveis que podem gerar confusão na interpretação dos dados.

O viés de memória ou recordatório remete ao fato das lembranças associadas ao diagnóstico estarem mais presentes durante a hospitalização e tornarem-se cada vez mais escassas após a alta. Para evitar respostas não condizentes, optou-se por casos incidentes e pelo formulário como instrumento de coleta, pois este exige a presença do pesquisador para esclarecer as variáveis em estudo e eventuais dúvidas sobre medidas e frequência de exposição.

“O viés de registro está associado à inexatidão, incompletude ou mesmo à padronização dos registros” (LOPES, 2013). Para evitá-lo, realizamos treinamento da equipe de pesquisa com o objetivo de garantir validade interna aos resultados e poder de inferência sobre a população investigada. Vale ressaltar que este delineamento não requer o

mascamamento de participantes ou aferidores visto não realizar intervenções em nenhum dos grupos.

“As vantagens oferecidas pelos estudos caso-controle podem sugerir que esse é de fácil realização. No entanto, a investigação com esse desenho requer extrema cautela em todas as suas etapas, com o objetivo de se minimizar as suas desvantagens, especialmente quanto à susceptibilidade aos vieses de seleção e os de aferição” (RÊGO, 2010).

3.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Durante a realização desta pesquisa procedemos conforme a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 2012 que versa sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Este projeto foi submetido para avaliação no Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú obtendo parecer favorável de nº 384.646. Incorporaram-se os princípios da bioética: autonomia, anonimato, beneficência, não maleficência, equidade e justiça.

Com relação à autonomia das pessoas e/ou de seu familiar/responsável, foi garantido o direito de retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo informando que o não consentimento ou a desistência da participação não implicariam em prejuízo qualquer à assistência prestada. Cabe destacar que o participante foi esclarecido para que se sentisse livre em sugerir mudanças, corrigir o que foi dito, não responder determinada questão ou discordar do familiar/responsável prevalecendo a opinião do paciente.

Em virtude de implicações legais e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os dados coletados estão disponibilizados somente para uso da pesquisa. Garantimos o anonimato a fim de evitar retaliações, estigmas ou o uso indevido das informações de cunho pessoal.

O princípio da beneficência relaciona-se aos benefícios que cada participante tem à medida que se realiza uma escuta qualificada que aprimora a anamnese clínica de cada caso. Considerando que a tentativa de suicídio é fator de risco para novos episódios de violência autodirigida, estudar os riscos relacionados a essa demanda pode direcionar condutas de encaminhamento e facilitar o acompanhamento regular dos casos reduzindo as recidivas. A

família também foi beneficiada a partir da abordagem, assim como a instituição e a sociedade, pois a prevenção de tentativa de suicídio é questão humanitária, ética e urgente.

Fundamentando-se nos princípios da não maleficência, equidade e justiça estabelecemos que nenhuma pessoa esteve sujeita a riscos ou discriminação de qualquer natureza, seja relacionada às respostas ao pesquisador ou a condição clínica e vulnerabilidade psicológica do paciente e seu acompanhante. Para tal, a abordagem foi realizada considerando o estado físico e a possibilidade de resposta em um ambiente o mais reservado possível.

Partimos do pressuposto de não julgar crenças e valores, não estabelecer comparações ou expressar opinião própria ainda que de maneira não verbal; buscamos evitar constrangimentos por meio de uma postura cordial e empática definidora da aceitação da pesquisa e resposta terapêutica. Não foi oferecida nenhuma vantagem financeira ou assistencial/institucional aos participantes do estudo.

O consentimento foi legitimado por meio da assinatura da pessoa ou do familiar responsável no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no Pós-Informado (Apêndice A e B) após sensibilização do mesmo no que concerne à importância de sua participação na pesquisa, livre de quaisquer tipos de pressões, esclarecidas todas as dúvidas que surgiram.

As questões éticas envolvidas na ideação e tentativa de suicídio são transversais ao cuidado e devem ser consideradas em pesquisas que envolvem a temática. Para esses casos, uma simples conversa pode ser uma intervenção em saúde que determina posturas e opiniões. Muitas vezes os profissionais se veem confrontados em suas premissas vocacionais de resgatar vidas diante de uma pessoa que tentou suicídio (KOVACS, 2013). Como pesquisadores envolvidos na assistência registra-se um exercício pessoal de distanciamento para não comprometer os resultados.

Para o sistema local de saúde além da pesquisa não oferecer custos diretos, haverá possibilidade de mudança qualitativa na forma de oferecer cuidado a esta população através da divulgação dos resultados e sugestões da pesquisa no formato de artigo científico e da apresentação final em devolutiva à Rede de Atenção Integral à Saúde Mental da cidade de Sobral. Desta forma é possível utilizar o conhecimento científico para elaboração e otimização de políticas públicas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O PANORAMA DO SUICÍDIO NO MUNDO E NO BRASIL: HISTORICIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE

Neste capítulo trataremos dos aspectos epidemiológicos do suicídio, considerando-o como fenômeno subjetivo que cursa desde a motivação até a tentativa de suicídio. A partir da reflexão sobre os fatores históricos e políticos relacionados à autoagressão, que vem ganhando representatividade enquanto questão de saúde pública, objetiva-se reconhecer espaços de prática e formação para aperfeiçoar o cuidado às pessoas que vivenciam este problema.

O termo suicídio foi utilizado pela primeira vez no século XVIII por Desfontaines, cujo significado tem origem no latim, na junção das palavras *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), ou seja, é um ato que consiste em pôr fim intencionalmente à própria vida.

Em termos de significação histórica, o suicídio nem sempre teve conotação clandestina ou patológica. A decisão nem sempre foi secreta, inconfessada e cercada de tabus. Na Grécia Antiga, a decisão sobre o suicídio só poderia ser tomada com o consenso da comunidade. O indivíduo apresentava seus argumentos e a comunidade da polis, caso consentisse, definia até de que maneira o suicídio deveria ocorrer. De forma análoga, em Roma, a permissão do Senado era essencial antes do ato suicida, caso contrário, as punições recairiam sobre a família por gerações (PARREIRA, 1988).

Algumas minorias tratavam a questão de provocar a própria morte de maneira distinta. Em algumas comunidades o suicídio era aprovado e induzido como forma de evitar os problemas da velhice e de morrer jovem, no auge de seu trabalho e glória.

Outros segmentos das sociedades do Mundo Antigo conduziam o suicídio por normas sociais bastante rígidas. As mulheres da Índia, quando se tornavam viúvas ou os escravos do Antigo Egito, após o falecimento de seus senhores, eram obrigados a se matarem (PARREIRA, 1988).

Estas normas culturais notadamente mudaram na Idade Média na qual a religião predominou e definiu o suicídio como ato de condenação teológica com destinação certa ao inferno. Matar-se era atentar contra a propriedade divina de Deus sobre as vidas humanas.

Além disto, o senhor feudal perdia força de trabalho com o suicídio o que exercia pressão político-econômica contrária.

Com o passar do tempo e o advento da indústria, os problemas sociais aumentaram e o crescimento dos fatores de risco contribuiu para elevação das taxas de tentativas e óbitos por autoagressão. Em paralelo, o avanço da ciência instituiu a perspectiva patológica do ato suicida colocando-o como problema de saúde mental pertencente ao coletivo.

O suicídio, até o século XVI, era considerado uma questão religiosa ou filosófica, condenando ou glorificando, a depender de circunstâncias e conveniências. Quem primeiro afirmou que a autoagressão era produto de doença mental foi o psiquiatra francês Jean-Étienne Dominique Esquirol, em meados do século XIX. Atualmente o suicídio é visto como um transtorno psicossocial de causas múltiplas (CRISTANTE, 2010).

Com relação ao atendimento em saúde às pessoas e famílias que sofrem a crise suicida, houve avanços com o advento da psicologia moderna. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica provocou a mudança do paradigma hospitalocêntrico -da internação e isolamento de pessoas com comportamento autolesivo- para a terapêutica baseada na reinserção social e apoio familiar. Com essa mudança de foco, novos papéis e funções passaram a ser desempenhadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente na Estratégia Saúde da Família fortalecidas com a criação de serviços substitutivos como os Centros de Apoio Psicossocial.

A Lei 10.216/2001 conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica é que institui essa nova Política de Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2011a). Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial assegurando a não discriminação, redução do estereótipo e dos efeitos residuais das internações prolongadas em manicômios. Apesar dos progressos evidentes, muitos portadores de transtornos mentais em situação de crise depressiva, não tratados e isolados praticam a tentativa de suicídio.

Neste prisma, a formação de novos profissionais deve contextualizar esta organização dos serviços e das políticas públicas que norteiam a notificação e o cuidado de pessoas que expressam ideação suicida ou que tentaram suicídio e sobreviveram.

O problema amplia-se considerando a idade economicamente ativa das pessoas que cometem suicídio, o encargo social e familiar gerado por esta prática, a taxa mais elevada que a nacional em determinados estados e municípios (a exemplo de Sobral-CE e Itabira-MG), o problema da subnotificação, a estimativa de que o número de tentativas de suicídio supere em até 10 a 20 vezes o número de suicídios e que muitas admissões hospitalares com diagnósticos de intoxicação, traumas e ferimentos por arma de fogo mascaram, na verdade, tentativas de suicídio (BRASIL, 2006; SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2006).

Diante desta realidade questiona-se: Que referências normativas do Ministério da Saúde podem-se encontrar para definir diretrizes de prevenção, cuidado e acompanhamento em casos de tentativa de suicídio?

Realizamos uma busca no portal Saúde Legis e na Biblioteca Virtual de Saúde/Ministério da Saúde – BVS/MS utilizando o descritor único “suicídio”; Estes espaços virtuais contêm um amplo acervo de normas, portarias, leis e demais documentos oficiais relacionados à saúde no Brasil e ofertam espaços de busca orientados. Foram encontrados poucos documentos os quais são discutidos a seguir.

Em 2005, foi lançada a Portaria nº 2542/GM que instituiu um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Nesta portaria, pela primeira vez, o Ministério da Saúde (MS) assinala o suicídio como um grave problema de saúde pública no país assumindo o compromisso de desenvolver estratégias de prevenção.

Fruto deste GT, em 2006, foi lançada a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio que visa reduzir as taxas de óbitos e tentativas, os danos associados aos comportamentos autolesivos gerados na família e demais círculos de convivência. Ainda em 2006, com a Portaria nº 1876 MS/GM, foram instituídas as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio.

Estas diretrizes apresentam uma série de ações que envolvem promoção da qualidade de vida, prevenção primária, secundária e terciária, tratamento e reabilitação psicossocial que devem ser implantadas nas três esferas de gestão. Também indicam o desenvolvimento de estratégias de sensibilização da sociedade sobre o problema de saúde pública que é o suicídio e que este pode ser prevenido.

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio estimulam a pesquisa, a educação permanente de profissionais cuidadores e gestores e a notificação de casos colocando o agravo como de responsabilidade pública. Observar os condicionantes, bem como os fatores protetores (por exemplo, ter acesso ao serviço de saúde e conviver com crianças) contribui para desenvolver ações intersetoriais sendo também fortemente recomendado pela normativa.

Ainda em 2006 outras publicações editadas pela Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio - Amigos da Vida foram divulgadas incentivando o debate teórico sobre o tema através da rede de serviços e fluxos de atendimento. No texto 'Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental' (2006) expõe-se a situação problema apresentando métodos para identificar os fatores de risco, relacioná-los aos mais diversos transtornos mentais e abordar e intervir em casos de risco iminente de autoagressão. Paralelamente, um levantamento bibliográfico foi apresentado com recomendações de leitura para ajudar os profissionais a incorporar práticas com grupos de risco em suas rotinas de trabalho.

A elaboração destes documentos vem tangenciando a prática, mas com baixo poder de impacto. O suicídio e a tentativa de suicídio/lesão autoprovocada só foram incluídos como agravo de notificação compulsória em 2011 através da Portaria nº 104 GM/MS (BRASIL, 2011b).

É interessante destacar que o MS inclui o suicídio no grupo 'Violência doméstica, sexual e/ou outras violências' cuja definição é: "qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas". Dentre os casos notificáveis estão os de violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio.

Ressaltam-se alguns eventos como o Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio que têm ampliado estas discussões considerando as barreiras organizativas e estruturais, bem como os recursos humanos e serviços disponíveis nas diferentes regiões do país.

Nestes últimos anos houve um processo de consolidação que contribuiu para estabelecer em 2013 o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017 que possui um caráter mais prático e estabelece metas, ações e responsabilidades para reduzir os índices

alarmantes e qualificar a assistência. É a publicação mais recente voltada para o tema cuja iniciativa é do Programa Nacional para a Saúde Mental.

Este plano enfatiza ações em espaços que denomina “zonas de maior incidência de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas” como os espaços prisionais, asilos e grupos de risco como imigrantes e profissões específicas (área da saúde, militar e policial); também reforça a preocupação do MS em gerar compromisso, recursos e sensibilização disponibilizando inclusive serviços de ajuda por telefone além das ações coletivas, do manejo de casos e do investimento na formação em saúde.

Com base neste contexto político-normativo, é possível reconhecer como a questão tem inquietado o governo brasileiro, as instituições formadoras e os profissionais de saúde movendo-se agora para uma abordagem mais ampla voltada para sensibilização da população.

De acordo com uma iniciativa para a prevenção do suicídio lançada pela OMS em 1999 denominada SUPRE (Suicide Prevention Program), outros países também tem, a partir de suas particularidades territoriais, desenvolvido estratégias específicas de monitoramento e reabilitação cuja discussão é bastante válida (OMS, 2000).

Quanto aos aspectos epidemiológicos da morbimortalidade por suicídio, os estudos refletem os aspectos deste fenômeno nas diferentes realidades brasileiras. Em geral, as pesquisas que envolvem regiões e séries temporais diferentes obtêm resultados distintos o que demonstra que o suicídio está diretamente relacionado aos fatores sociais, históricos, políticos e culturais, bem como às concepções sobre saúde, família, bem estar e felicidade.

“O suicídio é um fenômeno que sofre a interferência de fatores individuais, ambientais e sociais. Seja na forma de tentativa ou do ato consumado, expressa uma dor emocional que o sujeito considera ser interminável, intolerável e com a qual acredita não ter capacidade de lidar” (ABASSE *et al.*, 2009).

A morbidade (ideação e tentativa) e a mortalidade por suicídio são investigadas buscando solucionar questionamentos, tais como: Quais as motivações? Que influências externas relatam para a tomada de decisão? Por que escolhem determinado meio? Qual a faixa etária e sexo prevalente? Que variáveis podem estar associadas com a evolução temporal da morbimortalidade por suicídio?

O estudo realizado por Abasse *et al.* (2009) considerando o estado de Minas Gerais evidenciou maior frequência de internações entre mulheres sendo o meio mais comum a intoxicação. No entanto, foi observada maior mortalidade entre os homens que geralmente escolhem meios mais letais para efetuar o suicídio como a lesão por arma de fogo. Estes resultados convergem com os encontrados por Vidal, Gontijo e Lima (2013).

Pode-se concluir que com relação à variável sexo, nota-se a prevalência de indivíduos do sexo masculino no total de suicídios e do sexo feminino nas tentativas (MACENTE; ZANDONADE, 2011; FICHER; VANSAN, 2008; SANTOS *et al.*, 2009).

Bernardes, Turini e Matsuo (2010) realizaram um estudo com 206 pacientes que tentaram suicídio por intoxicação em Londrina, Paraná, entre os anos de 1997 e 2007. Os registros mostraram que 79,1% eram do sexo feminino, a maioria jovem sendo a faixa etária prevalente de 20-25 anos. Schmitt *et al.* (2008) afirmam que a prevalência, em números absolutos, das mortes por suicídio está entre 20 e 49 anos.

Os altos índices de suicídio nos jovens brasileiros podem estar relacionados a uma situação profissional desfavorável como desemprego, capacitação insuficiente, aumento da competitividade no mercado de trabalho que os tornam particularmente vulneráveis a sofrimento psíquico e ao risco de suicídio (LOVISI *et al.*, 2009).

Pordeus *et al.* (2009) analisaram as tentativas e óbitos por suicídio no ano de 2005 no município de Independência - Ceará, com cerca de 30000 habitantes. Quanto às tentativas, a maioria concentrou-se na faixa de 10 a 19 anos e predominou o sexo feminino. Salienta-se o pequeno intervalo de tempo entre os óbitos e tentativas e a existência de vínculos relacionais entre as vítimas exigindo que a problemática fosse analisada como um fato social. A maioria da população investigada residia em áreas rurais determinando como meio mais comum o enforcamento.

Estes achados corroboram com o fato de que há um perfil predominante da tentativa de suicídio no Brasil correspondente a mulheres jovens que utilizam meios pouco letais como a intoxicação medicamentosa. Observou-se também abordagem crescente do suicídio em idosos. O método da Autópsia Psicológica e Psicossocial tem sido aplicado para esclarecer melhor este fenômeno, já que os meios utilizados pelos idosos tem alto grau de letalidade. No Ceará, por exemplo, o suicídio em pessoas idosas tem ganhado representatividade estatística

nos últimos anos, estando os fatores determinantes deste fenômeno ainda pouco esclarecidos (PINTO *et al.*, 2012a e 2012b).

As pesquisas incluem as variáveis socioeconômicas como determinantes para a ocorrência de suicídio tais como, desemprego, acesso restrito a educação de qualidade, baixo poder aquisitivo, falta de apoio social e condição de solteirice, divórcio ou viuvez (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010). Em conformidade, Botega *et al.* (2009) identificaram em seu estudo uma maior prevalência de ideação suicida, ao longo da vida, entre mulheres de 30 a 44 anos que vivem sozinhas.

Num contexto macro situacional Pinto, Assis e Pires (2012) destacam que é fundamental conhecer a distribuição geográfica e temporal dos óbitos por suicídio nos municípios brasileiros. No estudo realizado pelos autores, observou-se que no período de 1996 a 2007 ocorreram 91.009 óbitos por suicídio em pessoas com 10 anos ou mais de idade no Brasil; em média 7.584 pessoas tiraram suas vidas anualmente sem considerar as tentativas.

Conforme Minayo *et al.* (2012a), em 2006 houve um crescimento significativo nas taxas de suicídio no Brasil atingindo 5,7 para cada 100.000 habitantes com incremento na população masculina e em maiores que 60 anos. Estes achados corroboram com o estudo de Brzozowski *et al.* (2010).

Estes parâmetros de morbimortalidade provavelmente divergem da realidade, pois se estima que o número de tentativas seja bem maior que o de suicídios concretizados, muitas delas subnotificadas devido ao forte estigma associado e à dificuldade de se diferenciar o diagnóstico.

Entre os fatores de risco se pode citar: tentativas anteriores de suicídio, ser portador de transtornos mentais (principalmente depressão), abuso/dependência de álcool e outras drogas, histórico de suicídio na família, forte intenção/planejamento suicida, eventos estressantes, conflitos familiares e amorosos, sentimentos de perda, falta de lazer e de equilíbrio espiritual.

Dentre os preditores citados, a Depressão se apresenta como o fator de maior impacto na determinação do comportamento suicida. Este achado está evidente em vários estudos que incluíram sujeitos de faixas etárias distintas (BARRERO, 2012; SANTOS *et al.*, 2009; CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013; BAGGIO; PALAZZO; AERTS, 2009).

O estudo de Cavalcante, Minayo e Mangas (2013) identificou a depressão na quase totalidade dos casos como diagnóstico primário ou secundário, como sintoma associado a outras comorbidades ou como reação a estressores sociais demandando diferentes condutas e procedimentos terapêuticos. “Nesse cenário, a depressão veio associada à intensa ideação suicida indicando sério risco de autoaniquilamento, apesar do apoio familiar, da história de superação na vida pessoal e profissional e da história de remissão de quadros depressivos anteriores” (p. 2991). Estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que puseram fim às suas vidas tinham alguma perturbação mental e que 60% deles estavam deprimidos (OMS, 2006).

Para além da Depressão, alterações comportamentais que permeiam o ato suicida podem ser identificadas e sinalizarem por providências finais a intenção de autoextermínio, por exemplo: transferência de bens, solução de conflitos antigos, falta de interesse pelo próprio bem-estar, mudança no comportamento social, declínio da produtividade no trabalho ou do sucesso escolar, alterações nos padrões de sono e de alimentação, ambivalência, impulsividade, rigidez de pensamento, desesperança, desapego, interesse fora do comum em como os outros se sentem, preocupação com temas de morte e violência, súbita melhoria no humor depois de um período de depressão e promiscuidade súbita ou aumentada (OMS, 2006, p.6; PETERS, MURPHY, JACKSON, 2015).

O episódio depressivo maior, abuso/dependência de substâncias psicoativas - mais especificamente o álcool-, transtorno de estresse pós-traumático, esquizofrenia, perdas afetivas e a estrutura familiar abalada são fatores de risco para a tentativa de suicídio (BRANAS *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2011; PONCE *et al.*, 2008; LIMA *et al.*, 2010).

O comportamento suicida está atrelado a transtornos de humor e a extratos econômicos extremos (muito rico ou muito pobre). As situações geradoras de estresse como acidentes, demissões, envolvimento em processos e demais questões legais, morte de entes queridos, mudança brusca de rotina, conflitos de religião, surgimento de enfermidades graves entre outras podem sugerir ideação para uma lesão autoprovocada.

Ser portador de doença crônica ou incapacitante como a insuficiência renal é um fator que pode desencadear comportamentos suicidas (MOURA JÚNIOR *et al.*, 2008). O estudo de Eriksson *et al.* (2015) identificou risco elevado para tentativa de suicídio e morte por suicídio em pessoas que tiveram um ou mais episódios de Acidente Vascular Cerebral Incapacitante.

Mohammadi *et al.* (2014) avaliaram o risco de tentativa de suicídio e suicídio em uma coorte de 46.309 pacientes com diagnóstico de neoplasias hematológicas malignas e 107.736

indivíduos sem câncer na Suécia entre 1992 e 2009. O risco de suicídio consumado foi 3,5 vezes maior entre os pacientes com Mieloma, uma das formas mais graves de apresentação deste grupo de doenças.

Sá e colaboradores (2010) destacam a presença de algum tipo de deficiência (física, mental, visual, auditiva, outras deficiências/síndromes) como preditores da tentativa de suicídio. No entanto, os índices não apresentam dados relevantes.

Em relação aos sintomas mais associados ao suicídio podemos considerar o importante prejuízo da autoestima, a desesperança e a incapacidade de enfrentar e resolver problemas. Esses sintomas podem não estar presentes no início do quadro, mas evoluem à medida que o quadro vai se tornando mais grave com sentimentos de inutilidade e desespero (VIEIRA; COUTINHO, 2008; CHACHAMOVICH *et al.*, 2009).

A instabilidade familiar também é citada como fator de risco para tentativa de suicídio. As perdas parentais, lares desfeitos por conflitos familiares, vícios, bigamia, carência afetiva, violência doméstica (ESPINOZA-GOMEZ *et al.*, 2010) e divórcios estão entre as razões mais relatadas em estudos qualitativos com sobreviventes. Pordeus *et al.* (2009) destacaram o vínculo com suicidas como fator determinante para autoagressão.

Para Ores e colaboradores (2012), os jovens entre 18 e 24 anos tem alto grau de associação entre o risco de suicídio e determinados comportamentos como violência no trânsito, uso de drogas, agressividade e conduta sexual inadequada. Para os autores, “avaliar o risco de suicídio é bastante difícil, uma vez que é um comportamento humano bastante complexo, com múltiplas causas – incluindo biológicas – e componentes psicossociais. Outro aspecto que dificulta este tipo de estudo é a baixa capacidade para identificar se uma morte foi por suicídio ou acidental” (p. 310).

A maioria dos estudos converge para a prevalência da tentativa em mulheres e do suicídio consumado em homens, decorrentes da utilização de meios menos e mais letais respectivamente. Com relação à idade, a distribuição do suicídio encontra índices elevados em adolescentes e adultos jovens, no entanto as taxas de suicídio em idosos no Brasil estão crescendo progressivamente.

“O suicídio entre pessoas idosas constitui hoje um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo. Embora relevante, o suicídio de pessoas idosas tem merecido pouca atenção, não só no Brasil, mas no mundo inteiro” (MINAYO;

CAVALCANTE, 2010, p. 751). Isto se torna particularmente grave frente ao envelhecimento populacional brasileiro sem a respectiva estrutura social de apoio.

Cavalcante e Minayo (2012) destacam alguns fatores que podem precipitar uma crise suicida na terceira idade, entre eles a sobrecarga financeira, abusos e desqualificações, morte e adoecimento de pessoas próximas, doenças físicas e transtornos mentais, isolamento social, depressão e conflitos familiares e conjugais.

Para o gênero, estudos demonstram diferentes motivações em homens e mulheres. Para homens, motivações relacionadas a crises financeiras, enfermidades crônicas, perda da capacidade de trabalho e o uso de substâncias psicoativas. Para as mulheres, os conflitos relacionais, eventos estressantes, perdas em geral e a depressão.

Meneguel *et al.* (2012) afirmam que os papéis de gênero determinados pelas sociedades, geralmente patriarcais, influenciam na identidade de cada indivíduo e no sentido que ele atribui à sua própria existência. Ao que os autores chamam de ‘Feminilidades sem valor’ e ‘Masculinidades fraturadas’ estão imbricados as normas de gênero, os códigos de honra, as desigualdades de poder e estereótipos que afetam o comportamento suicida.

A diferença acentuada nas taxas de suicídio entre os sexos tem influenciado o debate sobre a importância da condição de gênero na ocorrência deste agravo. O fato de que o homem mais dificilmente busca ajuda ou expressa sentimentos requer mais estudos voltados para este grupo como o realizado por Minayo, Meneguel e Cavalcante (2012) e Minayo e Cavalcante (2013).

Os comportamentos suicidas entre crianças são raros, mas ocorrem. Muitas vezes a motivação é complexa, fruto de uma vida em família disfuncional e conflituosa que pode resultar em sentimentos de desamparo, perda de controle, humor depressivo, falas de morte, negligência no autocuidado, perda de interesse e atitudes para se machucar (OMS, 2006, p. 7).

Em suma, para a OMS, os maiores riscos apresentam-se quando um indivíduo tem os meios, a oportunidade, um plano específico e a falta de algo ou alguém que o detenha (OMS, 2006, p.6). Frente ao panorama epidemiológico, histórico e político traçado a respeito deste fenômeno partimos para uma discussão mais teórico-científica do percurso suicida refletindo inclusive sobre o princípio da autonomia, intervenções em saúde e conceitos científicos relacionados.

4.2 REFLEXÃO CIENTÍFICA, FILOSÓFICA E ÉTICA SOBRE O FENÔMENO DO SUICÍDIO

Para dialogar sobre a tentativa de suicídio é preciso reconhecer tratar-se de um problema muitas vezes agregado a psicopatologias de difícil abordagem por um profissional generalista na saúde. Reconhecer e intervir em um indivíduo ou seu grupo familiar com risco para a tentativa de suicídio envolve muito além do que o cumprimento de metas e programas ou visitas de busca ativa com interações motivadoras. A abordagem não deve direcionar-se no sentido de convencer a pessoa sobre o sentido da vida, mas facilitar, amparada em uma postura ética, a descoberta da moral própria e de meios cientificamente comprovados que permitam o enfrentamento do problema. Neste capítulo apresentam-se alguns aspectos e diálogos que fundamentam esta reflexão considerada o maior problema filosófico da humanidade.

“Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder a questão fundamental da filosofia”. Essa afirmação de Albert Camus está registrada num ensaio de 1942, O Mito de Sísifo, e demonstra quão delicado e complexo é esse assunto.

Muitos filósofos trataram desta questão posicionando-se contrariamente ao comportamento suicida. Platão, por exemplo, afirmou ser o suicídio uma injustiça praticada contra si mesmo. Para Agostinho, o suicídio é o fracasso da coragem, ou seja, o "escapismo" existencial, a saída mais acessível para problemas existenciais que geram insuportável sofrimento psíquico. Rousseau considerou o suicídio um roubo ao gênero humano, pois cada indivíduo tem sempre algo bom para fazer ao próximo; ‘sempre fica uma boa ação por fazer’, pois ‘todo o homem é útil à humanidade pelo simples fato de existir’.

Immanuel Kant colocou-se terminantemente contra o suicídio. No pensamento Kantiano, toda ação que tem valor moral poder ser universalizável. O suicídio não poderia ser universalizado, portanto não é um ato moralmente aceitável.

Já os estoicos, da filosofia helenística, defendem a supremacia da razão e o fim das emoções destrutivas que geram sofrimento ao ser humano. Nesse contexto, a morte

voluntária, enquanto ato racional de um indivíduo, seria ‘aceitável’. Sob esta lógica, se o sofrimento lhe impõe viver distante da racionalidade, melhor seria deixar este mundo.

Sêneca, por exemplo, escreveu o trecho abaixo do fim da carta ‘Sobre a Providência Divina’ (63 D.C.) em que ele dá voz a um deus que se dirige aos seres humanos:

Antes de tudo, tomei precauções para que ninguém vos retivesse contra a vontade; a porta está aberta: se não quiserdes lutar, é lícito fugir. Por isso, de todas as coisas que desejei que fossem inevitáveis para vós, nenhuma fiz mais fácil do que morrer. Coloquei a vida num declive: basta um empurrãozinho. Prestai um pouco de atenção e vereis como é breve e ligeiro o caminho que leva à liberdade.

Também favorável ao suicídio, Nietzsche (2005) traz o enigmático aforismo 88 em ‘Humano, demasiado humano’: “Impedimento do suicídio. – Há um direito segundo o qual não podemos tirar a vida de um homem, mas nenhum direito que nos permita lhe tirar a morte: isso é pura crueldade” (p. 64).

Alguns discursos, por sua vez, são contraditórios como o de Descartes que afirmou ser a vida o bem maior, oferecendo sempre mais coisas boas do que más, o único bem certo. Suicidar-se, para Descartes, é fazer mau uso do livre arbítrio. No entanto, em sua biografia consta que estes filósofo tentou suicídio várias vezes em seus últimos anos de vida na Suécia.

O comportamento suicida é polissêmico. Sua abordagem do ponto de vista da saúde, muitas vezes, restringe as reflexões éticas e filosóficas. Ainda na contemporaneidade, alguns pensadores discutem até que ponto trata-se de uma questão particular ou coletiva, envolvendo perspectivas culturais, étnicas, históricas, políticas e sociais. Por que a vida perde sentido no sofrimento? Qual o valor do prazer e do sofrer para as pessoas? A vida só é vida porque existe a morte? Até que ponto os profissionais de saúde devem guardar sigilo sobre a ideiação suicida? A internação compulsória para prevenir o suicídio tem quais fundamentos éticos? E o princípio da autonomia? Onde se delimita os espaços de intervenção?

A bioética hoje envolve outras dimensões de discussão como o suicídio assistido em pessoas portadoras de doenças incuráveis, o suicídio como ato heroico para salvar outras vidas ou em nome de uma causa ‘maior’ abordando tais aspectos de um modo não tão imparcial. Partindo do pressuposto de que a vida possui um valor intrínseco que não é relacionável a nada, na medida em que a bioética, “ética da vida”, abre concessões para casos de suicídio ela perde sua própria razão de ser.

Canguilhem, em ‘O Normal e o Patológico’ (1943), afirmar que o estar saudável ou normal é um estado de fato inalcançável. Sob esta perspectiva, sempre teremos um sofrimento qualquer que diminui o sentido da vida para este ou aquele aspecto. Como afirma Kertész (2003), somos e vivemos a catástrofe. Há sempre um motivo para não viver e outros muitos para viver. Além disso, o que para um é normal, para outro é patológico, pois é uma concepção individual sobre si mesmo o que torna a crise suicida difícil de ser prevenida e tratada exigindo mais esforços do setor saúde neste sentido.

Dentre os pensadores e seus posicionamentos, selecionamos Marx e Freud para apresentar as considerações sobre este fenômeno mais aprofundadamente.

Karl Heinrich Marx (1818-1883) foi um intelectual e revolucionário alemão, fundador da doutrina comunista que atuou como economista, filósofo, historiador, teórico, político e jornalista. Em sua obra ‘Sobre o Suicídio’ publicada na Alemanha em 1846, Marx discute uma série de casos de suicídio registrados por Jacques Peuchet, um diretor dos arquivos da polícia francesa.

“A obra ‘Sobre o Suicídio’ não tem nada a ver com política e economia. E, ao mesmo tempo, tem tudo a ver com economia e política, na medida em que ela enfatiza males de toda ordem como causa dos suicídios: a miséria, o desemprego, os salários aviltantes, a prostituição, a injustiça social” (RODRIGUES, 2009, p. 705). Trata-se de uma crítica com respeito às condições da vida moderna e a sociedade francesa.

Descrevendo o drama individual de cada um dos casos, Marx reflete sobre temas como a natureza opressora da família burguesa e a desigualdade com as mulheres. Como exemplificado neste caso extraído do ensaio de Marx: “Julho de 1816, uma jovem passa a noite anterior ao seu casamento fora de casa com seu noivo e é levada ao suicídio pelos pais, que a receberam pela manhã furiosamente. Envergonhada, a jovem correu para o rio Sena e jogou-se na água”.

Esta obra destaca a capacidade das pessoas de considerarem os autoextermínios como uma doença coletiva, um mal associado a condições diversas pelas quais muitos outros podem estar expostos relacionando o suicídio mais fortemente com as ciências sociais do que com a área da saúde.

Já Freud afirma que os impulsos agressivos que levam ao suicídio são semelhantes aos que conduzem ao homicídio. Quando o impulso destrutivo direciona-se a si próprio justifica-se pela antecipação de um fim inevitável, bem relacionado a um primitivo instinto de morte.

Muitos trabalhos realizados no sentido de descrever a personalidade de um suicida sob a perspectiva psicanalítica evidenciam um empobrecimento do ego, vigência de fortes pulsões sádicas e masoquistas, ideias e fantasias de morte relacionadas a objetos e pessoas que já faleceram, rigidez no manejo da ansiedade, raiva ou culpa em excesso e dificuldade no enfrentamento de perdas.

Em ‘Atos Descuidados’, Freud se refere às tentativas inconscientes de suicídio camufladas sob a forma de acidentes casuais. Esta tendência autodestrutiva existe, com certa intensidade, num número muito maior de indivíduos além daqueles em que se manifesta a intenção. Tal tendência permanece inconsciente à espera de um motivo para tornar-se consciente, pois os danos autoinfligidos são quase sempre resultado de um desequilíbrio entre impulsos destrutivos e forças subjetivas contrárias a eles.

Afinal, qual a lógica do pensamento suicida? Freud buscou respostas investigando o conflito interno entre amor e ódio, a questão da religião, culpa, vingança e os tabus sociais. Seus estudos contribuíram para uma visão mais científica através da análise de casos de tentativas e suicídio consumados.

Freud, em seu ‘Esboço de Psicanálise’ (1938), nos diz que o indivíduo se destrói pelos seus conflitos internos. Acreditamos que os profissionais da área clínica estejam de acordo quanto a isto e concluímos que, além das formulações psicanalíticas metapsicológicas que examinamos, a história de vida do indivíduo e o contexto sociocultural no qual ele está inserido devem ser levados em conta. (PARREIRA, 1988, p. 95).

Com base no artigo de Cattapan (2012) destacamos também o debate sobre a moralização do suicídio. O artigo deste autor busca criticar a proposta de criação de uma rede de controle de depressivos com fins de prevenir o suicídio. Para tanto, é buscada a posição ético-teórica da psicanálise e da obra de Michel Foucault.

O artigo defende que se abandone uma abordagem moral calcada numa perspectiva patologizante e biopolítica da depressão em prol do reconhecimento da liberdade do sujeito de optar por viver ou morrer. “É apenas reconhecendo a morte como parte integrante da experiência da vida que o sujeito é capaz de abandonar duas posições intolerantes: a do

suicida, que não tolera sua existência, e a do defensor de uma sociedade biopolítica, que também não tolera a existência do suicídio” (CATTAPAN, 2012, p. 183).

Como então caracterizar o suicida: Vítima ou Agressor? Vítima de uma série de condições promotoras de doença mental ou Agressor consciente da sua própria existência? Moralizar o suicídio incide em compreender estas posições e definir a correta para si. Moralizar o suicídio é ‘aceitar’ que, desde que não afete outros, o percurso suicida está livre para quem quiser percorrê-lo.

Lá onde um pensamento prevê o fim da história, o outro anuncia o infinito da vida; onde um reconhece a produção real das coisas pelo trabalho, o outro dissipa as quimeras da consciência; onde um afirma com os limites do indivíduo as exigências de sua vida, o outro os apaga no murmúrio da morte (FOUCAULT, 1999).

Moralizar o suicídio ainda é para a maioria inaceitável. A legitimidade desta escolha é questionada, mas todos se encantam com o suicídio romântico de Romeu e Julieta. Muitos governos têm permitido o chamado suicídio ‘assistido’ para pessoas com enfermidades incuráveis que decidam encerrar sua vida de maneira harmoniosa, sem dor e com o apoio da família. Fato é que a discussão promove resultados que tangenciam o suicídio patológico, questão de saúde pública por seu impacto e proporção.

4.3 CONTEXTO DA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Neste capítulo relacionamos alguns importantes aspectos da tentativa de suicídio como as determinações de comportamento, meios utilizados e fatores prognósticos. É relevante associar este contexto aos fatores de risco para construir uma linha de pensamento que favoreça o acompanhamento de grupos e a melhor compreensão da tentativa de suicídio como fenômeno multidimensional.

“O comportamento suicida costuma ser concebido como variando em um continuum que se inicia com ideias de suicídio [...] se o processo avança, surge o planejamento suicida, que é a etapa em que o sujeito estabelece [...] a conduta de autodestruição. A partir daí, poderá ocorrer a tentativa de suicídio, resultando ou não em morte” (BAGGIO; PALAZZO; AERTS, 2009, p. 143).

Figura 3. Dimensões do comportamento suicida segundo Stefanello (2007).



Raramente a violência autodirigida é aplicada sob impulso emocional. Em geral, a pessoa expressa sinais anteriores como não fazer mais planos para o futuro, isolamento familiar e social, anorexia, desapego de objetos e negligência da aparência. É, portanto, muito importante identificar grupos de risco, como pessoas que já tentaram suicídio e portadores de depressão, para orientar seus familiares sobre os sinais de alerta.

Botega *et al.* (2009) estudaram o comportamento suicida. Na pesquisa foram abordados 500 indivíduos maiores que 14 anos residentes em Campinas. A ideação suicida foi mais prevalente entre as mulheres, em adultos de 30 a 44 anos, nos que vivem sozinhos, entre os espíritas e os de maior renda. O relato de ter feito um plano suicida ao longo da vida foi muito frequente em donas-de-casa e em indivíduos que se declararam espíritas.

“Nossos dados indicam que quase um quinto da população residente em um centro urbano apresenta ideação suicida ao longo da vida, o que embasa, ao menos parcialmente, a adoção de estratégias preventivas universais, atingindo toda a comunidade”. “Pode-se, assim, aprender um pouco mais sobre a “parte submersa” do iceberg que representa uma gama de comportamentos que não são registrados pelos serviços de saúde” (BOTEGA *et al.* 2009, p. 2637).

Kene e Hovey (2014) compararam pessoas que não tentaram suicídio, que tentaram recentemente e que tentaram há muito tempo quanto à presença de ideação suicida, capacidade adquirida para o ato e motivação encontrando forte associação entre a capacidade

adquirida e a tentativa de suicídio recente o que demonstra que esse percurso pode ser interrompido ou abreviado dependendo de circunstâncias individuais imprevisíveis e não passíveis de intervenção.

Quando o suicídio está associado ao sentimento de culpa, o planejamento volta-se para a utilização de métodos que gerem sofrimento físico antes da morte. Planejar lugar, hora e meio é algo mais próprio entre adolescentes.

Baggio, Palazzo e Aerts (2009) investigaram sobre o planejamento suicida entre adolescentes numa amostra composta por 1.170 estudantes. A prevalência encontrada de planejamento suicida, nos últimos trinta dias, foi de 6,3%. Os adolescentes do sexo masculino referiram 40% menos planejamento suicida do que os do sexo feminino.

Geralmente a letalidade do método é maior a cada tentativa. No Brasil, os principais meios utilizados são enforcamento, lesões por armas de fogo e envenenamento. Destes, o envenenamento ou intoxicação é o mais estudado. O diagnóstico de Intoxicação Exógena é comum nas admissões hospitalares de emergência por tentativa de suicídio. O ônus gerado ao setor saúde e a facilidade no acesso a compostos, a maioria com venda proibida, tem despertado a atenção dos gestores.

Em geral, a sobredose de medicamentos e o uso de produtos agrícolas, de limpeza e pesticidas são os mais referidos. A ingestão destas substâncias geram efeitos adversos de grande significância clínica exigindo quase sempre internação hospitalar. Na pesquisa de Vidal, Gontijo e Lima (2013), dos indivíduos investigados que evoluíram para óbito, a maioria (64,1%) havia tentado suicídio por ingestão de medicamentos.

“No período de 1997 a 2005, foram registrados, no banco de dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), 137.189 casos de tentativas de suicídio por intoxicação voluntária, sendo os medicamentos o agente mais frequente (57,32%)” (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010, p.1367).

Com relação às intoxicações, sabe-se que a ingestão frequente da fórmula raticida denominada “chumbinho”, especialmente entre os homens, contribui para que o Brasil tenha umas das mais elevadas taxas de envenenamento intencional (VIEIRA *et al.*, 2007). A ingestão de produtos químicos domissanitários (substâncias destinadas à higienização e

desinfecção), produtos industriais e cosméticos também são relatadas (DAMAS; ZANNIN; SERRANO, 2009).

Margonato, Thomson e Paoliello (2009) observaram que as intoxicações intencionais geralmente são praticadas com medicamentos de uso próprio, como os ansiolíticos. Para minimizar estes índices é necessário orientar a família sobre o armazenamento, checagem e uso destas medicações pelo paciente, bem como regular eficazmente a prescrição indiscriminada destas composições farmacêuticas.

Pessoas com conduta diferente do padrão social e emocionalmente instáveis tendem a variar os meios em tentativas de suicídio sequenciadas. O enforcamento, o uso de armas de fogo e a intoxicação por veneno são os métodos mais escolhidos entre os homens, enquanto para as mulheres são o enforcamento, a intoxicação por medicamentos e queimaduras (BURIOLA *et al.*, 2011; PARENTE *et al.*, 2007). O atropelamento intencional e o afogamento são menos comuns enquanto queimadura e intoxicações ganham cada vez mais representatividade (OMS, 2001).

Um estudo que analisou as características de pacientes com queimaduras por autoagressão constatou que a substância inflamável mais comum é o álcool, seguido de gasolina e solvente orgânico e o local predominantemente determinado para tentativa de autoextermínio é o domicílio (MACEDO; ROSA; SILVA, 2011).

Outros métodos utilizados são os ferimentos por arma branca (corte dos pulsos) e a precipitação de lugares elevados, estando estas relacionadas com os ambientes próximos ao local de residência, como pontes, viadutos, telhados e sacadas (SOUZA *et al.*, 2011; KRUGER; WERLANG, 2010).

Após a lesão autoprovocada os profissionais devem direcionar as ações pelos fatores prognósticos implicados no processo de reabilitação, tais como: permanência das motivações/estressores, estrutura familiar, disponibilidade de meios para violência autodirigida, acompanhamento em serviço especializado, entre outros.

Vidal, Gontijo e Lima (2013) apresentam uma pesquisa que trata dos fatores prognósticos e da estimativa do excesso de mortalidade. Em seus resultados, verificou-se significativo aumento do risco de morrer entre os homens, nas pessoas casadas e naqueles com idade maior que 60 anos. Podem-se associar estes resultados ao uso de meios mais letais

por homens, mais especificamente nos idosos que já possuem estrutura orgânica fragilizada. Estes achados estão de acordo com o estudo de Cavalcante e Minayo (2012).

Podemos determinar como fatores prognósticos para mortalidade: idade avançada, sexo masculino, grau de letalidade do método utilizado, co-morbidades, falta de acompanhamento em serviços de saúde e depressão. No entanto, são necessárias investigações mais amplas sobre o assunto. “Não foram localizados, nas bases de dados pesquisadas, estudos prospectivos brasileiros para estimar as taxas de mortalidade por suicídio e por outras causas entre indivíduos que tentaram suicídio” (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013, p.188).

É preciso considerar o período de internação hospitalar e suas complicações, bem como o modo de vida do indivíduo e suas teias de relações fragilizadas que afetam diretamente os índices de mortalidade.

Reid (2009) afirma que pessoas submetidas à internação psiquiátrica de curto prazo logo após a tentativa de suicídio tem risco reduzido de um novo episódio. Além disso, reitera que a investigação sobre a permanência dos fatores de risco que precipitaram a tentativa de suicídio deve ser realizada antes da alta hospitalar garantindo à pessoa e aos seus familiares/comunidade a vigilância das condições relacionadas à autoagressão contribuindo para a sensação de segurança, apoio e estabilidade.

4.4 ASPECTOS SOCIAIS, CULTURAIS E RELIGIOSOS DA VIOLÊNCIA AUTODIRIGIDA

A abordagem a pessoa que tentou suicídio deve considerar o meio social, aspectos culturais e religiosos implicados no caso. Como estes fatores não se dissociam e determinam objetivamente a assistência e a reabilitação do paciente /família é válido abordar estas circunstâncias como causais e terapêuticas. Este capítulo discute este tema com o objetivo de esclarecer que os fatores de risco e prognósticos não estão isolados de um contexto maior, mas o constituem.

A temática do suicídio exige dos profissionais de saúde reconhecimento das determinações subjetivas sobre as ações do ser humano. A decisão de por fim à própria vida, limitar sua existência, tem amplas raízes em processos de pensamento e imaginação que a ciência ainda não consegue explicar totalmente.

Muitos pesquisadores têm direcionado seus esforços a traçar perfis de morbimortalidade, reconhecer os fatores de risco, qualificar a assistência em serviços de saúde e identificar os métodos mais utilizados no ato suicida; No entanto, poucas pesquisas exploram o campo qualitativo da experiência, do comportamento, das percepções, conceitos e valores determinantes para o que se denomina ‘o último ato’. Conclui-se, portanto, que é preciso buscar a competência cultural.

Conforme Helman (2009), a competência cultural é a capacidade dos profissionais da saúde de investigar a cultura dos diversos grupos sociais em que atuam para compreender os determinantes das doenças e prestar um cuidado eficaz.

Como definido, esta capacidade permite tratar melhor o paciente e sua família na crise suicida ampliando o espectro de compreensão e ação dos profissionais sobre este fenômeno. Saber que na ideação e planejamento suicida, o indivíduo leva em conta não somente o sofrimento psíquico, mas o que entende por ‘sofrimento’, ‘dor’, ‘felicidade’ e ‘bem-estar’. Estes conceitos foram enculturados desde a infância e pertencem a épocas, lugares e sociedades distintos.

O autor afirma que muitas pessoas começam a morrer socialmente e em seu núcleo familiar antes de, de fato, cometer o suicídio físico. Desde este momento, pessoas próximas, familiares, a mídia, colegas de trabalho, religião, acompanhamento por serviços de saúde, lazer e inúmeros outros fatores passam a contribuir para a desistência ou a reforçar a ideia.

Para Helman (2009), a cultura é a lente com a qual enxergamos o mundo. A cultura une as capacidades e hábitos do homem como membro de uma sociedade. É o conjunto das ideias compartilhadas em um grupo populacional; seu modo de viver, arte, língua, crenças, tradições, condutas, símbolos, significados, estilo de vestir, de comer, de trabalhar, de encarar a morte que influencia diretamente na condição saúde-doença das pessoas.

Muitas práticas relacionadas ao comportamento suicida e suas motivações estão imbricadas em fortes raízes culturais. Muitos imigrantes, por exemplo, por estar distantes de sua cultura adoecem mentalmente e tornam-se vulneráveis a crises de autoagressão. Em outros casos, a intenção das pessoas de deliberadamente fazerem o ato parecer um acidente está relacionada ao modo como a comunidade vê a morte, especificamente aquela provocada por si próprio. O que, nesta sociedade, é considerado certo ou errado?

A cultura define também a prática do profissional que sempre deve ser ética, eficaz, compreensiva, empática, priorizando a escuta qualificada e um cuidado livre de preconceitos ou julgamentos de valor desfazendo as proposições negativas da pessoa sobre si mesmo.

Refletindo sobre estas questões, Machin (2009) afirma: “O profissional de saúde é preparado para uma busca individual ou coletiva baseada em salvar vidas, procurar a cura, minorar o sofrimento e, nesse sentido, as situações de desejo de morte [...] são vivenciadas com muita dificuldade por abalar uma formação baseada na racionalidade médica ocidental” (p. 1742).

A prática suicida envolve as dimensões biopsicossociais do ser humano e, de maneira geral, é cercada de tabus. Em casos de tentativas frustradas, o estigma social gerado acompanha a pessoa e a família podendo até limitar a atuação dos profissionais.

Aqui, faz-se uma ressalva sobre as taxas crescentes de suicídio em povos indígenas brasileiros. De acordo com Oliveira e Lotufo Neto (2002) “a questão somente veio à tona após o destaque dado pela imprensa leiga à “epidemia” ocorrida entre os Guarani, nas proximidades do município de Dourados, na década de 1980” (p. 8). Neste contexto, é possível afirmar que dentro de um mesmo grupo populacional –brasileiros- podem existir variantes culturais que influenciam diretamente nas taxas de óbitos por suicídio.

“Um relatório das Nações Unidas sobre a situação dos povos indígenas no mundo, aponta os índios Kaiowá, do Mato Grosso do Sul, como o grupo étnico que nos últimos anos registrou o maior número de mortes por violência auto infligida”. Dados coletados pelo Ministério da Saúde entre 2000 e 2005 demonstram que a mortalidade por suicídio nesta população foi 19 vezes maior que a média nacional (CRISTANTE, 2010, p. 1).

Erthal (2001) já alertava sobre o suicídio entre povos indígenas como reflexo da luta pela posse de terras, confrontos entre grupos e políticas específicas. “O suicídio em sociedades indígenas tem sido associado a processos de inadaptação de indivíduos ou grupos às exigências externas de desenvolvimento e/ou processos de integração na sociedade nacional com a qual entram em contato” (ERTHAL, 2001, p. 307).

O fato de o suicídio estar cada vez mais arquitetado como um ritual solene, individual e preciso ampliou o campo de pesquisa para os antropólogos, filósofos e sociólogos elevando a quantidade de publicações que abrangem outros aspectos deste fenômeno.

Uma cultura repressiva a determinadas etnias ou até a comportamentos/opções sexuais podem induzir pensamentos de morte. O'Donnell, Meyer e Schwartz (2011) identificaram um aumento significativo nas taxas de tentativa de suicídio entre jovens da República Dominicana pertencentes a minorias étnicas ou lésbicas, gays e bissexuais. Outro estudo também realizado na República Dominicana por Peña *et al.* (2012) revelou que jovens imigrantes que encontram amigos da mesma nacionalidade ou representações culturais de seu país de origem na mídia ou na literatura têm menor probabilidade de tentar suicídio.

Sobre os aspectos sociais é relevante comentar as contribuições de Émile Durkheim (1858-1917). Um dos fundadores da sociologia moderna formado pela escola positivista, Durkheim publicou a obra 'O Suicídio'(1897) na qual apresentou o ato suicida como um fato social (TEIXEIRA, 2002).

Durkheim afirmou que o suicídio é determinado pelo grau de coesão social. A regulação quanto às normas de conduta e comportamento em sociedade define padrões que, se não seguidos, podem provocar no indivíduo o sentimento de 'não pertencer' concebendo a ideia de morte. Durkheim chegou a calcular a taxa social dos suicídios, medida a partir de dados numéricos sobre condições de vida e óbitos na população.

Para Durkheim existem 4 tipos de suicídio, a saber: Egoísta, Altruísta, Anômico e Fatalista. No suicídio Egoísta a causa é a quebra de laços sociais, o isolamento. As motivações variam como enfermidades crônicas, desemprego, preconceito, entre outros; O suicídio Altruísta é o oposto. Acontece quando a identificação com o grupo é tão forte que suas próprias vidas não têm valor independente. Os suicidas radicais islâmicos, os samurais e os *kamikazes* constituem exemplos mais fortes; O tipo Anômico refere-se à situação em que as referências são perdidas, não existem normas sociais ou estrutura familiar. É comum em vítimas de grandes tragédias, crises econômicas e desequilíbrio espiritual; O suicídio Fatalista ocorre em sociedades nas quais há alto grau de controle sobre as emoções e motivações de seus membros como em casos de seitas que apregoam o suicídio coletivo.

Com efeito, se em lugar de apenas vermos os suicídios como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que demandam ser examinados cada um separadamente, nós considerássemos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada, durante uma unidade de tempo dada, constata-se que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que ele constitui por si só um fato novo e sui generis, que possui sua unidade e sua individualidade, conseqüentemente sua natureza própria, e que, ademais, é uma natureza eminentemente social (DURKHEIM, 1986, p.8).

Esse determinismo social defendido por Durkheim não é tão considerado nas atuais práticas de saúde, mas sim, as condições psicopatológicas essencialmente individuais que conduziram tal ato e que norteiam as ações de prevenção e acompanhamento.

Uma expressão desta coesão social e da determinação do pensamento coletivo é a mídia. A mídia, compreendendo-a como a aplicação dos diversos meios de comunicação de amplo alcance, tem influência direta na prevenção do suicídio. No entanto, o que se observa é uma postura indiferente e pouco fiscalizadora quanto à divulgação de filmes, novelas e noticiários que por vezes assumem postura incentivadora do autoextermínio.

A forma como se apresenta um personagem numa novela, em que ele prefere a morte a ficar sem a pessoa amada, assume postura incentivadora em pessoas talvez já vulneráveis à violência autodirigida por conflitos amorosos. Em outros casos, as notícias que tratam da vida sem significado, atos de morte pelo mundo, morbidade e depressão podem paralelamente influenciar nas decisões individuais e fragilizar a ideia sobre a própria existência.

A repercussão negativa da publicidade sobre suicídio produz um questionamento: O suicídio deve ou não ser tema recorrente na mídia? Não divulgar sobre esses casos pode contribuir para subnotificação e baixa valorização deste problema ao passo que apresentá-lo com frequência e de maneira incorreta (glorificando ou dramatizando) vai de encontro aos interesses comerciais das empresas de comunicação.

Visando colaborar na resolução deste impasse, numa tentativa de quebrar o silêncio sobre o assunto, a OMS publicou em 2000 o documento ‘Prevenir o Suicídio: Um Guia para Profissionais da Mídia’. Este documento afirma que existe uma maneira de abordar o tema na mídia de amplo alcance e que isso pode salvar vidas. Na publicação recomenda-se a busca de fontes de informação confiáveis expondo sugestões para produzir notícias adequadas a respeito da autoagressão apontando os sinais de risco e as opções de tratamento.

É função da mídia informar acerca das taxas crescentes de óbitos por suicídio no país? Que posturas estes profissionais assumem frente a estas evidências? É preciso compreender a estreita relação entre mídia e saúde pública colocando esta parceria estratégica como espaço de cuidado. Afinal, “o suicídio constitui uma notícia importante e a mídia deve noticiar” (MEDINA, 2009).

Ainda sobre os aspectos sociais no comportamento autolesivo é possível relacionar as tentativas de suicídio ao grau de desenvolvimento da comunidade, cenário político, sistema de saúde e senso comum sobre o que é saúde e doença.

No que concerne aos condicionantes sobre religião, tem-se que a maioria das denominações reprovam a prática suicida deixando sob determinação divina a resolução do problema que tem causado sofrimento psíquico ou o padecer sob ele como forma de aliviar-se da culpa por pecados cometidos. Algumas religiões, porém, professam tolerância nestes casos por considerar a vida um constante renascimento do qual é “digno” retirar-se e procurar paz quando os objetivos estão plenamente definidos e alcançados.

Almeida e Lotufo Neto (2004) afirmam que o mais importante não é a religião declarada, mas sua prática, que pode ser um fator protetor a exemplo dos protestantes praticantes ou assumir uma postura mais tolerante como no caso dos espíritas. Botega *et al.* (2009) encontraram em seus achados de pesquisa uma maior prevalência de comportamento suicida nos espíritas.

No cristianismo, o mandamento -não matarás- estende-se a si mesmo, como representado no caso de Judas Iscariotes, Sansão e do rei Saul. No judaísmo, o suicídio é visto como um crime não contra si, mas contra Deus. “Na atualidade, os homens-bomba, radicais islâmicos que acreditam que o martírio é algo nobre e edificante, motivados por questões religiosas sacrificam suas vidas e eliminam muitas outras” (GREGÓRIO, 2009).

“Não se deve deixar de mencionar a atuação de algumas seitas que aparentemente levam seus membros a atitudes extremistas como a de tirarem a própria vida”. A história de Jim Jones, um líder fanático que se intitulava “pastor do Templo do Povo”, é paradigmática da relação entre seita e suicídio coletivo. Em 1978, sob sua orientação, aproximadamente 900 pessoas cometeram suicídio na Guiana (BEZERRA FILHO *et al.*, 2012, p. 841).

Caribé *et al.* (2012) afirmam que, de modo geral, práticas de apoio espiritual são fatores protetores do comportamento autolesivo, mas que isoladamente podem ter seu impacto reduzido pela sobrecarga de estressores/fatores de risco.

4.5 TENTATIVA DE SUICÍDIO E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde, hoje operacionalizada no Brasil através da Estratégia Saúde da Família (ESF), é que atua no encontro dos determinantes, no acompanhamento e reabilitação de pessoas que tentaram suicídio. No entanto, é primordial caracterizar esta demanda para planejar ações e adequar protocolos e normativas ao contexto saúde-doença das populações.

A ESF procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas na lógica da promoção da saúde da família, prevenção de agravos e reabilitação constituindo-se em uma proposta inovadora nas dimensões técnica, política e administrativa. Considerando que a condições de vida e sobrevida, análise de experiências passadas e elaboração de projetos futuros acontece na família este deve ser espaço prioritário de atenção à saúde potencializando condições que previnam doenças e diminuam o sofrimento psíquico (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Para Kohlrausch (2012), “o comportamento suicida precisa ser visto como um dos focos de atenção da ESF” (p. 48). Neste capítulo apresentamos os eixos do cuidado na crise suicida para a ESF relacionando assim o objeto de estudo à linha de pesquisa do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará.

Conforme Casas e Reys (1998) é de responsabilidade da Atenção Primária, como eixo estruturante do cuidado, conhecer a realidade local para enfrentar as problemáticas em saúde, o que ganha mais relevância na questão do comportamento suicida.

Uma proposta de ação viável é definir os fatores de risco e encontrar os grupos vulneráveis na comunidade. Para isso, é preciso recorrer ao serviço de emergência considerando o momento da tentativa de suicídio como definidor do encontro entre profissionais da saúde e estes indivíduos potencialmente adoecidos mentalmente.

Kohlrausch (2012) afirma que na perspectiva de produzir dados que possam contribuir com as equipes da ESF é importante qualificar o trabalho de profissionais de vários outros setores e demais níveis de atenção que desenvolvem práticas de saúde complementares promovendo a integralidade do cuidado.

Observando os serviços em atenção primária nas diversas regiões do país, empiricamente se pode afirmar que o foco das ações permanece programático com objetivo de melhorar a saúde da população do ponto de vista biológico. Assim, as ações em saúde mental e o contexto do adoecimento, como experiência vivida, expressam-se em menor prioridade.

Reconhecendo o vínculo, responsabilização e proximidade da ESF com a comunidade é possível proteger grupos de risco. Para isso, “é necessário que as equipes conheçam, em seu território, as pessoas com comportamento suicida e seus familiares, para que possam ser acompanhados” (KOHLRAUSCH, 2012, p. 72). Estas considerações também são apresentadas pela OMS no normativo intitulado ‘Prevenção Do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária’.

Para mudança efetiva dos padrões epidemiológicos é preciso destacar a função dos serviços de emergência de agir dentro da Rede de Saúde Mental com abordagem interdisciplinar e contra referência. Sendo esta, a única forma de instrumentalizar as equipes multiprofissionais, por exemplo, as Residências e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família para construir demandas e garantir resolutividade ao problema.

Os dados alarmantes -uma morte a cada 40 segundos no mundo- definiram como estratégia mais eficaz para prevenir o suicídio fornecer informação útil à comunidade, além de ajudar famílias a superar a crise preparando uma rotina positiva para continuar (OMS, 2006).

Quanto ao atendimento dos profissionais, a classificação de um agravo como autoprovocado acarreta implicações no atendimento colocando em questão a inelegibilidade do fenômeno e os preceitos do modelo biomédico.

Por considerar a intencionalidade do ato, os profissionais de maneira geral, não priorizam os cuidados a estes pacientes. Isto provém de uma formação tecnicista que não contempla o cuidado multidimensional, a justiça e a integralidade. “Nesses contextos, o cuidado é substituído, muitas vezes, pela negativa em cuidar, para imprimir sofrimento e dor ou mesmo punir os usuários” (MACHIN, 2009, p. 1.747).

Observa-se agressividade, preconceito e incompreensão por parte dos profissionais justificando a contínua luta pela vida enquanto pessoas, ‘por motivos quaisquer’, procuram a morte (MACHIN, 2009). Neste prisma, traça-se o desafio de se incorporar à assistência um

conjunto de outras questões que transcendem o julgamento de valor e o cuidado técnico buscando empatia, ética e uma visão holística sobre o ser humano.

Machin (2009) afirma que a demanda por habilidades técnicas para reduzir o risco de vida reforça a visão do paciente como um corpo puramente físico. Contudo, para a tentativa de suicídio, a realidade anatomofisiológica da doença não corresponde à vivência psicológica e social daqueles que a sofrem.

No que tange às percepções e vivências de pessoas que sobreviveram à tentativa de suicídio, é preciso investigar acerca do reflexo social, o impacto familiar, as alterações de papéis no trabalho, a avaliação dos serviços de saúde, o acompanhamento por profissionais da saúde mental, o relato da experiência sob a perspectiva do paciente, o que ele diz sobre seu próprio ato, seus sentimentos, conflitos e impressões.

No estudo de Vieira *et al.* (2009) intitulado ‘Amor não correspondido: discursos de adolescentes que tentaram suicídio’, é possível, sob o prisma antropológico, compreender quais valores, moral e conceitos de felicidade e bem-estar cercam a violência autodirigida. “Revelou-se também a inabilidade do profissional de saúde diante desses casos, sendo necessária a ressignificação da práxis” (p. 1825).

Algumas experiências exitosas em espaços municipais têm sido compartilhadas e adaptadas para diferentes realidades. Conte *et al.* (2012) apresentam um Programa de Prevenção do Suicídio (PPS) desenvolvido em um município do sul do Brasil. “O PPS de Candelária representa um programa inovador para a prevenção do suicídio, tanto em termos da originalidade e relevância da proposta quanto em termos do impacto na mortalidade pelo agravo” (p. 2024).

Essas experiências pioneiras geralmente partem da representatividade do suicídio para a região cujos reflexos sociais e para a saúde mental da população são notórios. Estes projetos, classificadamente exitosos somente pela iniciativa, apontam decréscimos nos índices de tentativas e óbitos, à medida que articulam ações na linha da humanização e da gestão.

Outros programas e intervenções vêm sendo propostos com maior frequência nos últimos anos incluindo ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida e a eliminação do estigma em torno do assunto. A maioria das iniciativas está de acordo com os ideais de

promoção da saúde e com as ações delimitadas no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017).

A partir do reconhecimento da família como unidade de cuidado faz-se necessário compreender como esta vivencia a crise suicida, desde as primeiras manifestações de ideação, para ajudá-la e capacitá-la na prevenção e acompanhamento em parceria com os profissionais de saúde.

É fato que os parentes compartilham a falta de sentido pela vida e se questionam acerca da culpa pelo ato, principalmente em casos que o suicídio é tido como inesperado ocorrendo muitas vezes dentro da própria casa. Mas afinal, quais as repercussões do suicídio nos familiares e pessoas próximas?

Investigando sobre o impacto do suicídio em idosos nas famílias, Figueiredo *et al.* (2012) afirmam: “Nesse processo, os profissionais podem contribuir para desfazer mitos sobre o suicídio e reinterpretar vivências, ajudando as pessoas a dar um sentido a seu sofrimento e a desconstruir crenças que geram angústia na família por colocá-la num impasse moral, tal como é instigado por algumas religiões que encaram o suicídio como anátema” (p. 2001).

“O impacto do suicídio na família não se limita a sofrimentos individuais. Ele inclui o sistema familiar e a rede de amigos produzindo rupturas nos laços afetivos e sociais, o que pode provocar o isolamento de pessoas, limitando ou cerceando trocas que seriam fundamentais para o reequilíbrio desse grupo” (MINAYO *et al.*, 2012b, p. 2780).

O cuidado à família do indivíduo que tentou suicídio pode ser construído através de uma linha de apoio emocional, mantendo-a informada e amparada psicologicamente. “Com estas práticas o enfermeiro pode ir além de suas rotinas assistenciais estabelecendo assim um cuidado humanizado a todos os indivíduos participantes deste momento aflitivo, além de ajudar a minimizar o sofrimento e angústia presentes com frequência nestas famílias” (BURIOLA *et al.*, 2011).

Havendo ideias suicidas associadas a transtornos psiquiátricos ou fatores agravantes, paciente e família devem ser acompanhados em tempo integral com a finalidade de prevenir o acesso a meios letais e orientar a convivência (KOHLRAUSCH *et al.*, 2008).

A família também pode ser fator de risco para o suicídio. Convívio mórbido é fator de risco. Estar em constante conflito conjugal e familiar, crises financeiras, exigências morais,

frustração das expectativas dos pais, histórico de depressão e suicídio na família, rejeição e isolamento produz ideação de morte como alívio do sofrimento, já que o refúgio do lar está fragilizado.

A dificuldade no desenvolvimento de uma identidade autônoma no contexto familiar, o diálogo sem compreensão dos envolvidos ocasionando solidão, pouca dimensão de valores, estrutura frágil, baixa funcionalidade, conflitos frequentes, sentimento de culpa, a incapacidade de responder às expectativas dos pais, depressão de outros parentes e perdas afetivas e financeiras são determinantes familiares de comportamento suicida (KRUGER; WERLANG, 2010).

O apoio de equipes multiprofissionais pode converter estes fatores de risco em componentes de prevenção e cuidado. Para tal, a postura dos serviços de saúde e equipes matriciais deve ser pautada na integralidade e ‘vigília’ do grupo familiar até que este esteja plenamente reestabelecido.

Isto só é possível através da construção de dispositivos de ajuda que integram a Rede de Saúde Mental, equipamentos sociais, emergências e Atenção Primária. Estes dispositivos devem ser permeáveis aos problemas pessoais e coletivos e adotar estratégias que mudem as perspectivas de comportamento da angústia existencial para o enfrentamento conjunto dos problemas.

O vínculo profissional-paciente-família-comunidade é determinante para o sucesso terapêutico. Na crise suicida, é preciso que haja um relacionamento saudável entre os parentes para que a dinâmica familiar não adoeça outros membros. Os questionamentos, acusações e a supervalorização ou negação do ato não podem acontecer.

A rotina do grupo não deve mudar a ponto de todos os membros viverem em função do indivíduo com ideação suicida, mas oportunizar momentos de diálogo e valorização da vida nos pequenos atos. A motivação deve ser esclarecida, para que o grupo possa encontrar soluções evitando recaídas e depressão.

Apesar da formação generalista e holística das categorias profissionais em saúde, os obstáculos são muitos para qualificar a assistência no comportamento autolesivo o que requer capacitação e destreza, habilidade para estimular atitudes positivas e estabelecer uma aliança, posto que o instrumento principal no atendimento a esses indivíduos é a fala e a escuta (PLAWECKI; AMRHEIN, 2010; PUNTIL *et al.*, 2013).

A partir destas considerações, afirma-se que esta linha tênue de sentido entre vida e morte precisa ser bem esclarecida nas mentes de cada pessoa e também dos profissionais da saúde para assegurar a entrega mais eficaz e sensível de cuidados aos sobreviventes do suicídio.

As pesquisas ainda tangenciam esta questão e pouco consideram as repercussões do ato na sociedade contemporânea. Portanto, demanda-se por estudos qualitativos, pois o encargo gerado pela tentativa ou autoextermínio tende a provocar adoecimento psíquico nas pessoas de convívio formando um ciclo vicioso.

Como demonstrado, a tentativa de suicídio está, até certo ponto, sendo negligenciada em sua abrangência e impacto social. A política de saúde mental ainda encontra-se fragilizada no que se aproxima do desenvolvimento de atividades preventivas. É preciso buscar achados para identificar lacunas de prática e pesquisa visando fortalecer ações intersetoriais que possam reverter os indicadores.

4.6 REVISÃO INTEGRATIVA

O que conduz a um ato tão extremo? Que motivações e determinações biológicas e sociais associam-se a tentativa de suicídio? O que revelam os casos de Vincent van Gogh, Alberto Santos Dumont, Florbela Espanca, Getulio Vargas e tantos outros? Os questionamentos sobre o percurso suicida tem contexto indefinido e as investigações têm se limitado a alguns aspectos do fenômeno.

Com o intuito de revisar a literatura nacional e reunir os achados mais recentes sobre o tema realizou-se uma Revisão Integrativa nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Este estudo incluiu artigos científicos publicados entre 2005 e 2015 sendo a amostra final composta por 18 produções que foram lidas na íntegra e agrupadas por similaridade de conteúdo constituindo 3 categorias finais apresentadas e discutidas a seguir para melhor fundamentação da análise de dados.

4.6.1 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DE RISCO PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO

A Tentativa de Suicídio (TS) pode estar relacionada a fatores sócio-demográficos diversos, que mudam segundo o contexto cultural, histórico e político. No entanto, a maioria dos estudos abordados identificou maior prevalência de TS em mulheres, adolescentes e jovens, pessoas que vivem sozinhas, desempregados e indivíduos com baixa escolaridade. Considerando que são informações clinicamente úteis, que podem ajudar a identificar extratos de risco nas populações para melhor acompanhamento e avaliação, maior compreensão sobre o tema mostra-se necessária.

A maioria dos artigos converge para a predominância da mulher na TS (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; SANTOS *et al.*, 2009; PIRES *et al.*, 2012; DIEHL; LARANJEIRA, 2009; STEFANELLO *et al.*, 2008). Isto se relaciona ao fato de que os homens demoram a buscar auxílio médico encontrando-se com quadros clínicos mais graves quando chegam ao hospital após autoagressão (SANTOS *et al.*, 2009). Esse achado também revela que o gênero define diferentes apresentações da lesão autoinfligida, mais especificamente nas motivações para o ato, no método utilizado (PIRES *et al.*, 2012; STEFANELLO *et al.*, 2008) e nos transtornos mentais de base (FICHER; VANSAN, 2008).

Quanto à faixa etária, adolescentes e adultos jovens são os que mais tentam suicídio (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; SANTOS *et al.*, 2009). Um estudo realizado com 526 adolescentes entre 15 e 19 anos, residentes em Porto Alegre, revelou que 36% apresentavam ideação suicida (BORGES; WERLANG, 2006). Outro estudo, cujo objetivo foi estimar a proporção de pacientes internados em um hospital geral universitário que se encontravam em risco de cometer suicídio, revelou em uma amostra aleatória de 253 pacientes que 5% apresentavam alto risco de TS, sendo essa estimativa duas vezes maior para adultos jovens com menos de 30 anos (FERREIRA *et al.*, 2007).

A literatura também aponta que o desemprego e o baixo nível socioeconômico incrementam o risco de TS entre indivíduos vulneráveis, como aqueles com história de TS anterior (SANTOS *et al.*, 2009). Assim, pessoas com grau de instrução educacional reduzido e sem ocupação, incluindo as “donas de casa” e os aposentados, tendem a desenvolver o percurso de autoagressão com maior facilidade e mais rapidamente devido à compreensão limitada acerca do tratamento ou a sentimentos de culpa, solidão e inferioridade.

A TS é um grave problema de saúde pública que precisa ser melhor investigado por meio de metodologias adequadas à nossa realidade. Em razão da grande diversidade regional do país, as taxas de suicídio variam de 2 a 16 mortes por 100 mil habitantes (SANTOS *et al.*, 2009) o que impede que um perfil sócio-demográfico nacional possa ser definido.

4.6.2 CONTEXTO PSICOSSOCIAL: TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE BASE E A TENTATIVA DE SUICÍDIO

A TS está fortemente relacionada a um contexto psicossocial de adoecimento anterior, o que inclui convívio com pessoas depressivas ou que já tentaram suicídio, co-morbidades psiquiátricas e uso de crack, álcool e outras drogas psicoativas (FONSECA *et al.*, 2010).

Alguns autores afirmam que, entre todos os transtornos psiquiátricos, a depressão é a que se associa ao suicídio com maior frequência, seja como diagnóstico ou como sintoma (SANTOS *et al.*, 2009; BORGES; WERLANG, 2006). A depressão compõe a corrente do que se denomina suicídio contagioso. Pode-se afirmar que o convívio mórbido, conversar com pessoas que têm ideação de morte, transfere, de certa forma, uma profunda tristeza e reflexão sobre a vida que pode induzir outras pessoas já propensas a se automutilarem.

Por exemplo, um estudo caso-controle identificou três vezes mais episódios depressivos (FONSECA *et al.*, 2010) nos casos do que nos controles. Outro estudo ressaltou que, dentre os 188 adolescentes com ideação suicida incluídos na pesquisa, 100% conheciam alguém que tinha tentado suicídio e 64,4% conheciam alguém que se suicidou (BORGES; WERLANG, 2006).

Além da depressão, o transtorno bipolar de base tem sido referido na literatura como fator de risco para autoagressão, principalmente se o primeiro episódio foi de depressão e não de mania. Em pacientes com ciclagem rápida, a tendência é que em episódios posteriores esses indivíduos tentem o suicídio de maneira mais violenta, a depender das perspectivas genéticas, biológicas e do tratamento (NEVES *et al.*, 2009).

Também foram identificados transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e de personalidade, esquizofrenia, fobias e psicoses diversas em pessoas com história de TS (SANTOS *et al.*, 2009; FICHER; VANSAN, 2008). Uma pesquisa abordou 96 pessoas que tentaram suicídio quanto à prevalência de transtornos mentais nos últimos 12

meses identificando este fator de risco em 71,9% da amostra com divergência na prevalência dessas morbidades em relação à variável sexo (SANTOS *et al.*, 2009).

Outros artigos apresentam dados que indicam TS anterior, histórico familiar de autoagressão e depressão, algum tipo de deficiência física e o uso de medicamentos psicoativos como preditores de risco suicida, inclusive por intoxicação exógena devido à sobredose dos próprios psicotrópicos (SANTOS *et al.*, 2009; FICHER; VANSAN, 2008; FONSECA *et al.*, 2010; WERNECK *et al.*, 2006). Uma pesquisa apresentou a polifarmácia no transtorno bipolar como fator de risco de TS. Dos 169 pacientes incluídos, 5 em cada 6 indivíduos (84%) faziam uso de mais de 1 medicação e 19% estavam usando mais de 3 drogas. Cerca da metade tinha história de TS (GAZALLE *et al.*, 2007).

Embora os dados encontrados considerem distúrbios isolados, em geral, as desordens psiquiátricas tendem a ser comorbidade e casos que satisfazem os critérios de uma única psicopatologia são raros (COÊLHO *et al.*, 2010).

No que concerne ao uso de substâncias psicoativas e à determinação da violência auto infligida, os estudos realizados em diferentes cenários do Brasil corroboram para a existência de uma associação direta entre estes fatores (DIEHL; LARANJEIRA, 2009; LIMA *et al.*, 2010). Uma investigação realizada com 80 pessoas que tentaram suicídio identificou a prevalência de consumo de drogas nas 6 horas anteriores à TS em 28,7% dos casos. A dependência da substância foi identificada em 10% da amostra e, nestes, todos já tinham história de TS anterior (DIEHL; LARANJEIRA, 2009).

Um histórico de violência/abuso de ordem física, psicológica ou sexual, principalmente na infância, também está associado a maiores taxas de transtornos de humor e comportamento suicida na idade adulta. Isso também pode ser associado a níveis mais altos de impulsividade e maiores taxas de comorbidade com transtorno de personalidade, ambos fatores de risco de autoagressão (ABREU *et al.*, 2009; FIGEL; MENEGATTIL; PINHEIRO, 2013).

Assim, torna-se evidente que o contexto psicossocial é determinante para prevenção ou estímulo do comportamento autodestrutivo. No Brasil, mostra-se necessário desenvolver pesquisas que avaliem os transtornos mentais relacionados às TS, com a utilização de dados primários coletados por meio de instrumentos padronizados e validados internacionalmente, capazes de diagnosticar um grande número de transtornos mentais, possibilitando, assim, uma comparação com a literatura internacional (SANTOS *et al.*, 2009).

4.6.3 FATORES DE RISCO E VARIÁVEIS CLÍNICAS ASSOCIADAS À AUTOAGRESSÃO

Uma vez que alguns indivíduos chegam a consumir o suicídio, as consequências desse ato envolvem um tratamento complexo para a família. Grande empenho tem sido dedicado para identificar fatores de risco de tal comportamento, visando desenvolver ações de prevenção mais efetivas (BORGES; WERLANG, 2006).

Os fatores de risco mais comuns de TS apresentados nos estudos incluem frágil estrutura familiar, antecedentes psiquiátricos individuais ou familiares, falta de apoio social, restrição de lazer, falta de apoio espiritual, consumo de drogas, conflitos conjugais, baixa escolaridade e eventos estressantes, sempre associados ao sexo e à intensidade da ideação de morte.

Uma pesquisa que abordou 10 histórias clínicas de TS em adolescentes demonstrou que a maioria deles era proveniente de lares desestruturados, predominantemente por separação dos pais, e que a tentativa ocorreu com maior frequência após discussão com pessoas importantes no núcleo sociofamiliar (FICHER; VANSAN, 2008).

Quanto aos eventos estressantes, estes podem estar relacionados à ausência de apoio social. Estudos têm demonstrado os efeitos deletérios da ausência de suporte em situações estressantes, como a morte de pessoas íntimas, separação conjugal, desemprego ou qualquer mudança nociva no ambiente (FONSECA *et al.*, 2010).

Um estudo de revisão apresentou os fatores de risco mais prevalentes em TS por envenenamento, método que hoje está entre os três mais comuns em casos de autoagressão. Os resultados indicaram que o transtorno psiquiátrico de base é o fator de risco mais relevante nesses episódios (PIRES *et al.*, 2014). Pouco se sabe sobre a interação destes fatores na determinação do comportamento autolesivo que pode mudar com o contexto social e cultural (FIGEL; MENEGATTIL; PINHEIRO, 2013; OLIVEIRA; BEZERRA FILHO; FEITOSA, 2014).

Em relação ao método utilizado, envenenamento ou intoxicação intencional é o mais citado nos estudos e o mais prevalente nas amostras de pesquisa (FICHER; VANSAN, 2008). A substância utilizada varia segundo o sexo, sendo a overdose medicamentosa mais comum entre mulheres e a ingestão de pesticidas e outras substâncias químicas de maior letalidade entre homens (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; FICHER; VANSAN, 2008; FONSECA *et al.*, 2010; WERNECK *et al.*, 2006).

Tendo em vista a prevalência de overdose intencional de medicamentos, os prescritores devem avaliar com maior cautela o estado psíquico e emocional do paciente antes de receitar medicamentos psicoativos, grupo farmacológico mais frequente e com maior risco toxicológico nessa situação (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; WERNECK *et al.*, 2006).

Clinicamente, a natureza transitória dos sintomas, a eficácia da assistência hospitalar e a baixa letalidade do método contribuem para a alta precoce desses pacientes, diminuindo as chances de encaminhamento e seguimento do caso. No entanto, algumas intercorrências decorrentes da hospitalização, como a pneumonite, podem prolongar o tempo de internamento e piorar o prognóstico, além disso, o hospital já é por si próprio um ambiente hostil para quem está vulnerável psicologicamente (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010).

Para efeitos de revisão da literatura, os estudos convergem em seus resultados, porém, ainda carecem de abordagens qualitativas que indiquem os aspectos subjetivos e de cuidado na rede de atenção à saúde mental, principalmente na atenção primária à saúde.

5. RESULTADOS

ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Para compreender a complexidade deste fenômeno, identificar as situações de vulnerabilidade, construir e articular uma rede de vigilância, prevenção e controle da tentativa de suicídio é preciso identificar quais aspectos sócio-demográficos relacionados aos casos podem estar contribuindo ou determinando risco para autoagressão.

Tabela 1: Aspectos sócio-demográficos das pessoas atendidas por tentativa de suicídio na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 (n = 153).

Variáveis	n	%	IC95%
1. Sexo			
Masculino	77	50,3	41,2 – 58,5
Feminino	76	49,7	41,5 – 57,8
2. Idade			
Entre 12 e 21 anos	41	26,8	20,1 – 34,7
Entre 21 e 41 anos	83	54,2	46,0 – 62,2
Entre 41 e 61 anos	25	16,3	11,0 – 23,4
Acima de 61 anos	4	2,6	0,8 – 7,0
3. Estado Civil			
Solteiro	71	46,4	38,4 – 54,6
União Estável	41	26,8	20,1 – 34,6
Casado	39	25,5	18,9 – 33,3
Viúvo	2	1,3	0,2 – 5,1
4. Escolaridade			
Analfabeto	11	7,2	3,8 – 5,1
Ensino Fundamental Incompleto	78	60,0	42,8 – 59,1
Ensino Médio Incompleto	52	34,0	26,6 – 42,1
Ensino Superior	12	7,8	4,3 – 13,6
5. Procedência			
Mesorregião do Noroeste Cearense			
Microrregião de Coreaú	10	6,5	3,3 – 12,0
Microrregião da Ibiapaba	16	10,5	6,3 – 16,7
Microrregião de Ipu	9	5,9	2,9 – 11,2
Microrregião do litoral de Camocim e Acaraú	15	9,8	5,8 – 15,9
Microrregião da Meruoca	3	2,0	0,5 – 6,1
Microrregião de Santa Quitéria	6	3,9	1,6 – 8,7
Microrregião de Sobral	90	58,8	50,6 – 66,6
Outras Mesorregiões do Ceará	4	2,6	0,8 – 7,0
6. Ocupação			
Desempregado	45	29,4	22,5 – 37,4
Autônomo	33	21,6	15,5 – 29,1
Estudante	30	19,6	13,8 – 27,0
Agricultor	16	10,5	6,3 – 16,7
Assalariado	12	7,8	4,3 – 13,6
Outros	12	7,8	4,3 – 13,6
Aposentado	4	2,6	0,8 – 7,0
Ignorado	1	0,6	0,0 – 4,1

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

O perfil identificado nos casos foi de homens ou mulheres adultos jovens com baixo grau de instrução. Quanto à procedência, os municípios de origem dos casos foram agrupados em microrregiões de saúde sob a perspectiva da Rede de Atenção às Urgências do território. O maior número de casos foi em Sobral, sendo 60 da sede e 7 dos distritos.

A tabela 1 mostra que, em correspondência com a baixa escolaridade, as pessoas que tentaram suicídio eram a maioria desempregados, trabalhadores informais ou autônomos, estudantes e agricultores. Os agricultores utilizaram preferencialmente o método da intoxicação exógena ou envenenamento ingerindo produtos de uso agrícola restrito tais como herbicidas e fertilizantes.

Tabela 2: Cruzamento dos casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 por idade e sexo.

Idade (anos)	Masculino (n = 77)			Feminino (n = 76)			Valor p
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
1. 12 -- 21	10	13	6,7 – 23,0	31	40,8	29,8 – 52,7	<0,001*
2. 21 -- 41	44	57,1	45,4 – 68,2	39	51,3	39,6 – 62,8	
3. 41 -- 61	20	26	17,0 – 37,4	5	6,6	2,4 – 15,3	
4. ≥ 61	3	3,9	1,0 – 11,7	1	1,3	0,0 – 8,1	

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

*** Teste de Fisher-Freeman-Halton.**

Cruzando as variáveis idade e sexo, diferenças estatisticamente significantes foram observadas na faixa entre 12 e 21 anos, na qual um número superior de ocorrências de tentativa de suicídio foi observado no sexo feminino, bem como na faixa etária entre 41 e 61 anos, na qual os homens cometeram autoagressão quatro vezes mais que as mulheres (Tabela 2).

CARACTERIZAÇÃO DA TENTATIVA DE SUICÍDIO

A violência autodirigida como questão de saúde pública de etiologia multifatorial pode apresentar diferentes contextos clínicos associados mais especificamente a variáveis individuais como grau de adoecimento mental, cultura de origem, estrutura familiar e história pregressa. No entanto, é possível sinalizar para o coletivo de casos aspectos comuns nesta realidade tais como os principais métodos utilizados, diagnóstico de admissão hospitalar e a evolução clínica.

Tabela 3: Métodos para autoagressão identificados nos casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 de acordo com o sexo.

Método	Masculino (n = 77)			Feminino (n = 76)		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Intoxicação Exógena por Veneno	27	35,1	24,8 – 46,9	19	25,0	16,1 – 36,5
Intoxicação Exógena por Medicamentos	16	20,8	12,7 – 31,8	25	32,9	22,8 – 44,7
Intoxicação Exógena por Ansiolíticos e Antidepressivos	6	7,8	3,2 – 16,8	18	23,7	15,0 – 35,1
Intoxicação Exógena por Domissanitário	5	6,5	2,4 – 15,1	5	6,6	2,4 – 15,3
Ferimentos por Arma Branca	8	10,4	4,9 – 20,0	1	1,3	0,0 – 8,1
Enforcamento	7	9,1	4,0 – 18,4	1	1,3	0,0 – 8,1
Métodos Combinados	4	5,2	1,7 – 13,5	1	1,3	0,0 – 8,1
Intoxicação Exógena por Cosméticos	0	0	0 – 5,9	4	5,2	1,7 – 13,6
Outros	3	3,9	1,0 – 11,7	1	1,3	0,0 – 8,1
Queimadura	1	1,3	0,0 – 8,0	1	1,3	0,0 – 8,1

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

A média de admissões foi de 1,47 casos por semana. O mês com mais registros foi agosto (24) e com menos admissões Janeiro e Junho com 05 casos cada. Destacou-se a Intoxicação Exógena (82,35% da amostra de casos) como método mais utilizado nesta região para TS. A maioria dos casos (30%) ingeriu veneno; entre os compostos citados estão os organofosforados (chumbinho), agrotóxicos diversos, pesticidas e substâncias de fabricação caseira. Também foi identificado uso de medicamentos diversos (26,8%) e ansiolíticos/antidepressivos de uso próprio contínuo do paciente (15,7%) (Tabela 3).

Notou-se prevalência do sexo masculino na escolha de métodos mais agressivos ou letais como o ferimento por arma branca, enforcamento e associações de métodos. Por outro lado, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi observada nas proporções do método utilizado ao se compararem os indivíduos segundo o sexo.

Tabela 4: Diagnóstico de Admissão das pessoas atendidas por tentativa de suicídio na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 de acordo com o sexo.

Diagnóstico de Admissão	Masculino (n = 77)			Feminino (n = 76)			Valor p
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
Ferimento por Arma Branca	8	10,4	4,9 – 20,0	1	1,3	0,0 – 8,1	0,003*
Enforcamento	8	10,4	4,9 – 20,0	1	1,3	0,0 – 8,1	
Intoxicação Exógena	54	70,1	58,4 – 79,7	71	93,4	84,7 – 97,5	
Queimadura	2	2,6	0,4 – 9,9	1	1,3	0,0 – 8,1	
Métodos Mistos	2	2,6	0,4 – 9,9	1	1,3	0,0 – 8,1	
Outros	3	3,9	1,0 – 11,7	1	1,3	0,0 – 8,1	

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

* Teste de Fisher-Freeman-Halton.

Os diagnósticos médicos emitidos na admissão hospitalar conforme registro nas folhas de atendimento e prontuários por vezes não correspondem com os métodos utilizados o que remete a certa dificuldade em identificar e registrar autoagressão. Entretanto, pessoas do sexo feminino foram diagnosticadas com Intoxicação Exógena numa proporção maior.

Para compreender a respeito da autopercepção da pessoa que tentou suicídio enquanto paciente, considerando seu então estado de saúde e comprometimento psicológico, permitiu-se citar mais de um sentimento entre os apresentados no formulário além de outros quaisquer. Angústia, frustração, insegurança, vergonha e fragilidade foram referidas semelhantemente. Em 20 dos 153 casos (13%) o paciente não quis declarar como estava se sentindo, considerando os princípios éticos da pesquisa, ou seja, esteve vulnerável suficiente para não querer apresentar seus pensamentos e reflexões no momento da abordagem.

Quanto à(s) causa(s) atribuída(s) à tentativa de suicídio também foi possível referir mais de uma motivação ou outras quaisquer que não constam no formulário. 15% não quis declarar o motivo com receio da reação de familiares presentes ou porque relembrar o motivo causaria sofrimento. Em 10,5% dos formulários assinalou-se Causa Ignorada por desconhecimento da família ou pela inviabilidade de resposta do paciente.

A principal causa referida foi o Conflito Amoroso (31,4%) seguida dos Conflitos Familiares (26,8%) e Eventos Estressantes (16,3%). Em 11,8% dos casos, a Depressão foi relatada como causa mais relacionada aos sintomas do que ao fato de ter a doença. Somente 5,2% relacionou a dependência de substâncias psicoativas como causa; dado interessante considerando que 30,0% dos casos afirmou fazer uso abusivo ou ser dependente de crack, álcool e/ou outras drogas.

Tabela 5: Evolução dos casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 de acordo com o sexo do paciente.

Evolução	Masculino (n = 77)			Feminino (n = 76)		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Cura	2	2,6	0,4 – 9,9	2	2,6	0,4 – 10,0
Alta Melhorada	43	55,8	44,1 – 67,0	42	55,2	43,5 – 66,5
Sequela	2	2,6	0,4 – 9,9	1	1,3	0,0 – 8,1
Óbito	4	5,2	1,7 – 13,5	4	5,3	1,7 – 13,6
Outros	7	9,1	4,0 – 18,4	15	19,7	11,8 – 30,8
Transferido para outro setor	19	24,7	15,9 – 36,0	12	15,8	8,8 – 26,3

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

Na evolução dos casos (Tabela 5) identifica-se que 55,55% dos casos evoluíram bem com melhora clínica e alta hospitalar. Os 8 óbitos registrados ainda no setor de emergência variam não com diagnóstico ou sexo, mas em geral com o grau de exposição e letalidade do método além do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento. Não foi identificada diferença estatística nas proporções de evolução clínica por sexo dos pacientes.

É importante ressaltar que 4 pacientes solicitaram alta mediante termo de responsabilidade assinado pelo familiar não finalizando o ciclo de cuidado e encaminhamento na Rede que, por vezes, já é falho neste seguimento; 5 pacientes fugiram do serviço, constando como evasão no sistema hospitalar; 6 foram transferidos para leito de internação psiquiátrica em hospital geral; 3 pacientes foram encaminhados para centros especializados de maior complexidade em decorrência de lesões incapacitantes graves por queimaduras ou comprometimento vascular; 31 foram transferidos para outros setores inclusive centro cirúrgico, maternidade e leito de terapia intensiva com evolução indefinida.

Houve uma distribuição equitativa quanto à ocorrência de TS nos dias da semana. Foi identificado discreto aumento das ocorrências no turno da manhã (38,6%).

ANÁLISE COMPARATIVA DE CASOS E CONTROLES

Os controles guardaram a mesma proporção de sexo e idade como critérios de pareamento para os casos. A maioria dos controles também referiu estar solteiro (52,3%) e a baixa escolaridade se manteve inclusive na porcentagem de analfabetos maior (10,4%) que no grupo Caso. Quanto à ocupação, os controles demonstraram-se mais estáveis social e financeiramente sendo 21% assalariado, 19,6% agricultores, 15% desempregado e 13% estudante.

Com relação aos fatores de risco, 19,6% dos controles (n=30) referiu uso abusivo de drogas psicoativas sendo a maioria adultos jovens do sexo masculino; 15% (n=23) tem histórico familiar de suicídio; 7,8% referiram transtorno psíquico (n=12); 5,9% já tentou suicídio pelo menos uma vez (n=9). Quanto ao fator protetor, 16,3% dos controles referiram não desenvolver atividades de lazer.

Tabela 6: Análise dos fatores de risco para tentativa de suicídio em pessoas atendidas em unidade de emergência. Sobral, 2015.

Caso	Controle		Estatísticas
	Sim	Não	
1. Apoio social			p = 0,082
Sim	21	25	OR = 0,625
Não	40	67	IC95%: 0,349 – 1,043
2. Lazer			p < 0,001
Sim	71	12	OR = 0,211
Não	57	13	IC95%: 0,084 – 0,371
3. Uso abusivo/dependência de drogas			p = 0,030
Sim	14	32	OR = 2,000
Não	16	91	IC95%: 1,096 – 4,275
4. Religião			p = 0,416
Sim	53	33	OR = 0,805
Não	41	26	IC95%: 0,484 – 1,304
5. Tentativa anterior de suicídio			p < 0,001
Sim	1	58	OR = 7,250
Não	8	86	IC95%: 3,819 – 27,656
6. Histórico familiar de suicídio			p = 0,022
Sim	7	33	OR = 2,062
Não	16	97	IC95%: 1,137 – 4,405
7. Portador de transtorno psíquico			p < 0,001
Sim	7	50	OR = 10,000
Não	5	91	IC95%: 4,683 – 170,157

Fonte: Formulários equivalentes a casos e controles coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

Identificou-se que, apesar das evidências de proteção, as variáveis ‘ter apoio social’ (p=0,082) e ‘denominar-se/participar de uma religião/prática de apoio espiritual’ (p=0,416) não obtiveram significância estatística. A prática de atividades de lazer (individual, em família ou comunidade) demonstrou-se fator protetor diminuindo em aproximadamente 80% a chance de TS (OR=0,211). Uso abusivo/dependência de drogas e histórico familiar de suicídio dobraram as chances de TS (OR=2,000 e OR = 2,062 respectivamente). Ter pelo menos uma tentativa de suicídio anterior aumentou o risco em sete vezes mais para o episódio atual de autoagressão. Ser portador de algum portador de transtorno psíquico elevou em 10 vezes o risco para TS. Os fatores ‘Tentativa anterior de suicídio’ e ‘Portador de transtorno psíquico’ apresentaram intervalos de confiança muito amplos oscilando em aproximadamente 4 e 17 vezes mais a estimativa de risco encontrada.

Durante a coleta, dois pacientes foram readmitidos na unidade por novo episódio de TS. 57 pacientes não foram incluídos na pesquisa (07 por óbito nas primeiras duas horas, 10 recusaram-se a participar e 40 tiveram permanência inferior a 12 horas na unidade).

FATORES DE RISCO PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO: ANÁLISE DOS CASOS

Os fatores de vulnerabilidade e de proteção que cercam este fenômeno estão entre os aspectos mais difíceis de identificar e compreender na TS. No entanto, é essencial partir da definição de um cenário de risco para planejar intervenções que minimizem o problema envolvendo profissionais de saúde e demais setores que direta ou indiretamente são capazes de intervir nesse processo de crise vivido pela pessoa/família. Neste ponto serão apresentados os fatores que representam risco para autoagressão cruzando os dados por idade e sexo.

Tabela 7: Uso abusivo de drogas entre casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 por idade e sexo.

Idade	Masculino		Feminino		Estatísticas
	Sim	Não	Sim	Não	
1. Entre 12 e 21 anos	6	4	4	27	p = 0,006 ¹ OR = 9,34 IC95%: 1,50 – 71,21
2. Entre 21 e 41 anos	20	24	8	31	p = 0,030 ² OR = 3,18 IC95%: 1,11 – 9,90
3. Entre 41 e 61 anos	6	14	1	4	p = 1,000 ¹ OR = 1,68 IC95%: 0,12 – 98,24
4. Acima de 61 anos	1	2	0	1	p = 1,000 ¹ OR = Inf. IC95%: 0,01 – Inf.
Total	33	44	13	63	p < 0,001 ² OR = 3,60 IC95%: 1,63 – 8,36

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

1 – Teste exato de Fisher; 2 – Teste de Qui-quadrado.

Em 30,0% dos casos foi identificado uso abusivo/dependência de crack, álcool e outras drogas. Destes 30%, o adulto jovem usa mais (60,9%) e a maioria é homem (71,7%).

A Tabela 8 apresenta o cruzamento dos casos de tentativa de suicídio por idade, sexo e ocorrência de tentativa de suicídio anterior. A diferença mais significativa esta na faixa etária entre 12 e 21 anos onde as mulheres detiveram uma prevalência 10x maior de episódio de autoagressão anterior.

Tabela 8: Tentativa de suicídio anterior reportados por pacientes atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 por tentativa de suicídio de acordo com idade e sexo.

Idade	Masculino		Feminino		Estatísticas
	Sim	Não	Sim	Não	
1. Entre 12 e 21 anos	1	9	10	21	p = 0,238 ¹ OR = 0,24 IC95%: 0,00 – 2,19
2. Entre 21 e 41 anos	17	27	16	23	p = 1,000 ² OR = 0,91 IC95%: 0,34 – 2,39
3. Entre 41 e 61 anos	9	11	4	1	p = 0,322 ¹ OR = 0,22 IC95%: 0,00 – 2,72
4. Acima de 61 anos	2	1	0	1	p = 1,000 ¹ OR = Inf. IC95%: 0,02 – Inf.
Total	29	48	30	46	p = 0,949 ² OR = 0,93 IC95%: 0,46 – 1,87

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral. 1 – Teste exato de Fisher; 2 – Teste de Qui-quadrado.

Identifica-se que 38,6% da amostra tinha história de TS anterior. Proporcionalmente, o adulto e o idoso tem prevalência maior que 50 % deste fator de risco (52 e 50%). Homens e mulheres apresentaram proporção aproximada; 39,47% das mulheres e 37,7% dos homens tentaram anteriormente.

Tabela 9: Histórico familiar de suicídio entre casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 por idade e sexo.

Idade	Masculino		Feminino		Estatísticas
	Sim	Não	Sim	Não	
1. Entre 12 e 21 anos	3	7	10	21	p = 1,000 ¹ OR = 0,90 IC95%: 0,12 – 5,10
2. Entre 21 e 41 anos	15	29	5	34	p = 0,045 ² OR = 3,46 IC95%: 1,03 – 13,7
3. Entre 41 e 61 anos	4	16	2	3	p = 0,562 ¹ OR = 0,39 IC95%: 0,03 – 6,18
4. Acima de 61 anos	1	2	0	1	p = 1,000 ¹ OR = Inf. IC95%: 0,00 – Inf.
Total	23	54	17	59	p = 0,383 ² OR = 1,47 IC95%: 0,67 – 3,28

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

1 – Teste exato de Fisher; 2 – Teste de Qui-quadrado.

O Histórico Familiar de Suicídio está presente em 26,1% dos casos sendo mais frequente entre homens adultos. Um total de 29,9% dos homens e 22,4% das mulheres tem este fator presente o que pode sugerir que no sexo masculino esta variável se manifeste mais fortemente na determinação de autoagressão. Proporcionalmente a faixa de idade com maior prevalência de historia de TS na família é entre 12 e 21 anos (31,7%). Por outro lado, a faixa etária de adultos jovens (entre 21 e 41 anos) apresentou diferença estatisticamente significativa, na qual homens que tentaram suicídio apresentaram uma chance três vezes maior que mulheres ($p = 0,045$) desta faixa etária de relatarem histórico familiar de suicídio.

Tabela 10: Presença de transtorno mental de base entre dos casos de tentativa de suicídio atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015 de acordo com idade e sexo.

Idade	Masculino		Feminino		Estatísticas
	Sim	Não	Sim	Não	
1. Entre 12 e 21 anos	0	10	10	21	$p = 0,084^1$ OR = 0,00 IC95%: 0,00 – 1,19
2. Entre 21 e 41 anos	16	28	18	21	$p = 0,495^2$ OR = 0,67 IC95%: 0,25 – 1,76
3. Entre 41 e 61 anos	9	11	3	2	$p = 0,645^1$ OR = 0,56 IC95%: 0,04 – 6,04
4. Acima de 61 anos	1	2	0	1	$p = 1,000^1$ OR = Inf. IC95%: 0,00 – Inf.
Total	26	51	31	45	$p = 0,465^2$ OR = 0,74 IC95%: 0,36 – 1,50

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

1 – Teste exato de Fisher; 2 – Teste de Qui-quadrado.

A Tabela 10 apresenta o cruzamento dos casos de tentativa de suicídio por idade, sexo e transtorno mental de base (37,2%). Os resultados indicam que quantitativamente os adultos possuem maior prevalência deste fator de risco, sendo a maioria do sexo feminino entre 21 e 41 anos. As mulheres de maneira geral têm esse diagnóstico melhor definido (20,3%). Não foram identificados relatos em adolescentes do sexo masculino.

ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO: ANÁLISE DOS CASOS

Neste tópico apresenta-se a associação dos fatores de risco no grupo de Casos buscando evidenciar uma possível relação de determinação causal sobre a autoagressão quando está presente mais de uma destas variáveis. Os cruzamentos (Tabela 11) partem do fator de risco mais prevalente na amostra, a tentativa de suicídio anterior (38,6%), corroborando com o descrito na literatura nacional.

Tabela 11: Relação entre a tentativa anterior de suicídio com outros fatores de risco para suicídio entre casos atendidos na emergência adulta da Santa Casa de Sobral entre 2013 e 2015.

Outros fatores de risco	Tentativa de Suicídio Anterior		Estatísticas
	Sim	Não	
1. Portador de Transtorno Psíquico			p = 0,003 ¹
Sim	31	26	OR = 2,87
Não	28	68	IC95%: 1,38 – 6,06
2. Histórico Familiar de Suicídio			p = 1,000 ¹
Sim	15	25	OR = 0,94
Não	44	69	IC95%: 0,41 – 2,09
3. Uso abusivo/dependência de drogas			p = 0,317 ¹
Sim	21	25	OR = 1,52
Não	38	69	IC95%: 0,71 – 3,26

Fonte: Formulários equivalentes aos casos coletados entre 2013 e 2015 na emergência adulta da Santa Casa de Sobral.

1 – Teste de Qui-quadrado.

Destaca-se que 20,26% dos casos tentaram suicídio anteriormente e tinham transtorno mental de base mostrando forte associação entre estes fatores de risco com um aumento aproximado de três vezes mais chance de tentativa anterior de suicídio entre pessoas diagnosticadas com transtorno psíquico.

6. DISCUSSÃO

O suicídio é um fenômeno em ascensão no mundo e no Brasil. O contexto histórico e político de corrupções, miséria, desigualdade social, violência, conflitos militares, preconceito, instabilidade de valores, surgimento de doenças entre outras mazelas vem progressivamente substituindo a fé e a esperança das pessoas em dias melhores por uma carga de sofrimento psíquico cada vez maior. Assim, o homem contemporâneo encontra mais motivos para desistir da vida do que para enfrenta-la o que exige suporte social e dos serviços de saúde, visto ser uma realidade difícil de reverter e que afeta a todos indistintamente.

O perfil sócio-demográfico identificado para TS apontou que estatisticamente homens e mulheres tentaram suicídio na mesma proporção. Este dado sinaliza uma possível mudança de padrões epidemiológicos nesta região, visto que a literatura aponta o predomínio de mulheres na TS (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; SANTOS *et al.*, 2009; PIRES *et al.*, 2012; DIEHL; LARANJEIRA, 2009; STEFANELLO *et al.*, 2008), ou pode sugerir também que os fatores de risco nesta realidade estejam afetando de forma mais direta o sexo masculino. No Ceará, em 2012, foram registradas 352 internações por lesões autoprovocadas sendo 238 em homens e 114 em mulheres o que já demonstra esta transição (RIPSA, 2012).

Apesar da amostra de adolescentes ter sido representativa, o adulto jovem com baixo grau de instrução foi predominante no grupo Caso. Esta informação remete à ocupação de cada uma das pessoas atendidas por TS, a maioria desassistida socialmente sem emprego fixo ou recursos trabalhistas garantidos. O estudo de Bezerra Filho *et al.* (2012) aponta que ter um rendimento nominal de até um salário mínimo por pessoa na família obteve significância estatística como fator fortemente associado ao suicídio.

Assim, propõe-se que as políticas de seguridade social e capacitação para o trabalho sejam incentivadas nesta região, bem como outras ações intersetoriais que compõem o conjunto de estratégias de impacto sobre os determinantes da saúde mental que refletem na morbidade de ideação e tentativa de suicídio.

Houve similaridade nos padrões de TS tanto para pessoas que vivem sozinhas quanto para as que estão em uma união estável/casamento. Apesar de a solidão ser apontada como contexto inapropriado para quem tem ideias de morte (BOTEGA *et al.*, 2009), na realidade investigada a autoagressão se associou boa parte a conflitos interpessoais e amorosos vividos nos relacionamentos.

Um estudo caso-controle de Harrison *et al.* (2010) realizado com idosos concluiu que, ao contrário do que se pensa, as dificuldades nas relações interpessoais, hostilidade e conflitos predis põem mais ao suicídio do que propriamente a solidão.

Os resultados também permitem concluir que as mulheres tentam suicídio cada vez mais cedo e homens cada vez mais tarde. O estudo de Avanci, Pedrão e Costa Júnior (2005) com adolescentes internados por TS mostrou que 77,8% dos casos pertenciam ao sexo feminino. Na pesquisa realizada por Bella, Fernández e Willington (2010) com adolescentes argentinos na mesma situação, 56,1% da amostra também era do sexo feminino o que corrobora com os resultados encontrados.

Sobre a procedência dos casos, 58,8% (n=90) reside na microrregião de Sobral; destes 67 pertencem à cidade de Sobral e seus distritos. Esta informação pode estar relacionada à proximidade geográfica com o hospital de referência que pode facilitar os encaminhamentos, transporte e acesso ao serviço. A densidade demográfica desta microrregião é a maior entre as demais pertencentes à Mesorregião do Noroeste Cearense o que quantitativamente também pode justificar os dados.

No entanto, existe a possibilidade de que, de fato, a microrregião de Sobral tenha proporcionalmente mais casos de TS que as demais do norte cearense. Aqui, cabe destacar a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral que está entre as mais sólidas do país; pioneira na instalação de serviços substitutivos requeridos pela Reforma Psiquiátrica e na implantação de núcleos multiprofissionais de apoio e matriciamento. A Política Municipal de Saúde Mental (1999) permanece reestruturando-se em pontos ainda frágeis como a prevenção ao suicídio (Portaria 107/2007), mas já assiste pessoas em situações de risco para violência autoinfligida (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007).

Como os dados refletem a necessidade de intervir mais urgentemente na cidade de Sobral, questiona-se por que a Política Municipal de Prevenção ao Suicídio continua com espectro de ação tão restrito. Em que avançamos nos oitos anos de vigência da Portaria que já apresentava em seu artigo primeiro o suicídio como um problema de saúde pública? Até que ponto os estudos e a vigilância em saúde têm refletido de fato num seguimento mais apropriado a pessoas com histórico de tentativa de suicídio? Como as equipes de Estratégia Saúde da Família compreendem esta questão?

O fato de analisar um agrupamento de municípios próximos com distribuição semelhante do agravo pode ser um aspecto espacial do fenômeno como afirmam Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Júnior (2011): “maior demanda é que existe um “efeito contágio” espacial para o suicídio, ou seja, as taxas de suicídio dos vizinhos de uma microrregião são importantes determinantes do comportamento dessa variável em outra microrregião” (p. 281). No que se pode inferir que a procedência de cada caso deve ser considerada, pois a distribuição da assistência na rede de urgência e de saúde mental, bem como o contexto específico de cada território pode favorecer a busca pelo serviço, a notificação e o acompanhamento.

Os resultados podem sugerir um perfil sócio-demográfico inconcluso ou variado para representar a região, mas permite examinar como a composição, características e recursos de uma área modelam este desfecho.

A partir destes apontamentos é possível repensar as atitudes, ações e políticas direcionadas ao suicídio visando principalmente fortalecer a rede de vigilância e controle da comercialização e disponibilidade de meios, bem como dos registros e notificações das pessoas atendidas por autoagressão. É plausível inferir que estas informações colhidas de sobreviventes podem prevenir novos casos ou readmissões.

O método mais utilizado foi a Intoxicação Exógena. Vários estudos reconhecem o uso crescente de agentes tóxicos como “armas” para provocar dano a si próprio (DAMAS; ZANNIN; SERRANO, 2009). O motivo pode estar relacionado à dificuldade de acesso a meios mais letais como a arma de fogo ou mesmo ao temor de sofrer antes da morte principalmente em indivíduos que cometem TS pela primeira vez.

Um estudo realizado por Oliveira *et al.* (2015) analisou as notificações intra-hospitalares por tentativa de suicídio por intoxicação exógena na Santa Casa de Misericórdia de Sobral entre o ano de 2013 e 2014 e concluiu que “a incidência considerada elevada, se comparada a outras regiões do país, apresenta o caráter emergencial destas ações diante da exposição facilitada a tóxicos, as taxas crescentes de notificações e os altos índices em adolescentes do sexo feminino” (p. 2508).

O predomínio da Intoxicação como método para TS também pode justificar-se pela baixa letalidade dos tóxicos utilizados preferencialmente pelas mulheres enquanto os homens escolheram métodos mais agressivos o que demonstra, conforme a literatura, maior grau de automutilação e ideação de morte para o gênero (DAMAS; ZANNIN; SERRANO, 2009).

A utilização elevada de venenos pode-se associar à cultura rural de muitos municípios circunvizinhos que utilizam a agricultura como fonte de renda e subsistência. Assim, a disponibilidade de compostos e a comercialização indiscriminada de praguicidas e produtos veterinários principalmente a base de carbamatos e organofosforados determinam a ingestão destas toxinas como meio de autoextermínio. Kong e Zhang (2010) realizaram um estudo caso-controle na China identificando a relação dos pesticidas com o suicídio numa comunidade rural. Dos 370 suicídios incluídos, 245 (66,2 %) morreram pela ingestão de um pesticida, 50,4 % tinham um pesticida em casa, 22,6% tinha mais de dois pesticidas em casa entre herbicida, inseticida, bactericida e raticida. Assim, torna-se mandatário educar o

público em geral sobre o risco de suicídio por ingestão de venenos armazenados nos domicílios, principalmente nas comunidades rurais e em grupos de risco.

As intoxicações por medicamentos, inclusive ansiolíticos e antidepressivos, chamaram atenção para um possível padrão de automedicação e prescrição indiscriminada de fármacos na região. Este método tem bastante significância clínica à medida que a sobredose gera efeitos sistêmicos em longo prazo exigindo quase sempre internação hospitalar. De acordo com o SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas), só no Nordeste foram registradas 637 tentativas de suicídio por ingestão de medicamentos em 2012 (SINITOX, 2012).

Erlangsen e Conwell (2014) realizaram um estudo de coorte para avaliar a proporção de idosos que morreram por suicídio que tinham prescrição recente de antidepressivos. Foi identificada uma crescente lacuna entre prevalência estimada de depressão e a taxa de prescrição de antidepressivos para a amostra.

Nesta discussão, não cabe o mérito de julgar apropriada ou não a prescrição de ansiolíticos e outras medicações psicoativas inclusive por médicos generalistas que atuam na atenção primária, mas inferir que a grosso modo deve haver um controle mais rígido sobre o uso destes fármacos, a renovação de receitas sem reavaliação psicológica e das condições gerais do paciente e da família. Esta medicalização da saúde mental tem raízes no modelo anterior à Reforma, na cultura mercantilista da saúde e muitas vezes no senso dos próprios profissionais. Uma alternativa de mudança é entregar psicofármacos em doses limitadas até um retorno previamente agendado, além de educação permanente sobre o tema tanto na ESF como nos CAPS.

Com relação ao método de escolha não foram identificadas características tão diversas a ponto de determinar padrões distintos de violência autodirigida nos homens e nas mulheres, mas as especificações devem ser consideradas no planejamento de ações na Rede de Saúde Mental.

Quanto aos diagnósticos de internação incongruentes, remete-se esta como causa base para subnotificação de casos. A dificuldade de registrar diagnósticos conforme CID-10 para lesões autoprovocadas interfere no dimensionamento do problema uma vez que a coleta de dados epidemiológicos se fundamenta em atestados de óbito, sistemas de notificação intra-hospitalares e ambulatoriais que podem conter falhas, pois dependem da interpretação subjetiva do profissional que os preenche. Somada à dificuldade de identificar o

acontecimento como acidental ou intencional estão as questões burocráticas, éticas, sociais e legais que envolvem cada caso. Esta informação dispara a necessidade de educação permanente em todos os pontos de atenção que possam receber pessoas por violência autodirigida.

No campo da mobilização popular não houve nenhum movimento recente de conscientização na região que pudesse envolver os atores em saúde e a comunidade no alerta sobre o problema. Além disso, as mudanças na formação caminham lentamente e repercutem em longo prazo nesta realidade que demanda intervenções urgentes.

Sobre os sentimentos mais referidos: angústia, frustração, insegurança, vergonha e fragilidade, ainda que difíceis de definir ou expressar, representam, no que tange a subjetividade dos pacientes, o restrito campo qualitativo da pesquisa que perpassa as informações epidemiológicas como é pertinente nos estudos que tratam deste tema.

A pesquisa de Daolio e Silva (2009) abordou uma sub-amostra de pessoas que cometeram TS sobre as representações sociais, significados e motivações para o ato. “Sofrimento”, “Fuga” e “Desespero” foram relatados na maior parte das entrevistas.

“Seja qual for o problema que levou o indivíduo ao ato suicida, normalmente existe uma tríade de sentimentos envolvidos: desesperança, desamparo e desespero. O suicida também experimenta, em geral, três estados: ambivalência, rigidez de raciocínio e impulsividade” (DAMAS; ZANNIN; SERRANO, 2009).

Cada um destes sentimentos esteve associado nas entrevistas com a manutenção da ideiação de morte ou da motivação, o medo do estigma e dos problemas decorrentes da autoagressão para si e para os familiares.

O lar, a família, inclusive, foi cenário da TS em grande parte dos casos além de ser a segunda motivação mais referida para autoagressão (26,8%). Muitas vezes o ato violento é cometido de forma impulsiva numa discussão amorosa ou familiar. Neste contexto, a TS se apresenta como via para atingir o outro e a si mesmo de maneira que o sofrimento psíquico não seja reconhecido como individual, mas de uma relação em particular.

Em concordância, Bella, Fernández e Willington (2010) identificaram que famílias monoparentais, relações de alto risco envolvendo pais e mães e mudanças na estrutura e funcionamento familiar são fatores de extremo risco para o suicídio infanto-juvenil. Outros estudos também trazem resultados semelhantes (REYES; MIRANDA, 2001; LÓPEZ; VÁZQUEZ, 2010).

Nestes determinantes, questionamos: Há alguma ação ou proposta para intervenção da Estratégia Saúde da Família? Algum instrumento de captação de risco ou protocolos de acompanhamento? A partir dos apontamentos, acredita-se que a Atenção Primária vem visualizando a saúde mental e a tentativa de suicídio não como uma linha horizontal, um cuidado longitudinal que perpassa todos os demais, mas como uma linha vertical, paralela aos programas e metas, ou seja, algo que não pertence, mas que só tangencia o ser e o fazer.

Na perspectiva do estudo, discutir sobre o número de óbitos registrados remete a ineficiência das ações de prevenção e ao fator de impacto que estas variáveis de risco exercem sobre a população. Dos 153 casos, 8 evoluíram para óbito ainda no setor de emergência mais relacionado à exposição/letalidade do método e tempo decorrido até o atendimento do que propriamente à assistência hospitalar ou complicações clínicas decorrentes da internação.

Considera-se também que sete casos não foram incluídos na pesquisa por tratar-se de admissão seguida de óbito inviabilizando a abordagem às famílias e o preenchimento do instrumento. Além disso, nos casos em que o paciente foi transferido, o seguimento foi perdido podendo o número de óbitos ser ainda mais representativo dentro da amostra e da população. Independentemente deste quantitativo, se um estudo observacional fosse realizado hoje para descrever a abordagem dentro da Rede de Saúde Mental às famílias destas pessoas que morreram por suicídio, que achados teríamos? Enquanto comunidade, apoiadores da pesquisa, componentes da Rede, o que temos feito para modificar tal realidade?

Em 2011, foram registrados no Ceará 553 óbitos por suicídio sendo 449 em homens e 104 em mulheres; a maioria adulta jovem na faixa de 30 a 39 anos (RIPSA, 2012). Neste estudo não houve diferença estatística com relação à ocorrência de óbito e o sexo dos pacientes.

A partir desta análise, infere-se que reconhecer os fatores relacionados à TS permite capacitar para lidar com o problema gerando desfechos favoráveis. Entretanto, muita ênfase se dá ao estudo dos determinantes de risco em detrimento dos aspectos que podem proteger ou diminuir as chances de autoagressão como conviver com crianças, ter acesso a serviços de saúde e oportunidades para a prática de lazer. Isto se deve ao fato de que essa proteção é específica para cada conjuntura; a atividade de lazer, por exemplo, satisfaz a cada um de um modo diferente. Não é possível interferir na maneira como famílias e comunidades conduzem estes aspectos e no que pode ser considerado como fator protetor para cada caso.

Por outro lado, a discussão sobre as situações de risco é crescente. Essas situações não são determinantes para a TS, mas podem interagir e contribuir para a sua ocorrência quando existe sofrimento psíquico intenso. Ou seja, o risco por si só não determina a autoagressão, mas um constructo circunstancial é que desencadeia o ato.

No que se refere ao abuso ou dependência de drogas, vários autores apresentam o álcool como a substância mais fortemente associada à TS; seja como motivação (ter essa dependência atribui sentido negativo à vida) ou como estimulante (a ideação de morte é impulsionada pelo efeito do álcool) (BRANAS *et al.*, 2011; VÁSQUEZ *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2010). Ocampo, Bojórquez e Cortés (2009) encontraram resultados semelhantes no México, além do fato de que tanto a abstinência quanto a intoxicação por álcool exercem forte influência sobre a conduta autodestrutiva principalmente quando o indivíduo é usuário de múltiplas substâncias.

Para esta população, os resultados evidenciaram que o uso de drogas pelo adolescente pode elevar em até nove vezes o risco para TS e que este risco está bem mais presente no sexo masculino o que corrobora com o disposto na literatura nacional e internacional.

Outra variável considerada de risco é a tentativa de suicídio anterior. É consenso entre os pesquisadores que a pessoa que já vivenciou a experiência de se machucar vê seus problemas aumentarem após o episódio e começa a visualizar outras alternativas mais letais para cometer o suicídio. Predispõe-se que todo contexto de risco que já desencadeou uma autoagressão se mantém e, caso não haja intervenção, poderá incorrer novamente.

Nesta pesquisa, homens e mulheres apresentaram proporção aproximada para TS anterior totalizando 38,6% da amostra total. Os adolescentes detiveram um número dez vezes maior deste fator nas mulheres e os adultos responderam pelo maior número de casos com este histórico individual. Algo preocupante segundo Vidal, Gontijo e Lima (2013) que analisaram uma coorte retrospectiva em Minas Gerais e identificaram 807 tentativas de suicídio em 6 anos das quais 12 evoluíram para óbito por suicídio a maioria em menos de 24 meses após o episódio anterior.

Sobre o histórico familiar de TS, este prediz que o convívio com pessoas que tem ideação de morte é prejudicial e também sugere que a herança genética tenha influência sobre o comportamento autodestrutivo. Estudos pioneiros de associação do genoma com a TS ainda não identificaram variantes específicas, mas já sinalizam a presença de fatores que relacionam

a violência autodirigida como expressão/fenótipo familiar em conjunto com aspectos ambientais (MULLINS *et al.*, 2014; OMRANI *et al.*, 2012).

Lu *et al.* (2011) estudaram 680 adolescentes que tentaram suicídio sobre a história familiar; 12 deles tinham pais que morreram por suicídio revelando evidências fortes de que até a escolha do método tende a ser mesma nesses núcleos familiares. Na amostra deste estudo o sexo masculino e o adolescente foram os mais afetados por esta variável.

A partir da caracterização dos casos, concluiu-se também que a TS é tratável, já que boa parte das pessoas que cometem autoagressão possuem transtornos psíquicos de base inadequadamente diagnosticados e/ou tratados tais como a Esquizofrenia, os transtorno de humor, de personalidade e a Depressão.

Um estudo de coorte prospectiva avaliou 1112 adolescentes escolares. Aqueles que relataram psicopatologia e sintomas psicóticos tinham quase 70 vezes maior probabilidade de tentativas de suicídio que os demais (KELLEHER *et al.*, 2013). Isto implica que a avaliação clínica deve ser mais cuidadosa em serviços de saúde mental quanto às manifestações de ideação de morte e risco de violência direcionada a si mesmo.

Dentre os transtornos psíquicos mais referidos está a Depressão. “A associação entre o quadro clínico de Depressão Maior e comportamento suicida tem sido largamente descrita. Tais achados parecem ser confirmados em diferentes desenhos metodológicos e em distintas populações” (CHACHAMOVICH *et al.*, 2009). Assim, a abordagem adequada de pessoas acometidas por transtornos mentais, notadamente depressão, em serviços gerais de saúde parece ser a forma mais efetiva de prevenir o suicídio (TRIVEDI *et al.*, 2013; CHACHAMOVICH *et al.*, 2009).

Outro estudo caso-controle identificou variáveis ligadas à ideação suicida na cidade de Campinas, São Paulo, e concluiu que esta se mostrou consistentemente integrada a sintomas depressivos, principalmente falta de energia e humor deprimido (SILVA *et al.*, 2006).

Chan, Shamsul e Maniam (2014) analisaram a interação de preditores clínicos e sociais com a tentativa de suicídio em sessenta e seis pacientes internados com transtornos depressivos. Um quinto dos pacientes tentou suicídio dentro de um ano sendo que 83% destes já tinham pelo menos uma tentativa anterior.

Nesta investigação, 20,26% da amostra de casos tentaram suicídio anteriormente e tinham desordem mental de base mostrando forte associação entre estes fatores de risco com

um aumento aproximado de três vezes mais chance das pessoas diagnosticadas com transtorno psíquico também referirem TS anterior.

O Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio de Candelária (Conte *et al.*, 2012) demonstra como um município pode abordar estes múltiplos determinantes na busca por reduzir a morbidade por violência autodirigida. O estudo das experiências exitosas pode contribuir com a realidade local adequando as proposições gerais ao território. Publicações como ‘Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram’ (Moura *et al.*, 2011) e ‘Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção. Um desafio para o SUS’ (Quental, 2008) podem facilitar a reflexão de núcleos de gestão em saúde para literalmente mudar o cenário da TS.

Estatisticamente não podemos inferir que estas proporções de risco sejam reais para toda a população, mas os resultados direcionam para um caminho inclusive no que tange aos fatores que são mais prevalentes dentro de cada grupo etário.

Respondendo ao objetivo principal de analisar a associação de fatores considerados de risco com a tentativa de suicídio na microrregião de Sobral e mesorregião Noroeste do Ceará, as estatísticas de risco obtidas após pareamento e análise das informações de casos e controles são alarmantes.

Os resultados são consistentes para definir exclusivamente para o grupo Caso: uso abusivo/dependência de drogas em 21% das associações, tentativa anterior de autoextermínio em 38%, histórico familiar de TS em 21,6% e portar uma psicopatologia em 32,7%.

Dentro todas as variáveis investigadas, a ‘TS anterior’ e ‘ser portador de uma desordem mental’ mostraram-se com maior poder de impacto nesta região definindo como estratégia de prevenção urgente fortalecer a Rede de Saúde Mental e os serviços de saúde em geral para delimitar fluxos de cuidado e capacitar para o adequado diagnóstico, tratamento precoce e monitoramento do comportamento autolesivo.

Apesar da possibilidade de delimitar estratos de risco, a TS não é um fenômeno previsível, mas que pode agigantar-se numa sociedade onde as dificuldades financeiras, a desestruturação familiar, o uso de drogas, a violência, a reformulação de valores e a fragilidade do sistema de saúde são notáveis.

De modo complementar, outros estudos quantitativos apresentaram resultados semelhantes para distintas populações (BELLA, 2012; OVERHOLSER; BRADEN; DIETER, 2012; AMEZCUA *et al.*, 2010; FALCÓN *et al.*, 2010; ALFARO *et al.*, 2011; ALMASI, *et al.*, 2009).

Vale a ressalva que 57 pacientes foram admitidos na unidade, porém não incluídos na pesquisa pelos critérios já dispostos. Portanto, a realidade investigada pode ser assim representada ou este fenômeno pode ter expressões bem maiores. Os controles também tinham altos índices de risco o que revela potencialmente um número maior de casos de TS nos próximos anos.

Foi possível abordar um a um os casos admitidos na unidade de emergência, porém Botega *et al.* (2005) propõe que cada pessoa atendida corresponde a 3 tentativas de suicídio de baixa letalidade que buscaram o hospital, 5 pessoas com planos elaborados sobre a própria morte e 17 casos de ideação suicida (Figura 4).

Figura 4: Percurso suicida ao longo da vida segundo Botega *et al.* (2005).



A TS é o momento no qual o indivíduo comunica o seu sofrimento e pede ajuda. Este agravo em saúde nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como causa é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa. O foco das ações deve ser, portanto, tornar este problema visível, romper o pacto de silêncio e gerar novos instrumentos da saúde pública sensíveis às questões da saúde mental com perspectivas diferentes sob o ponto de vista do acolhimento, do cuidado, da valorização da vida, das possibilidades terapêuticas e da solidariedade.

Refletindo sobre os achados e os desdobramentos para a saúde da família (3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental; 44 a 56% dos pacientes atendidos pelo médico de família apresentam sofrimento mental significativo; 5 anos é o tempo médio entre a detecção do problema e a busca por cuidado) é imperativo ressignificar as práticas dentro da ESF a partir do reconhecimento desta demanda, bem como nas unidades de emergência para que a integralidade seja efetivada traduzindo a assistência em anos de vida e saúde de qualidade (MOURA *et al.*, 2011; QUENTAL, 2008).

6.1 CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA POLITICA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO AO SUICIDIO

Neste ponto destacamos proposições e estratégias que podem ser implementadas dentro da Rede de Saúde Mental de Sobral a partir dos resultados da pesquisa com o objetivo de dinamizar ações coletivas para manejo dos casos e apresentar um método abrangente e flexível de avaliação do risco suicida em estratos específicos da comunidade.

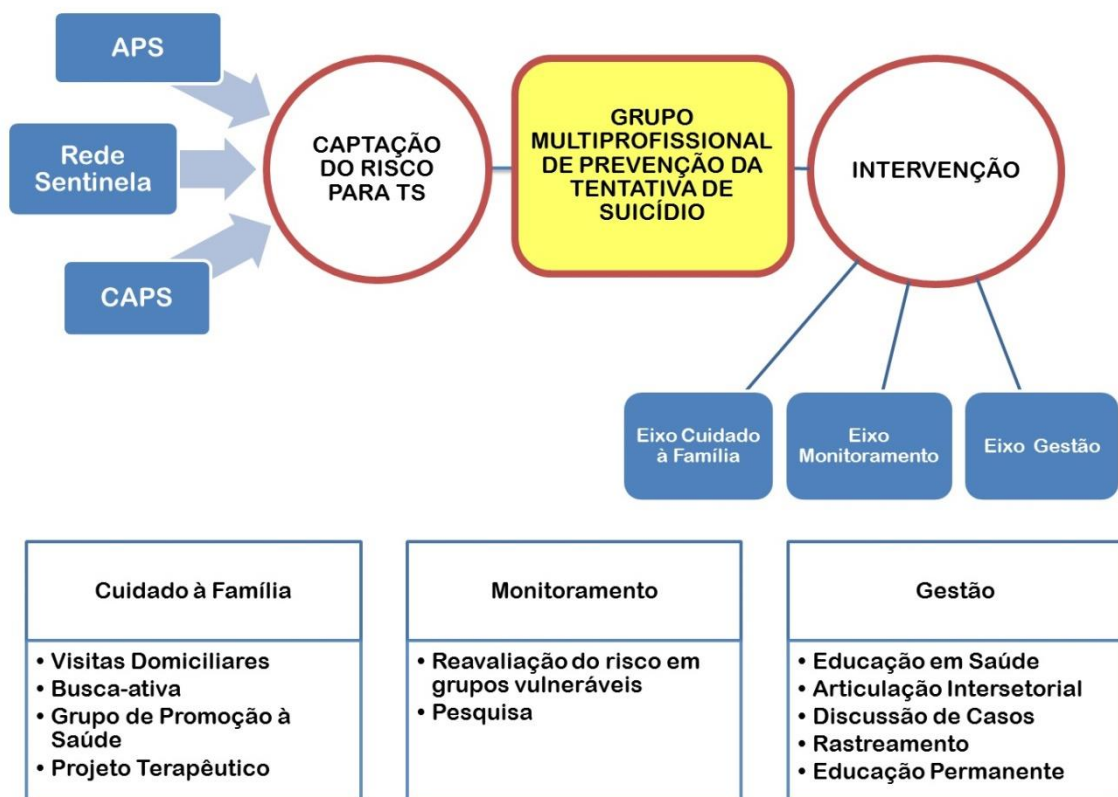
Antes de listar intervenções ou pensar em reformular ações é preciso revisitar o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017 como normativa federal mais recente que norteia os projetos regionais e municipais. Além disso, a integração ensino-serviço e a sensibilização de outras categorias e setores afins devem favorecer uma relação terapêutica positiva e o desenvolvimento de novas competências para prevenção da Tentativa de Suicídio.

Para além de incentivar ações longitudinais de promoção à saúde mental, sugere-se priorizar o seguimento de casos em que claramente o risco é maior como nas pessoas que já cometeram autoagressão. Portanto, o primeiro passo seria o estabelecimento de uma Rede Sentinela em serviços hospitalares e ambulatoriais de referência (Hospital Geral Dr. Estevam, Centro de Especialidades Médicas, Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Hospital Regional Norte).

Em seguida, recomenda-se definir estratos de risco na comunidade como pessoas portadoras de transtornos mentais, usuários/dependentes de drogas e familiares que vivenciaram a crise suicida. Ações compartilhadas de matriciamento entre a APS e o CAPS podem direcionar equipes de acompanhamento para reavaliar o risco com periodicidade e intervir quando necessário.

Os fatores de risco identificados podem interagir de maneira tal que o comportamento autolesivo se torna iminente. As menores manifestações devem, portanto, ser consideradas para aproximação dos profissionais ativando os fatores de proteção para cada caso. Dentro da Rede, isto pode operacionalizar-se através de grupos de trabalho na ESF em caráter multiprofissional e de extensão universitária destinados a realização de visitas domiciliares, busca-ativa, educação em saúde, monitoramento, detecção de risco, cuidado às famílias e condução de grupos de promoção à saúde juntamente com os serviços.

Figura 5: Diagrama com sugestões de ações interdisciplinares para efetivação do Grupo Multiprofissional de Prevenção da Tentativa de Suicídio.



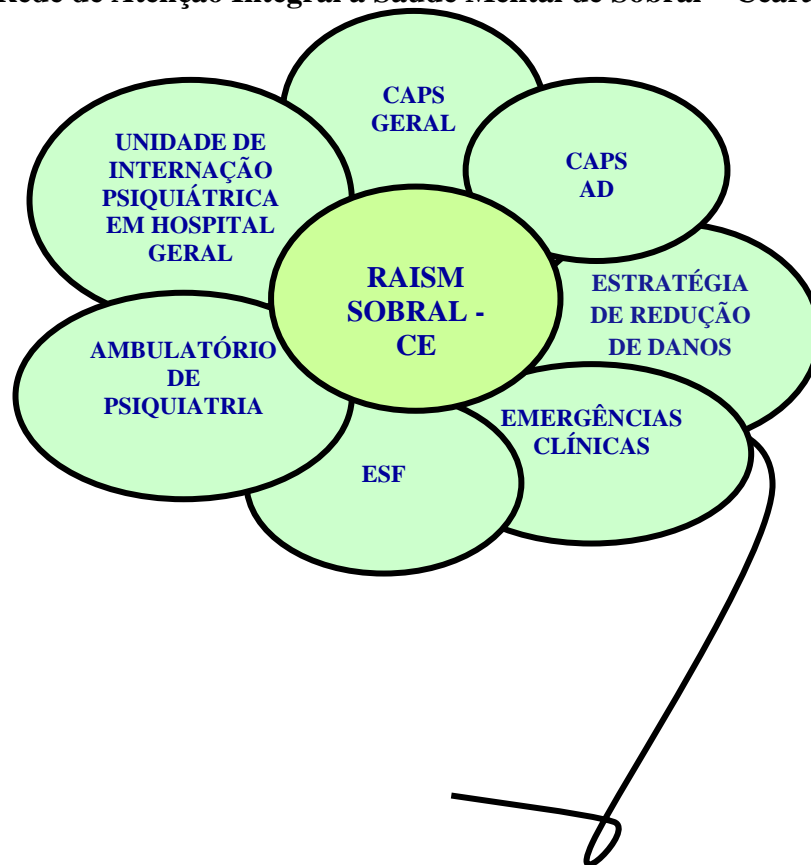
Fonte: construídos pelas autoras.

As ações de extensão na perspectiva da prevenção da TS podem integrar de maneira positiva a Universidade e a Rede de Saúde Mental identificando territórios de maior incidência para iniciar as ações. A TS anterior e o transtorno mental, como revelou o estudo, são os mais importantes preditores de violência autodirigida nesta região e devem direcionar este novo fluxo, novo mapa conceitual, que a partir da vivência e da pesquisa demonstram-se factíveis e replicáveis no cenário abordado.

O objetivo destas contribuições não é padronizar um modelo, mas apresentar alternativas para manter o seguimento mínimo e mais rápido a pacientes de risco e seus núcleos familiares sob a corresponsabilidade da APS e do CAPS de referência. Partindo da premissa de que todo esforço é válido; estar atento a todas as possibilidades identificando os recursos da comunidade é norteador para promover estas mudanças.

É possível inferir que as evidências produzidas permitem compreender que a restrição aos meios, a medicalização e a conduta punitiva ou culpabilizante não tratam a ideação suicida e não previnem o comportamento autolesivo. Portanto, o desenvolvimento de campanhas periódicas e uma abordagem mais direcionada em cada ponto de atenção caminham para a construção da linha de cuidado na autoagressão ainda tão frágil no campo da saúde mental.

Figura 6. Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – Ceará (RAISM).



Fonte: construídos pelas autoras.

Tradicionalmente, a terapêutica utilizada no transtorno mental não considerava a autonomia do sujeito e da família utilizando-se de metodologias descontextualizadas da história de vida com escassas possibilidades de reabilitação e reinserção social (PINTO *et al.*, 2011). Com relação à TS, situação de extrema vulnerabilidade mental da pessoa acarretando risco de morte, é preciso constante atualização com o movimento anti-manicomial e suas modalidades de atendimento, portanto apresentamos ações que podem ser desenvolvidas em alguns dos serviços substitutivos que constituem a RAISM.

CAPS-Geral

Os Centros de Atenção Psicossocial são estratégicos para a prevenção da TS frente às práticas cidadãs inovadoras que incorporam e a multiplicidade de papéis, corresponsabilização e autonomia. De início, o acolhimento, como ferramenta potencializadora de vida, pode ser aprimorado com uma nova compreensão da especificidade cultural e dos valores apresentados pela demanda passando a mobilizar novos recursos visto que “o atendimento individual não dá vazão à complexidade de intervenções necessárias para minimizar ou eliminar os riscos relativos às tentativas de suicídio” (HECK *et al.*, 2012, p. 29).

Recomenda-se a formação de um grupo específico para apoio a pessoas e familiares com histórico de TS e manifestação de ideação suicida facilitado por equipes de referência multiprofissionais. Além disso, sugere-se a triagem com a Escala de Beck (CUNHA; WERLANG; FIN, 1997) em consultas de acolhimento e atendimento individual apropriando-se dos fatores de risco para prosseguir os devidos encaminhamentos. Esta prática é destinada a dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão mais ampliada estabelecendo intervenções imediatas de seguimento.

CAPS-AD e ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

Como evidenciado no estudo, o consumo de drogas contribui significativamente para o comportamento autolesivo. Nos serviços em saúde mental específicos para usuários-dependentes é preciso investir em Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que incorporem uma avaliação compartilhada sobre as condições da pessoa e o quão vulnerável à TS ela fica na exposição às substâncias de abuso. Assim, o PTS traz uma discussão prospectiva e estabelece fluxos e itinerários terapêuticos para garantir acolhimento e integralidade nesta demanda inclusive em visitas domiciliares com redutores de danos. É preciso investir também na Educação Permanente dos colaboradores gerando habilidade para detectar o risco em todas

as abordagens e conduzir adequadamente a entrevista motivacional e o tratamento (MOURA *et al.*, 2011).

De acordo com os resultados, os determinantes de risco se integram de maneira que intervenções pontuais sobre um único aspecto dificilmente diminuirão as possibilidades de autoagressão. Assim, é preciso despertar para práticas mais criativas, prospectivas e flexíveis promovendo um atendimento ágil e dialógico para esta emergência em saúde.

Considerando a preservação e valorização das singularidades de cada serviço e equipe pode-se repensar e reorganizar os processos de trabalho garantindo apoio matricial, integralidade e trabalho compartilhado diante de um tema tão desafiador. Neste ponto, a enfermagem pode protagonizar ações avaliando a família e sistematizando a assistência para cada caso.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL

A rotina em serviço da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral Dr. Estevam revela a possibilidade concreta do risco de suicídio ou de autoagressão. Neste contexto é fundamental a inclusão de um protocolo de cuidados específico para as pessoas cuja causa da internação foi a tentativa de suicídio. Outra medida muito importante a ser tomada é a criação de um banco de dados para vigilância e monitoramento dos casos de TS. A partir destas informações, a equipe teria condições de verificar a frequência das internações associadas ao comportamento autolesivo gerando projetos terapêuticos diferenciados para as pessoas que cometeram autoagressão e suas famílias incluindo preparação para alta e seguimento terapêutico.

O risco de suicídio requer ações assertivas e diretivas. As condutas de todos os membros da equipe devem ser coesas e dirigidas para a vigilância e contenção de ansiedades desses pacientes. Segundo Pacheco *et al.* (2003), em geral, com o correr dos dias, a cautela da equipe diminui sem a respectiva redução do risco. Nesses momentos o indivíduo com ideias sobre a própria morte pode aproveitar-se das falhas de sentinela para intentar seu logro dentro do hospital. Diante disso, vital importância têm as reuniões de equipe com discussão franca de informações/impressões sobre cada caso.

Concordamos com Pacheco *et al.* (2003) quando enfatizam a importância da abordagem familiar. Não é incomum encontrarmos famílias absolutamente cansadas e/ou

desligadas, especialmente nos casos de tentativas múltiplas de suicídio. Os familiares sentem-se frequentemente agredidos, impotentes e tendem a "desistir" do paciente. Assim, é importante trabalhar o vínculo familiar terapêutico ainda durante a internação.

É preciso reconhecer que o risco de comportamento autolesivo não poderá ser anulado, mas é preciso comprometimento dentro da RAISM para garantir o cuidado e intervenção necessários para minimizar o comportamento autolesivo e favorecer a qualidade de vida. Como eixo norteador do cuidado, a **Estratégia Saúde da Família** perpassa estas ações com a utilização/adequação de tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), triagem de risco, monitoramento e encaminhamento. Nessa ótica, outro aspecto importante é favorecer a adesão ao tratamento inclusive da família garantindo dinamicidade para superar conjuntamente o problema.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa retratou como a realidade da tentativa de suicídio vem emergindo nesta região confirmando as hipóteses relativas à elevada prevalência de risco e dificuldade no acompanhamento de casos dentro da Rede de Saúde Mental.

Destacamos que os casos abordados merecem atenção quanto às suas particularidades e especificidades, pois a tentativa de suicídio evoca discussões também no campo qualitativo fundamentadas nas teorias de enfermagem, na antropologia, sociologia e filosofia.

A vivência revelou que as unidades de emergência vêm sofrendo com a superlotação, baixa capacitação e déficit na estrutura e reconhecimento para atender adequadamente pessoas que provocaram danos a si próprias. Isto se dá por falha no eixo da prevenção desenvolvido nos outros pontos da Rede o que prejudica o fluxo de cuidado aumentando as recidivas.

Mesmo com as ações já realizadas, as políticas de redução aos acidentes e violências, a promoção à saúde e a vigilância em saúde, a Tentativa de Suicídio permanece como grave problema de saúde pública porque as políticas transversais não atendem a população em risco por não considerar o contexto cultural e as características de cada território como promoveu esta pesquisa.

Portanto, é preciso informar, capacitar, formar, habilitar e gerar novos instrumentos e práticas para enfrentar esta realidade devastadora e crescente. É preciso investir em melhores práticas de gestão e avaliação da TS para diminuir o índice epidemiológico desta região.

As intervenções foram sugeridas para o município de Sobral enquanto polo de referência do território e procedência da maioria dos casos, mas acredita-se que os dados relacionem-se à microrregião e à Mesorregião Noroeste viabilizando a replicação das estratégias propostas nos municípios circunvizinhos.

No que concerne a uma clínica ampliada, para além da lógica programática, afirmamos que se não houver prevenção, intervenção nas famílias, intersetorialidade e interdisciplinaridade o caminho se tornará infrutífero. Investir nos recursos sociais, na integralidade, na humanização e na esperança aliando a Rede de Urgência e a Rede de Saúde Mental em prol destas pessoas é a maior recomendação em estudos que tratam deste tema.

Em Sobral, o rastreamento a partir destes preditores mais impactantes, a sensibilização para notificação e a implementação da proposta do Grupo Multiprofissional de Prevenção da

Tentativa de Suicídio constituem aspectos de revalorização e fortalecimento da política municipal.

Como demonstrado, os aspectos sociais, comportamentais e a disponibilidade de meios se associam estreitamente aos preditores de risco determinando a violência autodirigida. Portanto, é imprudente afirmar que intervenções restritas à prevenção diminuirão a incidência de casos em curto prazo.

Quantificar variáveis que se relacionam à saúde mental é tarefa árdua, mas a quantidade de casos não incluídos na pesquisa e as altas taxas de admissão hospitalar por lesão autoprovocada demandam por uma análise de risco a qual o caso-controle respondeu efetivamente.

O embasamento estatístico e a abordagem de dados primários de casos incidentes contemplou a validade interna do estudo e estabelece a necessidade urgente do cuidado nos estratos de risco da tentativa anterior de suicídio, portadores de transtorno mental, usuário/dependentes de drogas e pessoas com história familiar de autoagressão.

Ressaltamos que o percurso de coleta de dados foi exaustivo no sentido de atender aos itens metodológicos e éticos evitando vieses, constrangimentos e prejuízos à assistência hospitalar de emergência. Entretanto, outras demandas de pesquisa emergiram da vivência além da sensibilização das equipes que colaboraram com a investigação. Assim, com a caracterização da demanda e o contexto de risco identificado atendemos aos objetivos e à relevância social da pesquisa.

O estudo tem limitações à medida que inclui somente uma unidade hospitalar, mas a partir dos resultados encontrados, contexto clínico e associações de risco, determinamos que as variáveis identificadas têm potencial de alcance na população em geral evidenciado pelos controles com predisposição ao comportamento autolesivo.

Frente às exposições sobre as estratégias de abordagem na Estratégia Saúde da Família e no setor de emergência da Santa Casa de Sobral identificamos possibilidades práticas de alcançar estas pessoas com ações em saúde mais diretas. Assim, o incentivo à divulgação de experiências dispara uma nova realidade na região, realidade de intervenção, cuidado e prevenção deste agravo mediante sua relevância sanitária e a necessidade de mudança nos padrões de comportamento social.

REFERÊNCIAS

1. ABASSE, M. L. F. *et al.* Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 14, n. 2, p. 407-16. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532010>> Acesso em: 20 set. 2014.
2. ABREU, L. N. *et al.* Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 31, n. 3, p. 271-80. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n3/aop0309.pdf>> Acesso em: 08 set. 2015.
3. ALFARO A. C. *et al.* Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. **Revista Cubana de Medicina Integral**, v. 27, n. 1, p. 33-41. 2011.
4. ALMASI, K. *et al.* Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. **BMC Psychiatry**, v. 9, n. 45. 2009. DOI:10.1186/1471-244X-9-45. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/45> Acesso em: 18 nov. 2015.
5. ALMEIDA, A. M; LOTUFO NETO, F. Religião e comportamento suicida. In: MELEIRO, Alexandrina M. A. da Silva; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang. Suicídio: Estudos Fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. 220p.
6. AMEZCUA, B. P. *et al.* Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. **Salud Publica Mex**, v. 52, n. 4, p. 324-33. 2010.
7. AVANCI, R. C; PEDRÃO, L. J; COSTA JÚNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 535-9. 2005.
8. AVANCI, R. C. *et al.* Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]**, v. 5, n.1, p. 1-15. 2009. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762009000100006&script=sci_arttext> Acesso em: 20 set. 2014.
9. BAGGIO, L; PALAZZO, L. S; AERTS, D. R. G. C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cad.Saúde Pública [online]**, v. 25, n.1, p. 142-50. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n1/15.pdf>> Acesso em: 20 set. 2014.

10. BARRERO, S. A. P. Suicide risk factors among the elderly. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 8, p. 2011-2016. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/en_12.pdf> Acesso em: 20 set. 2014.
11. BELLA, M. E. Comportamientos de riesgo para la salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares. **Rev. méd. Chile**, v. 140, n. 11, p. 1417-24. 2012.
12. BELLA, M. E; FERNÁNDEZ, R. A; WILLINGTON, J. M. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. **Rev. argent. salud publica**, v. 1, n. 3, p. 24-9. 2010.
13. BERNARDES, S. S; TURINI, C. A; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por sobre-dose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 26, n.7, p. 1366-72. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n7/15.pdf>> Acesso em: 20 set. 2014.
14. BEZERRA FILHO, J. G. *et al.* Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 28, n. 5, p. 833-44. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/03.pdf>> Acesso em: 20 set. 2014.
15. BORGES V. R; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estud Psicol (Natal)**, v. 11, n. 3, p. 345-51. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/12.pdf>> Acesso em: 20 set. 2015.
16. BOTEGA, N. J *et al.* Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**, v. 27, n. 1, p. 45-53. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000100011>> Acesso em 08 dez. 2015.
17. BOTEGA, N. J. *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública[online]**, v. 25, n.12, p. 2632-8. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>> Acesso em: 20 set. 2014.
18. BRANAS, C. C. *et al.* Acute Alcohol Consumption, Alcohol Outlets, and Gun Suicide. **Subst Use Misuse**, v. 46, n. 13, p. 1592–1603. 2011. DOI:10.3109/10826084.2011.604371.
19. BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). **Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, 2006.

20. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. A violência no Brasil: abordando diferentes fontes. Mortalidade por Suicídio. In: **Saúde Brasil 2007: Uma análise de situação de Saúde**. Brasília, 2008.
21. _____. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2011a.
22. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília, 2011b.
23. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes. . **VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília, 2014.
24. BRZOZOWSKI, F. S. *et al.* Tendências temporais do suicídio no Brasil 1980-2005. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 26, n. 7, p. 1293-302. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700008> Acesso em: 8 ago. 2014.
25. BURIOLA, A. A. *et al.* Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [online], v. 15, n. 4. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a08v15n4.pdf>> Acesso em: 8 ago. 2014.
26. CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (Campo Teórico).
27. CARIBÉ, A. C. *et al.* Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: a case-control study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, v. 200, n. 10, p. 863-7. 2012. DOI: 10.1097 / NMD.0b013e31826b6d05
28. CASAS, S. M. B; REYES, W. G. Identificación de indicadores suicidas em pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 14, n. 2, p. 188-95. 1998. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191998000200007> Acesso em: 15 nov. 2014.

29. CAVALCANTE, F. G; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**[online], v. 17, n. 8, p. 1943-54. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800002> Acesso em: 8 ago. 2014.
30. CAVALCANTE, F. G; MINAYO, M. C. S; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.18, n.10, p. 2985-94. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a23.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2014.
31. CATTAPAN, Pedro. Moralização do suicídio? **Revista Iuminart**, n. 9, p. 183-94. 2012.
32. CHACHAMOVICH, E. *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev Bras Psiquiatr** [online], v. 31(Supl1), p. 18-25. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2014.
33. CHAN, L. F; SHAMSUL, A. S; MANIAM, T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: A 12-month prospective study among patients with depressive disorders. **Psychiatry Research**, v. 220, n. 3, o. 867-73. 2014.
34. CHRISTANTE, L. Com Saída. **Unespciência** [online], v. 13,p. 33-5. 2010. Disponível em: <http://www.unesp.br/aci_ses/revista_unespciencia/acervo/13/ com-saida> Acesso em: 19 dez. 2014.
35. COÊLHO, B. M. *et al.* The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 32, n. 4, p. 396-408. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=en> Acesso em: 7 set. 2015.
36. CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 17, n. 8, p. 2017-26. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/13.pdf>> Acesso em: 7 fev. 2014.
37. CUNHA, J. A; WERLANG, B. G; FIN, J.N. Estudo sobre algumas variáveis preditoras de ideação suicida em pacientes com história de tentativa de suicídio. In: Anais VI Jornada de Psiquiatria da Região Sul, VI Jornada Catarinense de Psiquiatria do Mercosul. Santa Catarina; 1997.

38. DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10br.def>> Acesso em: 14 abr. 2015.
39. DAMAS, F. B; ZANNIN, M; SERRANO, A. I. Tentativas de suicídio com agentes tóxicos: análise estatística dos dados do CIT/SC (1994 a 2006). **Rev Bras Toxicol [online]**, v. 22, n. 2, p. 21-6. 2009. Disponível em: <[http://www.sbttox.org.br/Revista_SBTtox/V22\[1-2\]2009/V22%20n%201-2%20Pag%2021-26.pdf](http://www.sbttox.org.br/Revista_SBTtox/V22[1-2]2009/V22%20n%201-2%20Pag%2021-26.pdf)> Acesso em: 15 nov. 2014.
40. DAOLIO E. R; SILVA, J. V. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Bioethikos. Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 1, p. 68-76. 2009.
41. DIEHL A, LARANJEIRA R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. **J Bras Psiquiatr.**, v. 58, n. 2, p. 86-91. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a03.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2015.
42. DURKHEIM, E. **Le suicide**. Paris: PUF, 1986.
43. ERIKSSON, M. *et al.* Poststroke suicide attempts and completed suicides. **Neurology**, v. 84, n. 17, p. 1732-8. 2015. DOI: 10.1212 / WNL.0000000000001514.
44. ERLANGSEN, A; CONWELL, Y. Age-Related Response to Redeemed Antidepressants Measured by Completed Suicide in Older Adults: A Nationwide Cohort Study. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. .2014. DOI:10.1016/j.jagp.2012.08.008.
45. ERTHAL, R. M. C. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 299-311. 2001.
46. FALCÓN, Z. S. *et al.* Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. **MEDISAN**, v. 14, n. 8, p. 1054-60. 2010.
47. van der FELTZ-CORNELIS, C. M. *et al.* A Review of Systematic Reviews Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. **Crisis**, v. 32, n. 6, p. 319–33. 2011. DOI: 10.1027/0227-5910/a000109.
48. FERREIRA, M. H. F. *et al.* Suicide risk among inpatients at a university general hospital. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 29, n. 1, p. 51-4. 2007. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000031
49. FICHER, A. M. F. T; VANSAN, G. A. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral

- universitário entre 1988 e 2004. **Estud psicol [online]**, v. 25, n. 3, p. 361-74. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a05v25n3.pdf>> Acesso em: 05 out. 2014.
50. FIGEL, F. C; MENEGATTIL, C. L; PINHEIRO, E. P. N. Suicide attempts: a contingency analysis. **Estud Psicol (Campinas)**, v. 30, n. 2, p. 211-8. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n2/07.pdf>> Acesso em: 05 out. 2014.
51. FIGUEIREDO, A. E. B. *et al.* Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 8, p. 1993-2002. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/10.pdf>> Acesso em: 18 dez. 2013.
52. FONSECA, D. L. *et al.* Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Colet (Rio J)**, v. 18, n. 2, p. 217-28. 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_2/artigos/CSCv18n2_217-228.pdf Acesso em: 20 out. 2015.
53. FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Tradução de Salma Tannus Muchail. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
54. GAZALLE, F. K. *et al.* Polypharmacy and suicide attempts in bipolar disorder. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n. 1, p. 35-8. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/nahead/2375.pdf>> Acesso em: 05 set. 2015.
55. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. 10. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.
56. GONÇALVES, L. R. C; GONÇALVES, E; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil. **Nova Economia_Belo Horizonte**, v. 21, n. 2, p. 281-316. 2011.
57. HARRISON, K. E; DOMBROVSKI, A. Y; MORSE, J. Q. *et. al.* Alone? perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. **Int Psychogeriatr**, v. 22, n. 3, p. 445-54. 2010. DOI:10.1017/S1041610209991463.
58. GREGÓRIO, S. B. **Suicídio**. 2009. Disponível em: <http://www.ceismael.com.br/artigo/suicidio-e-espiritismo.htm>. Acesso em: 20 ago. 2014.
59. HECK, R. M. *et al.* Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 21, n. 1, p. 26-33. 2012.
60. HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

61. IMPRESSO OFICIAL DO MUNICÍPIO (IOM), Sobral, Ano X, n. 210, p. 11, 30 de agosto de 2007.
62. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico: características da população e dos domicílios. Resultados do Universo**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf> Acesso em: 05 set. 2013.
63. KELLEHER, I *et al.* Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt. A Prospective Cohort Study. **JAMA psiquiatria**, v. 70, n. 9, p. 940-8. 2013. Disponível em:
<<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=central&mfid=&id=CN00876206&lang=&dblang=&lib=COC&print=yes>> Acesso em: 05 set. 2015. DOI: 10.1001 / jamapsychiatry.2013.140
64. KENE, P; HOVEY, J. D. Predictors of Suicide Attempt Status: Acquired Capability, Ideation, and Reasons. **Psychiatric Quarterly**, v. 85, n. 4, p. 427-37. 2014.
65. KERTÉSZ, I. **Liquidação**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
66. KOHLRAUSCH, E. R. Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família. 2012. 207f. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
67. KOHLRAUSCH, E. R. *et al.* Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc Cuid Saude [online]**, v. 7, n. 4, p. 468-75. 2008. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6628/3906>> Acesso em: 15 nov. 2014.
68. KONG, Y; ZHANG, J. Access to farming pesticides and risk for suicide in Chinese rural young people. **Psychiatry Res.**, v. 179, n. 2, p. 217-21. 2010. DOI:10.1016/j.psychres.2009.12.005.
69. KOVACS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Psicol. teor. prat. [online]**, v. 15, n. 3, p. 69-82. 2013.
70. KRUGER, L. L; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF [online]**, v. 15, n. 1, p. 59-70, jan-abr. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/07.pdf>> Acesso em: 9 abr. 2013.

71. LIMA, D. D. *et al.* Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. **J Bras Psiquiatr [online]**, v. 59, n. 3, p. 167-72. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a01v59n3.pdf>> Acesso em: 8 ago. 2014.
72. LOPES, M. V. O; LIMA, J. R. C. Análise de Dados Epidemiológicos. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. *Epidemiologia e Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 709p.
73. LÓPEZ, J. N; VÁZQUEZ, M. M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. **MEDISAN**, v. 14, n. 3, p. 353-8. 2010. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.pdf> Acesso em: 23 out. 2015.
74. LOVISI, G. M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**, v. 31 (supl.2), p. 86-93. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>> Acesso em: 23 jan. 2013.
75. LU, T. H *et al.* Suicide Method Runs in Families: A Birth Certificate Cohort Study of Adolescent Suicide in Taiwan. **Suicide and Life-Threat Behavior**, v. 41, n. 6, p. 685–90. 2011. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2011.00064.x.
76. MACEDO, J. L. S; ROSA, S. C; SILVA, M. G. Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. **Rev Col Bras Cir [online]**, v. 38, n. 6, p. 387-91. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v38n6/04.pdf>> Acesso em: 23 jan. 2013.
77. MACENTE, L. B; ZANDONADE, E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). **J Bras Psiquiatr [online]**, v. 60, n. 3, p. 151-7. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/01.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2014.
78. MACHIN, R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 14, n. 5, p. 1741-50. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500015&script=sci_arttext> Acesso em: 23 jan. 2013.
79. MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
80. MARGONATO, F. B; THOMSON, Z; PAOLIELLO, M. M. B. Intoxicações medicamentosas agudas intencionais e não intencionais notificadas em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 25, n. 4, p. 849-56. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000400016&script=sci_arttext>
Acesso em: 17 fev. 2014.

81. MEDINA, J. L. A Mídia e a Morte Voluntária. In: CAMPOS, I. (org.) *Vidas Interrompidas*. Vitória: DIO, 2009. 206p.
82. MINAYO, M. C. S; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública[online]**, v. 44, n. 4, p. 750-7. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/20.pdf>> Acesso em: 17 fev. 2014.
83. _____. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 29, n. 12, p. 2405-15. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a06.pdf>> Acesso em: 17 fev. 2014.
84. MINAYO, M. C. S. *et al.* Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. **Rev. Saúde Pública[online]**, v. 46, n. 2, p. 300-9. 2012a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3170.pdf>> Acesso em: 17 fev. 2014.
85. _____. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 10, p. 2773-81. 2012b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/25.pdf>> Acesso em: 17 fev. 2014.
86. MINAYO, M. C. S; MENEGHEL, S. N; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 10, p. 2665-74. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/16.pdf>> Acesso em: 09 out. 2013.
87. MENEGHEL, S. N. *et al.* Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 8, p. 1983-92. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/09.pdf>> Acesso em: 09 out. 2013.
88. MOHAMMADI, M; MORADI, T; BOTTAI, M. *et al.* Risk and predictors of attempted and completed suicide in patients with hematological malignancies. **Psycho-Oncology**, v. 23, n. 11, p. 1276-82. 2014. DOI: 10.1002/pon.3561.
89. MOURA, A. T. M. S *et al.* Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. **Psychiatry Online Brasil**, v. 16, n. 12. 79p. 2011. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/wal1211.php>> Acesso em: 09 out. 2015.

90. MOURA JÚNIOR, J. A. *et al.* Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. **J Bras Psiquiatr [online]**, v. 57, n. 1, p. 44-51. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a09.pdf>> Acesso em: 24 jan. 2013.
91. MULLINS, N *et al.* Genetic Relationships Between Suicide Attempts, Suicidal Ideation and Major Psychiatric Disorders: A Genome-Wide Association and Polygenic Scoring Study. **Am J Med Genet Part B**, v. 165B, n. 5, p. 428–37. 2014. DOI: 10.1002/ajmg.b.32247.
92. NEVES, F. S. *et al.* Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 31, n. 2, p. 114-8. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n2/v31n2a06.pdf>> Acesso em: 09 out. 2015.
93. NIETZSCHE, F. **Humano, demasiado humano. Um livro para espíritos livres.** São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
94. OCAMPO, R; BOJÓRQUEZ, I; CORTÉS, M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. 95. **Salud Publica Mex**, v. 51, n. 4, p. 306-13. 2009.
96. O'DONNELL, S; MEYER, I. H; SCHWARTZ, S. Increased Risk of Suicide Attempts Among Black and Latino Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. **Am J Public Health**, v. 101, n. 6, p. 1055-9. 2011. DOI: 10.2105 / AJP.2010.300032.
97. OLIVEIRA EN, FÉLIX TA, MENDONÇA CBL *et al.* Tentativa de suicídio por intoxicação exógena: contexto de notificações compulsórias. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2497-11. 2015.
98. OLIVEIRA, M. A. **Suicídio no Estado do Ceará: estudo de Epidemiologia Ecológica.** 2010. Dissertação. Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.
99. OLIVEIRA, M. I. V; BEZERRA FILHO, J. G; FEITOSA, R. F. G. Tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil. **Rev Salud Pública.**, v. 16, n. 5, p. 687-99. 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n5/v16n5a04.pdf>> Acesso em: 05 nov.2015.
100. OLIVEIRA, C. S; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 30, n. 1, p. 4-10. 2003.

101. OMRANI, M. D. *et al.* A associação do TGFβ1 codão 10 polimorfismo com comportamento suicida. **Am J Med Genet Part B**, v.159B, n. 7, p. 772-5. 2012. Disponível em:<cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=central&mf=776258&id=CN00968479&lang=en&dblang=&lib=COC&print=yes> Acesso em: 28 nov. 2015. DOI: 10.1002 / ajmg.b.32082.
102. ORES, L. C. *et al.* Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 28, n. 2, p. 305-12. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/09.pdf>> Acesso em: 05 jun.2014.
103. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10. Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
104. _____. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra, 2000.
105. _____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança.** Genebra, 2001.
106. _____. **Prevenção de comportamentos suicidas: uma tarefa para todos.** In: Os transtornos mentais e comportamentais. Genebra, 2004.
107. _____. **Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros.** Série: Prevenção do suicídio: uma série de recursos. Genebra, 2006.
108. _____. **Preventing Suicide: a global imperative.** Genebra, 2014.
109. OVERHOLSER, J. C; BRADEN, A; DIETER, L. Understanding Suicide Risk: Identification of High Risk Groups during High Risk Times. **J Clin Psychol.**, v. 68, n. 3, p. 349–61. 2012. DOI: 10.1002/jclp.20859.
110. PACHECO, M. A. *et al.* Aspectos do funcionamento de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 25, suppl.1, p. 106-14. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400011>.

111. PARENTE, A. C. M. *et al.* Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Rev Bras Enferm [online]**, v. 60, n. 4, p. 377-81. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a03.pdf>> Acesso em: 07 set. 2013.
112. PARREIRA, V. T. **O suicídio em Freud**. 1988. Dissertação. Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, 1988.
113. PEÑA, J. B. *et al.* US cultural involvement and its association with suicidal behavior among youths in the Dominican Republic. **Am J Public Health**, v. 102, n. 4, p. 667-71. 2012. DOI: 10.2105 / AJP.2011.300344
114. PETERS, K; MURPHY, G; JACKSON, D. Events Prior to Completed Suicide: Perspectives of Family Survivors. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 34, n. 5, p. 309-16. 2013. DOI:10.3109 / 01612840.2012.751639
115. PINTO, L. W; ASSIS, S. G; PIRES, T. O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 8, p. 1963-72. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/07.pdf>> Acesso em 05 jan. 2014.
116. PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 20, n. 3, p. 493-302. 2011.
117. PINTO, L. W. *et al.* Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 8, p. 1973-81. 2012a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/08.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2013.
118. _____. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 8, p. 2003-9. 2012b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/11.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2013.
119. PIRES, M. C. C. *et al.* Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 34, n. 1, p. 25-30. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trends/v34n1/a06v34n1.pdf>> Acesso em: 18 out. 2015.
120. PIRES, M. C. C. *et al.* Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 36, n. 2, p. 63-74. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trends/v36n2/2237-6089-trends-36-02-00063.pdf>>

121. PLAWECKI, L. H; AMRHEIN, D. W. Someone to Talk To: The Nurse and the Depressed or Suicidal Older Patient. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 36, n. 5, p. 15-8. 2010. DOI: 10.3928/00989134-20100330-11.
122. PONCE, J. C. *et al.* Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Rev psiquiatr clín [online]**, v. 35 (Supl1), p. 13-6. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a04v35s1.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2013.
123. PORDEUS, A. M. J. *et al.* Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 14, n. 5, p. 1731-40. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/14.pdf>> Acesso em: 8 ago. 2014.
124. PUNTIL, C. *et al.* Competency-Based Training for PMH Nurse Generalists: Inpatient Intervention and Prevention of Suicide. **J Am Psychiatr Nurses Assoc.**, v. 19, n. 4, p. 205-10. 2013. DOI: 10.1177 / 1078390313496275.
125. QUENTAL, I. A. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção um desafio para o SUS. **Pediatr. Mod. São Paulo**, v.45, n.6. 2008. Disponível em: <<http://prevencaodosuicidio.ea.ufrgs.br/acervo.php>>. Acesso em: 3 jun. 2015.
126. REID, W. H. Prognosis after suicide attempt: standard of care and the consequences of not meeting it. **J Psychiatr Pract.**, v. 15, n. 2, p. 141-4. 2009. DOI: 10.1097/01.pra.0000348367.42042.06
127. RÊGO, M. A. V. Estudos caso-control: uma breve revisão. **Gaz. méd. Bahia**, v. 80, n. 1, p. 101-10. 2010. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/1089>> Acesso em: 11 mar. 2015.
128. REYES, W. G; MIRANDA, N. T. Intento suicida y funcionamiento familiar. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v. 17, n. 5, p. 452-60. 2001.
129. RIPSA-Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/matriz-de-indicadores/>> Acesso em: 24 nov. 2015.
130. RODRIGUES, M. M. Assumpção. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, dez. 2009.
131. ROUQUAYROL, M. Z; SILVA, M. G. C. Epidemiologia e Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 709p.

132. SÁ, N. N. B. *et al.* Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Rev Med Minas Gerais [online]**, v. 20, n. 2, p. 145-52. 2010. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/235/218>> Acesso em: 05 jun. 2014.
133. SAMPAIO, J. J. C; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. **SANARE Sobral**, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2007.
134. SANTOS, A. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 25, n. 9, p. 2064-74. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/20.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2014.
135. SCHMITT, R. *et al.* Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul [online]**, v. 30, n. 2, p. 115-23. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a07.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2014.
136. SILVA, V. F *et al.* Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 9, p. 1835-43. 2006.
137. SILVA, M. C. L. S. R; SILVA, L; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1250-5. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf> Acesso em: 28 ago. 2015.
138. SINITOX. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/sinitox/media/NO%20Tabela%204%202012.pdf>> Acesso em: 05 dez. 2015.
139. SOUZA, E. R; MINAYO, M. C. S; CAVALCANTE, F. G. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 11 (supl), p. 1333-42. 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013510022>> Acesso em: 05 jun. 2014.
140. SOUZA, V. S. *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J Bras Psiquiatr [online]**, v. 60, n. 4, p. 294-300. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n4/a10v60n4.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2014.
141. STEFANELLO, S. Tentativas de suicídio atendidas no Hospital de Clínicas da Unicamp: diferenças entre os sexos. 2007. 179 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

142. STEFANELLO, S. *et al.* Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 30, n. 2, p. 139-143. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n2/2566.pdf> Acesso em: 05 jun. 2015.
143. TARANTINO, M. Suicídio cresce no Brasil, mas isso poderia ser evitado. **Revista Planeta**. Edição 421. 2007. Disponível em: <http://revistaplaneta.terra.com.br/secao/saude/suicidio-cresce-no-brasil>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
144. TEIXEIRA, R. R. Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 143-52. 2002.
145. TRIVEDI, M. H *et al.* As características clínicas e sociodemográficas associadas com ideação suicida em pacientes depressivos ambulatoriais. **Can J Psychiatry**, v. 58, n. 2, p. 113-22. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442899> >. Acesso em: 20 ago. 2015.
146. VÁSQUEZ, C. A. *et al.* Riesgo suicida e factores asociados em instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas em la ciudad de Manizales (Colombia), 2012. **Arch Med (Manizales)**, v. 13, n. 1, p. 11-23. 2013.
147. VIDAL, C. E. L; GONTIJO, E. C. D. M; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 29, n. 1, p. 175-87. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/20.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2014.
148. VIEIRA, K. F; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. **Psicol Ciênc Prof [online]**, v. 28, n. 4, p. 714-27. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2014.
149. VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Relato de dois casos de intoxicação intencional em adolescentes. **Cienc Cuid Saude [online]**, v. 6, n. 3, p. 291-9. 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4065/2724>> Acesso em: 13 abr. 2014.
150. _____. "Amor não correspondido": discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 14, n. 5, p. 1825-34. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500024&lng=pt> Acesso em: 13 abr. 2014.
151. WERNECK, G. L. *et al.* Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v. 22, n. 10, p. 2201-6. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/19.pdf>> Acesso em: 13 jun. 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Pesquisa: Fatores de Risco para a Tentativa de Suicídio em um Hospital de Referência da Mesorregião Noroeste do Ceará: estudo caso-controle

Pesquisadores:

Eliany Nazaré Oliveira (coordenadora)

Tamires Alexandre Félix (pesquisadora)

Esta proposta de pesquisa tem por objetivo verificar a associação de alguns fatores com a tentativa de suicídio em pessoas atendidas neste hospital procedentes da mesorregião noroeste do Ceará.

Sua participação implica no preenchimento de um formulário com apoio do pesquisador em um ambiente o mais reservado possível considerando sua atual condição de saúde e na coleta de alguns dados complementares em seu prontuário.

Este instrumento obterá informações que permitam caracterizar o perfil de pacientes admitidos na unidade de emergência por tentativa de suicídio quanto aos aspectos sócio-demográficos e identificar os fatores de risco presentes, bem como o contexto da autoagressão. Sua participação tomará somente quinze minutos de seu tempo e oportunizará uma escuta qualificada em cada um dos aspectos abordados.

Informamos que a equipe da pesquisa fará conforme indica a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; não iremos julgar, nem desvalorizar nada do que você nos disser. É importante também que você se sinta livre para fazer qualquer sugestão de mudança, corrigir o que for dito, não responder determinada questão ou desistir do consentimento sem prejuízo algum em sua assistência.

Observamos que as ações voltadas diretamente para pessoas com diagnóstico de tentativa de suicídio têm sido pouco eficazes, talvez pelo conhecimento insuficiente sobre os fatores de risco. Então, os benefícios desta pesquisa estão relacionados ao aprofundamento do assunto para qualificar o atendimento a pessoas que passam por situações semelhantes.

Os dados obtidos serão analisados e posteriormente divulgados em eventos e em formato de artigo científico. Garantimos que durante estas divulgações seu nome será preservado.

Sabemos que esse é um assunto difícil, não é nossa intenção lhe causar nenhum sofrimento, por isso, poderemos interromper a conversa a qualquer momento, caso você não se sinta bem.

Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração a ser paga por sua participação. Agradecemos e nos disponibilizamos a esclarecer qualquer dúvida, nos seguintes contatos:

Eliany Nazaré Oliveira - Ruas Das Acácias 250, Renato Parente – 62033 180 – Sobral – Ceará. E-mail: eliany@hotmai.com
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Av. Comandante Maurocélío Rocha Ponte, 150, Campus Derby, Sobral-CE, telefone: (88) 3677-4240.

Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Fatores de Risco para a Tentativa de Suicídio em um Hospital de Referência da Mesorregião Noroeste do Ceará: estudo caso-controle. Garanto que fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa e os possíveis riscos e benefícios relacionados à minha participação. Foi-me garantido o poder de retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isto acarrete em qualquer penalidade ou interrupção do meu tratamento. Sei que minha identidade permanecerá em sigilo e que os dados serão para uso exclusivo da pesquisa.

Local e data: _____

Assinatura do Sujeito: _____

Telefone para contato: _____

Pesquisador Responsável: _____

Telefone para contato: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) *

Caro senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Pesquisa: Fatores de Risco para a Tentativa de Suicídio em um Hospital de Referência da Mesorregião Noroeste do Ceará: estudo caso-controle

Pesquisadores:

Eliany Nazaré Oliveira (coordenadora)

Tamires Alexandre Félix (pesquisadora)

Esta proposta de pesquisa tem por objetivo verificar a associação de alguns fatores com a tentativa de suicídio em pessoas atendidas neste hospital procedentes da mesorregião noroeste do Ceará.

Sua participação implica no preenchimento de um formulário com apoio do pesquisador em um ambiente o mais reservado possível considerando sua atual condição de saúde e na coleta de alguns dados complementares em seu prontuário.

Este instrumento obterá informações que permitam caracterizar os participantes quanto aos aspectos sócio-demográficos e identificar os fatores de risco presentes. Sua participação tomará somente quinze minutos de seu tempo e oportunizará uma escuta qualificada em cada um dos aspectos abordados.

Informamos que a equipe da pesquisa fará conforme indica a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde; não iremos julgar, nem desvalorizar nada do que você nos disser. É importante também que você se sinta livre para fazer qualquer sugestão de mudança, corrigir o que for dito, não responder determinada questão ou desistir do consentimento sem prejuízo algum em sua assistência.

Observamos que as ações voltadas diretamente para pessoas com diagnóstico de tentativa de suicídio têm sido pouco eficazes, talvez pelo conhecimento insuficiente sobre os fatores de risco. Então, os benefícios desta pesquisa estão relacionados ao aprofundamento do assunto para qualificar o atendimento a pessoas que passam por estas situações.

Os dados obtidos serão analisados e posteriormente divulgados em eventos e em formato de artigo científico. Garantimos que durante estas divulgações seu nome será preservado.

Sabemos que esse é um assunto difícil, não é nossa intenção lhe causar nenhum sofrimento, por isso, poderemos interromper a conversa a qualquer momento, caso você não se sinta bem.

Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração a ser paga por sua participação. Agradecemos e nos disponibilizamos a esclarecer qualquer dúvida, nos seguintes contatos:

Eliany Nazaré Oliveira - Ruas Das Acácias 250, Renato Parente – 62033 180 – Sobral – Ceará. E-mail: eliany@hotmai.com
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Av. Comandante Maurocélío Rocha Ponte, 150, Campus Derby, Sobral-CE, telefone: (88) 3677-4240.

Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Fatores de Risco para a Tentativa de Suicídio em um Hospital de Referência da Mesorregião Noroeste do Ceará: estudo caso-controle. Garanto que fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa e os possíveis riscos e benefícios relacionados à minha participação. Foi-me garantido o poder de retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isto acarrete em qualquer penalidade ou interrupção do meu tratamento. Sei que minha identidade permanecerá em sigilo e que os dados serão para uso exclusivo da pesquisa.

Local e data: _____

Assinatura do Sujeito: _____

Telefone para contato: _____

Pesquisador Responsável: _____

Telefone para contato: _____

APÊNDICE C
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

FATORES DE RISCO PARA A TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA MESORREGIÃO NOROESTE DO CEARÁ: ESTUDO CASO-CONTROLE

Pesquisador: _____ Data: ____/____/____ N° _____
Matrícula: _____ Atendimento: _____

Identificação	
Nome:	
Data e hora da admissão:	
Procedência:	
Ocupação:	
Diagnóstico Inicial:	
Perfil	
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Idade	Entre 12 e 21 <input type="checkbox"/> Entre 21 e 41 <input type="checkbox"/> Entre 41 e 61 <input type="checkbox"/> _____ anos Acima de 61 <input type="checkbox"/>
Estado Civil	Solteiro <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/>
Nível de Escolaridade	Analfabeto <input type="checkbox"/> Ens. Fundamental <input type="checkbox"/> Completo () Incompleto () Ens. Médio <input type="checkbox"/> Completo () Incompleto () Ens. Superior <input type="checkbox"/> Completo () Incompleto () Pós-Graduação ()

Fatores de Risco			
Recebe algum apoio social/governamental	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Desempenha atividades de lazer	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Uso abusivo de álcool e outras drogas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Religião/Apoio Espiritual	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Ocorrência de tentativa anterior	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Histórico de suicídio na família	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Portador de alguma desordem mental	Sim (<input type="checkbox"/>)	Não <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>
Contexto da Tentativa de Suicídio			
Meio utilizado para efetuar a agressão autodirigida			
Dia da Semana em que ocorreu o agravo			
Turno em que ocorreu o agravo	Manhã <input type="checkbox"/>	Tarde <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>
Auto percepção	Inseguro <input type="checkbox"/>	Frágil <input type="checkbox"/>	
	Angustiado <input type="checkbox"/>	Envergonhado <input type="checkbox"/>	
	Frustrado <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	
	Ignorado <input type="checkbox"/>	Não quer declarar <input type="checkbox"/>	
	<hr/>		
Causa atribuída à tentativa de suicídio	Eventos estressantes <input type="checkbox"/>	Dependência de álcool e drogas <input type="checkbox"/>	
	Depressão <input type="checkbox"/>	Conflitos familiares <input type="checkbox"/>	
	Outras doenças <input type="checkbox"/>	Ausência de apoio social <input type="checkbox"/>	
	Conflitos amorosos <input type="checkbox"/>	Influências sobrenaturais <input type="checkbox"/>	
	Desemprego <input type="checkbox"/>	Outros _____ <input type="checkbox"/>	
	Ignorado <input type="checkbox"/>	Não quer declarar <input type="checkbox"/>	

Evolução do Caso	
Evolução do Caso	<p>Cura <input type="checkbox"/></p> <p>Alta Melhorada <input type="checkbox"/></p> <p>Sequela <input type="checkbox"/></p> <p>Óbito <input type="checkbox"/></p> <p>Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p>Outros <input type="checkbox"/></p>
Condições de admissão e demais considerações	