



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

SCHYRLEI VIANA DA SILVA

**NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E ÓBITOS REGISTRADOS  
POR SUICÍDIO: UM OLHAR PARA OS CASOS**

VITÓRIA/ES  
2024

SCHYRLEI VIANA DA SILVA

**NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E ÓBITOS REGISTRADOS  
POR SUICÍDIO: UM OLHAR PARA OS CASOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial de aprovação no Mestrado.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Alexandra Iglesias

Linha de Pesquisa: Psicologia Social e Saúde

VITÓRIA/ES  
2024

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

S586n Silva, Schyrlei Viana da, 1992-  
Notificações de violência autoprovocada e óbitos registrados por suicídio : um olhar para os casos / Schyrlei Viana da Silva. - 2024.  
267 f. : il.

Orientadora: Alexandra Iglesias.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Suicídio. 2. Saúde Pública. 3. Comportamento Autodestrutivo. I. Iglesias, Alexandra. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

---



Secretaria Integrada de Programas de Pós-Graduação  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – ATA Nº 465 – 10/04/2024**

Aos dez dias do mês de abril de dois mil e vinte e quatro, em sessão pública, de forma remota, procedeu-se a avaliação da defesa de dissertação de Mestrado de **Schyrlé Viana da Silva**. Às treze horas e trinta minutos, a Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Alexandra Iglesias - UFES (Orientadora e Presidente da Comissão Examinadora), deu início aos trabalhos convidando as demais examinadoras a comporem a banca: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana Bicalho Reis (Examinadora Interna); Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luziane Zacché Avellar (Examinadora Interna). A seguir, a Presidente solicitou a mestranda que fizesse uma explanação de seu trabalho intitulado: **“Notificações de violência autoprovocada e óbitos registrados por suicídio: um olhar para os casos”**. Finda a apresentação, a Presidente passou a palavra às examinadoras, que procederam à arguição da candidata. Ao final, a Comissão, em sessão reservada, deliberou pela **APROVAÇÃO** da referida dissertação nos termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Por fim, a Presidente da sessão alertou que a aluna somente terá direito ao título de Mestre após entrega da versão final de sua dissertação à Secretaria Integrada de Programas de Pós-Graduação, bem como o artigo da dissertação e os demais pré-requisitos da titulação do programa. Nada mais havendo a acrescentar, eu, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Alexandra Iglesias, presidente da sessão, lavrei a presente ata que vai assinada por mim e pelos demais componentes da Comissão.

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Alexandra Iglesias**  
Orientadora e Presidente da Sessão – UFES

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana Bicalho Reis**  
Examinadora Interna – UFES

**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luziane Zacché Avellar**  
Examinadora Interna - UFES





Secretaria Integrada de Programas de Pós-Graduação  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Schyrelei Viana da Silva

**“Notificações de violência autoprovocada e óbitos registrados por  
suicídio: um olhar para os casos”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 10 de abril de 2024.

Comissão Examinadora:

**Profª Drª Alexandra Iglesias** – Orientadora e Presidente da Sessão – UFES

**Profª Drª Luciana Bicalho Reis** – Examinadora Interna – UFES

**Profª Drª Luziane Zacché Avellar** – Examinadora Interna – UFES





## Defesa de Mestrado de Schyrlei Viana da Silva.

Data e Hora de Criação: 13/04/2024 às 12:32:13

### Documentos que originaram esse envelope:

- Ata de Aprovação - Schyrlei Viana da Silva.pdf (Arquivo PDF) - 1 página(s)
- Ficha de Aprovação - Schyrlei Viana da Silva.pdf (Arquivo PDF) - 1 página(s)



### Hashs únicas referente à esse envelope de documentos

[SHA256]: ba5c91afb5072fbc310ae65a0f452016eec588d43067acd15ba4017db4d34b2d

[SHA512]: 9c52862aef6c24a11f41fa891f8cf6ec61768519447c3be7bfacf7ec5a9a60c860b18f59a9e2828b55078460d9cdfbe2c6148a4db6799b51b93b3d29332ffc8a

### Lista de assinaturas solicitadas e associadas à esse envelope



#### ASSINADO - . Luciana Bicalho Reis. (luciana.b.reis@ufes.br)

Data/Hora: 15/04/2024 - 09:23:59, IP: 177.133.86.139, Geolocalização: [-20.345651, -40.350515]

[SHA256]: 72f62b9b4d9f856e2f91fcac423a2f9fda367d00c9b9d91e54edd9cd15d359



#### ASSINADO - Luziane Zacché Avellar (luzianeavellar@yahoo.com.br)

Data/Hora: 15/04/2024 - 18:11:43, IP: 179.217.11.239

[SHA256]: 9d39d1a4b90d3f3e1220bb88f7ed2e02184e59f582c1973ab2bc8a5a57f9215d



#### ASSINADO - Alexandra Iglesias (leiglesias@gmail.com)

Data/Hora: 15/04/2024 - 18:13:58, IP: 177.97.116.129

[SHA256]: bd2d3c1fe8616894b79bf9f41bd0b1587a939be9c377315ea0a02a2f7c5ab575

### Histórico de eventos registrados neste envelope

15/04/2024 18:13:58 - Envelope finalizado por leiglesias@gmail.com, IP 177.97.116.129

15/04/2024 18:13:58 - Assinatura realizada por leiglesias@gmail.com, IP 177.97.116.129

15/04/2024 18:11:43 - Assinatura realizada por luzianeavellar@yahoo.com.br, IP 179.217.11.239

15/04/2024 18:11:20 - Envelope visualizado por luzianeavellar@yahoo.com.br, IP 179.217.11.239

15/04/2024 09:23:59 - Assinatura realizada por luciana.b.reis@ufes.br, IP 177.133.86.139

15/04/2024 09:23:55 - Envelope visualizado por luciana.b.reis@ufes.br, IP 177.133.86.139

13/04/2024 12:35:27 - Envelope registrado na Blockchain por alexandra.iglesias@ufes.br, IP 177.97.116.129

13/04/2024 12:35:26 - Envelope encaminhado para assinaturas por alexandra.iglesias@ufes.br, IP 177.97.116.129

13/04/2024 12:32:13 - Envelope criado por alexandra.iglesias@ufes.br, IP 177.97.116.129

## Agradecimentos

*“Sonho que se sonha só*

*É só um sonho que se sonha só*

*Mas sonho que se sonha junto, é realidade!”*

*- Raul Seixas*

A Deus, sem ele eu não estaria e chegaria até aqui. Ele foi meu conforto, amparo, acolhimento e força nos momentos de aflição. Obrigada por tanto meu Deus!

Aos meus pais, Sr<sup>a</sup> Marta e Sr<sup>o</sup> José Nelson. Meus primeiros e principais exemplos de humildade, honestidade, coragem e luta. Além de sempre me incentivaram ao estudo e luta pelos meus sonhos. Obrigada por tudo que me ensinaram e ensinam todos os dias, vocês são meus maiores mestres. Amo vocês!

Ao meu companheiro, Wanderson. Ele sonhou esse sonho comigo e esteve ao meu lado durante todo esse percurso do mestrado, sendo colo, incentivo, aconchego e abraço em tantos momentos. Obrigada por tudo meu amor, sem seu carinho, apoio e incentivo eu não chegaria onde cheguei. Te amo!

À vovó Maria (*in memoriam*). Ela que em vida sempre me incentivou aos estudos e a lutar pelos meus sonhos e sonhou comigo alguns tantos. Sinto a falta da senhora todos os dias vó. Te amo e te carrego comigo!

Aos demais membros da minha família: meu avô Loro, meu irmão Lucas, meu sogro e minha sogra, minhas cunhadas, meu cunhado, minha sobrinha, minhas afilhadas, minhas tias (os) e primas (os). Gratidão por entenderem minha ausência.

À minha orientadora, Alexandra. Obrigada por todo cuidado, dedicação e carinho nesse percurso. Obrigada, por muitas vezes, abdicar de seus momentos de descanso para me ajudar e me orientar. Obrigada por acreditar em mim e ter depositado sua confiança em mim ao longo desses dois anos.

Aos membros do GO Letras. Vocês foram encontros, reencontros, partilha, acolhida, cuidado, construção, reconstrução e desconstrução. Obrigada pelas trocas semanais e por serem essas pessoas tão especiais nesta etapa da minha vida.

Ao grupo de estudos “Comportamento Suicida em debate”. As partilhas, construções e desconstruções nele realizadas foram fundamentais para esta pesquisa e para minhas práticas cotidianas de trabalho.

Aos meus amigos. Àqueles que sonharam e sonham esse sonho comigo e nesse percurso entenderam minha ausência. Aqui em especial: Cris, Diego, Ellen, Cléo, Claudice e Fernanda.

Aos mestres da graduação. Àqueles que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a correr atrás desse sonho, em especial: André e Karina.

Enfim, gratidão a todos (as) que de uma forma ou de outra acreditaram em mim e me incentivaram a seguir em frente quando nem eu mesma acreditava ser possível.

Silva, Schyrlei Viana da. (2024). *Notificações de violência autoprovocada e óbitos registrados por suicídio: um olhar para os casos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.

### **Resumo**

O comportamento suicida pode ser compreendido como uma série de comportamentos ligados ao suicídio nos quais o indivíduo provoca ou tem a intenção de provocar lesão a si mesmo, com intenção de morte, tais como: ideações, planejamento, tentativa e suicídio propriamente dito. No Brasil, tem-se observado um aumento expressivo desse comportamento, indo na contramão dos dados mundiais da Organização Mundial de Saúde. Desse modo, esse estudo objetivou analisar casos registrados de violência autoprovocada e suicídio, ocorridos no período de 2018 a 2022, em um município do norte do Espírito Santo. Para isso buscou-se: descrever as características gerais dos casos notificados de violência autoprovocada e registros de óbitos por suicídio entre os anos de 2018 e 2022; caracterizar os casos registrados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio nas diferentes faixas etárias; investigar o histórico de saúde, doença e cuidado registrado de casos de comportamento suicida no município de estudo. Para que esses objetivos fossem atingidos, realizou-se uma pesquisa quanti-qualitativa, a partir de uma pesquisa documental via dados da vigilância epidemiológica local, dados do Sistema de Informação de Mortalidade e prontuários. Os dados coletados foram analisados de duas maneiras: os quantitativos via análise descritiva, com o auxílio do software SPSS; os qualitativos via análise de conteúdo temática. De modo geral, os resultados indicaram como características das pessoas e ocorrências de violência autorprovocada: maioria mulheres, pardas, entre 20 e 59 anos, ocorrência no domicílio, envenenamento/intoxicação, sendo o Hospital Roberto

Arzinaut Silves a principal unidade notificadora e com encaminhamentos à rede de saúde. Quanto aos óbitos: maioria homens, entre 20 e 59 anos, pardos, com 8 a 11 anos de escolaridade, ocorrência no domicílio, aposentado/pensionista. Não houve diferenças significativas em relação às faixas etárias quando comparadas aos dados gerais. A ideação suicida, tentativa e suicídio foram os principais comportamentos apresentados. Além disso, tem-se um cuidado centrado nos profissionais de Psicologia e Psiquiatria e em práticas individualizantes. Por fim, destaca-se que essa pesquisa oferece um panorama do comportamento suicida no município e o modo como vem sendo ofertado o cuidado, possibilitando assim a reflexão da efetividade das estratégias até então adotadas. Assim, entende-se essa pesquisa como um suporte para criação de novas estratégias, ações e políticas públicas com foco no comportamento suicida.

**Palavras-chave:** Comportamento Suicida, Saúde Pública, Violência autoprovocada, Suicídio, Cuidado.

## Abstract

Suicidal behavior can be understood as a series of behaviors linked to suicide in which the individual causes or intends to cause harm to themselves, with a clear intention of death, such as: ideations, planning, attempts and suicide itself. In Brazil, a significant increase in this behavior has been observed, going against global data from the World Health Organization. Therefore, this study aimed to analyze recorded cases of self-inflicted violence and suicide, which occurred between 2018 and 2022, in a municipality in the north of Espírito Santo. To this end, the study sought to: describe the general characteristics of reported cases of self-inflicted violence and records of deaths by suicide between the years of 2018 and 2022; characterize registered cases of self-inflicted violence and deaths by suicide in different age groups; investigate the health history, illness and care recorded in cases of suicidal behavior in the municipality under study. In order to achieve these objectives, a quantitative-qualitative research was performed, based on documentary research using data from local epidemiological surveillance, data from the Mortality Information System and medical records. The collected data were analyzed in two ways: the quantitative ones by descriptive analysis, with the help of SPSS software and the qualitative ones by thematic content analysis. The results indicated the characteristics of people and occurrences of suicidal behavior: majority women, brown-skinned, between 20 and 59 years of age, occurrence at home, poisoning/intoxication, being Hospital Roberto Arzinaut Silveiras the main reporting unit with referrals to the health network. Regarding deaths: mostly men, between 20 and 59 years of age, brown-skinned, with 8 to 11 years of schooling, occurring at home, retired/pensioners. There were no significant differences in relation to age groups when compared to general data. Suicidal ideation, attempts and suicide were the main behaviors presented. Furthermore, care is focused on Psychology and Psychiatry professionals and on individualizing practices. Finally, it is noteworthy that this research

offers an overview of suicidal behavior in the municipality and the way in which care is being offered, enabling a reflection on the effectiveness of the strategies adopted until now. Thus, this research is understood to support the creation of new strategies, actions and public policies focused on suicidal behavior.

**Keywords:** Suicidal Behavior, Public Health, Self-inflicted violence, Suicide, Care.

## **Lista de Figuras**

Figura 1: Fluxograma dos processos realizados para identificação e seleção das notificações de violência autoprovocada do E-SUS VS (2020 a 2022).....	59
---	----

## Listas de Tabelas

Tabela 1: Variáveis da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e autoprovocada presentes no estudo .....	60
Tabela 2: Descrição de Procedimentos utilizados para coleta de dados no SIM.....	64
Tabela 3: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e zona de residência.....	73
Tabela 4: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e idade .....	74
Tabela 5: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e sexo .....	74
Tabela 6: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e raça/cor.....	75
Tabela 7: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e orientação sexual.....	75
Tabela 8: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e identidade de gênero .....	76
Tabela 9: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e escolaridade.....	77
Tabela 10: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e situação conjugal/estado civil .....	78
Tabela 11: Características das pessoas notificadas por violência – por ano e presença de transtorno/deficiência.....	78
Tabela 12: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e tipo de transtorno/ deficiência.....	79

Tabela 13: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e quanto a suspeita do uso de álcool.....	80
Tabela 14: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e encaminhamento .....	81
Tabela 15: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada – por ano e município de ocorrência.....	82
Tabela 16: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada – por ano e unidade notificadora.....	83
Tabela 17: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada – por ano e local de ocorrência .....	84
Tabela 18: Características das ocorrências de violência autoprovocada – por ano e quanto a violência de repetição .....	84
Tabela 19: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada – por ano e meio de agressão .....	85
Tabela 20: Características das ocorrências de violência autoprovocada – por ano e motivação .....	86
Tabela 21: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e município de residência .....	88
Tabela 22: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e idade.....	88
Tabela 23: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e sexo .....	89
Tabela 24: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e raça/cor.....	89

Tabela 25: Características das pessoas que tiveram óbito registrado por suicídio – por ano e escolaridade.....	90
Tabela 26: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e ocupação .....	91
Tabela 27: Características das ocorrências registradas de óbito por suicídio – por ano e local de ocorrência.....	92
Tabela 28: Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio – por ano e causa da morte por CID .....	93
Tabela 29: Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio – por ano e fonte de informação.....	94
Tabela 30: Dados nacionais, estadual e municipal de notificações de violência autoprovocada .....	95
Tabela 31: Dados nacionais, estadual e municipal de mortalidade por suicídio .....	99
Tabela 32: Quantitativo de Notificações de Violência Autoprovocada por faixa etária e ano .....	121
Tabela 33: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto ao município de residência.....	124
Tabela 34: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a zona de residência .....	124
Tabela 35: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto ao sexo.....	125
Tabela 36: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a raça/cor .....	125
Tabela 37: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a orientação sexual .....	126

Tabela 38: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a identidade de gênero.....	127
Tabela 39: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a escolaridade .....	128
Tabela 40: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a situação conjugal/ estado civil.....	129
Tabela 41: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a presença de transtorno/deficiência .....	129
Tabela 42: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a tipo de transtorno/ deficiência .....	130
Tabela 43: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a suspeita de álcool .....	131
Tabela 44: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a encaminhamentos .....	132
Tabela 45: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto a município de ocorrência .....	133
Tabela 46: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto a unidade notificadora .....	134
Tabela 47: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto ao local de ocorrência.....	135
Tabela 48: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto à violência de repetição .....	135
Tabela 49: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto ao meio de agressão .....	136

Tabela 50: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto a motivação .....	137
Tabela 51: Quantitativo de óbitos registrados por suicídio por ano e faixa etária.....	138
Tabela 52: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária – quanto ao município de residência.....	139
Tabela 53: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária – quanto ao sexo.....	140
Tabela 54: Características das pessoas com óbito registrado por suicídio por faixa etária – quanto a raça/cor .....	140
Tabela 55: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária – quanto a escolaridade .....	141
Tabela 56: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária – quanto a ocupação.....	142
Tabela 57: Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária – quanto ao município de ocorrência .....	143
Tabela 58: Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária – quanto ao local de ocorrência .....	143
Tabela 59: Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária – quanto a causa da morte por CID.....	144
Tabela 60: Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária – quanto a fonte de informação.....	145
Tabela 61: Caracterização das pessoas em comportamento suicida atendidas nos serviços de saúde mental.....	167

## **Lista de Siglas**

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

E-SUS VS - Sistema de Informação em Saúde e-SUS Vigilância em Saúde (VS)

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HRAS - Hospital Roberto Arzinaut Silvaes

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PMSM - Prefeitura Municipal de São Mateus

SESA - Secretaria de Estado da Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

WHO - World Health Organization

## Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>19</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>22</b>
<b>Comportamento suicida nas diferentes faixas etárias .....</b>	<b>28</b>
<i>Comportamento suicida na infância.....</i>	<i>28</i>
<i>Comportamento suicida na adolescência.....</i>	<i>30</i>
<i>Comportamento suicida na idade adulta.....</i>	<i>33</i>
<i>Comportamento suicida em idosos.....</i>	<i>34</i>
<b>Comportamento suicida e a pandemia de COVID-19 .....</b>	<b>35</b>
<b>Comportamento suicida e saúde pública .....</b>	<b>37</b>
<i>Sistemas de informação em saúde .....</i>	<i>41</i>
<b>Objetivos .....</b>	<b>46</b>
<b>Objetivo geral .....</b>	<b>46</b>
<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>46</b>
<b>Método .....</b>	<b>46</b>
<b>Delineamento da Pesquisa .....</b>	<b>46</b>
<b>Cenário de Pesquisa .....</b>	<b>48</b>
<b>Fontes de Dados e Instrumentos .....</b>	<b>52</b>
<b>Procedimentos de Coleta de Dados.....</b>	<b>54</b>
<i>Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada e Dados do Sistema de</i> <i>Informações sobre Mortalidade — SIM .....</i>	<i>55</i>
<i>Prontuários.....</i>	<i>55</i>
<b>Tratamento e Apresentação dos Dados.....</b>	<b>57</b>
<i>Dados E-SUS VS e SINAN.....</i>	<i>57</i>
<i>Dados SIM.....</i>	<i>64</i>
<i>Prontuários.....</i>	<i>67</i>
<b>Análise dos dados .....</b>	<b>67</b>
<i>Análise Estatística Descritiva.....</i>	<i>67</i>
<i>Análise de Conteúdo Temática .....</i>	<i>68</i>
<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>70</b>
<b>Estudo 01 – Notificações de violência autoprovocada e mortalidade por suicídio no</b> <b>município de São Mateus/ES, no período de 2018 a 2022 .....</b>	<b>71</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>71</b>

<b>Dados Gerais de notificações de violência autoprovocada .....</b>	<b>71</b>
<i>Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada nos anos de 2018 a 2022 .....</i>	<i>72</i>
<i>Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada entre os anos de 2018 e 2022 .....</i>	<i>81</i>
<b>Dados Gerais de Óbitos por suicídio .....</b>	<b>86</b>
<i>Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio de 2018 a 2022 .....</i>	<i>87</i>
<i>Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio de 2018 a 2022 .....</i>	<i>91</i>
<b>Discussão .....</b>	<b>94</b>
<b>Notificações de Violência Autoprovocada: características das pessoas e das ocorrências .....</b>	<b>100</b>
<i>Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada e registros de suicídio.....</i>	<i>103</i>
<i>Características das ocorrências das pessoas notificadas por violência autoprovocada .....</i>	<i>109</i>
<b>Óbitos por Suicídio: características das pessoas e das ocorrências registradas .....</b>	<b>112</b>
<i>Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio .....</i>	<i>112</i>
<i>Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio.....</i>	<i>117</i>
<b>Estudo 02 - Notificações de Lesões Autoprovocadas e mortalidade por suicídio nas diferentes faixas etárias no município de São Mateus/ES .....</b>	<b>120</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>120</b>
<b>Dados das notificações de violência autoprovocada nas diferentes faixas etárias – SINAN e E-SUS VS .....</b>	<b>121</b>
<i>Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada, no período de 2018 a 2022, a partir das faixas etárias.....</i>	<i>123</i>
<i>Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada no período entre 2018 e 2022, nas diferentes faixas etárias .....</i>	<i>132</i>
<b>Dados dos óbitos por suicídio nas diferentes faixas etárias - SIM.....</b>	<b>137</b>
<i>Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio, nas diferentes faixas etárias .....</i>	<i>139</i>
<i>Características das ocorrências registradas de óbito por suicídio, nas diferentes faixas etárias .....</i>	<i>142</i>
<b>Discussão .....</b>	<b>145</b>
<b>Da infância à velhice: comportamento suicida nas diferentes faixas etárias.....</b>	<b>149</b>
<i>Infância – 0 a 9 anos .....</i>	<i>150</i>
<i>Adolescência – 10 a 19 anos .....</i>	<i>154</i>

<i>Idade Adulta – 20 a 59 anos</i> .....	158
<i>Idosos/ Velhice – Acima de 60 anos</i> .....	161
<b>Estudo 03 – Análise de prontuários de pessoas em comportamento suicida em serviços de saúde mental no município de São Mateus/ES</b> .....	<b>166</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>166</b>
<b>Caso 1 – Paulo</b> .....	<b>167</b>
<b>Caso 2 – Renata</b> .....	<b>169</b>
<b>Caso 3 – Solange</b> .....	<b>171</b>
<b>Caso 4 – Eloá</b> .....	<b>172</b>
<b>Caso 5 – Bernardo</b> .....	<b>174</b>
<b>Caso 6 – Olavo</b> .....	<b>176</b>
<b>Caso 7 – Diana</b> .....	<b>177</b>
<b>Discussão</b> .....	<b>179</b>
<b>Comportamentos suicidas: de que comportamentos estamos falando?</b> .....	<b>179</b>
<b>Comportamento suicida em retrospectiva: histórico pessoal e histórico de saúde-doença</b> .....	<b>186</b>
<b>Cuidado ofertado: uma análise dos registros em prontuário</b> .....	<b>196</b>
<b>Considerações Finais</b> .....	<b>206</b>
<b>Referências</b> .....	<b>212</b>
<b>Apêndice A – Questionário para coleta de informações dos prontuários</b> .....	<b>242</b>
<b>Apêndice B – Termo de autorização para pesquisa</b> .....	<b>245</b>
<b>Apêndice C – Características gerais das pessoas notificadas por violência autoprovocada</b> .....	<b>246</b>
<b>Apêndice D: Características gerais das ocorrências notificadas de violência autoprovocada</b> .....	<b>249</b>
<b>Apêndice E – Características gerais das pessoas com óbito registrado por suicídio</b> .....	<b>251</b>
<b>Apêndice F – Características gerais das ocorrências registradas de óbitos por suicídio</b> .....	<b>253</b>
<b>Apêndice G – Características gerais das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária (2018 a 2022)</b> .....	<b>254</b>
<b>Apêndice H – Características gerais das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária (2018 a 2022)</b> .....	<b>257</b>

<b>Apêndice I – Características gerais das pessoas com óbitos registrados por suicídio a partir das faixas etárias (2018 a 2022) .....</b>	<b>259</b>
<b>Apêndice J – Características gerais das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária (2018 a 2022) .....</b>	<b>261</b>
<b>Anexo I – Modelo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada .....</b>	<b>263</b>
<b>Anexo II – Modelo da declaração de óbito .....</b>	<b>265</b>

## Apresentação

A violência é um tema presente no cotidiano social. E foi na prática acadêmico-profissional que o interesse por essa temática surgiu. Tantas formas de violência, tantas perspectivas de análise, e, simultaneamente, tantas pessoas envolvidas na prática das violências e tantas outras fragilizadas por elas.

Ainda na graduação, nos estágios realizados na Clínica-Escola e na Política Pública de Assistência Social, me deparei com famílias destruídas pela perda de familiares para a violência. Deparei-me, também, com outras em sofrimento psíquico em decorrência da violência que sofriam em suas residências, territórios e vivências.

No primeiro espaço de trabalho, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em 2017, vi e acompanhei de perto famílias e pessoas marginalizadas que não tinham o básico para viver e que, simultaneamente, sofriam as mais diversas violências: física, sexual, estatal, autoprovocada, financeira, psicológica e outras.

No meu segundo posto de trabalho, Prefeitura Municipal de Conceição da Barra/ES, em 2019, fui inserida na Política Pública de Saúde e iniciei um contato mais próximo com a violência autoprovocada, conhecendo, também, a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

Foi no contato com as vítimas de diversos tipos de violência, no atendimento a essas pessoas, nas intervenções realizadas, nas denúncias e notificações feitas, no trabalho cotidiano na Política Pública de Assistência Social e de Saúde, que surgiu o desejo de estudar sobre essa temática. Visto que, embora seja recorrente a (s) violência (s), pouco se fala das notificações dessas e por pouco se falar, pouco se notifica. E essa foi a temática que me propus a estudar no Projeto de Pesquisa de seleção deste mestrado.

Ao adentrar no mestrado, percebi que precisaria centralizar um pouco esse tema. E foi com o diálogo e a proposta da professora Dr<sup>a</sup> Alexandra Iglesias, que já tinha um projeto em

curso, de estudo sobre violência autoprovoada, que decidimos estudar as notificações de violência autoprovoada. E assim surge a proposta de estudo “Notificações de violência autoprovoada e óbitos registrados por suicídio: um olhar para os casos”<sup>1</sup>.

Voltando ao meu campo de atuação, destaco que na saúde pública de Conceição da Barra/ES atuei como psicóloga do único equipamento municipal de cuidado às pessoas em sofrimento mental, a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e, atuei como referência municipal da Rede de Prevenção a Violência. Após adentrar no mestrado (oito meses depois), saí do município de Conceição da Barra/ES e comecei a atuar no Centro de Atenção Psicossocial do município de Nova Venécia/ES atendendo pessoas em sofrimento psíquico grave. Neste serviço lidei de maneira mais incisiva com a questão do suicídio, a partir do contato com crianças, adolescentes, adultos e idosos em comportamento suicida. Foram muitas narrativas de sofrimento psíquico e de dores tidas como “insuportáveis” e, que, levam os indivíduos a provocarem lesões em si mesmos. Uma dor silenciosa que leva pessoas a ferir seu próprio corpo e nos casos mais graves, a tirarem sua própria vida.

São Mateus é um município vizinho ao que atuei e atuo, nele está localizada a Superintendência Regional de Saúde do Norte do estado. Trata-se de um município grande em extensão territorial e na oferta de serviços em saúde, onde se observa, via noticiários nos meios de comunicação locais (redes sociais, rádio, TV), um índice significativo de comportamentos suicidas (principalmente tentativas e suicídio). Diante desse cenário, São Mateus, chamou-me a atenção para o conhecimento desse fenômeno complexo e multifatorial em um município que pode ser considerado referência em saúde no norte do estado.

---

<sup>1</sup> Ressalta-se que esse estudo é parte integrante da pesquisa intitulada “Comportamento Suicida: cuidado e registro no Sistema Único de Saúde” e encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer n.º 5.462.461 de 10/06/2022).

Desse modo, a partir das minhas vivências e indagações, surgiu essa pesquisa, que se encontra organizada da seguinte maneira:

Na *Introdução*, tem-se uma apresentação das temáticas abordadas por essa pesquisa, a saber: comportamento suicida nas diferentes faixas etárias, comportamento suicida e pandemia de COVID-19 e, comportamento suicida e saúde pública.

Dando continuidade, apresentam-se os *Objetivos* desta pesquisa. Seguindo, com a explanação do *método* a ser utilizado para o alcance dos objetivos e respostas ao problema de pesquisa.

Posteriormente, a partir dos *resultados* encontrados e *discussões* realizadas, é apresentado os três estudos realizados nessa pesquisa, a saber: *Estudo 01 - Notificações de violência autoprovocada e mortalidade por suicídio no município de São Mateus/ES, no período de 2018 a 2022; Estudo 02 - Notificações de Lesões Autoprovocadas e mortalidade por suicídio nas diferentes faixas etárias no município de São Mateus/ES e; Estudo 03 - Análise de prontuários de pessoas em comportamento suicida em serviços de saúde mental no município de São Mateus/ES.*

Por fim, têm-se as referências consultadas e utilizadas para a elaboração dessa pesquisa e os anexos e apêndices importantes para a coleta de dados e/ou compreensão de fenômenos da pesquisa, a saber: questionário para coleta de informações nos prontuários, termo de autorização para pesquisa, tabelas com os resultados gerais das notificações de violência autoprovocada e óbitos registrados por suicídio (a partir das características das pessoas e das ocorrências e, ainda, nas diferentes faixas etárias), modelo da ficha de notificação interpessoal e autoprovocada e modelo da Declaração de óbito.

## Introdução

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

*- Francesco Orestano*

Desde os povos primitivos têm-se relatos de suicídio. Nos livros sagrados (Bíblia, *Mahabharata*, *Gilgamesh*, etc.) e na mitologia da maioria dos povos antigos, esse comportamento é apresentado de forma heroica, para salvar um povo ou para livrar-se de uma situação sem saída. Essa percepção teológica, religiosa e filosófica do suicídio permaneceu até meados do século XVII. A partir do século XVIII o suicídio passou a ser considerado patológico, psiquiatras como Philippe Pinel e Sigmund Freud o postularam como decorrente de algum transtorno mental, colocando-o no domínio da psicopatologia (Bertolote, 2012). Somente a partir da Revolução Industrial, no século XIX, com o surgimento da obra *O suicídio*, de Emile Durkheim, que o foco associado ao suicídio passou do indivíduo para a sociedade, do âmbito moral para problemas sociais (Botega, 2015a).

Como pode ser observado, há registros de diversas motivações e significados ao longo da história, como: evitação da desonra, fuga da escravidão e de guerras, reação a perdas afetivas, honra e qualificação para entrar no paraíso, motivo de condenação, pior dos pecados, entre outros significados (Botega, 2015a). Dessa forma, desde a Antiguidade até os dias atuais, o suicídio passou de objeto singular raro para constituir-se como uma das três principais causas de óbitos em algumas faixas etárias nos vários países (Bertolote, 2012).

Assim como há diferentes relatos e registros históricos para o suicídio, também se tem distintas definições na literatura e nas diferentes abordagens psicológicas/psiquiátricas quanto ao conceito de comportamento suicida. No documento *“Preventing Suicide: A Global Imperative”* a própria OMS destaca haver possibilidades de variações das terminologias referentes aos comportamentos suicidas. Uma das explicações para essas variações deve-se

ao fato de a intenção suicida ser difícil de avaliar, por poder estar cercada de ambivalência e ocultação (WHO, 2014).

A OMS define o comportamento suicida como “uma série de comportamentos que incluem pensar em suicídio (ou ideação), planejar o suicídio, tentar o suicídio e o suicídio propriamente dito” (World Health Organization [WHO], 2014, p. 12). Nesse ínterim, o suicídio é definido pela OMS, como o ato deliberado de tirar a própria vida e, tentativa de suicídio como qualquer comportamento suicida não fatal, incluindo-se, envenenamento intencional autoinfligido, lesão ou automutilação que pode ou não haver intenção ou resultado fatal (WHO, 2014).

Na literatura brasileira, grandes nomes da suicidologia divergem quanto aos comportamentos envolvidos no comportamento suicida, produzindo, assim, alterações também no seu conceito. Partindo da mesma concepção da OMS, Botega e Cais (2017, p. 257) definem o comportamento suicida como “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo para isso”. Os autores pontuam que essa concepção mais abrangente, evita a tendência de valorização exagerada da intencionalidade e lucidez de consciência durante o ato. Além disso, possibilita conceber o comportamento suicida como um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, por meio de ameaças, gestos, tentativas de suicídio e por fim, o suicídio (Botega, 2015a; Botega & Cais, 2017).

Na contramão dessas concepções, Bertolote (2012) em seu livro “O suicídio e sua prevenção”, emprega a expressão “comportamento suicida” para se referir às tentativas de suicídio e ao suicídio consumado. Nesse sentido, o autor considera o suicídio como um processo que se inicia com considerações mais ou menos vagas sobre a morte e o morrer (ideação suicida), as quais pode evoluir para a elaboração de um plano (plano suicida) e culminar num ato suicida, com desfecho fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio)

(Bertolote, 2012).

Indo ao encontro dessa concepção, Scavacini e Cacciacarro (2019) defendem que o comportamento suicida pode ser compreendido, num aspecto mais amplo, como uma série de comportamentos que contempla ideações, planos e tentativas de suicídio com a clara intenção de morte. Nesse contexto, nem todos os comportamentos de autolesão se caracterizariam como comportamento suicida, tendo em vista que, em sua maioria, estaria ligado à concretização de uma dor subjetiva, à vazão de sentimentos negativos e de angústias, sem estarem relacionados à ideia de morte. Ou seja, segundo as autoras, deve-se ter uma especial atenção à intencionalidade do ato, mas, independentemente disso, o comportamento autolesivo não deixa de ser compreendido como um pedido de socorro, assim como as tentativas de suicídio (Scavacini & Cacciacarro, 2019).

Atualmente o suicídio é considerado pela OMS como um problema de saúde pública, devido ao seu impacto no bem-estar físico, mental e social da população. São mais de 700 mil pessoas mortas todos os anos por suicídio, trata-se de uma das principais causas de morte no mundo, sendo a quarta principal entre jovens de 15 a 29 anos de ambos os sexos, a terceira entre mulheres e a quarta entre homens dessa mesma faixa etária (WHO, 2021). De 2010 a 2019 foram registradas no Brasil mais de 112 mil mortes por suicídio, destas, 14 mil somente em 2019, em sua maioria homens, representando uma taxa de 10,7 por 100 mil habitantes. Nesse período observou-se também no país uma evolução das taxas em todas as faixas etárias, com destaque para a adolescência, que apresentou um aumento de 81%, indo de 606 óbitos para 1022 óbitos (Ministério da Saúde [MS], 2021). No Espírito Santo, estado de realização dessa pesquisa, o suicídio foi a sexta principal causa de mortes por causas externas em 2021. Apresentando a ocorrência de 260 óbitos em 2019, 249 em 2020 e 160 óbitos em 2021, representando uma taxa de 5,63 óbitos por 100 mil habitantes (Espírito Santo, 2021; 2022).

No que se refere a outros comportamentos suicidas, os dados são ainda mais alarmantes, tem-se uma prevalência anual global de quatro para cada 100 mil habitantes de tentativa de suicídio, apontando indícios de que para cada suicídio consumado há provavelmente 20 pessoas que fizeram uma ou mais tentativas de suicídio (WHO, 2021). No Brasil, em 2019, foram registradas 124.709 notificações de violências autoprovocadas, um aumento de 39,8% em relação a 2018. Desses números, 71,3% são de mulheres, pessoas brancas (47,3%), na faixa etária de 20 a 39 anos (46,3%) (MS, 2021a).

Já no Espírito Santo, as lesões autoprovocadas ocupam o segundo lugar na distribuição de notificações por violência. No ano de 2020, foram registradas 2.377 notificações de lesões autoprovocadas, sendo a maioria, mulheres de 20 a 29 anos (633 notificações) (Espírito Santo, 2021; 2022). Tais dados sugerem um aumento dos casos de comportamentos suicidas notificados pelos serviços de saúde, tornando-se pertinente identificar e caracterizar esses casos, bem como conhecer os cuidados ofertados pela saúde pública para o enfrentamento a esta questão.

Casos de comportamento suicida tendem a aumentar em períodos de eventos extremos, como a Grande Depressão nos Estados Unidos (1929 – 1937), a recessão após o colapso da União Soviética (1990), a crise do sudeste asiático (1997) e mais recentemente, a possibilidade de aumento devido à pandemia de COVID-19 (Silva et al., 2015; Junior, 2020; Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], 2020). Tal pandemia, representa atualmente a maior crise sanitária do Século XXI, que tem impactos na economia e na Saúde mental das pessoas, o que pode levar a intensificação de diversos fatores de risco para o comportamento suicida, tais como: desigualdades sociais, desemprego, pobreza, fome; incertezas quanto ao futuro; distanciamento físico e solidão; acesso reduzido aos serviços de saúde mental (Junior, 2020; FIOCRUZ, 2020; Zortea, 2020).

Diante do possível aumento dos fatores de risco em decorrência da vivência da pandemia de COVID-19 e dos números de casos de comportamento suicida, torna-se importante pensar, também, nas estratégias de cuidado e/ou prevenção que podem ser utilizados para a minimização dos riscos e para o cuidado<sup>2</sup> às pessoas em comportamento suicida. É trazido por alguns autores, que para além das ações pontuais nos momentos de crise, outras técnicas e estratégias de cuidado às pessoas em comportamento suicida devem ser adotadas, tais como: ações educativas, ações sociais e de saúde com vistas ao vínculo do sujeito com o outro e com a vida, aumento de atividades prazerosas, aprimoramento da rede de apoio, treino de habilidades sociais e de resolução de problemas, técnicas de reestruturação cognitiva, planos de segurança e controle de impulsos (Gatti & Mendes, 2020; Santos & Kind, 2020). Ainda sobre essas possibilidades de cuidado, Correia et al. (2020) destacam o papel fundamental que os profissionais dos serviços de saúde exercem para o cuidado à essas pessoas, indicando que quando os profissionais demonstram acolhimento, escuta interessada e disponibilidade, os usuários tendem a sentir-se mais valorizados, fortalecidos, protegidos, melhoram a autoestima e, por vezes, contribuem para o pensar de novos caminhos e sentidos para a vida, despertando para o autocuidado e cuidado para com os outros.

Como pode-se observar, o comportamento suicida, é um problema de saúde pública, que exige respostas abrangentes e coordenadas, de modo a contribuir para sua prevenção, com vistas a minimizar o crescente de casos no mundo e suas repercussões no âmbito social, econômico e subjetivo (WHO, 2021). Desse modo, ampliar a discussão dessa temática para o campo acadêmico e social, é dar, ainda mais, visibilidade para a mesma e contribuir para a

---

<sup>2</sup> Aqui compreendido na sua integralidade, para além das competências e tarefas técnicas, mas a partir de uma relação interativa entre os sujeitos (profissionais, usuários e instituições) com vistas a um tratamento digno e respeitoso, tratamento de qualidade, acolhimento e vínculo. Ou seja, tratar, respeitar, acolher e atender o indivíduo em seu sofrimento com qualidade e resolutividades de seus problemas (Pinheiro, 2009).

construção de políticas públicas e fortalecimento de ações efetivas para o cuidado a essa questão.

Assim, diante do exposto até o momento, a proposta dessa pesquisa consistiu em responder às seguintes questões: quais as características apresentadas pelas notificações de violência autoprovocada em um município do norte do Espírito Santo nos últimos cinco anos (2018 a 2022)? Como se apresenta o comportamento suicida nas diferentes faixas etárias? Quais os cuidados oferecidos às pessoas em comportamento suicida neste município? Defronte dessas questões, essa pesquisa objetivou analisar casos registrados de violência autoprovocada e suicídio, ocorridos no período de 2018 a 2022, em um município do norte do Espírito Santo. Para isso, buscou-se, descrever as características gerais dos casos notificados de violência autoprovocada e registros de óbitos por suicídio entre os anos de 2018 e 2022; caracterizar os casos registrados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, nas diferentes faixas etárias<sup>3</sup>, entre os anos de 2018 e 2022; e investigar o histórico de saúde, doença e cuidado registrado de casos de comportamento suicida (ideação, tentativa de suicídio e suicídio) no município de estudo.

Desse modo, para melhor explicar a temática abordada por este estudo, apresenta-se nos tópicos a seguir algumas considerações acerca do comportamento suicida nas diferentes faixas etárias e no contexto da pandemia de COVID-19, o modo como a saúde pública tem lidado com essa temática e os cuidados em saúde ofertados.

---

<sup>3</sup> Destaca-se para isso, que os dados foram analisados de acordo com as idades preconizadas pela OMS e adotada no próprio instrutivo para o preenchimento das notificações – VIVA, sendo: 0 a 09 anos – infância/criança; 10 a 19 anos – adolescência; 20 a 59 anos – idade adulta; acima de 60 anos – velhice/idosos.

## **Comportamento suicida nas diferentes faixas etárias<sup>4</sup>**

O comportamento suicida pode apresentar generalidades e especificidades de acordo com cada faixa etária, sendo comum entre elas o fato desse fenômeno ser multifatorial (Schlösser et al., 2014; Silva & Botti, 2017).

Assim, visando melhor compreender este fenômeno em cada faixa etária, foi feita uma breve apresentação do comportamento suicida em cada etapa do desenvolvimento, a saber: infância, adolescência, idade adulta e velhice.

### ***Comportamento suicida na infância***

O suicídio na infância é raro, mas não excepcional. Trata-se de uma fase da vida marcada por uma representação social de alegria, o que por vezes pode levar a acreditar que a criança não teria a intencionalidade e nem a capacidade de colocar a sua própria vida em risco (Avanci et al., 2021; Fensterseifer & Werlang, 2003; Sousa et al., 2017). Filho e Minayo (2021) acreditam que essa percepção da vida infantil como alegre, bondosa e angelical, pode causar estranhamento e ferir as expectativas humanas de cuidado com essa faixa etária quando a interrupção dessa vida está em risco. Acrescentam, ainda, a existência de um triplo tabu em relação ao suicídio na infância e na adolescência - tabu da morte, o tabu do suicídio e o tabu do suicídio infantojuvenil - e, que os mesmos podem ser considerados dificultadores para a discussão da temática do suicídio nessa faixa etária, bem como para a criação de estratégias de cuidado e prevenção (Filho & Minayo, 2021).

Observa-se que os tabus existentes quanto a temática e as poucas estatísticas e debates existentes sobre o comportamento suicida nessa fase, podem ser fatores que levam ao

---

<sup>4</sup> Ressalta-se que para fins dessa pesquisa será considerado a divisão das faixas etárias definidas pela OMS e aderidas pelo documento “Viva: Instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada” - utilizado para orientação da realização de notificações de violência interpessoal e autoprovocada -, sendo: zero a 09 anos infância/criança, 10 a 19 anos adolescência, 20 a 59 anos idade adulta e acima de 60 anos velhice (Ministério da saúde, 2016a).

estranhamento, quando há ocorrência, e também, a identificação de tais comportamentos, desencadeando, ainda, estatísticas subestimadas que não expressam o cenário real da problemática (Cavalheiro, 2021). No Brasil, essas estatísticas podem estar ainda mais subestimadas, tendo em vista que, embora haja registros, o sistema de notificações não permitia até 2014 o registro de lesões autoprovocadas para essa faixa etária (Avanci et al., 2021).

Mesmo diante desses tabus e dos poucos debates existentes, há dados que demonstram a existência do comportamento suicida nessa faixa etária, portanto, requerendo a atenção de pais, profissionais da educação e da saúde. Um estudo transversal realizado por Avanci et al. (2021) revelou que os números de notificações de lesões autoprovocadas para esse público vem crescendo ao longo dos anos no Brasil, com maior número para crianças entre oito e nove anos, brancas e do sexo feminino, sendo a maioria ocorrida na própria residência e por intoxicação. Quanto as internações por tentativa de suicídio, foram registradas 1994 e destas 16 vieram a óbito, com prevalência do sexo masculino, cor da pele branca e nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. A pesquisa aponta, ainda, um total de 58 óbitos de crianças brasileiras em decorrência de lesões autoprovocadas intencionalmente, com prevalência de mortes do sexo masculino, pele branca (para ambos os sexos) e parda (para meninos) e com ocorrência na residência. Tais dados destacam a existência de mais notificações entre meninas, porém os óbitos são maiores para crianças do sexo masculino, corroborando com os dados da fase adulta (Avanci et al., 2021).

Nesse contexto, torna-se importante destacar os principais fatores predisponentes<sup>5</sup> ao comportamento suicida na infância, tais como neurobiológicos, escolares, sociais e mentais, impulsividade, conflitos familiares, rigidez nas relações entre pais e filhos, falecimento de

---

<sup>5</sup> Entende-se como fatores predisponentes para o risco em suicídio as causas remotas, que levam as pessoas a um estado de tristeza e desânimo profundo, como transtornos psiquiátricos, tentativa anterior de suicídio, abuso sexual na infância, abuso sexual infantil, agressividade e outros (Botega, 2015b).

algum familiar, *bullying*, problemas na escola, tentativa anterior de suicídio, violência física e sexual, presença de transtornos (Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade, transtorno de personalidade antissocial e depressão) (Filho & Minayo, 2021; Kuczynski, 2014; Sousa et al., 2017). Desse modo, é muito importante que pais, educadores e demais profissionais que atendem esse público, estejam atentos aos sinais verbais e comportamentais apresentados pelas crianças que indicam comportamentos suicidas, tais como: pistas verbais sobre o desejo de morte, autolesões e desinteresse em atividades prazerosas (Sousa et al., 2017).

Em face aos fatores predisponentes, Sousa et al. (2018) atribuem à família como um importante espaço protetivo para as crianças ao possuir boa coesão, presença securizante e prestar bom apoio emocional. Macedo e Burgueira (2020) vão ao encontro desse pensamento, acrescentando que a família deve manter uma escuta acolhedora quanto aos problemas apresentados pelas crianças, bem como estar vigilante ao uso da internet por elas, devido à ocorrência de *cyberbullying* e/ou acesso a conteúdos sem qualquer filtro. Os profissionais de saúde também desempenham um importante papel protetivo, segundo as autoras, devendo estar atentos a sintomas de depressão, ansiedade, insônia e manter uma atitude acolhedora e não julgadora (Macedo & Burgueira, 2020).

Assim, conforme exposto, torna-se importante um olhar também para essa faixa etária, muitas vezes pouco estudada e/ou debatida, tendo em vista, os tabus existentes e/ou a concepção de felicidade que se tem quanto a essa faixa etária. Trata-se de uma temática que merece atenção de pais, educadores e profissionais de saúde.

### ***Comportamento suicida na adolescência***

A adolescência pode ser descrita como o período do desenvolvimento humano marcado pela transição entre a infância e a idade adulta. Trata-se de uma fase que envolve

grandes mudanças físicas, psicossociais e cognitivas (Moreira & Bastos, 2015; Papalia et al., 2006; Scavacini & Cacciacarro, 2019). É nesse período que o indivíduo começa a busca pela sua identidade, inicia-se a participação nos mais diversos grupos, o convívio social se amplia e adentram de maneira mais incisiva nas redes sociais virtuais (Silva & Silva, 2017). São nessas redes e na internet que encontram parâmetros de felicidades e realizações que por vezes não são reais, mas que criam um idealismo de vida perfeita que, quando o adolescente não faz parte, podem gerar algum sofrimento (Scavacini & Cacciacarro, 2019).

Nesse contexto de mudanças e transformações, a temática do comportamento suicida na adolescência também necessita ser debatida. Dados da OMS apontam o suicídio como a quarta principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos de ambos os sexos no mundo, sendo a terceira causa entre mulheres e quarta entre homens dessa mesma faixa etária (WHO, 2021). No Brasil, dados do boletim epidemiológico de mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas destacam um aumento de 81% das taxas de mortalidade por suicídio entre adolescentes com uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes. No que se refere às notificações de lesões autoprovocadas, a faixa etária de 15 a 19 anos ocupa a segunda posição (atrás apenas da faixa de 20 a 39 anos), tendo 23,3% dos casos (MS, 2021a). Já no Espírito Santo, entre 2011 e 2018 foram registradas um total de 1131 notificações de lesões autoprovocadas entre adolescentes, 79,8% eram do sexo feminino, 68,7% de raça não branca, 90,7% residiam na zona urbana, 25,3% possuíam alguma deficiência/transtorno e 69,9% tinham entre 13 e 17 anos. Dessas agressões, 88,4% ocorreram na residência desses adolescentes, 65,1% por envenenamento/intoxicação, 52,8% eram de repetição e 9,1% tinham suspeita do uso de álcool (Luis et al., 2021).

Os números apontam a dimensão dessa problemática e convida à reflexão quanto às motivações ou fatores de risco associados ao comportamento suicida na adolescência. Simões et al., (2021) e Santos et al. (2018) mencionam algumas motivações atribuídas ao

comportamento suicida nessa faixa etária: adoção de comportamentos de riscos (violência, jogos de suicídio e uso deliberado de álcool e outras drogas), aumento da ansiedade, conflitos pessoais em relação à autoimagem e autoestima, conflitos familiares ou sociais, transtornos mentais (principalmente de humor), traumas, perdas familiares, vivência de violências (sexual, psicológica, física), dificuldades na interação social e falta de esperança. Tais fatores, associados a inexperiência em manejar situações de sofrimento, favorecem a percepção dos adolescentes do suicídio como a solução para os problemas que enfrentam (Simões et al., 2021). Nesse sentido, é marcante entre esse público a presença de automutilação e práticas de *cutting*, que se relacionam a fatores biológicos, culturais, genéticos, sociais, psiquiátricos e psicológicos vivenciados pelos adolescentes (Santos et al., 2018).

Para lidar com essa situação, Gomes et al. (2019) enumeram alguns fatores protetivos a serem potencializados no cuidado a essas pessoas, tais como: autoestima elevada, boas relações familiares, sentimentos de bem-estar, flexibilidade emocional, capacidade de pedir ajuda. Cardoso e Cecconello (2019) acrescentam ainda outros fatores a serem trabalhados no cuidado: características individuais (habilidades sociais, autoestima, espiritualidade), apoio familiar (vínculos seguros, práticas parentais adequadas — limites, comunicação, proteção) e apoio social (escola e amigos).

Assim, os dados apresentados até o momento, sugerem que o comportamento suicida na adolescência é um tema atual e que exige uma atenção especial na saúde pública. Trata-se de um tema que deveria mobilizar o poder público para a construção de políticas públicas que, minimamente, deem conta de atender as especificidades da saúde mental dessa faixa etária, e os fatores que podem estar associados a tal comportamento (Alves & Cadete, 2015).

### ***Comportamento suicida na idade adulta***

A idade adulta também é caracterizada por uma série de acontecimentos e transformações. É nesse período que normalmente se começa a trabalhar, se constitui família, educam-se filhos, constroem-se projetos individuais e coletivos etc. (Oliveira, 2004). Todas essas transformações podem desencadear sofrimento psíquico e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento de comportamentos suicidas (FIOCRUZ, 2020).

Quando se refere ao comportamento suicida na idade adulta, alguns dados podem ser apontados. No Brasil, as maiores taxas de mortalidade por suicídio estão concentradas na idade adulta, sendo 8,19 por 100 mil habitantes na faixa etária de 20 a 39 anos e 8,43 por 100 mil habitantes com idade de 40 a 59 anos. No que tange às lesões autoprovocadas, a primeira e a terceira maior porcentagem também se concentra nessa etapa da vida, correspondendo a 46,3% (57.746) entre 20 e 39 anos e 17,2% (21.484) entre 40 e 59 anos (MS, 2021a).

Aponta-se como principais fatores de risco para o comportamento suicida na população adulta: presença de doenças crônicas, histórico familiar de transtorno mental, histórico familiar de comportamento suicida, apresentação de ideações suicidas, tentativa de suicídio anterior, conflitos familiares e/ou conjugais, risco a fragilidade da masculinidade diante do desemprego, transtornos mentais como depressão e ansiedade, violência sexual na infância, desigualdades sociais, estresse, preconceito, doenças crônicas e desemprego (Gomes et al., 2019; Lima et al. 2018; Pérez et al., 1997). O último pode influenciar em uma baixa autoestima e desmotivação, levando a pensamentos negativos (Lima et al., 2018).

Assim como para as demais faixas etárias, são apresentados para a fase adulta os fatores de proteção a serem potencializados no processo de cuidado, a fim de diminuir o risco de comportamentos suicidas: boas relações interpessoais, flexibilidade diante dos problemas, buscar ajuda quando necessário e satisfação nas atividades do dia a dia (Schlösser et al., 2014).

### *Comportamento suicida em idosos*

Ressalta-se também nesse estudo, a importância de se investigar o comportamento suicida no processo de envelhecimento - velhice, entendido como parte integrante e fundamental do curso de vida, marcado por diversos processos de mudanças e fatores em que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da história de vida de cada indivíduo (Mendes et al., 2005). Trata-se de uma fase em que se tem um afastamento da vida produtiva e, conseqüentemente, possíveis mudanças no papel social desse indivíduo. O idoso, então, começa a ajustar-se a uma nova condição que apresenta vantagens, como o descanso e o lazer, para algumas classes sociais, mas também desvantagens como uma sensação de desvalorização, sentimentos de não pertencimento e desqualificação. Todas essas mudanças e processos podem desencadear diversas tensões psicológicas e sociais que provocam danos a esse processo de envelhecimento, como as tentativas de suicídio e/ou suicídio (nos casos mais extremos) (Mendes et al., 2005).

As tentativas de suicídio e o suicídio têm sido cada vez mais recorrente entre a população idosa. Mundialmente, as taxas mais altas de suicídio são de pessoas com 70 anos ou mais em ambos os sexos e na maioria das regiões do mundo (WHO, 2014). No Brasil, as regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste são as regiões que apresentam maiores coeficientes de mortalidade por suicídio em idosos quando comparados as demais faixas etárias, sendo, respectivamente, 15,1 por 100 mil, 7,5 por 100 mil e 10,9 por 100 mil. No que se refere às lesões autoprovocadas, os idosos são os com menor número no país, correspondem a 3,0% dos números de notificações (MS, 2021a). Ou seja, embora as taxas de suicídio entre idosos sejam altas, as lesões possuem baixos números, o que pode indicar que o comportamento suicida nessa faixa etária costuma ser mais letal.

Nesse sentido, torna-se importante apontar alguns fatores de risco associados ao suicídio em idosos: enfermidades físicas e mentais, depressão, decadência socioeconômica, tratamentos médicos potencializadores de sofrimento, estigma quanto ao envelhecimento, uso abusivo de álcool, autolesões, rigidez, isolamento social, descuido com medicação e traços de personalidade impulsivos (Schlösser et al., 2014; Sérvio e Cavalcante, 2013).

Por fim, pontua-se que o suicídio é um tema tabu também para a população idosa. Assim, alguns sinais e alerta demonstrados pelos idosos são por vezes ignorados, tendo-se a concepção que “quem vai se matar, não avisa” ou que estão tentando “chamar a atenção”. Tais atitudes repreensivas, não permitem que a pessoa idosa seja escutada e/ou tenha um espaço de fala, podendo tornar esse sofrimento ainda maior e levar a desfechos fatais (Gutierrez et al., 2021). Desse modo podem ser fatores de proteção: bom convívio social, preparo para a aposentadoria, estar em contato com familiares e grupos de pares (Schlösser et al., 2014).

### **Comportamento suicida e a pandemia de COVID-19**

Num contexto de aumento dos números de casos de comportamento suicida no Brasil e no Estado do Espírito Santo, viveu-se nos últimos três anos (2020-2023) a pandemia de COVID-19, como um dos maiores desafios sanitários mundiais, que pode representar um acréscimo ainda maior dos índices de comportamento suicida. Assim, é possível afirmar a necessária inclusão dessa variável (pandemia de COVID-19) nas pesquisas com recorte temporal que abrange os anos de 2020 a 2023, como é o caso desse estudo, que engloba dados sobre comportamento suicida de 2018 a 2022.

O novo vírus SARS-CoV-2 apresenta uma alta e rápida disseminação e ainda trouxe incertezas aos especialistas (Werneck & Carvalho, 2020). No âmbito da saúde mental, os impactos da COVID-19 podem apresentar desde reações comuns de stress agudo, devido

adaptações à nova rotina, até a agravos mais graves de sofrimento psíquico, desencadeando, inclusive, situações que podem potencializar o comportamento suicida, como: isolamento social, tristeza, perdas familiares, aumento no consumo de álcool e outras drogas (FIOCRUZ, 2020; Ferracioli, 2021).

Durante os meses iniciais da pandemia de COVID-19 observou-se um cenário de perdas e mudanças: perda de familiares e amigos, mudanças na rotina, perda no contato físico, mudanças na rotina de autocuidado (fechamento de academia, parques, quadras e outros), mudanças nas rotinas de despedidas dos entes mortos pelo vírus, entre outras. Associado às perdas, evidenciou-se também, um agravamento da crise econômica, aumento no consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, insônia, incertezas etc (Ferracioli, 2021; Sher, 2020). Os dados indicam que o principal local onde as pessoas mais efetivam o suicídio no Brasil são suas próprias residências, ou seja, temos em destaque mais um fator que pode intensificar os riscos de prevalência do comportamento suicida durante a pandemia de COVID 19, o confinamento domiciliar/isolamento social para restrição do contágio do vírus (Botega, 2015a; Ferracioli, 2021).

Embora diversos fatores sejam apontados como potencializadores para o aumento do comportamento suicida, uma pesquisa realizada com dados sobre o suicídio em 33 países, demonstrou que nos primeiros nove a 15 meses de pandemia não foram observados aumentos acima do esperado na maioria dos países. Embora esses dados possam estar subestimados, tendo em vista o contexto pandêmico que dificultaria o lançamento dos dados e/ou acesso das pessoas aos serviços, eles são relevantes para a observação do contexto que se espera, de aumento exponencial dos suicídios (Pirkis et al., 2022). Sher (2020) pontua que as consequências da COVID 19 para a saúde mental, incluindo o comportamento suicida, estarão presentes por um longo período e provavelmente, atingirão o pico mais tarde do que a pandemia de fato. Ou seja, embora os dados iniciais apresentados não indiquem um aumento,

possivelmente as consequências reais da pandemia na saúde mental só serão sentidas ao longo do tempo.

Ainda nesse sentido, Orellana e Souza (2022), em estudo realizado no Brasil com os dados oficiais de mortalidade do Ministério da Saúde, indicaram que houve uma redução geral de 13% na taxa de suicídios durante a pandemia de COVID 19 no ano de 2020, porém os autores destacam que essa redução geral não é observada nas faixas etárias e regiões mais vulneráveis do ponto de vista sanitário e socioeconômico. Os resultados do estudo apontam um aumento de 26% em homens com mais de 60 anos e da região norte do país, com um aumento significativo também entre mulheres de 30 a 59 anos dessa mesma região. Já na região nordeste, houve um aumento de 40% em mulheres com 60 anos ou mais (Orellana e Souza, 2022).

Os dados sobre os impactos da COVID 19 para o comportamento suicida ainda são poucos e têm-se divergências. Percebe-se que houve um aumento de preditores, tais como presença de transtornos psiquiátricos, isolamento social, uso de álcool e outras substâncias psicoativas, violência doméstica, notícias negativas, desemprego, estigmas sociais, acesso restrito a serviços de saúde, doenças neurológicas, transtornos do sono e outros (Nascimento & Maia, 2021). Assim, estima-se que ocorra um aumento nas taxas de comportamento suicida durante e após o cenário de COVID-19, daí a importância de se analisar os casos registrados de comportamento suicida incluindo esse contexto pandêmico como variável.

### **Comportamento suicida e saúde pública**

Na área da saúde pública, os primeiros registros, quanto as questões do suicídio, datam do fim da década de 1960, com mais ênfase na década de 1990, quando se começou a considerar o suicídio como um problema a ser enfrentado também na saúde pública.

Atualmente, o suicídio é considerado um grave problema de saúde pública global por suas

repercussões sociais, econômica e psíquica em toda uma população (Botega, 2015a; WHO, 2021).

Gomes et al. (2019) pontuam que para debater o comportamento suicida enquanto questão de saúde pública, é necessário situá-lo para além das fragilidades e potencialidades de quem manifesta o comportamento. Nesse sentido, as autoras destacam ser preciso estar atento as dimensões do cuidado em saúde, do tratamento e, do acolhimento das pessoas próximas àquelas que efetivaram suicídio, pois estas constituem, também, um grupo de risco (Gomes et al., 2019).

Frente a isso, a redução da mortalidade por suicídio tem sido priorizada pela OMS como uma meta global e está incluída como indicador nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, bem como no 13º Programa Geral de Trabalho da OMS 2013 – 2020, estendido até 2030. Com isso, a OMS quer a redução das taxas de suicídio em pelo menos um terço até 2030 (WHO, 2021).

Com vistas a reduzir essas taxas, a OMS propõe alguns objetivos que os países devem considerar para a criação de estratégias nacionais, em resumo: melhoria na qualidade dos dados nacionais; redução da disponibilidade e acessibilidade a meios para suicídio (armas, pesticidas, por exemplo); promover a implementação de diretrizes de mídia; promover maior acesso aos serviços para aqueles em comportamento suicida; remoção de barreiras de cuidado; manutenção de programas de treinamento aos profissionais que realizam atendimento a essas pessoas; melhoria na qualidade do atendimento clínico e intervenções, principalmente às pessoas que chegam aos hospitais após uma tentativa de suicídio; garantia de acesso dos indivíduos a cuidados de saúde mental de emergência, principalmente em crises; melhoria do apoio às pessoas afetadas por suicídio e tentativas; estabelecimento de campanhas de informação pública; promoção de ações para redução de estigmas; fomento às

pesquisas, treinamentos e prestação de serviços em relação aos comportamentos suicidas (WHO, 2014).

Na saúde pública brasileira, a violência autoprovocada, a qual engloba o comportamento suicida, consiste em ato de notificação obrigatória às autoridades de saúde competentes (MS, 2017a). O acompanhamento dessas notificações consiste em ação da vigilância em saúde<sup>6</sup>, na perspectiva do cuidado, estando previsto em normativas do Ministério da Saúde, tais como: Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências; Política Nacional de Promoção da Saúde; Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011; Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014; Portaria n.º 204, de 17 de fevereiro de 2016 (MS, 2017a).

É por meio do acompanhamento dessas notificações que, torna-se possível,  
[...] conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “ocultos” nos espaços privados e públicos;  
[...] compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no País, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz;  
[...] intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência.  
[...] proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção (MS, 2017a, p.9).

---

<sup>6</sup> Compreende-se Vigilância em Saúde como o “processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças” (Resolução n.º 588, 2018, p.2).

Assim, a notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas em situação de violência e seus familiares. Portanto, o trabalho de cada profissional é de extrema importância para o fortalecimento da rede de atenção e proteção a essas pessoas.

Além das normativas acima citadas e da obrigatoriedade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada, o governo federal promulgou a Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019, que Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio:

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

de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (Lei n.º 13.819, 2019, s.p.).

No âmbito estadual, o governo do Espírito Santo (ES) criou e aprovou a Lei 11.147/2020 que define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência à autoridade sanitária estadual por todos os profissionais dos serviços de saúde, instituição de ensino e assistência social, de caráter público, privado e filantrópico em todo território estadual (Lei 11.147, 2020). Tal lei, com a implementação de sistema próprio de notificações em 2020 (Sistema de Informação em Saúde e-SUS Vigilância em Saúde (VS) – E-SUS VS), representa um marco no enfrentamento a violência no ES, por sua contribuição para a manutenção e acesso dos dados em tempo real e de maneira georreferenciada, facilitando intervenções precisas e locais, bem como a análise e implementação de políticas públicas mais próximas da realidade estadual (Secretaria de Estado da Saúde [SESA], 2020b).

Portanto, para a realização e monitoramento das notificações de violência interpessoal e autoprovocada utiliza-se, atualmente, no Espírito Santo, o Sistema E-SUS VS (até 2020 utilizava-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação — SINAN), de modo que os dados gerados são repassados para o SINAN, sistema que faz a compilação dos dados no âmbito nacional. Já para a realização das notificações de mortalidade por suicídio utiliza-se o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

### ***Sistemas de informação em saúde***

Para realização desta pesquisa foram utilizados três sistemas de informação em saúde, a saber: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação em Saúde E-SUS Vigilância em Saúde (E-SUS-VS); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). O primeiro para acesso às notificações de lesões autoprovocadas de 2018

a 2020, o segundo para as notificações de lesões autoprovocadas de 2020 a 2022 e o último, para as notificações de suicídio propriamente dito, entre 2018 e 2022.

O *Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)* foi instituído em 1993 e regulamentado em 1998, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos estados, municípios e Distrito Federal. O sistema é alimentado, principalmente, por notificações de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória (MS, 2007) e objetiva,

[...] coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. (MS, 2007, p.9).

A utilização do sistema contribui para a observância da ocorrência de determinado agravo ou doença em uma determinada região, podendo fornecer subsídios para explicar causas dos agravos de notificação compulsória e, indicar os riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo para identificar a situação epidemiológica de determinada área demográfica (MS, 2017c).

Já o *Sistema de Informação em Saúde E-SUS Vigilância em Saúde (E-SUS VS)* foi instituído pela Portaria n.º 001-R — de 2 de janeiro de 2020 e criado em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como o único sistema oficial de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados no estado do Espírito Santo. Tal sistema é a fonte oficial de registro de notificações compulsórias conforme as portarias do Ministério da Saúde e do Estado do Espírito Santo e sua alimentação se dá via o sítio eletrônico <https://esusvs.saude.es.gov.br> (SESA, 2020a, 2020b).

Nesse sentido, cabe ao estado (SESA, 2020a, p.7):

I. consolidar os dados do E-SUS-VS provenientes dos municípios; II. prestar apoio técnico aos municípios para utilização e operacionalização do E-SUS-VS; III. estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal, respeitando os fluxos e prazos estabelecidos pela SVS/ MS; IV. manter versões atualizadas do E-SUS-VS e seus instrumentos de coleta de dados; V. enviar os dados à SVS/MS regularmente, observados os prazos estabelecidos; VI. informar às outras unidades federadas a ocorrência de casos de notificação compulsória, detectados na sua área de abrangência (residentes em outras unidades federadas), ou a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país; VII. informar à SVS/MS a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país; VIII. avaliar a regularidade, oportunidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade da unidade federada, para a manutenção da qualidade da base de dados; IX. realizar análises epidemiológicas e operacionais; X. divulgar informações e análises epidemiológicas; XI. normatizar aspectos técnicos em caráter complementar a atuação do nível federal para a sua área de abrangência; e XII. criar e gerenciar os perfis de acesso ao sistema E-SUS VS como garantia de acesso restrito ou ampliado em atendimento à Lei n.º 13.709 de 14 de agosto de 2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — LGPD e Lei n.º Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011 — Lei de Acesso à Informação.

Cabe aos municípios (SESA, 2020a, p.7):

I. implantar E-SUS VS para Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território municipal; II. notificar no E-SUS VS os registros compulsórios de doenças, agravos e

eventos de saúde pública realizados pelas unidades de saúde, públicas e privadas, não notificantes na plataforma, respeitando os prazos de oportunidade definidos para cada caso; III. informar oportunamente à SESA/ES a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país; IV. avaliar a regularidade, oportunidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade municipal, para a manutenção da qualidade da base de dados; V. realizar análises epidemiológicas e operacionais; VI. informar no E-SUS VS e diretamente aos municípios do Espírito Santo e de outra unidade federada, utilizando meios de comunicação oportunos, a ocorrência de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória, detectados na sua área de abrangência que envolva pessoas residentes em outros municípios; VII. divulgar informações e análises epidemiológicas, cumprindo termos de confidencialidade de variáveis sensíveis; VIII. normatizar aspectos técnicos em caráter complementar à atuação do nível estadual para a sua área de abrangência; e IX. gerenciar o acesso de usuários ao sistema E-SUS VS para garantir restrição ou ampliação de acesso em atendimento à Lei n.º 13.709 de 14 de agosto de 2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — LGPD e à Lei n.º Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011 — Lei de Acesso à Informação (SESA, 2020a, p.7).

Desse modo, o sistema foi apresentado em agosto de 2019 no lançamento do Programa de Qualificação da Atenção Primária da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), e é uma novidade que traz maior velocidade no envio de informações aos gestores e profissionais de saúde da área da Vigilância e da Atenção Primária, permitindo acesso real às informações em saúde (SESA, 2020b).

Por fim, o *Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)* é um sistema da vigilância epidemiológica nacional que objetiva captar dados sobre óbitos nacionais, a fim de fornecer informações sobre mortalidade para as instâncias do sistema de saúde. Possui como documento de entrada a declaração de óbito (MS, 2001).

Trata-se de um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975 e é um dos principais instrumentos para se conhecer aspectos referentes à mortalidade brasileira e às causas de adoecimento que levaram ao óbito. Contribui, ainda, para apoiar a elaboração de políticas públicas de saúde e seguridade social de maior efetividade com vistas à prevenção, promoção e cuidado em saúde (MS, 2022).

O SIM permite a avaliação de alguns indicadores de saúde, tais como: taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade perinatal, taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade por causas externas (homicídio, suicídio, acidentes de trânsito e outros), taxa de mortalidade proporcional por grupo de causas, mortalidade por causa mal definida, entre outras. Os dados gerados pelos indicadores podem ser usados por gestores federais, estaduais e municipais para subsidiar no planejamento de ações, atividades e programas voltados à gestão em saúde (MS, 2021b).

## Objetivos

### Objetivo geral

Analisar casos registrados de violência autoprovocada e suicídio, ocorridos no período de 2018 a 2022, em um município do norte do Espírito Santo.

### Objetivos Específicos

- Descrever as características gerais dos casos notificados de violência autoprovocada e registros de óbitos por suicídio entre os anos de 2018 e 2022;
- Caracterizar os casos registrados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, nas diferentes faixas etárias<sup>7</sup>;
- Investigar o histórico de saúde, doença e cuidado registrado de casos de comportamento suicida no município de estudo.

## Método

### Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa em que as duas abordagens foram necessárias e complementares para abarcar a realidade a ser estudada. A intenção foi buscar pontos fortes da pesquisa quantitativa e da qualitativa, para proporcionar maior compreensão do problema de pesquisa (Creswell, 2010; Minayo & Sanches, 1993).

Sobre essa complementaridade, Minayo (2014) destaca que no campo da saúde há problemas que precisam ser compreendidos por meio de categorias classificatórias, que

---

<sup>7</sup> Destaca-se para isso, que os dados foram analisados de acordo com as idades preconizadas pela OMS e adotada no próprio instrutivo para o preenchimento das notificações – VIVA, sendo: 0 a 09 anos – infância/criança; 10 a 19 anos – adolescência; 20 a 59 anos – idade adulta; acima de 60 anos – velhice/idosos.

contemplem a diversidade e as diferenças (classes, gênero, idade, etc.) - método quantitativo; porém, essas vivências desiguais produzem formas peculiares de pensar, sentir e agir a respeito da saúde e da doença, que não se reduzem a experiência orgânica, biológica ou externa dos sujeitos - método qualitativo. Ou seja, nas pesquisas sociais em saúde e nos fenômenos sociais, existe a “possibilidade de se analisarem regularidade, frequências, mas também relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos em ação” (Minayo, 2014, p.63).

Assim, a utilização das duas abordagens (quantitativa e qualitativa) conduziram a resultados importantes sobre a realidade social abordada por esse estudo (Minayo, 2014). Nessa pesquisa, o estudo quantitativo buscou descrever as características gerais dos casos notificados de violência autoprovocada e registros de óbitos por suicídio entre os anos de 2018 a 2022<sup>8</sup> e, ainda, caracterizar os casos registrados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, nas diferentes faixas etárias, entre os anos de 2018 e 2022 no município de estudo. Já o estudo qualitativo visou investigar o histórico de saúde, doença e cuidado registrado dos casos notificados de comportamento suicida no município de estudo.

Na abordagem quanti-qualitativa, o método empregado consistiu em pesquisa documental, utilizando-se como fonte de dados, notificações de violência interpessoal e autoprovocada e dados do SIM, que foram analisados quantitativamente e prontuários, investigados qualitativamente. A pesquisa documental refere-se à análise de um conjunto de dados existentes, que geralmente não foram produzidos para pesquisa, mas para documentação e/ou avaliação e monitoramento, ou seja, ainda não receberam tratamento analítico (Flick, 2013). Dentre as fontes de informações que podem ser utilizadas para a pesquisa/análise documental, pode-se destacar os registros de instituições de saúde

---

<sup>8</sup> Destaca-se que o período compreendido de pesquisa (2018 a 2022) visou abarcar um período anterior a pandemia de COVID-19 e o período de emergência pública em decorrência da pandemia de COVID-19 (2020 a 2022).

(Menandro, 2016), como foi utilizado nessa pesquisa.

### **Cenário de Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de São Mateus, litoral norte do Espírito Santo, localizado a 215 km da capital do estado e fazendo limite com os municípios de Boa Esperança, Pinheiros, Conceição da Barra, São Gabriel da Palha, Vila Valério, Linhares, Jaguaré e Nova Venécia (Prefeitura Municipal de São Mateus [PMSM], 2022a). O município possui população estimada de 134.629 habitantes em 2021, densidade populacional de 56 hab/km<sup>2</sup> e área territorial de 2.343,25 km<sup>2</sup> (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022).

No que se refere à Saúde, trata-se de um município de médio porte, que se encontra, desde 2020, conforme o processo de regionalização em saúde do Estado do Espírito Santo, junto a outros 28 municípios na Região Norte/Noroeste de Saúde do estado, sendo a sede da Superintendência Regional de Saúde - Norte. Faz parte do Consórcio Público da Região Norte - CIM Norte/ES de Saúde, com serviços de apoio ao diagnóstico e consulta médica especializada (PMSM, 2022b).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com 57 estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS, destes, 47 sob gestão municipal, sendo: 01 Central de Regulação, 01 Central de Gestão em Saúde, 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e CAPS AD), 25 Unidades Básicas de Saúde, 01 Central de Abastecimento, 03 Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, 02 Farmácias Municipais, 01 Policlínica, 01 Polo de Academia de Saúde, 02 Unidade de Serviço e Apoio de Diagnose e Terapia, 03 Unidades de Vigilância em Saúde (Sanitária, Ambiental e Epidemiológica), 03 Unidade Móvel Terrestre, 02 Unidade de Nível Pré-Hospitalar na área de urgência. Conta ainda, sob gestão estadual, com 10 estabelecimentos, sendo: 01 Central de

Regulação, 01 Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica, 03 Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 02 Clínicas Especializadas/Ambulatório Especializado, 01 Farmácia, 01 Hospital Especializado, 01 Hospital Geral (PMSM, 2022b).

O município exerce uma grande influência na regionalização da saúde<sup>9</sup> no norte do Espírito Santo, com uma oferta ampla de serviços de saúde municipal/estadual e uma organização municipal de serviços que justificou o interesse em conhecer o modo como esse município - referência para região Norte - lida com a temática do suicídio nos tópicos destacados por essa pesquisa. Nesse ínterim, para este estudo deu-se atenção a Vigilância em Saúde municipal, com foco para a Vigilância Epidemiológica e os serviços de saúde que ofertam cuidado continuado especializado às pessoas em sofrimento psíquico, aqui neste estudo abarcado pelo comportamento suicida, a saber: CAPS I, CAPS AD e Policlínica Municipal (US3).

A Vigilância Epidemiológica (VE) é a vigilância responsável pelo fluxo das informações em Saúde de São Mateus, sendo as mesmas provenientes dos seguintes sistemas: Sistema de Notificação de Agravos (E-SUS VS), em substituição do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN; Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC; Sistema de Informação de Mortalidade - SIM; Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL (PMSM, 2021a). Para a presente pesquisa tem-se como foco as notificações registradas no Sistema de Notificação de Agravos - E-SUS VS (2020 – 2022) e no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN (2018 – 2020), bem como os dados do SIM para obtenção de informações quanto aos registros de mortalidade por suicídio.

---

<sup>9</sup> O Estado do Espírito Santo é dividido em três regiões de saúde: metropolitana, sul e norte/noroeste (PMSM, 2021a). Considera-se como região de saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Resolução N° 1 de 29/09/2011, 2011).

No município pesquisado, a VE estabelece, com cada fonte notificadora, um fluxo para as notificações serem recolhidas e/ou digitadas diretamente no E-SUS VS e a partir disso, assume-se a responsabilidade pela conclusão de cada notificação: buscam-se informações complementares com a equipe de assistência, realizam-se recomendações para a condução do caso e orienta-se para a solicitação de exames laboratoriais específicos (PMSM, 2021a).

Além dos dados coletados junto a VE Municipal, foram coletados dados diretamente no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sendo utilizado o DATASUS do estado do Espírito Santo - DATASUS ES. O DATASUS é o sistema nacional que disponibiliza informações de saúde que podem subsidiar análises de situação de saúde, tomadas de decisões em saúde e elaboração de programas e políticas públicas em saúde (MS, 2023d).

O DATASUS está presente em todas as regiões do país e já desenvolveu mais de 200 sistemas que contribuem diretamente com o Ministério da Saúde (MS) na construção e fortalecimento do SUS. Destaca-se que o departamento é um grande provedor de soluções de softwares para secretarias municipais e estaduais de saúde, adaptando-os conforme as realidades locais (MS, 2023c; MS, 2023d).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por sua vez, são constituídos por equipes multiprofissionais que atuam na perspectiva interdisciplinar e realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas. Os atendimentos são realizados na área territorial dessas pessoas em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e, não intensivo. Os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS AD, CAPSIJ (Portaria GM/MS n.º 3.088, 2011).

No município de pesquisa, tem-se dois CAPS, o CAPS I e o CAPS AD, sendo parte da pesquisa (Estudo 3) realizada nesses serviços. O primeiro, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes, atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, estando incluso àqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que dificultam o estabelecimento de laços sociais e realização de projetos de vida. O CAPS AD, por sua vez, é indicado para municípios ou regiões de saúde com mais de 70 mil habitantes, atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam sofrimento psíquico em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas e situações clínicas que dificultem o estabelecimento de laços sociais e realização de projetos de vida (MS, 2015).

A Policlínica Municipal (US3), por sua vez, atua como um ambulatório de especialidades médicas e não médicas (PMSM, 2021a). Trata-se de um serviço de caráter municipal, mantido pelo município, que conta com diversas especialidades, entre elas uma equipe dedicada às demandas de saúde mental, a Equipe Multidisciplinar de Saúde Mental, alvo desta pesquisa.

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Mental (AMENT) é tida como a equipe de referência para o atendimento às pessoas com transtornos mentais leves e moderados, prestando assistência considerada de média complexidade. A equipe segue o Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental, atendendo às pessoas que apresentem: síndromes depressivas leves e moderadas; insônia; síndromes conversivas/dissociativas, transtorno afetivo bipolar sem riscos para si ou para terceiros, sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade, luto/reação adaptativa e outras síndromes e ou sinais e sintomas considerados de risco baixo (PMSM, 2021a). Para isso a equipe conta com médicos de saúde mental, psiquiatras, psicólogos e assistente social (PMSM, 2021a).

Ressalta-se que no município de pesquisa essa equipe alocada na Policlínica (US3), encontra-se em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde para Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

### **Fontes de Dados e Instrumentos**

Para fins dessa pesquisa, utilizou-se como fonte de dados as notificações de violência autoprovocada, dados do SIM e informações dos prontuários.

No Estudo 01 e 02, utilizou-se como fonte de dados, as notificações de violência autoprovocada e dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Tais dados, foram produzidos a partir de três sistemas (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, Sistema de Informação e Vigilância em Saúde - E-SUS VS, Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM) e de dois documentos de registro nesses sistemas (Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada e Declaração de Óbito).

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada (Anexo I) é uma das ações da vigilância em saúde na perspectiva do cuidado às pessoas em situação de violência (Ministério da Saúde, 2017a). Por meio dela é possível compreender a situação epidemiológica desse agravo em região delimitada, conhecer a magnitude e gravidade, identificar casos “ocultos”, realizar intervenções no cuidado à saúde com oferta de atenção integral às pessoas (Dória, 2020; Ministério da Saúde, 2017a). Os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do E-SUS VS, são produzidos a partir do preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada por um profissional habilitado<sup>10</sup>, assim, para esta pesquisa utilizou-se somente os dados das notificações de violência autoprovocada.

---

<sup>10</sup> Art. 3º A Notificação Compulsória é obrigatória para os médicos, demais profissionais de saúde, profissionais de instituição de ensino e assistência social, bem como para os responsáveis por esses serviços, de caráter público, privado ou filantrópico, que prestam cuidados às pessoas em situação de violação de direitos em todo o território do Estado do Espírito Santo, nos termos das seguintes Leis Federais: nº 8.069, de 13 de julho de 1990,

Os dados advindos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), são produzidos a partir do preenchimento da declaração de óbito por um médico. Trata-se de um sistema nacional da vigilância epidemiológica que objetiva a captação de dados sobre óbitos do país. Tais dados fornecem informações quanto a mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde, tendo como documento de entrada do sistema a Declaração de Óbito padronizada em todo território nacional (Anexo II) (MS, 2001).

Desse modo, buscou-se com as notificações e os dados obtidos via SIM, descrever as características gerais dos casos notificados de violência autoprovocada e registros de óbitos por suicídio entre os anos de 2018 e 2022 no município de São Mateus/ES (Estudo 01) e ainda, caracterizar os casos registrados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, a partir das diferentes faixas etárias, entre os anos de 2018 e 2022 no município de estudo (Estudo 02).

Quanto aos prontuários (Estudo 03), foram selecionados sete prontuários, nos três serviços participantes da pesquisa. Esses prontuários foram indicados pelos profissionais dos serviços e selecionados a partir dos critérios que regem esta pesquisa (detalhados abaixo). Vale ressaltar, que inicialmente tinha-se a pretensão de que cada serviço disponibilizasse três prontuários (totalizando nove prontuários), porém um dos serviços disponibilizou apenas um, assim, totalizou-se sete prontuários para análise.

Entende-se que a análise documental de prontuários permite uma imersão na história de saúde do indivíduo e uma análise das ações de toda equipe multiprofissional (Santana et al., 2019). Assim, buscou-se com a análise dos prontuários selecionados (Estudo 3), identificar os profissionais e as ações de cuidado desenvolvidas junto às pessoas em comportamento suicida, bem como aprofundar o conhecimento sobre as situações que

envolvem tal comportamento, tais como: histórico de saúde e doença, rede de apoio pessoal, profissionais envolvidos no cuidado, cuidados ofertados, histórias envoltas, e outras que se julgaram relevantes durante a pesquisa (Apêndice A).

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

Para realização deste estudo foram respeitados todos os aspectos éticos legalmente previstos e em consonância com os critérios das Resoluções n.º 466 (12/12/2012) e n.º 510 (07/04/2016). Trata-se de um estudo que é parte integrante da pesquisa intitulada “Comportamento Suicida: cuidado e registro no Sistema Único de Saúde” e encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer n.º 5.462.461 de 10/06/2022).

Em seguida aos trâmites éticos, buscou-se autorização junto ao gestor em saúde do município com assinatura do Termo de Autorização para Pesquisa (Apêndice B). Posteriormente, fez-se contato com a Vigilância Epidemiológica (VE) municipal, a qual possibilitou a obtenção dos dados do SINAN e do E-SUS VS, em planilhas no formato Excel.

Ao contatar a VE municipal, a pesquisadora foi informada que não seria possível a obtenção dos dados do SIM, tendo em vista que as permissões oferecidas pelo login da vigilância local não permitiam o acesso integral aos dados. Assim, a equipe da VE indicou que a pesquisadora fizesse essa coleta via DataSUS estadual pelo sítio eletrônico.

<http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/SIM/SIM2006/sim2006.def>. Desse modo, os dados do SIM foram obtidos diretamente no DataSUS ES.

No que tange aos prontuários, após coleta de dados dos sistemas de informação, fez-se contato com os respectivos coordenadores dos serviços a serem alvo da pesquisa. Após reunião com cada serviço, deu-se início a coleta de dados junto aos prontuários.

### ***Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada e Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM***

Com as notificações e os dados obtidos do SIM, buscou-se realizar a caracterização dos casos que envolve o comportamento suicida. Assim, foram selecionadas as notificações e dados dos anos de 2018 a 2022.

Buscou-se junto a Vigilância Epidemiológica municipal e ao DATASUS ES, fazer o levantamento das seguintes características referentes às pessoas e às ocorrências de comportamento suicida: idade, raça/cor, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, município de residência, zona de residência, município de ocorrência, ocupação, escolaridade, situação conjugal, presença ou não de algum transtorno, tipo de transtorno/deficiência, suspeita do uso de álcool, encaminhamentos, unidade notificadora local de ocorrência e se ocorreu outras vezes, meios de agressão, motivação, ocupação e causa da Morte por CID e fonte de informação (no caso de óbitos).

### ***Prontuários***

Feita a coleta nos sistemas de informação, foram selecionados três serviços que ofertam cuidado continuado especializado à pessoa em comportamento suicida (CAPS I, CAPS AD e Policlínica - US3) para que indicassem prontuários para análise. Nos prontuários, buscou-se as seguintes informações: atendimentos realizados, categorias profissionais envolvidas, encaminhamentos realizados, setores envolvidos, queixa principal registrada, histórico de sofrimento relatado, doença existente, rede de apoio identificada (familiares, amigos, outros), fatores predisponentes, precipitantes e de proteção (Apêndice A). Destaca-se que os serviços foram escolhidos, por se tratar de espaços dedicados ao cuidado continuado especializado de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo àqueles decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Vale destacar que a escolha por tal quantitativo de prontuários para análise qualitativa, coaduna com a discussão apresentada por alguns autores (Cellard, 2012; Moré, 2015) de que se deve priorizar na pesquisa qualitativa, a qualidade e diversidade, não necessariamente a quantidade. Ou seja, a qualidade de um único documento interessa mais do que muitos depoimentos sem profundidade das informações. Para Moré (2015, p.128), o número total de participantes de um estudo qualitativo depende do recorte do estudo (expresso no objetivo); da profundidade que se deseja (número de questões principais e complementares); das características dos participantes, no que se refere à sua homogeneidade; dentre outros critérios. A autora apresenta ainda que, normalmente, o ponto de saturação em pesquisa qualitativa tem sido alcançado entre a sexta e a décima segunda entrevista, o que foi utilizado nessa pesquisa como referência para a definição do quantitativo de prontuários a serem analisados, a partir, também, da disponibilidade dos serviços.

Após contato e reunião com os serviços selecionados, solicitou-se que os profissionais indicassem, em cada serviço, três prontuários de pessoas em comportamento suicida (ideação, tentativa de suicídio e/ou suicídio) que estivessem em acompanhamento ou foram acompanhadas pelo serviço entre os anos de 2018 e 2022. De maneira mais específica, foram indicados prontuários levando-se em consideração os seguintes critérios: um caso tido como “difícil” e que teve desfecho satisfatório, segundo seus entendimentos; um caso que foi “difícil” e não teve desfecho satisfatório, segundo seus julgamentos; um caso difícil e mais típico dentre a maioria dos casos atendidos, mas que ainda não houve desfecho (interrupção, abandono ou “alta” do serviço).

Mediante a indicação dos profissionais e dos serviços, o local onde ultrapassou-se o total pretendido para análise, a pesquisadora junto à equipe discutiu quais dos prontuários melhores se enquadravam nos objetivos da pesquisa para serem analisados. Assim, a escolha foi atrelada ao problema e aos objetivos da pesquisa (Kripka et al., 2015).

Vale destacar, que em um dos serviços selecionados, os profissionais não conseguiram indicar três casos, indicando apenas um. Assim, fez-se a análise total de sete prontuários, em três serviços de saúde mental.

### **Tratamento e Apresentação dos Dados**

Após levantamento dos dados, deu-se início ao tratamento dos mesmos, para posterior análise.

#### ***Dados E-SUS VS e SINAN***

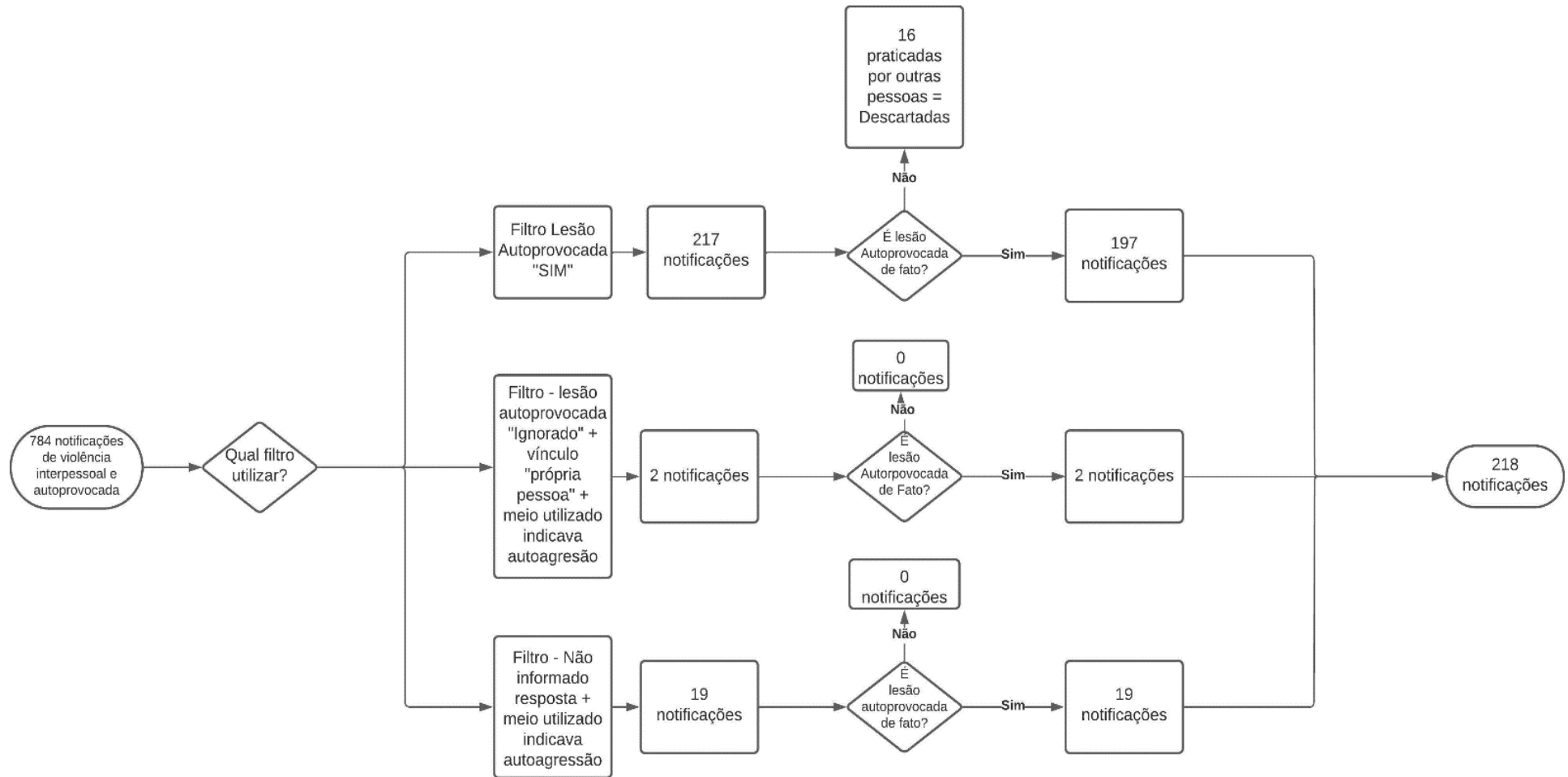
Os dados foram obtidos via vigilância epidemiológica de São Mateus/ES em formato de Excel. Aos dados do SINAN foi aplicado um filtro em Lesão Autoprovocada para os registros que possuíam como resposta “sim”, sendo identificadas 185 notificações.

Posteriormente, verificou-se cada uma dessas notificações e pôde-se identificar que uma das notificações preenchidas como lesão autoprovocada, havia sido praticada por outra pessoa (cônjuge), ou seja, não se caracterizava como lesão autoprovocada. Também se analisou os dados marcados como “Ignorado”, “não” ou sem informação do item para a variável lesão autoprovocada, a fim de verificar possíveis dados que, embora não tivessem assinalados “sim” se caracterizariam como lesão autoprovocada, porém não foi identificada nenhuma notificação que sinalizasse autolesão. Desse modo, pode-se identificar 184 notificações de violência autoprovocada no período de 2018 a 2019.

Já para os dados do E-SUS VS, foi inicialmente aplicado um filtro em Lesão Autoprovocada para as notificações que havia resposta “Sim”, sendo identificadas 213 notificações. Posteriormente, foi verificada cada uma destas notificações e pode-se identificar 16 notificações que estavam como lesão autoprovocada, mas haviam sido praticadas por outras pessoas, ou seja, não se tratava de lesão autoprovocada, restaram então 197 notificações. Foram verificadas também as respostas que constavam “Ignorado” para lesão

autoprovocada e identificadas duas notificações em que embora não houvesse marcação “Sim”, foi praticada pela própria pessoa, ou seja, pode ser considerada lesão autoprovocada. Dessa mesma forma, foram verificadas as notificações que não haviam sido informadas respostas, sendo identificadas 19 notificações praticadas pela própria pessoa e/ou o meio (outros) usado para a agressão constava autolesão/automutilação/tentativa de suicídio, ou seja, também se caracterizavam como lesão autoprovocada. Ressalta-se ainda, que as notificações marcadas com “Não” para lesão autoprovocada foram analisadas e, de fato, constatou-se que não era lesão autoprovocada. Assim, ao fim, pôde-se identificar 218 notificações de lesões autoprovocadas pelo sistema ESUS-VS (2020 a 2022), como consta abaixo (Figura 1):

Figura 1: Fluxograma dos processos realizados para identificação e seleção das notificações de violência autoprovocada do E-SUS VS (2020 a 2022)



Fonte: Fluxograma criado pela própria pesquisadora

Após organização dos dados no Excel, fez-se a exportação dos mesmos para o SPSS (versão 22.0), permitindo assim, a realização da distribuição de frequência dos dados que se deseja analisar. Abaixo, apresentação das variáveis utilizadas para levantamento dos dados e análise (Tabela 1):

Tabela 1: Variáveis da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e autoprovocada presentes no estudo

Variável	Apresentação na ficha de notificação	Ao que se refere	Preenchimento dos campos	Opções de Resposta da Ficha	Opções de Resposta utilizadas para tratamento e análise dos dados
<i>Unidade Notificadora</i>	Nome da Unidade notificadora	Nome completo da unidade notificadora ou o seu código	Obrigatório	Escrita livre	Escrita livre
<i>Idade</i>	Idade	Registrar a idade que a pessoa atendida possui na data da ocorrência da violência	Obrigatório; *No E-SUS VS é autopreenchido após informar data de nascimento.	Escrita Livre	1: 0 a 09 anos – Infância/Criança 2: 10 a 19 anos – Adolescência 3: 20 a 59 anos – Idade Adulta 4: Acima de 60 anos – Velhice/Idosos
<i>Sexo</i>	Sexo	Sexo da pessoa atendida/vítima	Obrigatório	M – Masculino F – Feminino I - Ignorado	1 – Masculino 2 – Feminino 3 - Ignorado
<i>Raça/Cor</i>	Raça/Cor	Corresponde à cor da pele, à raça ou à etnia declarada pela pessoa atendida/ vítima.	Essencial *No ESUS-VS este campo se tornou de preenchimento obrigatório	1 – Branca 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena 9 - Ignorado	1 – Branca 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena 9 - Ignorado
<i>Escolaridade</i>	Escolaridade	Escolaridade declarada pela pessoa atendida/vítima	Essencial *No ESUS-VS este campo se tornou de preenchimento obrigatório	0 - Analfabeto 1 – 1ª à 4ª série incompleta do EF 2 – 4ª série completa do EF 3 – 5ª à 8ª série incompleta do EF 4 – Ensino fundamental completo 5 – Ensino médio incompleto 6 – Ensino médio completo 7 – Educação superior incompleta 7 – Educação superior incompleta	0 - Analfabeto 1 – 1ª à 4ª série incompleta do EF 2 – 4ª série completa do EF 3 – 5ª à 8ª série incompleta do EF 4 – Ensino fundamental completo 5 – Ensino médio incompleto 6 – Ensino médio completo 7 – Educação superior incompleta 8 – Educação superior completa 9 - Ignorado: 10 – Não se aplica

				8 – Educação superior completa 9 - Ignorado: 10 – Não se aplica	
<i>Município de residência</i>	Município de Residência	Anotar o nome do município de residência da pessoa atendida/ vítima	Obrigatório	Escrita Livre	Escrita Livre
<i>Zona de Residência</i>	Zona	Zona de residência que pertence à pessoa atendida	Essencial	1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado	1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado 4 – Não Informado
<i>Situação Conjugal/Estado Civil</i>	Situação Conjugal/Estado Civil	Corresponde à situação conjugal ou ao estado civil da pessoa atendida/vítima no momento da violência.	Essencial	1 – Solteiro 2 – Casado/ União Estável 3 – Viúvo 4 – Separado 8 – Não se aplica 9 – Ignorado	1 – Solteiro 2 – Casado/União Estável 3 – Viúvo 4 – Separado 5 – Não Informado 8 – Não se aplica 9 - Ignorado
<i>Orientação Sexual</i>	Orientação Sexual	Corresponde a orientação sexual declarada pela pessoa atendida.	Obrigatório, se a vítima for maior ou igual a 10 anos	1 – Heterossexual 2 – Homossexual (gays/lésbicas) 3 – Bissexual (gays/lésbicas) 8 – Não se aplica 9 – Ignorado	1 – Heterossexual 2 – Homossexual (gays/lésbicas) 3 – Bissexual 8 – Não se aplica 9 – Ignorado 10 – Não informado
<i>Identidade de Gênero</i>	Identidade de Gênero	Corresponde à identidade de gênero declarada pela pessoa atendida.	Obrigatório, se a vítima for maior ou igual a 10 anos	1 – Travesti 2 – Mulher transexual 3 – Homem transexual 8 – Não se aplica 9 – Ignorado	1 – Travesti 2 – Mulher transexual 3 – Homem transexual 8 – Não se aplica 9 – Ignorado 10 – Não informado
<i>Presença de Transtorno/ deficiência</i>	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	Informar se a pessoa atendida/ vítima tem algum tipo de deficiência/ transtorno mental ou comportamental,	Essencial	1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado	1 – Sim 2 – Não 3 – Não informado 9 - Ignorado
<i>Tipo de Transtorno/ deficiência</i>	Se sim, qual tipo de Deficiência/ transtorno?	Preencher o(s) quadrículo(s) relativo(s) ao(s) tipo(s) de deficiência(s)/ transtorno(s) mental(is) ou comportamental(ais) que a pessoa atendida/vítima apresenta.	Essencial	Apresenta alguns transtornos e deficiências e a opção de preencher o quadrículo com: 1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica 9 - Ignorado	1 – Deficiência Física 2 – Deficiência Visual 3 – Transtorno Mental 4 – Deficiência Intelectual 5 – Deficiência Auditiva 6 – Transtorno de Comportamento 7 – Outros 8 – Não se aplica

					9 – Ignorado 10 – Não Informado 11 - Transtorno Mental e Transtorno de Comportamento 12 – Deficiência Intelectual e Transtorno de Comportamento 13 – Transtorno Mental, Deficiência Intelectual e Transtorno de Comportamento.
<i>Município de Ocorrência</i>	Município de Ocorrência	Anotar o nome do município onde ocorreu o evento	Obrigatório	Escrita Livre	Escrita Livre
<i>Local de Ocorrência</i>	Local de Ocorrência	Anotar o nome do município onde ocorreu o evento	Obrigatório	1 – Residência 2 – Habitação Coletiva 3 – Escola 4 – Local de Prática esportiva 5 – Bar ou similar 6 – Via pública 7 – Comércio/serviços 8 – Indústrias /construção 9 – Outro 99 - Ignorado	1 – Residência 2 – Habitação Coletiva 3 – Escola 4 – Local de Prática esportiva 5 – Bar ou similar 6 – Via pública 7 – Comércio/serviços 8 – Indústrias /construção 9 – Outro 99 – Ignorado
<i>Violência de repetição</i>	Ocorreu outras vezes?	Informar se o mesmo tipo de evento que está sendo notificado ocorreu outras vezes.	Essencial	1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado	1 – Sim 2 – Não 3 – Não informado 9 – Ignorado
<i>Motivação</i>	Essa violência foi motivada por:	Corresponde a motivação da violência segundo a relação da coluna de opção de resposta da ficha	Obrigatório	1 – Sexismo 2 – Homofobia/ Lesbofobia/ Bifobia/ Transfobia 3 – Racismo 4 – Intolerância Religiosa 5 – Xenofobia 6 – Conflito Geracional 7 – Situação de Rua 8 – Deficiência 9 – Outros 88 – Não se Aplica 99 - Ignorado	1 – Sexismo 2 – Homofobia/ Lesbofobia/ Bifobia/ Transfobia 3 – Racismo 4 – Intolerância Religiosa 5 – Xenofobia 6 – Conflito Geracional 7 – Situação de Rua 8 – Deficiência 9 – Outros 88 – Não se Aplica 99 – Ignorado
<i>Meio de Agressão</i>	Meio de Agressão	Preencher o(s) quadrículo(s) do meio de agressão	Essencial	Apresenta alguns meios de agressão e a	1 – Força corporal/ espancamento 2 – Enforcamento

		relacionado com o tipo de violência registrado no campo 56 (tipo de violência).		opção de preencher o quadrículo com: 1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica 9 - Ignorado	3 – Objeto Contundente 4 – Objeto Perfuro Cortante 5 - Substância/ Objeto Quente 6 – Envenenamento/ Intoxicação 7 – Arma de Fogo 8 – Ameaça 9 – Outro 10 – Envenenamento e outro 11 – Não informado 12 – Objeto Perfuro cortante e outro 13 – Objeto perfuro cortante e envenenamento 14 – Envenenamento e Enforcamento 15 – Objeto Contundente e Objeto Perfuro Cortante 16 – Objeto Contundente e Envenenamento 17 – Objeto perfuro cortante e enforcamento 18 – Força Corporal e Objeto Perfuro Cortante
<i>Suspeita de Álcool</i>	Suspeita de uso de álcool	Preencher o quadrículo de suspeita de uso de álcool pelo(a) provável autor(a) da violência no momento da ocorrência.	Essencial	1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado.	1 – Sim 2 – Não 3 – Não informado 9 – Ignorado.
<i>Encaminhamento</i>	Encaminhamento	Preencher o(s) quadrículo(s) com o código correspondente ao tipo de encaminhamento realizado ou orientação.	Obrigatório	Apresenta alguns serviços (ao lado) para encaminhamento e/ou orientação e a opção de preencher o quadrículo com: 1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Rede de Saúde 2 - Rede de Assistência Social 3 – Rede de Educação 4 - Rede de Atendimento à Mulher 5 - Conselho Tutelar 6 – Conselho do Idoso 7 – Delegacia de atendimento ao Idoso 8 – Centro de Referência de direitos humanos 9 – Ministério Público

---

10 – Delegacia especializada de proteção à criança e ao adolescente  
 11 – Delegacia de atendimento à mulher  
 12 – Outras delegacias  
 13 – Justiça da Infância e da Juventude  
 14 – Defensoria Pública  
 15 – Ignorado  
 16 – Não Informado  
 17 - Rede de Saúde e Assistência Social  
 18 - Rede de Saúde e Educação  
 19 - Rede de Assistência e Atendimento à Mulher  
 20 - Rede de Saúde, Educação e Atendimento à Mulher  
 21 - Rede de Saúde e Atendimento à Mulher

---

*Fonte: Tabela elaborada pela pesquisadora a partir das variáveis da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do MS utilizadas para a pesquisa e do Instrutivo VIVA do MS.*

### **Dados SIM**

Os dados do SIM foram obtidos/verificados via DataSUS, pela última vez entre os meses de outubro e novembro de 2023. Inicialmente, de posse da Declaração de Óbito, fez-se a seleção das variáveis que se desejava obter a frequência entre os anos de 2018-2022, para isso, optou-se por variáveis que diziam respeito a óbitos por suicídio, alvo desta pesquisa. Seleccionadas as variáveis, deu-se início aos procedimentos de coleta de dados. Abaixo, descrição dos procedimentos realizados para a coleta de dados no SIM (Tabela 2):

*Tabela 2: Descrição de Procedimentos utilizados para coleta de dados no SIM*

<b>Variável</b>	<b>Apresentação no DataSUS</b>	<b>Opções de Resposta- Declaração de óbito</b>	<b>Finalidade da variável para a pesquisa</b>	<b>Filtro de Busca utilizado</b>
<i>Município de Ocorrência</i>	Município de Ocorrência	Escrita Livre	Obter as informações quanto a frequência de suicídio ocorridos entre 2018-2022	Linha: Município de Ocorrência Coluna: Causas Externas

			no município de São Mateus.	Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio)
<i>Município de Residência</i>	Município de Residência	Escrita Livre	Obter as informações quanto o município de residência das pessoas que tiveram registrados óbitos por suicídio, cuja ocorrência foi no município de São Mateus.	Linha: Município de Residência Coluna: Causas Externas Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018; 2019; 2020; 2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio).
<i>Sexo</i>	Sexo	M – Masculino F – Feminino I - Ignorado	Obter as informações de mortalidade por suicídio a partir do sexo.	Linha: Causas Externas Coluna: Sexo Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio)
<i>Idade</i>	Idade	Escrita Livre	Obter as informações de mortalidade por suicídio a partir das faixas etárias disponíveis.	Linha: Causas Externas Coluna: Faixa Etária Conteúdo: óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio) *Optou-se pelo filtro faixa etária entre os demais relacionados disponíveis, por esse apresentar os dados de maneira que permita a divisão por faixa etária de acordo com a OMS.
<i>Raça/Cor</i>	Raça/Cor	1 – Branca 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 - Indígena	Obter as informações de mortalidade por suicídio a partir da raça/cor.	Linha: Causas Externas Coluna: Raça/Cor Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio)
<i>Escolaridade</i>	Instrução	1 – Nenhuma 2 – 01 a 03 anos 3 – 04 a 07 anos 4 – 08 a 11 anos 5 – 12 anos ou mais 9 – Ignorado	Obter as informações de mortalidade por suicídio a partir da escolaridade	Linha: Causas Externas Coluna: Instrução Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se

						deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio).
<i>Ocupação</i>	Ocupação Habitual e Ramo de Atividade	Escrita Livre +	Obter as informações quanto a ocupação das pessoas que tiveram registrados óbitos por suicídio.			Linha: Ocupação Coluna: Causas Externas Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio)
<i>Local de Ocorrência</i>	Local de Ocorrência	de	1 – Hospital 2 – Outros estabelecimentos de Saúde 3 – Domicílio 4 – Via Pública 5 – Outros 9 - Ignorado	Obter as informações quanto o local de ocorrência dos suicídios registrados em São Mateus.		Linha: Causas Externas Coluna: Local de Ocorrência Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio).
<i>Causa da Morte por CID</i>	Causas da Morte Linha a: causa básica	Escrita Livre + CID	Obter informações das causas de morte por suicídio a partir dos CID's (X60 a X84)			Linha: Suicídios Coluna: Causas Externas Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio); Suicídio (seleção de todos os CID's).
<i>Fonte de Informação</i>	Fonte de Informação	de	1 – Boletim de Ocorrência 2 – Hospital 3 – Família 4 – Outros 9 - Ignorado	Fonte utilizada para declarar o óbito		Linha: Causas Externas Coluna: Não ativa Conteúdo: Óbito Períodos Disponíveis: seleção conforme o período que se deseja obter o dado (2018-2019; 2020-2022) Seleções Possíveis: Município de Ocorrência (São Mateus); Causas Externas (Suicídio); Fonte de informação (seleção cada uma e gera o dado de maneira individual).

Fonte: Elaborada pela própria pesquisadora

Destaca-se que os dados advindos do SIM, e levantados junto ao DataSUS ES, são dados que já apresentam a frequência do evento a partir das variáveis selecionadas. Assim, após coleta de dados no DataSUS ES, organização e trabalho com os dados no Excel, fez-se o cálculo das porcentagens no próprio Excel e posteriormente a tabulação desses dados.

### ***Prontuários***

Após a disponibilização dos prontuários pelos profissionais e serviços, fez-se a transcrição integral dos mesmos, a partir do recorte da pesquisa (2018–2022). Para melhor compreensão dos casos, os registros anteriores e posteriores a esse período foram lidos pela pesquisadora a fim de buscar outras informações que poderiam ser consideradas importantes. Nesse sentido, fez-se, também, a transcrição do registro de acolhimento da pessoa ao serviço e/ou à rede de saúde mental.

Seguida a transcrição, fez-se o preenchimento do questionário (Apêndice A) pela pesquisadora. Tal preenchimento teve por finalidade, facilitar uma melhor compreensão dos casos e, posterior, descrição destes.

### **Análise dos dados**

Para fins desta pesquisa foram realizados dois tipos de análise: análise estatística descritiva a partir dos dados obtidos via fichas de notificação e SIM e; análise de conteúdo temática, a partir dos dados dos prontuários.

#### ***Análise Estatística Descritiva***

Para o Estudo 01 e 02, empregou-se a análise estatística descritiva a partir dos dados de violência autoprovocada, obtidos junto a VE local, e dos dados sobre a mortalidade por suicídio obtidos via Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

Os dados advindos das notificações, via Vigilância Epidemiológica, foram submetidos à análise estatística descritiva com o auxílio do software SPSS<sup>11</sup>, versão 22.0 para

---

<sup>11</sup> O SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) é um software estatístico, desenvolvido pela IBM e utilizado por profissionais de ciências humanas e exatas, ele possui diferentes módulos que permitem realizar análises estatísticas e gráficas com uma amplitude de dados (Santos, 2018). Dentre suas possibilidades o software permite computar distribuição de frequências com gráficos e estatísticas descritivas, determinar correlações, elaboração de tabulações, análise de variância, análise de regressão, aplicação de testes paramétricos e não-paramétricos, análise fatorial e outros(as) (Antunes, 2003).

Windows. Já os dados advindos do SIM, tiveram o auxílio de recursos do próprio Microsoft Excel para cálculo e posterior análise estatística descritiva. Tais análise objetivaram descrever a frequência de ocorrência de cada informação categorizada.

Morais (2005, p. 8) descreve a estatística descritiva como um “conjunto de técnicas analíticas utilizado para resumir o conjunto dos dados recolhidos numa dada investigação, organizados, geralmente, por números, tabelas e gráficos”. Ou seja, a estatística descritiva visa descrever e sintetizar as principais características observadas de um conjunto de dados via tabelas, gráficos e medidas-resumo, oferecendo melhor conhecimento sobre uma variável/comportamento (Fávero & Belfiore, 2017; Freitas-Dias & Júnior, 2021). Nesse sentido, a análise estatística é feita a partir do conjunto de dados em estudo (amostra), sem tirar quaisquer conclusões ou inferências acerca da população (Fávero & Belfiore, 2017). Assim, ela deve ser cuidadosa na maneira de escolher a forma adequada de resumir os dados (Guimarães, 2008).

Freitas-Dias e Júnior (2021) pontuam quatro possibilidades de análise para descrição de dados estatísticos, a saber: distribuição de frequências; medidas de posição; medidas de variabilidade e medidas de precisão. Para estes estudos, foi utilizada a distribuição de frequência que é, como aponta os autores, o número de vezes que certo caso ocorre, ou seja, a frequência da ocorrência de cada informação categorizada (Freitas-Dias & Júnior, 2021).

Assim, com a análise estatística descritiva realizada, foi possível a caracterização dos casos de violência autoprovoçada e de suicídio no município de São Mateus/ES entre os anos de 2018 e 2022 (Estudo 01), bem como sua caracterização a partir das diferentes faixas etárias (Estudo 02).

### ***Análise de Conteúdo Temática***

Para o Estudo 03, empregou-se como técnica de tratamento de dados a análise de

conteúdo temática. As análises foram feitas a partir dos registros de sete prontuários, como apontado anteriormente.

De posse dos prontuários, nos serviços de saúde, fez-se a transcrição integral dos registros de atendimentos/intervenções realizados com a pessoa em comportamento suicida, entre os anos de 2018 e 2022. Transcreveu-se também, o registro de acolhimento do indivíduo no serviço, quando este havia sido acolhido antes do ano de 2018; tal transcrição visou a identificação de queixas iniciais e primeiros procedimentos realizados. Além disso, fez-se, também, a transcrição de informações sociodemográficas com o auxílio do questionário para coleta de informações dos prontuários (Apêndice A).

Minayo (2014, p. 303) descreve que a “análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”. A análise de conteúdo temática trata-se de uma das várias modalidades de análise de conteúdo e, “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (Minayo, 2014, p. 316). São três as etapas da análise temática: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação.

Nesse sentido, na pré-análise, fez-se a leitura flutuante dos dados coletados, destacando-se os pontos mais importantes para o alcance dos objetivos desta pesquisa, o que requereu o suporte do questionário de coleta das informações dos prontuários. Na fase de exploração do material, fez-se, além de uma leitura mais aprofundada do material, a categorização dos dados. Já na última etapa, a partir da leitura aprofundada e categorização dos dados, fez-se as inferências e interpretações, relacionando-as à literatura da área.

## **Aspectos éticos**

Para realização desta pesquisa, foram respeitados todos os aspectos éticos legalmente previstos e em consonância com os critérios das Resoluções n.º 466 (12/12/2012) e n.º 510 (07/04/2016). Assim, buscou-se a aprovação para realização da pesquisa junto ao gestor em saúde do município com assinatura do Termo de Autorização para Pesquisa (Apêndice B). Ressalta-se que se trata de um estudo que é parte integrante da pesquisa intitulada “Comportamento Suicida: cuidado e registro no Sistema Único de Saúde” e encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer n.º 5.462.461 de 10/06/2022).

Em todo estudo foi respeitado o sigilo das informações constantes nas fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada e nos prontuários. Desse modo, os nomes constantes na apresentação dos casos (estudo 3) são fictícios, preservando a identidade das pessoas cujos prontuários foram analisados.

## **Estudo 01 – Notificações de violência autoprovoçada e mortalidade por suicídio no município de São Mateus/ES, no período de 2018 a 2022**

O presente estudo objetiva descrever as características gerais dos casos notificados de violência autoprovoçada e registros de óbitos por suicídio entre os anos de 2018 e 2022 no município de São Mateus/ES. Abaixo a apresentação dos resultados encontrados, bem como as discussões levantadas quanto aos mesmos.

### **Resultados**

Inicialmente fez-se uma apresentação geral dos dados de notificações e registros de óbitos por suicídio de 2018 a 2022. Posteriormente, apresentou-se os dados divididos da seguinte forma:

- Dados gerais de notificações e violência autoprovoçada: 1 – Características das pessoas notificadas por violência autoprovoçada nos anos de 2018 a 2022 e; 2 – Características das ocorrências notificadas de violência autoprovoçada entre os anos de 2018 e 2022;
- Dados gerais de óbitos por suicídio: 1 – Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio de 2018 a 2022 e; 2 – Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio de 2018 a 2022.

### **Dados Gerais de notificações de violência autoprovoçada**

De modo geral, foram registrados, no período de 2018 a 2022, 402 notificações de violência autoprovoçada no município de São Mateus. Destas, 16,7% (n=67) em 2018; 29,1% (n=117) em 2019; 10% (n=40) em 2020; 11,9% (n=48) em 2021; 32,3% (n=130) em 2022.

No que se refere *as características das pessoas notificadas*, nota-se (Apêndice C):

todas residiam em São Mateus, 69,2% residiam na zona urbana (n=278); 65,7% com idade entre 20 e 59 anos (n= 264); 73,6% do sexo feminino (n=296); 68,4% pardas (n=275); sendo encaminhadas em 69,2% (n= 278) das vezes para a rede de saúde, seguido de encaminhamento para a rede de saúde e assistência social (9,7%; n= 39) ao mesmo tempo.

Destaca-se, também, o número de informações ignoradas nas notificações de violência autoprovocada: 37,3% (n=150) da orientação sexual; 64,7% (n=260) da escolaridade; 33,6% (n=135) da situação conjugal; 46,5% (n=187) da presença de deficiência/transtorno e, 41,3% (n=166) do tipo de deficiência/ transtorno. Ressalta-se que a variável que versa sobre a identidade de gênero não foi informada resposta em sua maioria, representando 37,8% (n=152) das notificações.

Quanto as *características da ocorrência* (Apêndice D), pôde-se identificar: 59,7% (n=24) ocorreram em São Mateus; tendo o Hospital Roberto Arnizaut Silves como a principal unidade notificadora (2018 e 2019 não foi possível obter esse dado); em 71,9% dos casos a própria residência foi o local de ocorrência da violência autoprovocada (n=289); em 50,7% (n=204) das notificações o campo correspondente a “ocorreu outras vezes” foi assinalado como ignorado, ainda assim, 26,1% (n=105) das notificações correspondiam à violência de repetição; em 49,3% o envenenamento/intoxicação foi o meio mais utilizado para agressão (n= 198), seguido de outros (precipitação, arranhadura, afogamento, queimadura, etc.) (18,4%; n=74) e, objeto perfurocortante (17,7%; n=71); por fim, em 50,7% (n=204) das notificações o campo que versa sobre a motivação para a tentativa de suicídio foi assinalado como “ignorado”.

### ***Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada nos anos de 2018 a 2022***

A partir dos dados coletados e analisados, pôde-se apreender algumas características

das pessoas notificadas por violência autoprovocada em cada ano de estudo, tais como: município de residência, zona de residência, idade, sexo, raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, escolaridade, situação conjugal/estado civil, presença de transtorno/deficiência, tipo de transtorno/deficiência, suspeita de uso de álcool e encaminhamento realizado.

No que se refere ao *município de residência* tem-se que todas as pessoas residiam em São Mateus em todos os anos, sendo que nos anos de 2018, 2019 e 2022, a maioria das pessoas residia na zona urbana. Quanto a isso, tem-se que (Tabela 3): em 2018, 86,6% (n=58) residiam na zona urbana; em 2019, 87,2% (n=102) residiam na zona urbana; em 2020, em 80% (n=32) dos casos não foi informada a zona de residência; em 2021, em 52,1% (n=25) dos casos também não foi informada a zona de residência das pessoas notificadas; em 2022, 68,5% (n=89) residiam na zona urbana.

Tabela 3: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e zona de residência

<i>Zona de Residência</i>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Urbana</i>	58	86,6	102	87,2	07	17,5	22	45,8	89	68,5
<i>Rural</i>	06	09	12	10,3	01	2,5	01	2,1	13	10
<i>Periurbana</i>	00	00	03	2,6	00	00	00	00	01	0,8
<i>Ignorado</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Não Informado</i>	03	4,5	00	00	32	80	25	52,1	27	20,8
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Quanto a *idade/faixa etária* (Tabela 4) identifica-se a prevalência de pessoas adultas (20 a 59 anos) em todos os anos, seguidos de adolescentes. No ano de 2018 tem-se que 65,7% (n=44) tinham de 20 a 59 anos, seguidos de 29,9% (n=20) de pessoas de 10 a 19 anos. Em 2019, 61,5% (n=72) tinham de 20 a 59 anos e, 34,2% (n=40) de 10 a 19 anos. Em 2020, tem-se que 65% (n=26) tinham entre 20 e 59 anos e, 32,5% (n=13) tinham entre 10 e 19 anos. Já no ano de 2021, 58,3% (n=28) tinham de 20 a 59 anos, seguidos de 33,3% (n=16) de 10 a

19 anos. Por fim, em 2022, tem-se que 72,3% (n=94) possuía entre 20 e 59 anos e, 26,2% (n=34) possuía entre 10 e 19 anos.

Tabela 4: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e idade

<i>Idade</i>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>0 a 09 anos</i>	00	00	00	00	00	00	01	2,1	01	0,8
<i>10 a 19 anos</i>	20	29,9	40	34,2	13	32,5	16	33,3	34	26,2
<i>20 a 59 anos</i>	44	65,7	72	61,5	26	65	28	58,3	94	72,3
<i>Acima de 60 anos</i>	00	00	04	3,4	01	2,5	03	6,3	01	0,8
<i>Não Informado</i>	03	4,5	01	0,9	00	00	00	00	00	00
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

No que se refere ao *sexo* (Tabela 5) identifica-se a prevalência do sexo feminino em todos os anos com os seguintes números: 71,6% (n=48) em 2018; 74,4% (n=87) em 2019; 72,5% (n=29) em 2020; 70,8% (n=34) em 2021 e; 75,4% (n=98) em 2022.

Tabela 5: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e sexo

<i>Sexo</i>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Feminino</i>	48	71,6	87	74,4	29	72,5	34	70,8	98	75,4
<i>Masculino</i>	19	28,4	30	25,6	11	27,5	14	29,2	32	24,6
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Quanto a variável *raça/cor* (Tabela 6) tem-se a maioria parda em todos os anos. Assim, em 2018, 92,5% (n=62) eram de pessoas pardas e, em 6% (n=4) esta variável foi assinalada como “ignorado”. No ano de 2019, 96,6% (n=113) das notificações foram de pessoas pardas e, 1,7% (n=02) de pessoas brancas. Em 2020, 45% (n=18) foram de pessoas pardas e em 35% (n=14) esta variável foi assinalada como “ignorado”. No ano de 2021, 43,8% (n=21) foram de pessoas pardas e 22,9% (n=11) foram assinaladas como “ignorado” e,

também, “branca”. Já em 2022, 46,9% (n=41) das notificações foram de pessoas pardas e 16,9% (n=22) de pessoas brancas.

Tabela 6: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e raça/cor

Raça/cor	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Branca	01	1,5	02	1,7	03	7,5	11	22,9	22	16,9
Preta	00	00	01	0,9	03	7,5	02	4,2	15	11,5
Amarela	00	00	00	00	02	5	03	6,3	15	11,5
Parda	62	92,5	113	96,6	18	45	21	43,8	61	46,9
Ignorado	04	6	01	0,9	14	35	11	22,9	17	13,1
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

No que tange a *orientação sexual* (Tabela 7) nos anos de 2020, 2021 e 2022 esse campo aparece, na maioria das vezes, como “não informado” e nos demais anos (2018 e 2019) assinalado como “Ignorado”. Dessa forma, tem-se que: em 2018, 67,2% (n=45) foi marcado como “ignorado”, seguidos de 19,4% (n=13) de heterossexuais; em 2019, 72,6% (n=85) foi assinalado como “ignorado”, seguidos de 26,5% (n=31) de heterossexuais; no ano de 2020, em 90% (n=36) das notificações este campo não foi informado, seguidos de 7,5% (n=3) de heterossexuais; em 2021, 60,4% (n=29) tiveram esse campo não informado, seguidos de 22,9% (n=11) de heterossexuais; por fim, em 2022, 51,5% (n=37) das notificações não teve esse campo informado, seguidos de 16,9% (n=22) de heterossexuais.

Tabela 7: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e orientação sexual

Orientação Sexual	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Heterossexual	13	19,4	31	26,5	03	7,5	11	22,9	22	16,9
Homossexual (gay/lésbica)	00	00	00	00	00	00	01	2,1	02	1,5
Bissexual	01	1,5	00	00	00	00	01	2,1	02	1,5
Não se aplica	08	11,9	01	0,9	00	00	03	6,3	00	00
Ignorado	45	67,2	85	72,6	01	2,5	07	14,6	12	9,2
Não informado	00	00	00	00	36	90	29	60,4	37	51,5
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

No que se refere a *identidade de gênero* (Tabela 8) nota-se que nos primeiros anos de estudo (2018 e 2019) esta variável teve maioria assinalada como “ignorado” e nos três últimos anos (2020, 2021 e 2022) tem-se maioria para esta variável como não informada. Assim, tem que: em 2018, 68,7% (n=46) foi assinalado como “ignorado” seguido de 31,3% (n=21) assinalado como “não se aplica”; no ano de 2019, 54,7% (n=64) foi marcado como “ignorado” e, 45,3% (n=53) como “não se aplica”; em 2020, 90% (n=36) das notificações não informam sobre esta variável e 7,5% (n=3) assinalam esse item como “não se aplica”; em 2021, 75% (n=36) não teve resposta a este campo e, 22,9% (n=11) assinalado como “não se aplica”; por fim, em 2022, 61,5% (n=80) não tiveram resposta informada para esta variável e, 36,2% (n=47) foram assinaladas como “não se aplica”.

Tabela 8: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e identidade de gênero

<i>Identidade de Gênero</i>	<i>2018</i>		<i>2019</i>		<i>2020</i>		<i>2021</i>		<i>2022</i>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Travesti</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Mulher Transexual</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Homem Transexual</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Não se aplica</i>	21	31,3	53	45,3	03	7,5	11	22,9	47	36,2
<i>Ignorado</i>	46	68,7	64	54,7	01	2,5	01	2,1	03	2,3
<i>Não informado</i>	00	00	00	00	36	90	36	75	80	61,5
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Quanto ao campo *Escolaridade* (Tabela 9) tem-se maioria em todos os anos assinalado como “Ignorado”. Sendo: em 2018, 80,6% (n=54) das notificações assinaladas como “ignorado”, seguidos de 7,5% (n=5) com Ensino Médio Incompleto; em 2019, 72,6% (n=85) foram marcadas como “ignorado” e 7,4% (n=11) possuíam da 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; em 2020, 90% (n=36) foram assinaladas como “ignorado”, seguidos de 5% (n=5) com Ensino Médio Completo; no ano de 2021, 39,6% (n=19) foram marcadas como “ignorado”, seguidos de 18,8% (n=9) que possuíam entre a 5ª e 8ª série incompleta do

Ensino Fundamental; em 2022, 50,8% (n=66) foram assinaladas como “ignorado” e, 14,6% (n=19) possuíam entre as 5ª e 8ª série incompleta do Ensino Fundamental.

Tabela 9: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e escolaridade

<i>Escolaridade</i>	<i>2018</i>		<i>2019</i>		<i>2020</i>		<i>2021</i>		<i>2022</i>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>1ª a 4ª incompleta do EF</i>	00	00	00	00	00	00	01	2,1	01	0,8
<i>4ª série completa do EF</i>	03	4,5	00	00	00	00	00	00	02	1,5
<i>5ª a 8ª série incompleta do EF</i>	03	4,5	11	9,4	00	00	09	18,8	19	14,6
<i>Ensino Fund. Completo</i>	00	00	05	4,3	01	2,5	04	8,3	08	6,2
<i>Ensino Médio Incompleto</i>	05	7,5	08	6,8	01	2,5	06	12,5	13	10
<i>Ensino Médio Completo</i>	00	00	01	0,9	05	05	07	14,6	13	10
<i>Educação Superior Incompleta</i>	01	1,5	03	2,6	00	00	00	00	02	1,5
<i>Educação Superior Completa</i>	00	00	01	0,9	00	00	01	2,1	04	3,1
<i>Ignorado</i>	54	80,6	85	72,6	36	90	19	39,6	66	50,8
<i>Não se aplica</i>	00	00	00	00	00	00	01	2,1	02	1,5
<i>Não Informado</i>	01	1,5	03	2,6	00	00	00	00	00	00
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

No que tange a *Situação Conjugal* (Tabela 10) nota-se nos anos de 2018 e 2019 uma maioria assinalada como “ignorado”, em 2020 e 2021 na maioria das notificações não foi informada resposta a esta variável e em 2022 tem-se uma maioria das notificações em solteiros. Dessa forma tem-se: em 2018, 56,7% (n=38) das notificações assinaladas como “ignorado” para esta variável e 23,9% (n=16) eram pessoas solteiras; no ano de 2019, 53,8% (n=63) marcadas como “ignorado” para esta variável, seguidos de 36,8% (n=43) de pessoas solteiras; no ano de 2020, em 87,5% (n=35) das notificações não foi informada resposta a esta variável e 5% (n=2) eram de pessoas casadas/união consensual; em 2021, 56,3% (n=27) das notificações não tiveram resposta a esta variável, seguidos de 16,7% (n=8) de pessoas solteiras; no ano de 2022, 30% (n=39) eram de pessoas solteiras e, 26,9% (n=35) não foram informadas respostas a esta variável.

Tabela 10: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e situação conjugal/estado civil

Situação Conjugal/ Estado Civil	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<i>Solteiro</i>	16	23,9	43	36,8	01	2,5	08	16,7	39	30
<i>Casado/União consensual</i>	05	7,5	05	4,3	02	05	04	8,3	24	18,5
<i>Viúvo</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,8
<i>Separado</i>	01	1,5	05	4,3	01	2,5	01	2,1	05	3,8
<i>Não aplica</i>	03	4,5	01	0,9	00	00	01	2,1	00	00
<i>Ignorado</i>	38	56,7	63	53,8	01	2,5	07	14,6	26	20
<i>Não Informado</i>	04	6	00	00	35	87,5	27	56,3	35	26,9
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Ao se referir a *presença de transtorno/deficiência* (Tabela 11) nota-se que nos dois primeiros anos (2018 e 2019) de estudo este campo, na maioria, foi assinalado como “ignorado”, nos anos de 2020 e 2021 a maioria não teve essa variável informada e, em 2022 a maioria das notificações assinalou esse campo com “sim”. Por ano tem-se: em 2018, 76,1% (n=51) assinalada como “ignorado”, seguido de 14,9% (n=10) de “sim”; em 2019, 87,2% (n=102) marcada como “ignorado” e 6,8% (n=8) com “sim”; em 2020, 92,5% (n= 37) não teve resposta a esta variável e, 5% (n=2) assinalada como “ignorado”; no ano de 2021, 52,1% (n=25) não teve resposta assinalada para esta variável e 20,8% (n=10) assinalada como “não”; já em 2022, 46,2% (n=60) foram assinaladas como “sim” e, 20,8% (n=27) marcadas como “ignorado”.

Tabela 11: Características das pessoas notificadas por violência – por ano e presença de transtorno/deficiência

Presença de Transtorno/Deficiência	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<i>Sim</i>	10	14,9	08	6,8	01	2,5	08	16,7	60	46,2
<i>Não</i>	06	9	07	6	00	00	10	20,8	17	13,1
<i>Ignorado</i>	51	76,1	102	87,2	02	05	05	10,4	27	20,8
<i>Não Informado</i>	00	00	00	00	37	92,5	25	52,1	26	20
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Quanto ao *tipo de transtorno/deficiência* (Tabela 12) nota-se que nos dois primeiros anos deste estudo (2018 e 2019) tem-se maioria assinalada como “não se aplica” e nos três últimos anos esta variável não foi informada em sua maioria. Assim, tem-se: em 2018, 85,1% (n=57) assinalada como “não se aplica”, seguido de 6% (n=4) de transtorno do comportamento; no ano de 2019 têm-se 93,2% (n=109) assinalada como “não se aplica” e 5,1% (n=6) assinalada como transtorno do comportamento; em 2020, em todas as notificações (100%, n=40) não foi informada resposta a esta variável; no ano de 2021, 89,6% (n=43) não teve resposta informada, 4,2% (n=2) se referiam a transtorno mental e 4,2% (n=2) se referiam a transtorno do comportamento; em 2022, 54,6% (n=71) não obteve resposta a essa variável e 23,8% (n=31) se referiam a transtorno mental.

Tabela 12: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e tipo de transtorno/ deficiência

Tipo de Transtorno/Deficiência	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<i>Transtorno Mental</i>	03	4,5	01	0,9	00	00	02	4,2	31	23,8
<i>Trans. do Comportamento</i>	04	6	06	5,1	00	00	02	4,2	20	15,4
<i>Trans. Mental e Trans. de Comportamento</i>	01	1,5	00	00	00	00	01	2,1	06	4,6
<i>Def. Intelectual e Trans. do Comportamento</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,8
<i>Trans. Mental, Def. Intelectual e Trans. Comportamento</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,8
<i>Def. Física e Trans. Mental</i>	01	1,5	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Não Se aplica</i>	57	85,1	109	93,2	00	00	00	00	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	01	0,9	00	00	00	00	00	00
<i>Não Informado</i>	01	1,5	00	00	40	100	43	89,6	71	54,6
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

No que se refere a *suspeita de uso de álcool* (Tabela 13) tem-se nos três primeiros anos (2018, 2019 e 2020) a maioria assinalada como “ignorado” e, nos anos de 2021 e 2022, a maioria assinalada como “não”. Sendo que: em 2018, 80,6% (n=54) foram assinaladas como “ignorado”, seguido de 11,9% (n=8) assinalada como “não”; no ano de 2019, 82,1% (n=96) foram marcadas como “ignorado” e 15,4% (n=18) marcada como “não”; em 2020,

70% (n=28) foram assinaladas como “ignorado”, seguido de 15% (n=6) que não obtiveram resposta assinalada para esta variável; no ano de 2021, 41,7% (n=20) foram marcadas como “não” e 29,2% (n=14) assinalada como “ignorado”; por fim, em 2022, obtiveram-se 36,2% (n=47) assinaladas como “não”, seguido de 32,3% (n=42) assinaladas como “ignorado”.

Tabela 13: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e quanto a suspeita do uso de álcool

<i>Suspeita de uso de álcool</i>	<i>2018</i>		<i>2019</i>		<i>2020</i>		<i>2021</i>		<i>2022</i>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	05	7,5	03	2,6	03	7,5	02	4,2	15	11,5
<i>Não</i>	08	11,9	18	15,4	03	7,5	20	41,7	47	36,2
<i>Ignorado</i>	54	80,6	96	82,1	28	70	14	29,2	42	32,3
<i>Não Informado</i>	00	00	00	00	06	15	12	25	26	20
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Quanto aos *encaminhamentos* (Tabela 14) realizados, tem-se em todos os anos a maioria realizado para a rede de saúde. Desse modo nota-se que: em 2018, 97% (n=65) foram para a rede de saúde, 1,5% (n=1) para a rede de assistência social e 1,5% (n=1) para a rede de saúde e delegacias ao mesmo tempo; em 2019, 95,7% (n=112) foram encaminhados a rede de saúde, seguido de 3,4% (n=4) que foram encaminhados a rede de saúde e ao Conselho Tutelar ao mesmo tempo; no ano de 2020, 87,5% (n=35) dos encaminhamentos foram para a rede de saúde e 12,5% (n=5) não tiveram resposta a esta variável; em 2021, 45,8% (n=21) foram para a rede de saúde, seguido de 29,2% (n=14) cuja resposta não foi informada; já em 2022, 34,6% (n=45) foram para a rede de saúde, seguido de 26,9% (n=35) que foram encaminhados a rede de saúde e assistência social ao mesmo tempo.

Tabela 14: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada – por ano e encaminhamento

Encaminhamento	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Rede de Saúde	65	97	112	95,7	35	87,5	21	45,8	45	34,6
Rede de Assistência Social	01	1,5	00	00	00	00	06	12,5	15	11,5
Rede de Atendimento à Mulher	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,8
Conselho Tutelar	00	00	00	00	00	00	01	2,1	00	00
Rede de Saúde e Assistência Social	00	00	00	00	00	00	04	8,3	35	26,9
Rede de Saúde e Educação	00	00	00	00	00	00	02	4,2	00	00
Rede de Assistência e Atendimento à Mulher	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,8
Rede de Saúde, Educação e Atendimento à Mulher	00	00	00	00	00	00	00	00	10	7,7
Rede de Saúde e Atendimento à Mulher	00	00	00	00	00	00	00	00	03	2,3
Rede de Saúde e Conselho Tutelar	00	00	04	3,4	00	00	00	00	00	00
Outras delegacias	00	00	01	0,9	00	00	00	00	00	00
Rede de Saúde e Outras Delegacias	01	1,5	00	00	00	00	00	00	00	00
Não informado	00	00	00	00	05	12,5	14	29,2	20	15,4
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

### **Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada entre os anos de 2018 e 2022**

A partir dos dados coletados e analisados, pôde-se apreender algumas características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada entre os anos de 2018 e 2022, sendo: município de ocorrência, unidade notificadora, local de ocorrência, violência de repetição, meio de agressão e motivação. Ressalta-se que para os anos de 2018 e 2019 (dados do SINAN) não foi possível coletar junto a Vigilância Epidemiológica (VE) municipal os dados referentes a variável *unidade notificadora*, assim, a descrição destes dados se dará somente nos anos de 2020 a 2022.

A partir dos dados coletados, identifica-se que São Mateus foi o único *município de ocorrência* (Tabela 15) das notificações de violência autoprovocada, sendo que de 2020 a 2022, a resposta a esta variável não foi informada na maioria das notificações. Desse modo,

tem-se que: no ano de 2018 e 2019, todas as ocorrências de notificações de violência autoprovocada se referiam ao município de São Mateus; em 2020, 87,5% (n=35) das notificações não tiveram resposta informada a esta variável e, 12,5% (n=5) ocorreram em São Mateus; no ano de 2021, 79,2% (n=39) não obtiveram resposta informada e, 20,8% (n=10) ocorreram em São Mateus; em 2022, 68,5% (n=89) não tiveram resposta informada e, 31,5% (n=41) em São Mateus.

Tabela 15: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada – por ano e município de ocorrência

<i>Município de Ocorrência</i>	<i>2018</i>		<i>2019</i>		<i>2020</i>		<i>2021</i>		<i>2022</i>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>São Mateus</i>	67	100	117	100	05	12,5	10	20,8	41	31,5
<i>Não Informado</i>	00	00	00	00	35	87,5	38	79,2	89	68,5
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

No que se refere a *unidade notificadora* (Tabela 16), como mencionado anteriormente, não foi possível a obtenção dos dados referentes aos anos de 2018 e 2019 (dados do SINAN). Assim, a partir dos dados disponíveis, identificou-se o Hospital Roberto Arzinaut Silveiras (HRAS) como principal unidade notificadora, sendo que: 82,5% (n=33) das notificações foram realizadas pelo HRAS e, 15% (n=6) não foi informada resposta a esta variável; no ano de 2021, 52,1% (n=25) não foram informadas respostas a esta variável e, 37,5% (n=18) foi realizada pelo HRAS; em 2022, 92,3% (n=120) foram realizadas pelo HRAS e, 3,1% (n=4) realizadas pela USF Marli Scaldaferrro.

Tabela 16: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada – por ano e unidade notificadora

Unidade Notificadora	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica)	-	-	-	-	00	00	03	6,3	01	0,8
HINSG	-	-	-	-	00	00	00	00	01	0,8
Hospital Dr Roberto Arzinaut Silvaes	-	-	-	-	33	82,5	18	37,5	120	92,3
Hospital Meridional	-	-	-	-	00	00	01	2,1	00	00
Paulista	-	-	-	-	00	00	00	00	01	0,8
Pronto Atendimento	-	-	-	-	00	00	00	00	01	0,8
UPA 24 Horas	-	-	-	-	00	00	00	00	01	0,8
US Guriri I	-	-	-	-	01	2,5	00	00	00	00
US3	-	-	-	-	00	00	01	2,1	00	00
USF Marli Scaldaferrro	-	-	-	-	00	00	00	00	04	3,1
Vigilância Epidemiológica	-	-	-	-	00	00	00	00	01	0,8
Não Informado	-	-	-	-	06	15	25	52,1	00	00
<b>Total:</b>	-	-	-	-	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Quanto ao *local de ocorrência* (Tabela 17), a residência prevaleceu como principal local em todos os anos. No que se refere a cada um dos anos, tem-se: em 2018, 61,2% (n=41) ocorreram em residências e, em 31,3% (n=21) das notificações esta variável foi assinalada como “ignorado”; no ano de 2019, 82,1% (n=96) ocorreram na residência das pessoas notificadas, seguido, 13,7% (n=16) que foram assinaladas como “ignorado”; em 2020, 77,5% (n=31) das notificações foram assinaladas como “ignorado” e, 20% (n=8) ocorreram nas residências; já no ano de 2021, 68,8% (n=33) ocorreram nas residências e, 18,8% (n=9) foram assinaladas como “ignorado”; por fim, 2022, têm-se 85,4% (n=111) que ocorreram nas residências e, 6,2% (n=8) que foram assinaladas como “ignorado”.

Tabela 17: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada – por ano e local de ocorrência

<b>Local de Ocorrência</b>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<i>Residência</i>	41	61,2	96	82,1	08	20	33	68,8	111	85,4
<i>Habitação Coletiva</i>	00	00	01	0,9	00	00	00	00	00	00
<i>Escola</i>	00	00	01	0,9	00	00	01	2,1	02	1,5
<i>Via pública</i>	04	6	03	2,6	01	2,5	02	4,2	07	5,4
<i>Outro</i>	00	00	00	00	00	00	03	6,3	02	1,5
<i>Ignorado</i>	21	31,3	16	13,7	31	77,5	09	18,8	08	6,2
<i>Não Informado</i>	01	1,5	00	00	00	00	00	00	00	00
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Quando se trata de *violência de repetição* (Tabela 18) tem-se que dos anos de 2018 a 2020 a maioria das notificações foram assinaladas como “ignorado” e nos anos de 2021 e 2022 a maioria assinalada como “sim”. Tem-se que: em 2018, 74,6% (n=50) das notificações foram assinaladas como “ignorado” e, 14,9% (n=10) foram assinaladas como “não”; no ano de 2019, 85,5% (n=100) marcadas como “ignorado” e, 8,5% (n=10) marcadas como “sim”; em 2020, 60% (n=24) foram assinaladas como “ignorado”, seguido de 32,5% (n=13) de notificações que não tiveram resposta informada a esta variável; no ano de 2021, 41,7% (n=20) foram marcadas como “sim” e, 25% (n=12) marcadas como “ignorado”; já em 2022, 51,5% (n=67) foram assinaladas como “sim” e, 26,9% (n=35) assinaladas como “não”.

Tabela 18: Características das ocorrências de violência autoprovocada – por ano e quanto a violência de repetição

<b>Violência de Repetição</b>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<i>Sim</i>	07	10,4	10	8,5	01	2,5	20	41,7	67	51,5
<i>Não</i>	10	14,9	07	6	02	05	09	18,8	35	26,9
<i>Ignorado</i>	50	74,6	100	85,5	24	60	12	25	18	13,8
<i>Não Informado</i>	00	00	00	00	13	32,5	07	14,6	10	7,7
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

No que tange ao *meio de agressão* (Tabela 19) nota-se que nos anos de 2018, 2019 e 2022 tem-se na maioria das notificações o envenenamento/ intoxicação, já nos anos de 2020 e 2021 tem-se maioria para outros meios (precipitação de lugar elevador, arranhadura, permanência diante de carro). Assim, a partir dos anos identifica-se como principais meios utilizados: em 2018, 52,2% (n=35) por envenenamento/ intoxicação, seguido de 22,4% (n=15) por objeto perfurocortante; em 2019, 60,7% (n=71) tiveram como meio de agressão o envenenamento/intoxicação e, 21,4% (n=25) por objeto perfurocortante; em 2020, 50% (n=20) foram assinaladas como “outro” e, 17,5% (n=7) foram assinaladas como envenenamento/intoxicação; no ano de 2021, 39,6% (n=19) foram marcadas como meio de agressão a opção “outro”, 25% (n=12) como objeto perfurocortante e 25% (n=12) como envenenamento/intoxicação; no ano de 2022, 56,2% (n=73) tiveram a opção “envenenamento/intoxicação” assinalada e, 10,8% (n=14) como objeto perfurocortante.

Tabela 19: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada – por ano e meio de agressão

Meio de Agressão	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Força corporal/espancamento	00	00	01	0,9	01	2,5	00	00	00	00
Enforcamento	01	1,5	06	5,1	01	2,5	01	2,1	06	4,6
Objeto Contundente	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Objeto Perfurocortante	15	22,4	25	21,4	05	12,5	12	25	14	10,8
Envenenamento/Intoxicação	35	52,2	71	60,7	07	17,5	12	25	73	56,2
Arma de Fogo	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,8
Outro	14	20,9	06	5,1	20	50	19	39,6	15	11,5
Envenenamento e Outro	02	03	00	00	02	05	00	00	00	00
Obj. Perfurocortante e Outro	00	00	00	00	00	00	01	2,1	01	0,8
Obj. Perfurocortante e Envenenamento	00	00	07	6	00	00	00	00	03	2,3
Envenenamento e Enforcamento	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,8
Obj. Contundente e Obj. Perfurocortante	00	00	00	00	00	00	00	00	02	1,5
Obj. Contundente e Envenenamento	00	00	00	00	00	00	01	2,1	02	1,5
Obj. Perfurocortante e Enforcamento	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,8
Força Corporal e Obj. Perfurocortante	00	00	00	00	01	2,5	00	00	00	00
Não Informado	00	00	01	0,9	03	7,5	02	4,2	10	7,7
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

No que se refere a *motivação* (Tabela 20) identifica-se maioria assinalada como “ignorado” nos dois primeiros anos (2018 e 2019), nos anos de 2020 e 2021 a maioria das notificações não teve resposta informada para esta variável e em 2022, a maioria foi assinalada como “outros”. Desse modo, identifica-se que: em 2018, 86,6% (n=58) foram assinaladas como “ignorado”, 6% (n=4) como “conflito geracional” e 6% (n=4) como “outros”; em 2019, 95,7% (n=112) foram marcadas como “ignorado” e, 2,6% (n=3) como “sexismo”; no ano de 2020, 80% (n=32) não tiveram resposta informada para esta variável e, 10% (n=4) foram assinaladas como “ignorado”; em 2021, 37,5% (n=18) não foram informadas respostas a esta variável, 20,8% (n=10) marcadas como “outros” e 20,8% (n=10) marcadas como “não se aplica”; em 2022, 33,8% (n=44) foram assinaladas como “outros” e, 27,7% (n=36) não foram informadas respostas a variável.

Tabela 20: Características das ocorrências de violência autoprovocada – por ano e motivação

<b>Motivação</b>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
<i>Sexismo</i>	00	00	03	2,6	00	00	01	2,1	01	0,8
<i>Conflito Geracional</i>	04	06	02	1,7	02	05	03	6,3	19	14,6
<i>Outros</i>	04	06	00	00	01	2,5	10	20,8	44	33,8
<i>Não se aplica</i>	01	1,5	00	00	01	2,5	10	20,8	06	4,6
<i>Ignorado</i>	58	86,6	112	95,7	04	10	06	12,5	24	18,5
<i>Não Informado (todos os campos assinalados com “Não”)</i>	00	00	00	00	32	80	18	37,5	36	27,7
<b>Total:</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

### Dados Gerais de Óbitos por suicídio

Foram identificados 36 registros de ocorrência de óbito por suicídio no período de 2018 a 2022. Destes, 22% (n=8) ocorreram em 2018, 17% (n=6) em 2019, 22% (n=8) em

2020, 22% (n=8) em 2021 e 17% (n=06) em 2022<sup>12</sup>.

De modo geral, os dados apontam que 86,1% (n=31) dos óbitos por suicídio, ocorridos no município de 2018 a 2022, foram de pessoas residentes no próprio município; 80,6% (n=29) na faixa etária de 20 a 59 anos; sexo masculino (75%, n=27); pardas (64%, n=23); com 08 a 11 anos de escolaridade (33,3%, n=12) e; aposentado/pensionista (16,7%, n=6) (Apêndice E).

Demonstram ainda que, o domicílio (52,8%, n=19) foi o principal local de ocorrência; os boletins de ocorrência foram as principais fontes de informação (58%, n=21) e; a lesão autoprovocada por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID10: X70) (55,5%, n=20) foi a principal causa das mortes (Apêndice F).

### ***Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio de 2018 a 2022***

Como apontado anteriormente, foram registrados um total de 36 óbitos por suicídio entre os anos de 2018 e 2022, oito em 2018, seis em 2019, oito em 2020, oito em 2021 e seis em 2022. Algumas características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio foram observadas nesse período em cada um dos anos de estudo, sendo: município de residência, idade, sexo, raça/cor, escolaridade e ocupação.

No que se refere o *município de residência* (Tabela 21) identifica-se maioria residente em São Mateus/ES, sendo que: em 2018, 87,5% (n=7) residiam em São Mateus/ES e, 12,5% (n=1) residiam em Linhares/ES; em 2019 e 2020, todas as pessoas residiam no município de estudo; em 2021, 62,5% (n=5) residiam em São Mateus/ES, 12,5% (n=1) em Linhares, 12,5% (n=1) em Pinheiros e 12,5% (n=1) em Ponto Belo; em 2022, 83,3% (n=5) eram de São Mateus/ES e, 16,7% (n=1) de Montanha/ES.

---

<sup>12</sup> Ressalta-se que os dados de 2022 foram coletados pela última vez em outubro/novembro de 2023 e, segundo o próprio DATASUS, estão sujeitos à análise.

Tabela 21: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e município de residência

Município de Residência	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
São Mateus	07	87,5	06	100	08	100	05	62,5	05	83,3
Linhares	01	12,5	00	00	00	00	00	00	00	00
Jaguaré	00	00	00	00	00	00	01	12,5	00	00
Montanha	00	00	00	00	00	00	00	00	01	16,7
Pinheiros	00	00	00	00	00	00	01	12,5	00	00
Ponto Belo	00	00	00	00	00	00	01	12,5	00	00
<b>Total:</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Quanto a variável *idade* (Tabela 22), a maioria das pessoas entre 20 e 59 anos, ou seja, pessoas adultas. Desse modo, nota-se que: em 2018, 87,5% (n=7) possuíam de 20 a 59 anos e, 12,5% (n=1) era de pessoas acima de 60 anos; em 2019, 67% (n=4) eram pessoas adultas e, 33% (n=2) tinham entre 10 a 19 anos (adolescentes); em 2020, todas as pessoas eram adultas; em 2021, 50% (n=4) tinham entre 20 e 59 anos e, 37,5% (n=3) acima de 60 anos; no ano de 2022, todos os óbitos registrados por suicídio eram de pessoas adultas.

Tabela 22: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e idade

Idade	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
00 a 09 anos	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
10 a 19 anos	00	00	02	33	00	00	01	12,5	00	00
20 a 59 anos	07	87,5	04	67	08	100	04	50	06	100
Acima de 60 anos	01	12,5	00	00	00	00	03	37,5	00	00
<b>Total:</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Quanto ao *sexo* (Tabela 23) identifica-se prevalência do sexo masculino na maioria dos anos, com exceção do ano de 2022, que teve maioria feminina, sendo que: no ano de 2018, 75% (n=6) era de homens; em 2019, 67% (n=4) do sexo masculino; em 2020, 87,5% (n=7) de homens; em 2021, todos os óbitos foram de pessoas do sexo masculino; em 2022,

77% (n=4) de pessoas do sexo feminino.

Tabela 23: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e sexo

<i>Sexo</i>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Masculino</i>	06	75	04	67	07	87,5	08	100	02	33
<i>Feminino</i>	02	25	02	33	01	12,5	00	00	04	77
<b>Total:</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

No que se refere à *raça/cor* (Tabela 24), tem-se uma maioria parda em todos os anos: no ano de 2018, 62,5% (n=5) eram de pessoas pardas e, 25% (n=2) de brancas; em 2019, 67% (n=4) pardas e 33% (n=2) não foram informadas respostas a esta variável; em 2020, 50% (n=4) eram pardas e, 37,5% (n=3) eram brancas; em 2021, 62,5% (n=5) pardas, 12,5% (n=1) brancas, 12,5% (n=1) pretas e 12,5% (n=1) não tiveram respostas informadas a esta variável; por fim, em 2022, 83,3% (n=5) eram de pessoas pardas e 16,7% (n=1) era branca.

Tabela 24: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e raça/cor

<i>Raça/Cor</i>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Branca</i>	02	25	00	00	03	37,5	01	12,5	01	16,7
<i>Preta</i>	00	00	00	00	01	12,5	01	12,5	00	00
<i>Amarela</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Parda</i>	05	62,5	04	67	04	50	05	62,5	05	83,3
<i>Indígena</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Não Informado</i>	01	12,5	02	33	00	00	01	12,5	00	00
<b>Total:</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Quanto a *escolaridade* (Tabela 25), identifica-se variações quanto aos anos de estudo. Assim, identifica-se: no ano de 2018, 25% (n=2) tinham de 04 a 07 anos de escolaridade, 25% (n=2) de 08 a 11 anos e 25% (n=2) tiveram essa variável assinalada como “ignorado”;

em 2019, 50% (n=3) possuíam de 04 a 07 anos de escolaridade; em 2020, 50% (n=4) tinham de 08 a 11 anos e, 37,5% (n=3) de 04 a 07 anos de escolaridade; no ano de 2021, 37,5% (n=3) foram assinalados como “ignorado” e, 25% (n=2) possuíam de 08 a 11 anos de escolaridade; em 2022, 33,3% (n=2) tinham de 01 a 03 anos e 33,3% (n=2) tinham de 08 a 11 anos de escolaridade.

Tabela 25: Características das pessoas que tiveram óbito registrado por suicídio – por ano e escolaridade

<i>Escolaridade</i>	<i>2018</i>		<i>2019</i>		<i>2020</i>		<i>2021</i>		<i>2022</i>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Nenhuma</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>01 a 03 anos</i>	01	12,5	00	00	00	00	01	12,5	02	33,3
<i>04 a 07 anos</i>	02	25	03	50	03	37,5	01	12,5	00	00
<i>08 a 11 anos</i>	02	25	02	33,3	04	50	02	25	02	33,3
<i>12 anos ou mais</i>	01	12,5	00	00	01	12,5	00	00	01	16,7
<i>Ignorado</i>	02	25	01	16,7	00	00	03	37,5	01	16,7
<i>Não Informado</i>	00	00	00	00	00	00	01	12,5	00	00
<b><i>Total:</i></b>	08	100	06	100	08	100	08	100	06	100

Por fim, no que tange a *ocupação* (Tabela 26) das pessoas com óbitos registrados por suicídio, nota-se que houve variações entre os anos pesquisados. Desse modo: em 2018, 25% (n=2) eram trabalhadores agropecuário em geral; em 2019, 33,3% (n=2) eram estudantes e 33,3% (n=2) eram de aposentados/pensionistas; em 2020, tem-se um (12,5%) profissional de cada uma das seguintes ocupações: auxiliar de pessoal, empregado doméstico nos serviços gerais, pedreiro, motorista de táxi, aposentado/pensionista e desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter; no ano de 2021, 25% (n=2) eram aposentados/pensionistas e 25% (n=2) tiveram essa variável assinalada como “ignorado”; em 2022, 33,3% (n=2) eram de auxiliar de pessoal.

Tabela 26: Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio – por ano e ocupação

Ocupação	2018		2019		2020		2021		2022	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Professor da educação de jovens e adultos do ensino básico	00	00	00	00	00	00	00	00	01	16,7
Empresário de espetáculo	01	12,5	00	00	00	00	00	00	00	00
Auxiliar de pessoal	00	00	00	00	01	12,5	00	00	02	33,3
Empregado doméstico nos serviços gerais	01	12,5	00	00	01	12,5	00	00	00	00
Empregado doméstico diarista	00	00	00	00	00	00	00	00	01	16,7
Vigilante	00	00	01	16,7	00	00	00	00	00	00
Vendedor de comércio varejista	01	12,5	00	00	00	00	00	00	00	00
Atendente de farmácia – balconista	00	00	00	00	00	00	00	00	01	16,7
Trabalhador agropecuário em geral	02	25	00	00	00	00	01	12,5	01	16,7
Pedreiro	01	12,5	01	16,7	01	12,5	00	00	00	00
Motorista de táxi	00	00	00	00	01	12,5	00	00	00	00
Mecânico de veículos automotores a diesel (exceto tratores)	01	12,5	00	00	00	00	00	00	00	00
Estudante	00	00	02	33,3	00	00	01	12,5	00	00
Aposentado/Pensionista	01	12,5	02	33,3	01	12,5	02	25	00	00
Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	00	00	00	00	01	12,5	01	12,5	00	00
Ignorada	00	00	00	00	01	12,5	02	25	00	00
Não informada	00	00	00	00	01	12,5	01	12,5	00	00
<b>Total:</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

### Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio de 2018 a 2022

Os dados também apontam algumas características das ocorrências registradas de morte por suicídio, a saber: município de ocorrência, local de ocorrência, causa da morte por CID e fonte de informação.

No que se refere ao *município de ocorrência*, todos os óbitos registrados por suicídio no município de estudo ocorreram no próprio município. Quanto ao *local de ocorrência* (Tabela 27) identifica-se que a maioria ocorreu no domicílio das pessoas com óbitos registrados por suicídio, sendo que: em 2018, 62,5% (n=5) ocorreram no domicílio e, 37,5% (n=3) em hospitais; em 2019, 33,3% (n=2) foram no domicílio e 33,3% (n=2) foram assinalados como “ignorado”; em 2020, 62,5% (n=5) aconteceram no domicílio e, 25% (n=2) foram assinalados como “ignorado”; no ano de 2021, 37,5% (n=3) ocorreram no domicílio e 37,5% (n=3) em hospitais; já em 2022, 66,7% (n=4) aconteceram no domicílio e, 33,3% (n=2) em hospitais.

Tabela 27: Características das ocorrências registradas de óbito por suicídio – por ano e local de ocorrência

<i>Local de Ocorrência</i>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>		<b>2022</b>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Domicílio</i>	05	62,5	02	33,3	05	62,5	03	37,5	04	66,7
<i>Via Pública</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Outros</i>	00	00	01	16,7	00	00	01	12,5	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	02	33,3	02	25	01	12,5	00	00
<i>Hospital</i>	03	37,5	01	16,7	01	12,5	03	37,5	02	33,3
<i>Outros estabelecimentos de Saúde</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<b>Total:</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

No que tange a *causa da morte por CID* (Tabela 28), constata-se a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID: X70) como a maioria em todos os anos. Constata-se que: em 2018, 50% (n=4) foram de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID: X70) e, 25% (n=2) por autointoxicação por e exposição intencional a pesticidas (CID: X68); no ano de 2019, 50% (n=3) foram de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID: X70); em 2020, 75% (n=6) foram de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID: X70); já em 2021, 50% (n=4) foram de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID: X70) e, 37,5% (n=3) por autointoxicação e exposição intencional a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas (CID: X64); por fim, em 2022, 50% (n=3) foram de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID: X70) e, 33,3% (n=2) por lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados (CID: X84).

Tabela 28: Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio – por ano e causa da morte por CID

Causa da Morte por CID	2018		2019		2020		2021		2022	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
X64 Autointoxicação por e exposição intencional, out drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	00	00	00	00	00	00	03	37,5	00	00
X68 Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	02	25	00	00	00	00	00	00	01	16,7
X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	01	12,5	00	00	00	00	00	00	00	00
X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	04	50	03	50	06	75	04	50	03	50
X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	00	00	00	00	01	12,5	00	00	00	00
X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	00	00	00	00	00	00	01	12,5	00	00
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	00	00	00	00	01	12,5	00	00	00	00
X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	00	00	01	16,7	00	00	00	00	00	00
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	00	00	01	16,7	00	00	00	00	00	00
X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	01	12,5	01	16,7	00	00	00	00	02	33,3
<b>Total:</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Por fim, no que se refere a *fonte de informação* (Tabela 29) dos registros de óbitos por suicídio, tem-se que a principal fonte foram os boletins de ocorrência na maioria dos anos. Dessa forma: em 2018, 37,5% (n=3) foram assinalados como “outros” e, também, 37,5% (n=3) assinalados como “ignorado”; no ano de 2019, 50% (n=3) foram marcados como

“ignorado” e, 33,3% (n=2) como boletins de ocorrência; em 2020, 75% (n=6) foram por boletins de ocorrência; em 2021, 62,5% (n=5) foram por boletins de ocorrência e, 25% (n=2) foram assinalados como “ignorado”; por fim, em 2022, todos os registros tiveram como fonte de informações os boletins de ocorrência.

Tabela 29: Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio – por ano e fonte de informação

<i>Fonte de Informação</i>	<i>2018</i>		<i>2019</i>		<i>2020</i>		<i>2021</i>		<i>2022</i>	
	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Boletim de Ocorrência</i>	02	25	02	33,3	06	75	05	62,5	06	100
<i>Hospital</i>	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Família</i>	00	00	01	16,7	00	00	00	00	00	00
<i>Outros</i>	03	37,5	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Não informado</i>	00	00	00	00	01	12,5	01	12,5	00	00
<i>Ignorado</i>	03	37,5	03	50	01	12,5	02	25	00	00
<b>Total:</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>08</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

## Discussão

Pôde-se apreender, a partir dos resultados apresentados, que o ano de 2022 foi o ano com maior número de notificações (n=130) de violência autoprovocada no município de São Mateus/ES, tendo ainda, o ano de 2020 como o ano com menor número de notificações (n=40). Ao analisar-se os dois primeiros anos (2018 e 2019), pode-se identificar um aumento de 74,62% no número de notificações em 2019, quando comparado ao ano de 2018. Tais números caíram abruptamente em 2020, aumentando em 2021 e, atingindo seu maior número em 2022.

Os dados do município de estudo coadunam com os dados nacionais e estaduais. De acordo com dados do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Brasil em 2019 houve um aumento de 41,9% do número de notificações quando comparado a 2018. Já em 2020, houve uma queda de 23,2% quando comparado a 2019. Tais

números voltaram a subir em 2021 (aumento de 23,29% em relação a 2020) e atingiram seu maior número em 2022 (152.667, aumento de 27,28% com relação a 2021) (MS, 2023a).

Nos dados do estado do Espírito Santo observam-se o mesmo padrão. Sendo, um aumento de 39,75% de 2018 para 2019, uma queda de 33,24% entre 2019 e 2020, uma retomada do aumento dos casos de violência autoprovocada em 2021 (aumento de 20,18% em relação a 2020) e o maior número de notificações do período (2018 a 2022) em 2022 (aumento de 44,59% em relação a 2021) (MS,2023a).

Tabela 30: Dados nacionais, estadual e municipal de notificações de violência autoprovocada

<i>Ano</i>	<i>Frequência</i>		
	<i>Brasil</i>	<i>Espírito Santo</i>	<i>São Mateus</i>
<i>2018</i>	89.272	3.240	67
<i>2019</i>	126.678	4.528	117
<i>2020</i>	97.290	3.023	40
<i>2021</i>	119.948	3.633	48
<i>2022</i>	152.667	5.253	130
<b><i>Total (2018 a 2022):</i></b>	<b>585.855</b>	<b>19.677</b>	<b>402</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (MS, 2023a); Vigilância Epidemiológica município de São Mateus/ES

Alguns autores (Zortea et al., 2021; Nascimento & Maia, 2021; Heuko et al., 2022) associam tal variação dos números de violência autoprovocada nesses anos à pandemia de COVID-19. Observa-se que nos anos iniciais da pandemia, houve uma diminuição significativa dos números de notificações, que pode se relacionar também, aos esforços empreendidos para o combate a pandemia, deixando os demais setores e registros em “segundo plano”. Tal pontuação, pode ser melhor afirmada quando se observa um aumento significativo nas notificações no ano de 2022, ano em que o estado de emergência da pandemia de COVID-19 estava no fim, possibilitando o retorno gradual dos serviços de saúde e de suas rotinas de trabalho.

Os dados encontrados nesse estudo nos primeiros anos de pandemia (2020 e 2021), corroboram com estudo realizado por Heuko et al. (2022) que identificou uma queda na incidência de notificações de violência autoprovocada em dez distritos sanitários de saúde no sul do país. Um dos aspectos pontuados por Heuko et al. (2022) como justificativa para essa queda, diz respeito à subnotificação por profissionais de saúde, tendo em vista que durante a pandemia, e em decorrência dos protocolos desenvolvidos, houve uma grande saturação dos serviços de saúde e os profissionais encontravam-se altamente sobrecarregados com demandas diretamente ligadas ao contágio pelo coronavírus.

Como pontuado anteriormente, no ano de 2022, observa-se um retorno do aumento das notificações, o que já era previsto também por alguns autores (Zortea et al., 2021; Nascimento & Maia, 2021). Partindo-se da ideia anterior de Heuko et al. (2022), pode-se supor que os serviços de saúde encontravam-se menos saturados e os profissionais com menor sobrecarga ligadas ao SARS-CoV-2, tendo em vista, a queda dos números de COVID-19, para além dos outros serviços notificadores que também retomaram suas atividades.

Outra questão que pode ser pontuada quanto ao aumento dos números de casos e/ou notificações, refere-se à associação entre emergências públicas e risco aumentado de comportamento suicida. Zortea et al. (2021) em revisão sistemática sobre o impacto de emergências públicas relacionadas a doenças infecciosas no suicídio, comportamento suicida e pensamentos suicidas, sugerem haver uma associação potencial entre essas emergências de saúde pública e um risco aumentado de pensamentos, comportamentos suicidas e suicídio. Nascimento e Maia (2021) apontam que a pandemia de COVID-19 intensificou fatores de risco para o comportamento suicida, como o isolamento social, desemprego, uso de álcool, violência doméstica, presença de transtorno psiquiátrico, estigma social, doenças neurológicas, transtornos de humor e sono, acesso restrito a serviços de saúde e outros. Com

o aumento desses fatores de risco esperava-se, segundo os autores, um aumento proporcional nas taxas de comportamento suicida durante e após a pandemia.

Torna-se importante destacar, ainda, que desde 2020 o ES deixou de utilizar o sistema de registro do Ministério da Saúde (SINAN<sup>13</sup>) para o lançamento das notificações de violência autoprovocada e passou a usar um sistema próprio (ESUS-VS). Diferente do SINAN, o ESUS-VS é alimentado de maneira online e imediata, ou seja, cada serviço já digita a notificação diretamente no E-SUS VS, gerando o dado em tempo real para o estado e municípios (SESA, 2022a). A SESA pontua, que durante a troca de sistema, até a completa capacitação dos servidores e disponibilização do sistema a todos os serviços, ocorreram dificuldades para a coleta de dados. Associado a isso, iniciou-se a pandemia de COVID-19 (2020), que no primeiro trimestre, ocasionou o fechamento de parte dos serviços e/ou se tornaram exclusivos para atendimento dos casos de COVID. Tais fatos, impactaram na coleta de dados de violência, ocorrendo no estado do Espírito Santo uma queda aproximada de 30,2% no número de notificações em relação ao ano anterior (SESA, 2022a).

Ainda em 2020, foi promulgada no ES a Lei Estadual 11.147 (07/07/2020), conhecida como a Lei do Cuidado, tornando obrigatória a notificação de violência ao SUS, para todos os serviços de saúde, educação e assistência social de todo o território do Espírito Santo. Soma-se a isso, o retorno às aulas presenciais no último trimestre de 2020, ocasionando um aumento nas notificações no ano de 2021, iniciando-se uma retomada dos números (SESA, 2022a).

Assim, presume-se que, o município de estudo também tenha sido impactado pelas dificuldades com a modificação de sistema e as mudanças nos serviços de saúde em decorrência da COVID-19, para além do fechamento das escolas e demais serviços que se

---

<sup>13</sup> Ressalta-se que embora os municípios capixabas tenham iniciado o uso do E-SUS VS em 2020 para o lançamento das notificações de agravos, a SESA realiza periodicamente o envio dos dados para o Ministério da Saúde, alimentando também o sistema nacional (SINAN).

apresentam igualmente importantes na produção desses dados. Assim como no estado, tem-se no município de estudo uma queda brusca nas notificações em 2020 e um aumento em 2021, indicando uma retomada nos números. O aumento mais significativo deu-se em 2022, podendo ser em decorrência dos esforços para capacitação e qualificação das notificações pelas secretarias de saúde (estaduais e municipais) e ainda, do retorno integral dos serviços envolvidos com essa demanda.

Quanto aos registros de suicídio, observa-se que os anos de 2018, 2020 e 2021 aparecem com o mesmo número (n=8) de suicídios registrados no município. De modo que a média de suicídio nesse período (2018-2022) foi de 7,2 por ano, sendo uma média de 7,0 por ano entre 2018 e 2019, e, 7,3 por ano entre os anos de 2020 e 2022. Tais dados indicam uma estabilidade nos números, não apresentando alterações significativas antes e durante a pandemia de COVID-19.

Quanto a taxa de suicídio por cem mil habitantes, que nos permite compreender esse fenômeno de maneira proporcional, dados do Ministério da Saúde (2021) apontam que a taxa nacional em 2019 foi de 6,6 suicídios por 100 mil habitantes e do Espírito Santo 6,5 por 100 mil habitantes. Ao calcular-se a taxa do município do estudo, a partir da população estimada pelo IBGE para o ano de 2019, tem-se uma taxa de 4,6 por 100 mil habitantes<sup>14</sup>. Assim, tem-se que o município de estudo encontra-se com a taxa de mortalidade por suicídio inferior às taxas nacionais e estaduais, ainda assim, torna-se importante pontuar que os baixos índices de óbitos por suicídio no município podem estar, também, ligados às subnotificações dos casos, de modo que estes dados podem ser subestimados, como pontuado por outros autores (Arruda et al., 2021; Gomes et al., 2019, Heuko et al., 2022; Tavares, 2017).

---

<sup>14</sup> Cálculo de taxas feito a partir da seguinte fórmula:  $\frac{N^{\circ} \text{ de Suicídios}}{\text{População}} \times 100.000$ , ou seja,  $\frac{6}{130.000} \times 100.000 = 4,6$  por 100 mil

Comparando-se em números absolutos os dados de São Mateus/ES com dados dos registros nacionais e estaduais, faz-se importante considerar que no ano de 2022 os dados nacionais estavam indisponíveis e o dado estadual encontrava-se sujeito a revisão, tendo a última coleta realizada em outubro/novembro de 2023. A partir dos dados disponíveis tem-se que assim como os registros nacionais e estaduais, o ano de 2021 foi um dos anos com maior registro de suicídio no município de estudo (apresentando o mesmo número em 2018 e 2020). Ainda assim, o que se observa no cenário brasileiro e capixaba, a partir dos dados disponíveis, é que a alteração mais significativa de um ano para outro dar-se de 2020 para 2021, ou seja, entre o primeiro e segundo ano de pandemia de COVID-19. Tal dado não pode ser observado no município de pesquisa, que não apresentou alteração.

Tabela 31: Dados nacionais, estadual e municipal de mortalidade por suicídio

<i>Ano</i>	<i>Frequência</i>		
	<i>Brasil</i>	<i>Espírito Santo</i>	<i>São Mateus</i>
2018	12.728	239	08
2019	13.518	260	06
2020	13.832	259	08
2021	15.495	266	08
2022	-	217	06
<b>Total (2018 a 2022):</b>	55.573	1.241	36

Fonte: *DataSUS Nacional (MS, 2023b) e DataSUS ES(SESA, 2023)*

Sobre isso, um estudo de Pirkis et al. (2022) em 33 países nos primeiros 9 a 15 meses de pandemia, aponta que os aumentos previstos de suicídio durante esse período não foram observados nos primeiros meses na maioria dos países, com exceção de aumentos (ou desaceleração dos declínios) na Hungria, Japão, Índia, Nepal, Viena e Porto Rico. Estudo semelhante foi escrito por Andriolo e Oliveira (2023), que a partir de uma revisão de literatura, identificaram uma diminuição do número de óbitos por suicídio no Brasil no

contexto da pandemia. Contudo, tem-se um aumento no número de óbitos por suicídio em idosos e em regiões de maior vulnerabilidade econômica.

Embora não tenha sido possível obter para essa pesquisa os dados completos de 2022, último ano de emergência pública decorrente da COVID-19, pode-se perceber um leve aumento dos números de suicídio no Brasil e no Espírito Santo nesse período, o que não coaduna com os dados do município em estudo. Assim, ainda se torna difícil uma afirmação de aumento ou redução real da mortalidade por suicídio, tendo em vista que os dados ainda estão em revisão e sujeitos a alterações. Nesse ínterim, Sher (2020) pontua que as consequências da COVID 19 para a saúde mental, incluindo o comportamento suicida, estarão presentes por um longo período e provavelmente, atingirão o pico mais tarde do que a pandemia de fato. Ou seja, se levará um tempo para que de fato possa-se afirmar se houve ou não aumento desses registros.

### **Notificações de Violência Autoprovocada: características das pessoas e das ocorrências**

A partir dos resultados apresentados, algumas características das pessoas notificadas por violência autoprovocada puderam ser apreendidas. Ainda assim, percebe-se que no município de estudo a incompletude das notificações é um dado de extrema importância, tendo em vista que afeta diretamente na definição do perfil epidemiológico desse agravo e conseqüentemente, na elaboração de políticas públicas mais efetivas a população.

Nos dados obtidos, observa-se que as variáveis que apresentam maior completude nas informações, são aquelas cujo preenchimento é obrigatório, como aponta o VIVA: Instrutivo – Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (MS, 2016a). Quanto aos dados que não estão descritos claramente, observa-se que em algumas variáveis o preenchimento era essencial (escolaridade, situação conjugal, presença ou não de transtorno/deficiência, tipo de deficiência/transtorno, suspeita de uso de álcool, violência de repetição) e em outras, era

obrigatório (orientação sexual, identidade de gênero e motivação). Tal dado está em consonância com estudo realizado por Sousa et al. (2020) sobre a completude dos dados da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, que também identificou uma considerável proporção de registros sem informações (com dados em branco ou assinalados como ignorados), tendo melhor completude em variáveis menos subjetivas, como sexo e idade, por exemplo.

No que se refere às variáveis consideradas essenciais, o próprio Ministério da Saúde pontua que apesar de não possuírem digitação obrigatória na entrada de dados do SINAN NET, eles devem ser preenchidos com especial atenção, tendo em vista que são essenciais para análise epidemiológica local e operacional das violências (MS, 2019). Já os dados de preenchimento obrigatório, o não preenchimento impossibilita a inclusão do caso no sistema (MS, 2019). Assim, presume-se que nos dados obrigatórios, o preenchimento foi realizado com as opções “ignorado” e/ou “não se aplica” como meio de possibilitar o envio da notificação.

A Portaria n.º 1.271, de 06 de junho de 2014 do Ministério da Saúde, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, incluindo a partir dessa os casos de violência interpessoal e autoprovocada, tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos e confirmados de violência pelos profissionais de saúde (Portaria n.º1.271 de 06/06/2014, 2014). Sendo, portanto, um avanço para o problema da violência enquanto questão de saúde pública.

Destaca-se que embora a portaria seja um avanço para um problema existente, mas velado por falta de estatísticas sobre ele, a qualidade do preenchimento é um entrave para o suporte às estratégias de monitoramento e prevenção às violências na saúde pública (Sousa et al.,2020). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2019) destaca que para cada campo existente

na ficha de notificação há um objetivo específico, contribuindo para a caracterização do agravo, análise e implantação de ações preventivas. Portanto, o preenchimento completo de cada ficha se faz necessário para o conhecimento do perfil do agravo (MS, 2019).

Cordeiro (2022) em estudo sobre notificações de violência interpessoal e autoprovocada na população LGBT, destaca a capacitação dos profissionais de saúde como uma das ações possíveis para melhor preenchimento das notificações de violência interpessoal e autoprovocada. Além disso, a autora pontua que a capacitação deve ir além do correto preenchimento dos campos para qualificar as notificações, deve, também, promover à reflexão dos profissionais em relação aos preconceitos e estigmas, de modo a diminuir barreiras no acesso ao atendimento integral na saúde, principalmente da população LGBT (Cordeiro, 2022).

Roberto (2019) ressalta que a temática do suicídio e tentativa de suicídio é carregada de estigma, preconceito e desprezo, tanto nos setores da saúde como nas relações sociais e culturais. O autor pontua que é necessário melhor qualificação dos profissionais de saúde para melhor acolhimento dos indivíduos e para mostrar o quanto as omissões de informações atrasam a detecção do problema e o atendimento específico, bem como interfere no avanço de pesquisas e políticas públicas (Roberto, 2019).

Nesse sentido, a partir da literatura e da experiência profissional da pesquisadora, pode-se presumir que o não preenchimento adequado de campos específicos da ficha de notificação pode ser em decorrência de alguns fatores: falta de capacitação/qualificação profissional para o preenchimento das notificações; compreensão que os profissionais possuem sobre a função e importância da notificação; sobrecarga de trabalho dos profissionais que acabam priorizando outras tarefas em detrimento do preenchimento completo e preciso das fichas de notificações, o que inclui muitas vezes não ter “tempo” na agenda para realizar a notificação; ou ainda, a presença de “tabus” e estigmas quanto as

lesões autoprovocadas e o suicídio. Ainda assim, observam-se poucos estudos que aborde, de maneira mais específica, as motivações para o preenchimento inadequado das fichas, sendo necessário a realização de tais estudos para melhor compreensão dessa questão e/ou também para que se possa pensar em estratégias que visem melhor qualificação dessas notificações.

### ***Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada e registros de suicídio***

No que tange a *zona de residência* das pessoas notificadas, observa-se a partir da apresentação e análise dos dados, que nos anos investigados a zona urbana foi assinalada em sua maioria como área de ocorrência do comportamento suicida, com exceção do ano de 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19, em que esse campo em sua maioria não foi informado. Tal dado pode estar ligado diretamente às demandas que o primeiro ano da pandemia ocasionou nos serviços de saúde, assim como Heuko et al. (2022) e a SESA (2022a) pontuam e já foram discutidos anteriormente.

Alguns estudos e boletins epidemiológicos (Felizari et al., 2020; Aragão & Mascarenhas, 2022; Maronezi et al., 2021; Governo do Distrito Federal, 2022) vão ao encontro dos dados do município de estudo ao identificarem, também, a zona urbana como principal zona de residência de pessoas notificadas por violência autoprovocada.

Os dados apontam também para uma maioria de notificações na *faixa etária* de 20 a 59 anos, seguidos de 10 a 19 anos, tais dados coadunam com o cenário nacional e estadual. Dados do Boletim Epidemiológico “Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil” (MS, 2021a) de setembro de 2021, apontam a ocorrência das lesões autoprovocadas concentradas na faixa etária de 20 a 39 anos (46,3%) e de 15 a 19 anos (23,3%). Já os dados estaduais apontam que das 3176 notificações por lesão autoprovocada no ES no ano de 2021, 890 (28,02%) foi de pessoas na faixa etária de 20 a 29 anos e 720 (22,67%) na faixa etária de 15 a 19 anos (SESA, 2022a).

Sabe-se que a adolescência e a idade adulta são marcadas por questões peculiares e importantes para o desenvolvimento humano. A primeira marcada por diversas e intensas transformações físicas e emocionais, de fortalecimento da identidade, conhecimento e experimentação, questionamento de valores e crenças familiares, inicia-se um diálogo com a sexualidade e orientação sexual, maior inserção na vida social virtual e, atrelado a isso, maior exposição a riscos e a ideários de vidas perfeita (Scavacini & Cacciaccaro, 2019). Já na idade adulta tem-se a iniciação no mercado de trabalho, começa-se a constituir famílias, educam-se filhos, constroem-se projetos individuais e coletivos (Oliveira, 2004). Todas essas mudanças atreladas a fatores de risco ao comportamento suicida (presença de transtornos mentais, uso abusivo de álcool e drogas, abuso sexual na infância, desigualdade social, presença de doenças crônicas, desemprego e outros) podem gerar angústia e sofrimento nessas faixas etárias, sendo a autolesão e/ou suicídio vistos como única opção para o alívio do sofrimento.

Assim como as estatísticas nacionais e estaduais, concentra-se no *sexo* feminino a maioria das notificações de violência autoprovocada no município de estudo em todos os anos (2018 a 2022). Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (MS, 2023a) demonstram que das 585.855 notificações de lesão autoprovocada entre os anos de 2018 e 2022 no Brasil, 70% (410.107) foram de pessoas do sexo feminino. O mesmo banco de dados evidencia que das 14.413 notificações de lesão autoprovocada notificadas no Espírito Santo de 2018 a 2022, 75,13% (10.828) das notificações foram de pessoas do sexo feminino (MS, 2023a).

Estudos apontam que mulheres realizam mais tentativas de suicídios do que homens, porém os homens apresentam maior taxa de mortalidade por suicídio (Baére & Zanello, 2018; Dodô & Camêlo, 2023; Braun et al., 2023). Nesse sentido, a teoria da letalidade (Moscicki, 1994) poderia estar ligada a esse fenômeno, a mesma postula que o maior número de suicídio em homens decorre do tipo de método utilizado nas tentativas, associado a isso, a

adoção de comportamentos mais impulsivos e violentos em momentos de sofrimento. Nessa mesma perspectiva, Braun et al. (2023) destacam que geralmente mulheres utilizam de meios menos letais como intoxicações, já os homens utilizam de meios mais letais, como enforcamento e armas de fogo.

Vale destacar que para além do meio utilizado, no município de estudo, a população é em sua maioria feminina, segundo o Censo de 2010 (Estados e Cidades, s. d.), o que pode incidir também sobre esses números. Tal dado, chama a atenção para a adoção de políticas públicas e de ações voltadas à saúde mental feminina, o que pode se relacionar à implantação da Casa da Mulher no município em estudo. Trata-se de um espaço da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento do Programa Saúde da Mulher, que além da oferta de ações de saúde às mulheres, o serviço atende mulheres vítimas de violência (seja ela qual for) junto a diversos órgãos governamentais e movimentos sociais (PMSM, 2021b).

No que tange a *cor/raça*, tem-se em todos os anos, exceto 2020, a maioria pardos (as). No ano de 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19, tem-se maior assinalamento de ignorado. Tal dado pode estar relacionado as altas demandas dos serviços de saúde com a pandemia, sugerindo que as demais demandas ficavam em “segundo plano”.

No cenário nacional, observa-se que os dados do Ministério da Saúde (MS, 2021a) demonstram um cenário diferente do municipal, apontando uma maioria de notificações de violência autoprovocada de pessoas brancas (47,3%). Já no cenário estadual, os dados coadunam com os encontrados nesta pesquisa, tendo maioria de notificações de pessoas pardas (49,37%) (MS, 2021a).

De acordo com Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010), a população parda de São Mateus/ES representa 57% da população. Se somarmos a população parda e preta, temos uma total de 71% da população negra (pardos e pretos) em São Mateus. Assim, era de se esperar que a maioria das notificações fosse da população negra.

Além disso, torna-se importante pensar como vem sendo ofertado o cuidado a saúde mental dessa população. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) instituída em 2009 por meio da Portaria GM/MS n.º 992 – 13/05/2009 é a principal normativa do Ministério da Saúde para melhor atendimento a essa população. Por meio dela o MS,

reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência (MS, 2017b, p.8).

Tal normativa, propõe como estratégia de gestão

[...] V – fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI – fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; [...] (MS, 2017b, p.33)

Ainda que a PNSIPN seja um avanço para a saúde da população negra, ainda são poucas as ações e serviços ofertados de maneira mais específica a essa população, em especial a sua saúde mental. Para serem construídas políticas públicas com vistas a promover e recuperar a saúde mental a esse público, torna-se necessário romper com heranças coloniais, com o racismo estrutural, com a lógica manicomial e ainda, garantir na prática os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) (Tavares et al., 2020).

Compreende-se que os rompimentos (heranças coloniais, racismo estrutural, lógica manicomial) propostos por Tavares et al. (2020) também precisam acontecer quando nos referimos ao suicídio e as lesões autoprovocadas. Ao acessar a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), uma das maiores bibliotecas em saúde pública brasileira, não foram encontrados<sup>15</sup> estudos que abordassem a questão das lesões autoprovocadas/ violência autoprovocada na população negra. O mesmo aconteceu ao utilizar-se os mesmos descritores no Scielo, o que pode sinalizar para certo déficit também, na construção de um cuidado singular direcionado ao cuidado dessa população nesse tema em específico.

Destaca-se que embora os negros representem 54% da população brasileira e estejam expostos aos principais fatores predisponentes individuais e coletivos para o suicídio, poucas são as análises e informações encontradas acerca da população negra em artigos científicos do campo da epidemiologia sobre o suicídio na população brasileira (Tavares, 2017). A autora pontua ainda, como possíveis causas para essa subnotificação e carência de estudos, o desinteresse acadêmico pela saúde desta população, não reconhecimento social do luto das famílias negras e o não reconhecimento dos casos de suicídio e de sofrimento psíquico da população negra pela população geral e pelos profissionais que atestam o óbito, todas essas situações resultantes do racismo estrutural e institucional (Tavares, 2017).

No que se refere aos *encaminhamentos* realizados, a maioria foi para a rede de saúde em todos os anos de estudo (2018 a 2022). Da mesma forma, os dados estaduais indicam mais da metade (52,01%) dos casos sendo encaminhados para a rede de saúde (SESA, 2022a). Quanto a isso, destaca-se que a saúde pública brasileira conta com uma rede de atenção destinada às pessoas em sofrimento psíquico, ou transtorno mental e com

---

<sup>15</sup> Para isso utilizou-se os descritores: (lesão) AND (autoprovocada) AND (população) AND (negra); (lesão) AND (autoprovocada) AND (negros); (violência) AND (autoprovocada) AND (negros); (violência) AND (autoprovocada) AND (população) AND (negra).

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Tal rede possui como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para o cuidado em saúde mental às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de álcool e outras drogas no SUS (Portaria GM/MS n.º 3.088 de 23/12/2011, 2011).

Tendo em vista os serviços da RAPS que o município de pesquisa possui<sup>16</sup>, pressupõe-se que os encaminhamentos realizados sejam para esses serviços, sendo, portanto, propiciado a pessoa notificada por violência autoprovocada a continuidade no cuidado ao seu sofrimento.

No que diz respeito a isso, pontua-se que o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 do município de São Mateus/ES prevê como meta para a saúde mental nesse período o fortalecimento do entendimento da política nacional de saúde mental e organização dos serviços via cronograma de capacitações e ainda, a ampliação do acesso a atendimento em saúde mental para 100% das equipes de Atenção Primária por meio do matriciamento (PMSM, 2021a). Tais metas podem contribuir para uma maior e melhor oferta dos serviços de saúde mental no município e, conseqüentemente, contribuir para a prevenção das autolesões e suicídio.

Ressalta-se ainda que o município de São Mateus/ES, sedia o Fórum Permanente de Prevenção ao Suicídio – Região norte do Espírito Santo. O fórum é uma iniciativa da RAPS norte em parceria com uma instituição de ensino superior – UNIVC e encontra-se implantado desde 2018. Com frequência mensal, o fórum visa discutir assuntos relacionados a temática do suicídio junto a profissionais de saúde, educação, assistência social, acadêmicos de

---

<sup>16</sup> Atenção Básica em Saúde (Unidades Básicas de Saúde); Atenção Psicossocial Especializada (Equipe Multidisciplinar de Saúde mental; o Centro de Atenção Psicossocial I – CAPS I e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, Bombeiros e hospitais).

diversas áreas e população em geral (Dadalto & Aragão, 2019). Trata-se de uma importante iniciativa para a prevenção do suicídio no município de estudo e nos demais municípios que compõem a RAPS – norte do Espírito Santo.

### ***Características das ocorrências das pessoas notificadas por violência autoprovocada***

Apreende-se a partir dos dados obtidos (2020 a 2022) e anteriormente apresentados, que a principal *unidade notificadora* foi o Hospital Roberto Arzinaut Silvaes, ou seja, um serviço de urgência e emergência público estadual.

Destaca-se que os serviços de emergência são para a maioria das vítimas de violência a “porta de entrada” para o Sistema Único de Saúde, sendo um importante identificador da violência que ocorre na cidade (Deslandes, 1999; Bahia et al., 2017). Segundo Deslandes (1999), é para esses serviços que os casos mais graves de trauma e de pessoas na iminência de morte são levadas, sendo muitas vezes a única vez que a pessoa em situação de violência estará frente a um profissional de saúde e terá o caso como violência declarada (Deslandes, 1999).

Evidencia-se assim, que os casos de violência autoprovocada têm chegado aos serviços de saúde quando estão mais graves e/ou em iminência da morte. É preciso refletir sobre os fatores que podem estar associados ao fato de os indivíduos não procurarem os serviços de saúde de nível primário e secundário e/ou não terem acessos a esses serviços antes dos casos se agravarem, ao ter ideações suicidas, por exemplo. Faz-se importante problematizar como tem sido o acesso da população aos serviços de saúde mental e se os serviços de saúde mental disponíveis são suficientes para atendimento a essa demanda.

Outra questão que vale mencionar e refletir são os profissionais inseridos em serviços particulares, que não possuem acesso ao sistema de notificação – ESUS VS e/ou SINAN. Dados do último censo da Psicologia (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2022) aponta

que 43% das (os) psicólogas (os) brasileiros atuam exclusivamente na iniciativa privada e 73,2% atuam em clínicas. Da mesma forma que se tem um número expressivo de profissionais atuando na clínica e em instituições privadas, pressupõe-se, também, que há um número expressivo de pessoas sendo atendidas por serviços clínicos particulares. Assim, torna-se importante problematizar sobre a subnotificação dessas pessoas, visto que, possivelmente, têm-se indivíduos em situação de violência autoprovocada que não são notificados devido ao não acesso do profissional ao sistema de notificação. Isso faz com que essas pessoas só sejam notificadas quando chegam a um estado mais crítico e levadas a serviços públicos de urgência/emergência.

Desse modo, torna-se importante que gestores nacionais, estaduais e municipais, atuem em relação a essa demanda alocada nos serviços particulares e construam possibilidades de inserção dos profissionais desses serviços nos sistemas nacionais de notificação, o que permitiria um panorama mais real das notificações em todos os níveis de gestão.

Coadunando com dados nacionais e estaduais, a residência aparece como principal *local de ocorrência* das violências autoprovocadas no período que antecede a pandemia (2018 e 2019) e durante a pandemia de COVID-19 (2021 e 2022), com exceção de 2020 que teve esse campo marcado, em sua maioria, como “ignorado”.

Os registros nacionais para o mesmo período (2018 a 2022) apontam que 83,32% (483.910) das notificações realizadas ocorreram nas residências das vítimas e os estaduais indicam a ocorrência de 82,89% (11.929) nesse mesmo local (2018 a 2022) (MS, 2023a). Tais dados também vão ao encontro dos achados de Bahia et al. (2017) e Fonseca e Marin (2023) que apontam, respectivamente, a ocorrência de 84,6% (2014) e 81,84% (de 2009 a 2021) das lesões no domicílio.

Nesse sentido, destaca-se que, ao considerar a residência como principal local de ocorrência das lesões autoprovocadas, é preciso enfatizar a importância que a rede familiar e social exerce para o indivíduo, no tocante ao apoio, monitoramento e prevenção de reincidência (Pinheiro et al., 2021). Assim, torna-se importante destacar o papel das famílias para a prevenção das autolesões, tendo em vista que é também nas residências que encontra-se maior facilidade de acesso aos meios de agressão (por exemplo objetos perfurocortantes, medicamentos e outros meios de autointoxicação).

O envenenamento/ autointoxicação foi apontado como principal *meio de agressão* utilizado para esse agravo no município de estudo nos anos de 2018, 2019, 2021 e 2022. No ano de 2020, a maioria assinalou esse item como “outro” (ingestão combinada de medicação e bebida alcoólica, jogar-se em frente a veículos, precipitação). O envenenamento/intoxicação também é apontado como principal meio de agressão no último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (MS, 2021a), correspondendo a 60,2% (83.470) dos casos notificados e também, nos dados estaduais disponibilizados pelo DATASUS – SINAN, equivalendo a 63,01% (12.399) das notificações (SESA, 2023).

A OMS lançou em 2021 o documento “Guia live life para prevenção do suicídio”, nele são detalhados aspectos práticos para a prevenção ao suicídio e em uma das intervenções indicadas aos governos e comunidade está a restrição do acesso a meios letais, tida como uma intervenção chave para a prevenção ao suicídio (WHO, 2021). Para isso propõe, limitar, proibir ou regular o acesso aos meios (pesticidas, armas de fogo, instalação de barreiras de proteção em locais elevados, limitar a quantidade de vendas individuais de medicamentos e outras substâncias tóxicas, redução do tamanho das embalagens dos medicamentos e uso de embalagens tipo blister que dificultam o acesso a cada medicamento e outros) por meio de legislação e políticas nacionais (WHO, 2021). Nesse ínterim, a OMS, ainda destaca que os pesticidas são responsáveis por um quinto de todos os suicídios no mundo. Assim, a mesma

defende a proibição de pesticidas altamente perigosos como intervenção econômica para redução das tentativas e dos suicídios (WHO, 2021).

Sabe-se que o Brasil é um grande consumidor de agrotóxicos, ao mesmo tempo que apresenta elevado índice de suicídios (Drebes, 2017). Drebes (2017) destaca que embora o Brasil tenha buscado criar diversas normatizações para regulamentar o uso de agrotóxicos, observa-se um não cumprimento das normativas e, também, fortes pressões políticas para flexibilização das regras, fazendo com que ocorram constantes construções e desconstruções das mesmas. Um exemplo disso foi o aumento no ano de 2022 de 16%, em relação a 2021, do registro de agrotóxicos no país. Somente o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro liberou 2.182 agrotóxicos entre 2019 e 2022, sendo o maior número de registros pela gestão presidencial desde 2003 (G1 Globo, 2023).

Nesse sentido, acredita-se que muito se tem a avançar nas normativas de controle e acesso aos meios mais utilizados para envenenamento/intoxicação, como acesso a pesticidas e medicamentos. Sugere-se que o município alvo desta pesquisa busque, dentro das suas limitações, meios mais eficazes de restringir o acesso a tais meios, a criação de leis/normativas mais específicas para o controle de comercialização e utilização de agrotóxicos.

## **Óbitos por Suicídio: características das pessoas e das ocorrências registradas**

### ***Características das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio***

Como pontuado anteriormente, embora algumas ocorrências tenham sido registradas em São Mateus/ES, nem todas eram de pessoas residentes no município, tendo assim residentes de municípios próximos, tais como: Linhares, Jaguaré, Montanha, Pinheiros e Ponto Belo. O registro correto do município de residência é de suma importância para a pessoa com óbito registrado por suicídio e por sua família. É por meio do registro adequado

que será possível que o registro de óbito seja lavrado no município de residência do falecido ou no da ocorrência (MS, 2022).

A partir dos dados levantados identificou-se que a maioria das pessoas tinha de 20 a 59 anos em todos os anos (2018 a 2022). Botega (2007) pontua que o suicídio se situa entre as 10 causas mais frequentes de morte e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e jovens adultos. Schlösser et al. (2014) em revisão de literatura realizada, pontuam que a fase adulta merece destaque para a atenção ao suicídio, principalmente entre jovens adultos (18 a 24 anos). Trata-se de uma fase marcada por diversas transformações, em que comportamentos de risco podem se manifestar (Ores et al., 2012).

Vale destacar que o período compreendido entre o início da idade adulta, 20 anos, e o fim, 59 anos, é um período grande quando comparado às demais faixas etárias da OMS. Ainda assim, torna-se importante uma atenção especial à saúde mental dessa faixa etária, tendo em vista que diversas mudanças estão presentes nessa fase e atrelada a alguns fatores de risco que podem produzir sofrimento e angústia, como: inserção no mercado de trabalho, desemprego, estresse, pressões trabalhistas e familiares e outros.

Diferentemente das notificações de violência autoprovocada, nos óbitos por suicídio a maioria é de homens nos quatro anos iniciais deste estudo (2018 a 2021), enquanto em 2022 foi de mulheres. Destaca-se que os dados do ano de 2022, conforme pontuado anteriormente, ainda podem sofrer alterações devido a atualizações do sistema.

Dados do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde revelam que de 2018 a 2021 foram registrados 43.530 (78,32%) óbitos por suicídio entre homens (MS, 2023b). No Espírito Santo, tem-se nesse mesmo período 758 (73,95%) mortes por suicídio de pessoas do sexo masculino (SESA, 2023). Tais dados podem ser, como apontado anteriormente, por homens se utilizarem de meios mais drásticos/letais nas tentativas de suicídio, o que leva

muitas vezes na consumação do ato ou ainda por homens possuírem menor índice de tolerância à frustração (Botega, 2015a; Kovács, 2008).

Nesse sentido, Botega et al. (2006) em estudo sobre prevenção do comportamento suicida, pontuam algumas formas de proteção do sexo masculino para o comportamento suicida: ter uma ocupação; sentir-se produtivo; “pertencer” a uma comunidade, instituição, grupo religioso. Tendo em vista que São Mateus/ES é um município de maioria mulheres, torna-se importante pensar em políticas públicas de prevenção ao suicídio também voltado a esse público masculino, bem como o maior acesso dos homens aos serviços de saúde de modo geral.

Assim como nas notificações, observa-se, no município de pesquisa, a maior parte dos suicídios sendo de pessoas pardas. Quando se considera os dados do SIM para a população negra (pardos e pretos) entre os anos de 2018 a 2021 no Brasil, tem-se que 49,49% (27.507) dos óbitos são desse público (MS, 2023b). O mesmo acontece no estado do Espírito Santo onde tem-se que 60,87% (624) dos óbitos registrados entre 2018 e 2021 foram de pessoas negras (pardos e pretos) (SESA, 2023).

Ainda que a população de São Mateus seja majoritariamente negra, como já apontado anteriormente, não se pode deixar de considerar os fenômenos que podem estar ligados ao suicídio dessa população.

Uma pesquisa do MS em parceria com a Universidade de Brasília (UNB) constatou que a taxa de suicídio em adolescentes e jovens negros foi 45% maior do que em jovens brancos entre os anos de 2012 e 2016 (MS, 2018). A pesquisa aponta que muitas vezes as queixas raciais são subestimadas, individualizadas e tratadas como queixas pontuais, de pouca importância, culpabilizando àquele que sofre preconceito. O mesmo acontece com as questões que envolvem o suicídio dessa população, o estigma já carregado pelo suicídio

atrelado ao racismo acaba negligenciando e silenciando essa população frente aos sofrimentos mentais e riscos suicidas que estão submetidas (MS, 2018).

Algumas questões são apontadas como principais causas do suicídio na população negra: sentimento de não lugar; sentimento de inferioridade; sentimento de não pertença; sentimento de incapacidade; rejeição; negligência; maus tratos; violência; inadequação; abuso; inadaptação; solidão e isolamento social (MS, 2018). Nesse ínterim, Salgado (2021) destaca que a população negra é mais vulnerável a diversos fatores de risco para o suicídio: racismo, violência e negligência infantil, menores níveis socioeconômicos, desemprego, violência, menor acesso a serviços de saúde e redes de apoio e, transtornos mentais e uso de substâncias.

Parte significativa das causas e fatores estão muito ligadas ao outro, à sociedade em que a população negra está inserida, como ela é tratada e enxergada (Afonso & Seabra, 2021). Desse modo, torna-se importante pensar para além das estratégias de prevenção nos serviços de saúde, em ações de combate ao racismo estrutural e institucional e ações para o bem-estar a essa população.

No município de pesquisa tem-se diversas comunidades quilombolas (majoritariamente negras) adscritas a quatro equipes de saúde da família (eSF) (Santa Maria, Paulista, Litorâneo e Km 29). Pensando em ações em saúde para esse público, que possui características específicas, foi criado um grupo de Trabalho – GT Quilombola no intuito de discutir a situação de saúde dessas comunidades e traçar estratégias conjuntas de respeito às individualidades de cada território (PMSM, 2021a). Tal grupo, pode ser apontado como uma estratégia para o cuidado à saúde, incluindo a saúde mental, dessa população e, ainda, como espaço para preservação da identidade, reforço de sentimentos de pertença e reconhecimento desse público como de extrema importância para a elaboração de políticas públicas no município de estudo.

No que se refere a *escolaridade*, a maioria possuía de oito a 11 anos de escolaridade (entre o 8º ano do Ensino Fundamental e 2º ano do Ensino Médio). Sousa et al. (2020) destacam a variável escolaridade como importante para a compreensão da condição de saúde de uma determinada população, tendo em vista que a condição de saúde é influenciada pelo grau de instrução do indivíduo.

A esse respeito, Caliman et al. (2022) destacam que a escolaridade pode ser um fator de proteção ao suicídio, sendo uma questão diretamente associada a fatores econômicos. Destacam ainda, que a baixa escolaridade pode ocasionar prejuízos a qualidade de vida individual e familiar, gerando estresse elevado e aumentando o risco de suicídio (Caliman et al., 2022).

Embora os números absolutos de suicídio não sejam tão altos no município de estudo, chama a atenção o fato, de no geral, ser efetivado por pessoas aposentadas/pensionistas. Com exceção do ano de 2022, que os dados continuam sujeitos a análise, em todos os anos analisados nessa pesquisa (2018 a 2022) foram registrados suicídios desse público.

A aposentadoria pode representar uma ruptura do indivíduo com um papel profissional formal, o que ao invés de ser vivenciado como um descanso merecido, pode representar uma situação de prejuízo à saúde mental, ao ameaçar a identidade do indivíduo como ser social (Rodrigues et al., 2005). Em outras palavras, a aposentadoria representa uma das mudanças nessa etapa da vida, que pode causar um sentimento de morte social e subjetiva na pessoa idosa, com a perda do papel e lugar social (Sousa et al., 2014).

A pessoa idosa começa a ajustar-se a uma nova condição que apresenta vantagens, como o descanso e o lazer, para algumas classes sociais, mas também desvantagens como uma sensação de desvalorização, sentimentos de não pertencimento e desqualificação. Todas essas mudanças e processos podem desencadear diversas tensões psicológicas e sociais que

provocam danos a esse processo de envelhecimento, como as tentativas de suicídio e/ou suicídio (nos casos mais extremos) (Mendes et al., 2005).

Desse modo, a aposentadoria pode representar perdas materiais, psicológicas e sociais, diminuição dos rendimentos financeiros e perda no status social. Tais fatores podem incidir na diminuição da autoestima e da motivação e por consequência o adoecimento mental (Rodrigues et al., 2005).

O município de São Mateus, por meio do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, reconhece o desafio que possui para a estruturação e fortalecimento da rede de assistência centrada na atenção integral a pessoas idosa, associada à rede de serviços de saúde e sociais que tenham ênfase na promoção do envelhecimento saudável e ativo (PMSM, 2021a). Nesse sentido, o município propõe no plano, ações a partir de alguns eixos, entre eles: a atenção integral a Saúde da População Idosa com foco na funcionalidade do idoso e às especificidades dessa faixa etária (PMSM, 2021a).

Para além das ações voltadas a pessoa idosa, torna-se importante pensar em intervenções para o período pré-aposentadoria, a fim de minimizar os efeitos que a aposentadoria pode ocasionar na saúde mental dos indivíduos. É importante ainda, pensar e/ou executar políticas públicas que promovam o bem-estar, lazer e socialização para esse público, idosos e/ou aposentados.

### ***Características das ocorrências de óbitos registrados por suicídio***

Assim como nas notificações de violência autoprovocada, a maioria das mortes por suicídio ocorreu em casa em todos os anos. Esses dados estão de acordo com as estatísticas nacionais e estaduais, que mostram que 62,68% (34.837) e 54,14% (555) das mortes por suicídio aconteceram em domicílio, respectivamente. Estudos recentes confirmam esses resultados (Dodô & Camelô, 2023; Baére & Zanello, 2018).

Torna-se importante problematizar sobre as motivações para a maior ocorrência dos suicídios nos domicílios. Uma das explicações pode-se dar pela ocorrência em domicílio permitir uma facilidade de acesso ao meio de autoagressão e dificultar a intervenção em tempo oportuno, sendo somente percebido, na maioria das vezes, após a consumação do ato (Souza et al., 2011; Braun et al., 2023).

A lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (X70) foi identificada como a principal *causa de morte* para os óbitos por suicídio. Coadunando com outros estudos nacional e estadual (Lovisi et al., 2009; Machado & Santos, 2015; Tavares et al., 2020; Busato et al., 2021).

Dados mundiais e brasileiros indicam a predominância de mortes por enforcamento (Busato et al., 2021). Um estudo com dados de 2012 revelou que 75% (6.687) dos óbitos registrados por suicídio no Brasil foram por enforcamento (Machado & Santos, 2015). Lovisi et al. (2009) em análise epidemiológica entre os anos de 1980 e 2006, identificaram que no que diz respeito aos métodos usados para o suicídio, o enforcamento (47,2%) foi o meio mais utilizado nesse período no Brasil, e o método mais utilizado no sudeste do país, representando 39,6% dos casos. No Espírito Santo o enforcamento também foi apontado como principal método usado entre 2012 e 2016, representando 53,2% dos casos (Tavares et al., 2020).

Compreende-se que conhecer os meios mais utilizados contribui para o subsídio de políticas públicas mais eficazes, que dificultem o acesso a esses meios (Rosa et al., 2017). Porém, no município de pesquisa o meio mais utilizado é de fácil acesso e de alto grau de letalidade: enforcamento (Rosa et al., 2017), o que talvez justifique a escolha desse método com maior frequência e que, também, dificulte a criação de barreiras de acesso e elaboração de políticas públicas eficazes.

Por fim, o presente estudo evidenciou os boletins de ocorrência como principais *fontes de informação* dos casos de mortes por suicídio em São Mateus. No Estado do Espírito Santo do total de suicídios registrados, 60,75% (754) foram via boletins de ocorrência (SESA, 2023). Dados nacionais não foram identificados na literatura e nem no Sistema de Informações sobre mortalidade.

A morte por si só é um tema tabu e no caso do suicídio a questão é ainda mais complexa. Por assim ser, frequentemente em famílias que tiveram membros mortos por suicídio tende-se a esconder a causa da morte e sentimentos de vergonha são muito frequentes (Freitas et al., 2021). Assim, pressupõe-se que esse seja um dos motivos que justifica a maioria das ocorrências serem informadas por boletins de ocorrência, já que geralmente os serviços de urgência (polícia militar, Serviço Móvel de Urgência e Corpo de Bombeiros) são os primeiros a serem acionados em casos de suicídio.

Outras motivações são difíceis de serem levantadas, tendo em vista a escassez na literatura sobre as principais fontes de informação de suicídio. Tal constatação, se dá também pela ausência desses dados em registros oficiais do próprio Ministério da Saúde. Pesquisas futuras poderão melhor contribuir para essa análise.

## **Estudo 02 - Notificações de Lesões Autoprovocadas e mortalidade por suicídio nas diferentes faixas etárias no município de São Mateus/ES**

Objetiva-se, com este estudo, caracterizar os casos registrados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, nas diferentes faixas etárias<sup>17</sup>, entre os anos de 2018 e 2022, no município alvo desta pesquisa.

### **Resultados**

Abaixo a apresentação dos resultados das notificações de violência autoprovocada e óbitos por suicídio registrados entre 2018 e 2022, por faixas etárias, no município de São Mateus/ES. Para melhor compreensão e organização, a apresentação dos resultados foi dividida da seguinte forma:

- Dados das notificações de violência autoprovocada nas diferentes faixas etárias – SINAN e E-SUS VS: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada, no período de 2018 a 2022, nas diferentes faixas etárias; características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada, no período de 2018 a 2022, nas diferentes faixas etárias.
- Dados dos óbitos por suicídio nas diferentes faixas etárias - SIM: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio, nas diferentes faixas etárias e; Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio, nas diferentes faixas etárias.

---

<sup>17</sup> Destaca-se para isso, que os dados foram analisados de acordo com as idades preconizadas pela OMS e adotada no próprio instrutivo para o preenchimento das notificações – VIVA, sendo: 0 a 09 anos – infância/criança; 10 a 19 anos – adolescência; 20 a 59 anos – idade adulta; acima de 60 anos – velhice/idosos.

## Dados das notificações de violência autoprovoçada nas diferentes faixas etárias – SINAN e E-SUS VS

Foram registrados, no período de 2018 a 2022, 402 notificações de violência autoprovoçada no município de São Mateus, sendo que: 0,5% (n=2) correspondiam a faixa etária de 0 a 9 anos - crianças; 30,6% (n=123) de 10 a 19 anos - adolescentes; 65,7% (n=264) de 20 a 59 anos - adultos; 2,2% (n=9) acima de 60 anos - idosos e; em 1% (n=4) não foi informada esta variável. Desse modo, das 402 notificações realizadas, 398 foram foco de análise, sendo descartadas as notificações (4) cuja variável não foi informada, já que não permitiam uma análise fidedigna segundo o objetivo deste estudo.

Abaixo tabela com quantitativo de notificações por faixa etária e ano (Tabela 32):

Tabela 32: *Quantitativo de Notificações de Violência Autoprovoçada por faixa etária e ano*

<i>Ano</i>	<i>0 a 9 anos</i>	<i>10 a 19 anos</i>	<i>20 a 59 anos</i>	<i>Acima de 60 anos</i>
2018	00	20	44	00
2019	00	40	72	04
2020	00	13	26	01
2021	01	16	28	03
2022	01	34	94	01
<i>Total:</i>	02	123	264	09

A partir das notificações analisadas tem-se como principais características entre crianças em situação de violência autoprovoçada (Apêndice G): todas residiam em São Mateus/ES; uma era do sexo feminino (50%; n=1) e uma do sexo masculino (50%; n=1); uma era parda (50% ; n=1) e outra preta (50%; n=1); uma possuía transtorno/deficiência (50%; n=1) e outra (50%; n=1) não foi informada resposta a esta variável; não havia suspeita de uso de álcool em uma das crianças (50%; n=1) e na outra (50%; n=1) não foi informada a suspeita; uma criança (50%; n=1) foi encaminhada a rede de saúde e outra (50%; n=1) não há informação quanto ao encaminhamento.

Quanto as características das ocorrências (Apêndice H) verifica-se que: a variável

correspondente ao município de ocorrência não foi reportada em nenhum dos casos registrados; uma (50%; n=1) notificação foi realizada pela USF Marli Scaldaferrero e em uma (50%; n=1) não foi informada resposta quanto a esta variável; todas as notificações ocorreram na residência do indivíduo; uma (50%; n=1) se tratava de violência de repetição e uma (50%; n=1) foi assinalada como “ignorado” para esta variável; uma (50%; n=1) foi assinalado “outro” como meio de agressão e uma (50%; n=1) não foi informada resposta quanto ao meio de agressão; em ambas não foi informada a motivação para agressão.

Entre os adolescentes em situação de violência autoprovocada (Apêndice G), apreende-se como características prevalentes: residência em São Mateus/ES em 100% dos casos; na zona urbana (69,9%; n=86); sexo feminino (78,9%; n=97); pardas (69,1%; n=85); solteiras (54,5%; n=67); sendo a rede de saúde apontada como principal local de encaminhamento (69,1%; n=85). Quanto as características das ocorrências (Apêndice H): a maioria ocorreu em São Mateus/ES (60,2%; n=74); sendo o Hospital Dr. Roberto A. Silvares a principal unidade notificadora (79,4%; n=50); o domicílio foi o principal local de ocorrência (74%; n=91); a maioria das notificações teve assinalada como "ignorado" a variável sobre tratar-se de violência de repetição; o envenenamento/intoxicação foi o principal meio de agressão (43,9%; n=54); quanto a motivação, a maioria foi assinalada como “ignorado” (48%; n=59).

Nos adultos em situação de violência autoprovocada (Apêndice G) foram identificadas as seguintes características: todos residiam em São Mateus/ES; na zona urbana (69,3%; n=183); sexo feminino (71,2%; n=188); pardas (68,2%; n=180); sendo a maioria encaminhada a rede de saúde (68,9%; n=182). Já nas ocorrências (Apêndice H) identifica-se que: a maioria aconteceu em São Mateus/ES (59,5%; n=157); sendo o Hospital Dr. Roberto A. Silvares a principal unidade notificadora (79,1%; n=117); a residência apareceu como o principal local de ocorrência (70,5%; n=186); a maioria das notificações teve assinalada

como “ignorado” (50,8%; n=134) a variável que se refere à violência de repetição; envenenamento/intoxicação foi o principal meio de agressão (51,1%; n=135) e; a maioria das notificações teve assinalada como “ignorado” o item motivação (51,1%; n=135).

Por fim, entre os idosos em situação de violência autoprovocada (Apêndice G) tem-se como principais características: residência em São Mateus/ES (100%, n=6); na zona urbana (55,6%; n=5); sexo feminino (66,7%; n=6); pardas (66,7%; n=6); heterossexuais (44,4%; n=4); sendo a rede de saúde o principal local de encaminhamento (66,7%; n=6). Quanto as ocorrências (Apêndice H), tem-se que: a maioria ocorreu em São Mateus/ES (55,6%; n=5); tendo o Hospital Dr. Roberto A. Silves como a principal unidade notificadora (80%; n=4); o domicílio foi o principal local de ocorrência (77,8%; n=7); a maioria das notificações teve assinalada como “ignorado” o item que se refere à violência de repetição (66,7%; n=6); envenenamento/intoxicação foi o principal meio de agressão (66,7%; n=6); quanto a motivação, a maioria foi assinalada como “ignorado” (66,7%; n=6).

***Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada, no período de 2018 a 2022, a partir das faixas etárias.***

A partir dos dados analisados, pôde-se apreender algumas características das pessoas notificadas por violência autoprovocada a partir das diferentes faixas etárias, tais como: município de residência, zona de residência, sexo, raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, escolaridade, situação conjugal/estado civil, presença de transtorno/deficiência, tipo de transtorno/deficiência, suspeita de uso de álcool e encaminhamento realizado.

No que se refere ao *município de residência* (Tabela 33) tem-se que em todas as faixas etárias as pessoas residiam em São Mateus/ES.

Tabela 33: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto ao município de residência

<b>Município de Residência</b>	<b>0 a 9 anos</b>		<b>10 a 19 anos</b>		<b>20 a 59 anos</b>		<b>Acima de 60 anos</b>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>São Mateus</i>	02	100	123	100	264	100	09	100
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

Quanto a *zona de residência* (Tabela 34), identifica-se maioria na zona urbana em todas as faixas etárias. Entre as crianças em todas as notificações não foi informada a zona de residência do indivíduo. Nos adolescentes, 69,9% (n=86) residiam na zona urbana e, em 22% (n=27) não foram informadas a zona de residência das pessoas. Entre os adultos, 69,3% (n=183) residiam na zona urbana e, 20,5% (n=54) não foram informadas esta variável. Nos idosos, 55,6% (n=5) eram da zona urbana e, em 44,4% (n=4) não foram apresentadas informações para esta variável.

Tabela 34: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a zona de residência

<b>Zona de Residência</b>	<b>0 a 9 anos</b>		<b>10 a 19 anos</b>		<b>20 a 59 anos</b>		<b>Acima de 60 anos</b>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Urbana</i>	00	00	86	69,9	183	69,3	05	55,6
<i>Rural</i>	00	00	07	5,7	26	9,8	00	00
<i>Periurbana</i>	00	00	03	2,4	01	0,4	00	00
<i>Não Informado</i>	02	100	27	22	54	20,5	04	44,4
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

Quanto ao *sexo* (Tabela 35) apreende-se uma maioria do sexo feminino em quase todas as faixas etárias, com exceção das crianças, que obtiveram uma notificação para cada sexo. Assim, tem-se que nas crianças 50% (n=1) correspondiam ao sexo masculino e 50% (n=1) ao feminino. Entre adolescentes, 78,9% (n=97) foram de pessoas do sexo feminino, enquanto 21,1% (n=26) do sexo masculino. Nos adultos, 71,2% (n=188) foram do sexo feminino e, 28,8% (n=76) do sexo masculino. Já entre idosos, 66,7% (n=6) eram do sexo

feminino e, 33,3% (n=3) do sexo masculino.

Tabela 35: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto ao sexo

<i>Sexo</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Feminino</i>	01	50	97	78,9	188	71,2	06	66,7
<i>Masculino</i>	01	50	26	21,1	76	28,8	03	33,3
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

No que tange a *raça/cor* (Tabela 36) nota-se uma maioria de notificações da população negra (pardas e pretas) em todas as faixas etárias. Desse modo, de crianças tem-se que 50% (n=1) eram pessoas pretas e 50% (n=1) pessoas pardas. Nos adolescentes, nota-se que 69,1% (n=85) eram pardos. De adultos, 68,2% (n=180) eram de pessoas pardas, seguidas de 12,1% (n=32) de pessoas brancas. Nos idosos, houve predominância de pessoas pardas em 66,7% (n=6) das notificações.

Tabela 36: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a *raça/cor*

<i>Raça/Cor</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Branca</i>	00	00	07	5,7	32	12,1	00	00
<i>Preta</i>	01	50	07	5,7	13	4,9	00	00
<i>Amarela</i>	00	00	05	4,1	14	5,3	01	11,1
<i>Parda</i>	01	50	85	69,1	180	68,2	06	66,7
<i>Ignorado</i>	00	00	19	15,4	25	9,5	02	22,2
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

Quanto à *orientação sexual* (Tabela 37), identifica-se uma grande prevalência de assinalamento da opção “ignorado” e/ou de informações não fornecidas em todas as faixas etárias. Assim, nas crianças, em todas as notificações não foram fornecidas informações para essa variável. Nos adolescentes identificou-se que em 34,1% (n=42) essa variável foi

assinalada como “ignorado”, 33,3% (n=41) não houve resposta fornecida e em, 24,4% (n=30) eram heterossexuais. Entre adultos, 39,4% (n=104) assinalaram essa variável com a opção “ignorado”, 32,6% (n=86) não assinalaram qualquer opção de resposta e, 24,6% (n=65) eram de heterossexuais. Nos idosos (acima de 60 anos) identificou-se maior prevalência de assinalamento, 44,4% (n=4), para pessoas heterossexuais, seguidos de 33,3% (n=3) em que não houve respostas fornecidas.

Tabela 37: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a orientação sexual

<i>Orientação Sexual</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Heterossexual</i>	00	00	30	24,4	65	24,6	04	44,4
<i>Homossexual (gay/lésbica)</i>	00	00	00	00	03	1,1	00	00
<i>Bissexual</i>	00	00	02	1,6	02	0,8	00	00
<i>Não se aplica</i>	00	00	08	6,5	04	1,5	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	42	34,1	104	39,4	02	22,2
<i>Não informado</i>	02	100	41	33,3	86	32,6	03	33,3
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

Características de assinalamento semelhantes à anterior foram observadas na variável de *identidade de gênero* (Tabela 38), que teve uma maioria de assinalamento com opção “ignorado” e/ou não se aplica ou com maioria das notificações sem resposta à variável. Assim, na faixa etária de 0 a 9 anos, todas as notificações não obtiveram respostas quanto a esta variável. Entre os adolescentes, identificou-se que 40,7% (n=50) foram assinaladas com a opção “não se aplica”, 36,6% (n=45) não tiveram respostas informadas a esta variável e, 22,8% (n=28) foram assinaladas como “ignorado”. Entre adultos, identificou-se que em 38,6% (n=102) não foram informadas resposta a variável, 31,1% (n=82) foram assinaladas como “ignorado” e, 30,3% (n=80) foram assinaladas como “não se aplica”. Por fim, entre idosos, identificou-se que em 33,3% (n=3) foram assinaladas como “não se aplica”, com a

mesma porcentagem assinalada como “ignorado” e também como não informada.

Tabela 38: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a identidade de gênero

<i>Identidade de Gênero</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Travesti</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Mulher Transexual</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Homem Transexual</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Não se aplica</i>	00	00	50	40,7	80	30,3	03	33,3
<i>Ignorado</i>	00	00	28	22,8	82	31,1	03	33,3
<i>Não informado</i>	02	100	45	36,6	102	38,6	03	33,3
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

No que se refere à *escolaridade* (Tabela 39) nota-se uma grande maioria assinalada como “ignorado” entre adolescentes, adultos e idosos e, a maioria não informada entre crianças. Assim, nota-se que em todas as notificações de crianças não foram informadas respostas a esta variável. Entre adolescentes, 54,5% (n=67) foram assinaladas como “ignorado”, seguidos de 17,1% (n=21) de pessoas que possuíam entre a 5ª e 8ª série incompleta do Ensino Fundamental. De pessoas adultas, notou-se que 69,3% (n=183) foram assinaladas como “ignorado” e 7,6% (n=20) de 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental. Nos idosos, apreendeu-se que 66,7% (n=6) foram assinaladas como “ignorado”.

Tabela 39: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a escolaridade

<i>Escolaridade</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>1ª a 4ª incompleta do EF</i>	00	00	00	00	01	0,4	01	11,1
<i>4ª série completa do EF</i>	00	00	02	1,6	03	1,1	00	00
<i>5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental</i>	00	00	21	17,1	20	7,6	01	11,1
<i>Ensino Fundamental Completo</i>	00	00	08	6,5	10	3,8	00	00
<i>Ensino Médio Incompleto</i>	00	00	20	16,3	13	4,9	00	00
<i>Ensino Médio Completo</i>	00	00	03	2,4	19	7,2	01	11,1
<i>Educação Superior Incompleta</i>	00	00	00	00	06	2,3	00	00
<i>Educação Superior Completa</i>	00	00	00	00	06	2,3	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	67	54,5	183	69,3	06	66,7
<i>Não se aplica</i>	02	100	00	00	01	0,4	00	00
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

Quanto à situação *conjugal/ estado civil* (Tabela 40) tem-se que na maioria das faixas etárias esta variável foi assinalada com a opção “ignorado” ou que não houve resposta informada, sendo somente na faixa etária de 10 a 19 anos que tem-se maioria de solteiros. Desse modo, tem-se que nas crianças, em todas as notificações não foram informadas respostas a esta variável. Entre adolescentes tem-se que 54,5% (n=67) eram de solteiros e em 25,2% (n=31) não houve resposta a esta variável. Nos adultos tem-se que 42% (n=111) foram assinaladas como “ignorado” e em 25% (n=66) não houve resposta a variável. Entre idosos tem-se 55,6% (n=5) assinaladas como “ignorado” e, 22,2% (n=2) não houve resposta a variável.

Tabela 40: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a situação conjugal/ estado civil

<i>Situação Conjugal/ Estado Civil</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Solteiro</i>	00	00	67	54,5	39	14,8	01	11,1
<i>Casado/União consensual</i>	00	00	04	3,3	33	12,5	01	11,1
<i>Viúvo</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Separado</i>	00	00	01	0,8	12	4,5	00	00
<i>Não aplica</i>	00	00	03	2,4	02	0,8	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	17	13,8	111	42	05	55,6
<i>Não Informado</i>	02	100	31	25,2	66	25	02	22,2
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

No que tange a *presença de transtorno/deficiência* (Tabela 41) identificou-se, assim como em variáveis anteriores, um grande assinalamento da opção “ignorado” e, também, grande ausência de respostas. Entre as crianças 50% (n=1) possuíam algum transtorno/deficiência e em 50% (n=1) não houve resposta a esta variável. Nos adolescentes, 52% (n=64) foram assinaladas como “ignorado”, seguidos de 23,6% (n=29) cuja resposta não foi informada. Entre os adultos, 43,6% (n=116) foram assinaladas como “ignorado” e, 26,1% (n=69) foram assinaladas com “sim”. Entre os idosos identificou-se que 55,6% (n=5) foram assinaladas como “ignorado”, 22,2% (n=2) como “não” e, também, 22,2% (n=2) não houve resposta a variável.

Tabela 41: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a presença de transtorno/deficiência

<i>Presença de Transtorno/ Deficiência</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Sim</i>	01	50	16	13	69	26,1	00	00
<i>Não</i>	00	00	14	11,4	23	8,7	02	22,2
<i>Ignorado</i>	00	00	64	52	116	43,6	05	55,6
<i>Não Informado</i>	01	50	29	23,6	56	21,2	02	22,2
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

Quando observada a variável que versa sobre os *tipos de transtorno/deficiência* (Tabela 42) presentes, notou-se uma maioria de assinalamento para “ignorado”, “não se aplica” ou cuja resposta não foi informada. Entre as crianças, em todas as notificações não foram informadas respostas a esta variável. Nos adolescentes nota-se que 45,5% (n=56) foram assinaladas com a opção “não se aplica”, em 41,5% (n=51) não foi informada resposta a variável e, 6,5% (n=8) tratava-se de transtorno de comportamento. Nos adultos, 39% (n=103) foram assinaladas com “não se aplica”, em 36,7% (n=97) não houve resposta a esta variável e 12,5% (n=33) eram de pessoas com presença de transtorno mental. Nos idosos, 55,6% (n=5) não tiveram resposta informada a esta variável e 44,4% (n=4) foram assinaladas como “não se aplica”.

Tabela 42: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a tipo de transtorno/ deficiência

Tipo de Transtorno/ Deficiência	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Transtorno Mental</i>	00	00	04	3,3	33	12,5	00	00
<i>Transtorno de Comportamento</i>	00	00	08	6,5	23	8,7	00	00
<i>Transtorno Mental e Tr. de Comportamento</i>	00	00	03	2,4	05	1,9	00	00
<i>Deficiência Intelectual e Tr. de Comportamento</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Transtorno Mental, Def. Intelectual e Tr. de Comportamento</i>	00	00	01	0,8	00	00	00	00
<i>Deficiência Física e Transtorno Mental</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Não se aplica</i>	00	00	56	45,5	103	39	04	44,4
<i>Ignorado</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Não Informado</i>	02	100	51	41,5	97	36,7	05	55,6
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

No que se refere à suspeita *de uso de álcool* (Tabela 43) identifica-se que a maioria das notificações tiveram a opção “ignorado” assinalada para todas as faixas etárias. Nas crianças tem-se que 50% (n=1) foi assinalada como “ignorado” e 50% (n=1) não houve

resposta a variável. Nos adolescentes tem-se que 58,5% (n=72) foram assinaladas com “ignorado” e, 29,3% (n=36) assinaladas como “não”. Entre os adultos tem-se que 58,3% (n=154) foram assinaladas como “ignorado” e, 21,2% (n=56) como “não”. Já nos idosos, 66,7% (n=6) foram assinaladas como “ignorado”.

Tabela 43: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a suspeita de álcool

<i>Suspeita de Álcool</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Sim</i>	00	00	03	2,4	24	9,1	01	11,1
<i>Não</i>	01	50	36	29,3	56	21,2	01	11,1
<i>Ignorado</i>	00	00	72	58,5	154	58,3	06	66,7
<i>Não Informado</i>	01	50	12	9,8	30	11,4	01	11,1
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

Quanto aos *encaminhamentos* (Tabela 44) realizados, apreendeu-se que a maioria foi realizada para a rede de saúde em todas as faixas etárias. Entre as crianças, 50% (n=1) foi realizado para a rede de saúde e em, 50% (n=1) não houve resposta a variável. Nos adolescentes, 69,1% (n=85) foram encaminhadas à rede de saúde e, 8,9% (n=11) foram encaminhadas a rede de saúde e assistência social ao mesmo tempo. Entre os adultos, tem-se que 68,9% (n=182) foram encaminhadas a rede de saúde e em 11% (n=27) não foram informadas respostas para a variável. Por fim, entre os idosos, 66,7% (n=6) foram encaminhadas à rede de saúde.

Tabela 44: Características das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária – quanto a encaminhamentos

<i>Encaminhamento</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Rede de Saúde</i>	01	50	85	69,1	182	68,9	06	66,7
<i>Rede de Assistência Social</i>	00	00	06	4,9	16	6,1	00	00
<i>Rede de Atendimento à Mulher</i>	00	00	01	0,8	00	00	00	00
<i>Conselho Tutelar</i>	00	00	01	0,8	00	00	00	00
<i>Rede de Saúde e Assistência Social</i>	00	00	11	8,9	27	10,2	01	11,1
<i>Rede de Saúde e Educação</i>	00	00	02	1,6	00	00	00	00
<i>Rede de Saúde e Atendimento à Mulher</i>	00	00	00	00	03	1,1	00	00
<i>Rede de Assistência e Atendimento à Mulher</i>	00	00	01	0,8	00	00	00	00
<i>Rede de Saúde, Educação e Atendimento à Mulher</i>	00	00	03	2,4	06	2,3	01	11,1
<i>Rede de Saúde e Conselho Tutelar</i>	00	00	04	3,3	00	00	00	00
<i>Outras delegacias</i>	00	00	01	0,8	00	00	00	00
<i>Rede de Saúde e Outras delegacias</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Não Informado</i>	01	50	08	6,5	29	11	01	11,1
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

***Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada no período entre 2018 e 2022, nas diferentes faixas etárias***

No que se refere às características das ocorrências de notificação de violência autoprovocada, alguns aspectos puderam ser observados em cada faixa etária entre os anos de 2018 e 2022, a saber: município de ocorrência, local de ocorrência, violência de repetição, meio de agressão e motivação.

Quanto ao *município de ocorrência* (Tabela 45), apreendeu-se que a maioria ocorreu em São Mateus/ES na maior parte das faixas etárias, com exceção de 0 a 9 anos. Nas crianças apreendeu-se que em todas as notificações não foram informadas respostas a esta variável. Entre adolescentes, 60,2% (n=74) ocorreram em São Mateus/ES e, em 39,8% (n=49) não foram informadas respostas a variável. Na idade adulta, identificou-se que 59,5% (n=157) ocorreram em São Mateus/ES e, em 40,5% (n=107) não foram informadas respostas para esta variável. Nos idosos apreendeu-se que 55,6% (n=5) ocorreram em São Mateus/ES e, em 44,4% (n=4) não foram informadas respostas a essa variável.

Tabela 45: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto a município de ocorrência

<i>Município de Ocorrência</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>São Mateus</i>	00	00	74	60,2	157	59,5	05	55,6
<i>Não Informado</i>	02	100	49	39,8	107	40,5	04	44,4
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

No que se refere a *unidade notificadora* (Tabela 46), não foi possível a obtenção dos dados dos anos 2018 e 2019, sendo analisados os demais anos (2020, 2021 e 2022). Nas notificações analisadas, identifica-se o Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silves como principal unidade notificadora na maioria das faixas etárias, com exceção da faixa etária de 0 a 9 anos (crianças). Entre as crianças tem-se que 50% (n=1) foi realizada na USF Marli Scaldaferrero e 50% (n=1) não foi informada a unidade notificadora. Entre os adolescentes, identifica-se que 79,4% (n=50) foram realizadas pelo Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silves e, em 14,3% (n=9) não foram informadas as fontes notificadoras. Nos adultos, identifica-se que 79,1% (n=117) foram realizadas pelo Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silves e, em 13,5% (n=20) não foram informadas respostas a esta variável. Entre as pessoas idosas, identifica-se que

80% (n=4) foram notificadas pelo Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silvaes e, em 20% (n=1) não foi informada a unidade notificadora.

Tabela 46: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto a unidade notificadora

Unidade Notificadora	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
CIATOX	00	00	01	1,6	03	2,0	00	00
HINSG	00	00	01	1,6	00	00	00	00
Hospital Dr Roberto A. Silvaes	00	00	50	79,4	117	79,1	04	80
Hospital Meridional	00	00	00	00	01	0,7	00	00
Paulista	00	00	00	00	01	0,7	00	00
Pronto Atendimento	00	00	00	00	01	0,7	00	00
UPA 24 Horas	00	00	00	00	01	0,7	00	00
US Guriri 1	00	00	00	00	01	0,7	00	00
US3	00	00	01	1,6	00	00	00	00
USF Marli Scaldaferro	01	50	01	1,6	02	1,4	00	00
Vigilância Epidemiológica	00	00	00	00	01	0,7	00	00
Não Informado	01	50	09	14,3	20	13,5	01	20

Nota-se, a partir da análise dos resultados, que a residência foi apontada como o principal *local de ocorrência* (Tabela 47) para as lesões autoprovocadas em todas as faixas etárias. No que se refere às crianças, nota-se que todas as ocorrências foram na residência das pessoas notificadas. Nos adolescentes, 74% (n=91) ocorreram na residência e, 20,3% (n=25) foram assinaladas como “ignorado”. Entre adultos, 70,5% (n=186) ocorreram nas residências e, 22% (n=58) foram assinaladas como “ignorado”. Em pessoas idosas, 77,8% (n=7) ocorreram nas residências.

Tabela 47: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto ao local de ocorrência

<b>Local de Ocorrência</b>	<b>0 a 9 anos</b>		<b>10 a 19 anos</b>		<b>20 a 59 anos</b>		<b>Acima de 60 anos</b>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Residência</i>	02	100	91	74	186	70,5	07	77,8
<i>Escola</i>	00	00	04	3,3	00	00	00	00
<i>Habituação Coletiva</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Via pública</i>	00	00	02	1,6	14	5,3	01	11,1
<i>Outro</i>	00	00	00	00	05	1,9	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	25	20,3	58	22	01	11,1
<i>Não Informado</i>	00	00	01	0,8	00	00	00	00
<b>Total:</b>	02	100	123	100	264	100	09	100

No que tange a variável que versa sobre a reincidência da ocorrência – violência *de repetição* (Tabela 48), tem-se que na maioria das faixas etárias essa variável foi assinalada como “ignorado”. Assim, nas crianças, tem-se que 50% (n=1) tratava-se de violência de repetição e, 50% (n=1) não foi informada resposta a variável. Nos adolescentes, 50,4% (n=62) foram assinaladas como “ignorado” e, 25,2% (n=1) foram assinaladas como “sim”. Entre adultos, tem-se que 50,8% (n=134) foram assinaladas como “ignorado” e, 27,7% (n=73) se tratava de violência de repetição. Por fim, em idosos, 66,7% (n=6) foram assinaladas como “ignorado” e, 33,3% (n=3) não se tratava de violência de repetição.

Tabela 48: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto à violência de repetição

<b>Violência de Repetição</b>	<b>0 a 9 anos</b>		<b>10 a 19 anos</b>		<b>20 a 59 anos</b>		<b>Acima de 60 anos</b>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Sim</i>	01	0	31	25,2	73	27,7	00	00
<i>Não</i>	00	00	17	13,8	41	15,5	03	33,3
<i>Ignorado</i>	00	00	62	50,4	134	50,8	06	66,7
<i>Não informado</i>	01	50	13	10,6	16	6,1	00	00
<b>Total:</b>	02	100	123	100	264	100	09	100

Quanto ao *meio de agressão* (Tabela 49) identificou-se uma prevalência de envenenamento /intoxicação na maioria das faixas etárias. Nas crianças, identificou-se que 50% (n=1) ocorreram por outros meios (precipitação em local elevado, afogamento e, outros) e, 50% (n=1) não houve resposta a esta variável. Entre adolescentes, 43,9% (n=54) ocorreram por envenenamento/intoxicação e 22% (n=27) por outros meios. Nos adultos, 51,1% (n=135) ocorreram por envenenamento/intoxicação e, 17% (n=45) por objeto perfurocortante. Em pessoas idosas, identificou-se que 66,7% (n=6) ocorreram por envenenamento/intoxicação.

Tabela 49: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto ao meio de agressão

<i>Meio de Agressão</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Força corporal/espancamento</i>	00	00	00	00	02	0,8	00	00
<i>Enforcamento</i>	00	00	03	2,4	11	4,2	01	11,1
<i>Objeto Contundente</i>	00	00	01	0,8	00	00	00	00
<i>Objeto Perfurocortante</i>	00	00	24	19,5	45	17	01	11,1
<i>Envenenamento/Intoxicação</i>	00	00	54	43,9	135	51,1	06	66,7
<i>Arma de Fogo</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Outro</i>	01	50	27	22	45	17	01	11,1
<i>Envenenamento e Outro</i>	00	00	01	0,8	03	1,1	00	00
<i>Obj. Perfurocortante e Outro</i>	00	00	02	1,6	00	00	00	00
<i>Obj. Perfurocortante e Envenenamento</i>	00	00	05	4,1	06	2,3	00	00
<i>Envenenamento e Enforcamento</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Obj. Contundente e Obj. Perfurocortante</i>	00	00	00	00	02	0,8	00	00
<i>Obj. Contundente e Envenenamento</i>	00	00	01	0,8	01	0,4	00	00
<i>Obj. Perfurocortante e Enforcamento</i>	00	00	00	00	01	0,4	00	00
<i>Força Corporal e Obj. Perfurocortante</i>	00	00	01	0,8	00	00	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Não Informado</i>	01	50	04	3,3	11	4,2	00	00

Por fim, no que tange a *motivação* (Tabela 50) notou-se prevalência de assinalamento da opção “ignorado” na maioria das faixas etárias. Assim, em crianças, nota-se que em todas

as notificações não foram informadas respostas a esta variável. Nos adolescentes, 48% (n=59) foram assinaladas como “ignorado e, em 25,2% (n=31) não foram informadas respostas. Entre pessoas adultas, identificou-se que 51,1% (n=135) foram assinaladas como “ignorado” e, em 19,7% (n=52) não foram informadas respostas a variável. Entre os idosos, 66,7% (n=6) foram assinaladas como “ignorado”.

Tabela 50: Características das ocorrências notificadas de violência autoprovocada por faixa etária – quanto a motivação

Motivação	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Sexismo</i>	00	00	00	00	05	1,9	00	00
<i>Conflito Geracional</i>	00	00	12	9,8	17	6,4	01	11,1
<i>Outros</i>	00	00	14	11,4	44	16,7	01	11,1
<i>Não se aplica</i>	00	00	07	5,7	11	4,2	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	59	48	135	51,1	06	66,7
<i>Não Informado</i>	02	100	31	25,2	52	19,7	01	11,1
<i>Total:</i>	02	100	123	100	264	100	09	100

### Dados dos óbitos por suicídio nas diferentes faixas etárias - SIM

Como apontado anteriormente, entre 2018 e 2022 foram registrados 36 óbitos por suicídio no município de São Mateus/ES. No que se refere às faixas etárias, de modo geral, tem-se (Tabela 51): de 0 a 09 anos não há registros de óbito para essa causa externa (suicídio); três óbitos (8,3%) de 10 a 19 anos; 29 óbitos (80,6%) de 20 a 59 anos e; quatro óbitos (11,1%) de pessoas acima de 60 anos.

Tabela 51: Quantitativo de óbitos registrados por suicídio por ano e faixa etária

<i>Ano</i>	<i>0 a 9 anos</i>	<i>10 a 19 anos</i>	<i>20 a 59 anos</i>	<i>Acima de 60 anos</i>	<i>Total</i>
<b>2018</b>	00	00	07	01	08
<b>2019</b>	00	02	04	00	06
<b>2020</b>	00	00	08	00	08
<b>2021</b>	00	01	04	03	08
<b>2022</b>	00	00	06	00	06
<b>Total:</b>	00	03	29	04	36

De modo geral, identificou-se (Apêndice I), entre os adolescentes em óbitos por suicídio, a prevalência das seguintes características: residência em São Mateus/ES; sexo masculino; pardas; 4 a 7 anos de escolaridade; estudantes. Sendo características das ocorrências (Apêndice J): aconteceram em São Mateus/ES; sendo o domicílio o principal local de ocorrência; a maioria provocada por lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocação (CID: X70); tendo os boletins de ocorrência como principal fonte de informação.

Entre adultos em óbito por suicídio, tem-se prevalência das seguintes características (Apêndice I): residentes em São Mateus/ES; sexo masculino; pardas; 04 a 07 anos de escolaridade; trabalhador agropecuário em geral. Quanto às características das ocorrências têm-se (Apêndice J): aconteceram em São Mateus/ES; sendo o domicílio o principal local de ocorrência; a maioria foi provocada por lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocação (CID: X70); tendo os boletins de ocorrência como principal fonte de informação.

Nos idosos em óbito por suicídio, notou-se como características prevalentes (Apêndice I): residência em São Mateus/ES; sexo masculino; brancas; 8 a 11 anos de escolaridade; aposentados/pensionistas. E identificou-se como características das ocorrências (Apêndice J): aconteceram em São Mateus/ES; o hospital como principal local de ocorrência;

a maioria provocada por Autointoxicação por e exposição intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas (CID: X64); os boletins de ocorrência foi a principal fonte de informação na metade dos casos.

### ***Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio, nas diferentes faixas etárias***

No que tange às características das pessoas com óbitos registrados por suicídio observou-se que, entre os anos de 2018 e 2022, não há registros na faixa etária de zero a 09 anos, não havendo, assim, características a serem apresentadas em nenhuma das variáveis.

A partir dos dados analisados identificou-se o município de São Mateus como o principal *município de residência* (Tabela 52) das pessoas que tiveram óbitos registrados por suicídio em todas as faixas etárias. Nos adolescentes, todas as pessoas residiam em São Mateus/ES. Entre adultos, identificou-se que 88,7% (n=26) residiam em São Mateus/ES, e as demais residiam em Linhares/ES (3,4%; n=1), Montanha/ES (3,4%; n=1) e Ponto Belo/ES (3,4%; n=1). Nos idosos, 50% (n=2) residiam em São Mateus e as outras pessoas possuíam residência em Jaguaré/ES (25%; n=1) e Pinheiros/ES (25%; n=1).

*Tabela 52: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária – quanto ao município de residência*

<b><i>Município de Residência</i></b>	<b><i>0 a 9 anos</i></b>		<b><i>10 a 19 anos</i></b>		<b><i>20 a 59 anos</i></b>		<b><i>Acima de 60 anos</i></b>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>São Mateus</i>	00	00	03	100	26	88,7	02	50
<i>Jaguaré</i>	00	00	00	00	00	00	01	25
<i>Linhares</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Montanha</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Pinheiros</i>	00	00	00	00	00	00	01	25
<i>Ponto Belo</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<b><i>Total:</i></b>	-	-	03	100	29	100	04	100

Quanto ao *sexo* (Tabela 53) das pessoas, notou-se que, diferente das notificações de violência autoprovocada, tem-se uma maioria do sexo masculino em todas as faixas etárias. Assim, tem-se que nos adolescentes (10 a 19 anos), 66,7% (n=2) eram de homens. Entre adultos, 72% (n=21) eram também do sexo masculino e, nos idosos, todas as pessoas eram do sexo masculino.

Tabela 53: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária – quanto ao sexo

<i>Sexo</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Feminino</i>	00	00	01	33,3	08	28	00	00
<i>Masculino</i>	00	00	02	66,7	21	72	04	100
<i>Total:</i>	-	-	03	100	29	100	04	100

Identificou-se uma maioria de óbitos registrados por suicídio de pessoas pardas (Tabela 54), com exceção dos idosos. Desse modo, entre os adolescentes, todos eram pardos. Entre adultos, 69% (n=20) eram pardos e 17% (n=5) eram brancos. Entre os idosos, 50% (n=2) eram brancos e 25% (n=1) eram pretos.

Tabela 54: Características das pessoas com óbito registrado por suicídio por faixa etária – quanto a raça/cor

<i>Raça/ Cor</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Branca</i>	00	00	00	00	05	17	02	50
<i>Preta</i>	00	00	00	00	01	03	01	25
<i>Amarela</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Parda</i>	00	00	03	100	20	69	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Não Informado</i>	00	00	00	00	03	10	01	25
<i>Total:</i>	-	-	03	100	29	100	04	100

No que se refere a *escolaridade* (Tabela 55) identificou-se prevalência de níveis diferentes de escolaridade nas faixas etárias, sendo que entre os adolescentes, tem-se uma

prevalência de 66,7% (n=2) de pessoas com quatro a sete anos de escolaridade (4º ao 7º ano do Ensino Fundamental). Entre adultos, tem-se que 31% (n=9) possuíam de oito a 11 anos de escolaridade (8º ano do ensino fundamental ao 2º ano do ensino médio), seguidos de pessoas com quatro a sete anos (24%; n=7). Já entre os idosos, em 50% (n=2) essa variável foi assinalada como “ignorado” e, 50% (n=2) possuíam de oito a 11 anos de escolaridade.

Tabela 55: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária – quanto a escolaridade

<i>Escolaridade</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Nenhuma</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>01 a 03 anos</i>	00	00	00	00	04	14	00	00
<i>04 a 07 anos</i>	00	00	02	66,7	07	24	00	00
<i>08 a 11 anos</i>	00	00	01	33,3	09	31	02	50
<i>12 anos ou mais</i>	00	00	00	00	03	10	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	00	00	05	17	02	50
<i>Não Informado</i>	00	00	00	00	01	03	00	00
<i>Total:</i>	-	-	03	100	29	100	04	100

No que se refere a *ocupação* profissional (Tabela 56) das pessoas com óbitos registrados por suicídio, tem-se diferentes ocupações em cada faixa etária. Assim, identificou-se que nos adolescentes todos eram estudantes. Entre os adultos, tem-se uma prevalência de 13,8% (n=4) de trabalhador agropecuário em geral, seguidos de auxiliar pessoal (10,3%; n=3), pedreiro (10,3%; n=3) e aposentado/pensionista (10,3%; n=3). Entre os idosos, tem-se prevalência de 75% (n=3) de aposentados/pensionistas.

Tabela 56: Características das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária – quanto a ocupação

<i>Ocupação</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<i>Empresário de espetáculo</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Auxiliar de pessoal</i>	00	00	00	00	03	10,3	00	00
<i>Empregado doméstico nos serviços gerais</i>	00	00	00	00	02	6,9	00	00
<i>Empregado doméstico diarista</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Vigilante</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Vendedor de comércio varejista</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Atendente de farmácia – balconista</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Trabalhador agropecuário em geral</i>	00	00	00	00	04	13,8	00	00
<i>Pedreiro</i>	00	00	00	00	03	10,3	00	00
<i>Motorista de Táxi</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Mecânico de veículos automotores a diesel</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Estudante</i>	00	00	03	100	00	00	00	00
<i>Aposentado/Pensionista</i>	00	00	00	00	03	10,3	03	75
<i>Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter</i>	00	00	00	00	02	6,9	00	00
<i>Ignorada</i>	00	00	00	00	02	6,9	01	25
<i>Não Informada</i>	00	00	00	00	02	6,9	00	00
<i>Total:</i>	-	-	03	100	29	100	04	100

### *Características das ocorrências registradas de óbito por suicídio, nas diferentes faixas etárias*

No que se refere às características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio, alguns aspectos puderam ser observados em cada faixa etária, tais como: município de ocorrência; local de ocorrência; causa da morte por CID e; fonte de informação.

No que se refere ao *município de ocorrência* (Tabela 57) apreendeu-se que em todas as faixas etárias o município foi o de São Mateus/ES.

Tabela 57: Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária – quanto ao município de ocorrência

<i>Município de Ocorrência</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>São Mateus</i>	00	00	03	100	29	100	04	100
<i>Total:</i>	-	-	03	100	29	100	04	100

Quanto ao *local de ocorrência* (Tabela 58) dos óbitos identificou-se maioria no domicílio, com exceção dos idosos. Entre adolescentes, notou-se que todos os registros apontavam o domicílio como local de ocorrência. Entre os adultos, 51,7% (n=15) ocorreram no domicílio e, 27,6% (n=8) ocorreram em hospital. Já entre as pessoas idosas, 50% (n=2) ocorreram em hospital e, 50% (n=2) foi assinalado como “ignorado”.

Tabela 58: Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária – quanto ao local de ocorrência

<i>Local de Ocorrência</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Hospital</i>	00	00	00	00	08	27,6	02	50
<i>Outros estabelecimentos de saúde</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Domicílio</i>	00	00	03	100	15	51,7	01	25
<i>Via Pública</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Outros</i>	00	00	00	00	01	3,4	01	25
<i>Ignorado</i>	00	00	00	00	05	17,2	00	00
<i>Total:</i>	-	-	03	100	29	100	04	100

Quando se refere a *causa da morte por CID* (Tabela 59) identificou-se uma maioria por Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID: X70) na maioria das faixas etárias, com exceção dos idosos. Desse modo, entre os adolescentes identificou-se que todas os registros apontavam a Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID 10: X70) como causa

para a morte por suicídio. Nos adultos, 55,2% (n=16) foram por Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (CID 10: X70), seguidos de 13,8% (n=4) causadas por Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados (CID 10: X84). Já entre os idosos, identificou-se que 50% (n=2) foram causadas por Autointoxicação por e exposição intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas (CID: X64).

Tabela 59: Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária – quanto a causa da morte por CID

Causa da morte por CID	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
X64 Autointoxicação por e exposição intencional, out drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	00	00	00	00	01	3,4	02	50
X68 Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	00	00	00	00	03	10,3	00	00
X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	00	00	00	00	01	3,4	00	00
X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	00	00	03	100	16	55,2	01	25
X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	00	00	00	00	01	3,4	00	00
X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	00	00	00	00	00	00	01	25
X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	00	00	00	00	01	3,4	00	00
X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	00	00	00	00	01	3,4	00	00
X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	00	00	00	00	01	3,4	00	00
X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	00	00	00	00	04	13,8	00	00
Total:	-	-	03	100	29	100	04	100

Por fim, no que se refere a *fonte de informação* (Tabela 60) observou-se os boletins de ocorrência como principal fonte de informação em todas as faixas etárias. Entre os

adolescentes identificou-se que 66,7% (n=2) tiveram os boletins de ocorrência como fonte de informação e, em 33,3% (n=1) foi assinalado esta variável como “ignorado”. Nos adultos, 58,6% (n=17) tiveram como fonte de informação os boletins de ocorrência, seguidos de 20,7% (n=6) assinalados como “ignorado”. Já nos idosos, 50% (n=2) tiveram os boletins de ocorrência como principal fonte de informação e, 50% (n=2) foram assinalados como “ignorado”.

Tabela 60: Características das ocorrências registradas de óbitos por suicídio por faixa etária – quanto a fonte de informação

<i>Fonte de Informação</i>	<i>0 a 9 anos</i>		<i>10 a 19 anos</i>		<i>20 a 59 anos</i>		<i>Acima de 60 anos</i>	
	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Boletim de Ocorrência</i>	00	00	02	66,7	17	58,6	02	50
<i>Hospital</i>	00	00	00	00	00	00	00	00
<i>Família</i>	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Outros</i>	00	00	00	00	03	10,3	00	00
<i>Não informado</i>	00	00	00	00	02	5,6	00	00
<i>Ignorado</i>	00	00	01	33,3	06	20,7	02	50
<i>Total:</i>	-	-	03	100	29	100	04	100

## Discussão

Sabe-se que o comportamento suicida tem sido tema de grande relevância a ser discutido e compreendido na literatura brasileira e internacional. Compreendê-lo a partir das diferentes faixas etárias também se torna de suma importância à medida que pode contribuir para a elaboração de políticas públicas e estratégias de prevenção mais efetivas, tendo em vista as peculiaridades de cada fase do desenvolvimento.

Dados do Ministério da Saúde (SIM e SINAN)<sup>18</sup> e da Vigilância Epidemiológica de São Mateus/ES, demonstram diferenças no número de notificações e de registro por suicídio nas diferentes faixas etárias. No âmbito Nacional, das 585.855 notificações de violência autoprovocada entre 2018 e 2022, 7.369 ocorreram entre as crianças (0 a 9 anos), 179.221 eram de adolescentes (10 a 19 anos), 380.058 eram de adultos (20 a 59 anos), 18.603 eram de idosos e 640 foram assinaladas como “ignorado” (MS, 2023a).

No Estado do Espírito Santo, das 19.677 notificações de violência autoprovocada, registradas no período de estudo (2018 a 2022), 128 eram de crianças (0 a 9 anos), 6.963 eram adolescentes (10 a 19 anos), 12.106 eram adultos, 466 eram idosos e 14 foram assinaladas como “ignorado” (MS, 2023a).

No que tange os óbitos registrados por suicídio, entre os anos de 2018 e 2021, no âmbito nacional, dos 55.587 óbitos registrados por essa causa, 16 foram de crianças (0 a 9 anos), 4.721 eram adolescentes (10 a 19 anos), 40.745 eram adultos (20 a 59 anos), 10.003 eram de idosos (acima de 60 anos) e 102 eram de registros assinalados como “ignorado” (MS, 2023b). Já no estado do Espírito Santo, entre 2018 e 2022, dos 1.268 óbitos por suicídio, 01 (um) foi de criança (0 a 9 anos), 86 eram adolescentes (10 a 19 anos), 990 eram adultos (20 a 59 anos), 190 eram de idosos (acima de 60 anos) e 01 (um) não foi assinalado resposta à variável (SESA, 2023).

De maneira mais específica, os resultados apontados anteriormente, vão ao encontro dos dados nacionais e estaduais, que apresentam baixo número de notificações de lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio na *infância*, quando comparada às demais faixas etárias (MS, 2023a; MS, 2023b; SESA, 2023).

---

<sup>18</sup> Os dados do SIM e SINAN, apresentados nessa discussão, foram obtidos/verificados pela última vez em outubro/novembro de 2023. Ressalta-se que ainda não se encontrava disponível no SIM, dados referentes ao ano de 2022.

Quase não há estatísticas sobre o comportamento suicida na infância no mundo e quando existem são subestimadas (Sousa et al., 2017; Avanci et al., 2021; Brazoloto & Zaniani, 2021). Alguns fatores podem influenciar nesses dados, como: tabus existentes quanto ao comportamento suicida, em especial na infância, marcada pela ludicidade e uma representação social de alegria; dificuldade em delimitar o que é lesão autoprovocada e comportamento suicida nessa faixa etária, tendo em vista as limitações em definir a intencionalidade do ato, acreditando-se, por vezes, que foi apenas um acidente; dificuldade em delimitar em que momento a criança compreende o conceito de morte, visto que para a definição do comportamento suicida deve se ter consciência da finitude da vida; não crédito dado à criança frente a seu relato e seu sofrimento; fragilidade das estatísticas dos sistemas de informação em saúde, por abrangerem uma fração do problema, deixando de lado a ideação suicida e o planejamento; fragilidade das estatísticas pelo fato dos dados abarcarem praticamente só as informações dos serviços públicos da rede de saúde; subnotificações por erros de registro do próprio profissional de saúde (Avanci et al., 2021; Brazoloto & Zaniani, 2021).

Na *adolescência*, por sua vez, observou-se que tanto no município de pesquisa quanto no âmbito nacional e estadual, trata-se da faixa etária com o segundo (de quatro) maior número de notificações de violência autoprovocada. Quanto aos óbitos por suicídio, é terceira (de quatro) faixa etária que mais registra, atrás dos adultos e idosos.

Sabe-se que a adolescência é uma fase marcada por muitas mudanças (biológicas, emocionais e sociais) e desafios. É nesse período que se inicia uma nova forma de relacionar-se e enxergar o mundo, o corpo sofre modificações, anseia-se por maior liberdade, tem-se a inserção em grupos mais específicos, inicia-se o processo de construção da própria identidade, aumentam-se as responsabilidades e escolhas, pensa-se com maior veemência na escolha da profissão, entre outras. Em decorrência de tantas mudanças, costuma, também, ser

a fase de maior sensibilidade, maior impulsividade e menor controle (Scavacini et al., 2019). Tais fatores podem sugerir uma maior suscetibilidade aos fatores de risco para o comportamento suicida (Alpe & Alf, 2020) e, talvez ajudem a explicar os altos números de comportamento suicida nessa faixa etária.

Na *idade adulta*, teve-se que entre os anos de 2018 e 2022, período foco deste estudo, tanto no cenário nacional, estadual e municipal, o maior número de notificações de violência autoprovocada e óbitos por suicídio foi nessa faixa etária. Porém, uma questão se destaca e difere do cenário nacional e estadual, no município de estudo: o maior número de suicídios entre esse público foi registrado no ano de 2020, primeiro ano de pandemia de COVID-20.

Tal questão pode estar relacionado ao fato dessa faixa etária ser economicamente ativa. Sabe-se que a COVID-19 provocou diversas mudanças e perdas na vida dos indivíduos – isolamento social, perda de amigos e familiares, mudanças nas rotinas diárias, alterações nos rituais de despedidas, aumento no consumo de álcool e substâncias psicoativas, agravamento da crise econômica, entre outras (Ferracioli, 2021; Sher, 2020). Além disso, as pessoas precisaram, inicialmente, se distanciar (confinamento domiciliar) como meio de restrição do contágio do vírus, ficando restritas as suas residências, ou seja, principal local de ocorrência de suicídio no Brasil (Botega, 2015a; Ferracioli, 2021).

As mudanças e transformações que a COVID-19 ocasionou, podem ter afetado diretamente a saúde mental dessas pessoas, indo desde reações comuns de estresse agudo até agravos mais graves de sofrimento psíquico, como o suicídio (FIOCRUZ, 2020; Ferracioli, 2021). Nesse sentido, pressupõe-se que o município de estudo também tenha sido afetado por essas transformações e, conseqüentemente, as pessoas adultas tenham sentido de maneira intensa os efeitos psíquicos das mesmas, ocorrendo o aumento nos números de suicídio, principalmente no primeiro ano de pandemia.

Entre os *idosos*, observou-se que no município de pesquisa, assim como no âmbito

nacional e estadual, trata-se da terceira (de quatro) faixa etária com maior número de notificações de violência autoprovocada e a segunda (de quatro) quanto aos óbitos registrados por suicídio.

Embora aparente ser baixo o número de suicídio e lesões autoprovocadas entre os idosos, deve-se estar atento a esses números. Estima-se que para a população geral, para cada morte consumada por suicídio há 25 tentativas, entre os jovens é cerca de uma para cada 100 a 200, já na população idosa para cada morte consumada há quatro tentativas (WHO, 2014; Minayo & Cavalcante, 2015). Tal estimativa põe em evidência a importância de se estar atento a essa faixa etária e de ofertar a ela o cuidado o quanto antes para diminuição do risco de morte por essa causa (Minayo & Cavalcante, 2015).

As tentativas de suicídio e o suicídio têm sido cada vez mais recorrente entre a população idosa. Mundialmente, as taxas mais altas de suicídio são de pessoas com 70 anos ou mais em ambos os sexos e na maioria das regiões do mundo (WHO, 2014). No Brasil, as regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste são as regiões que apresentam maiores coeficientes de mortalidade por suicídio em idosos quando comparados às demais faixas etárias, sendo, respectivamente, 15,1 por 100 mil, 7,5 por 100 mil e 10,9 por 100 mil. No que se refere às lesões autoprovocadas, os idosos são os com menor número no país, correspondem a 3,0% dos números de notificações (MS, 2021a). Ou seja, embora as taxas de suicídio entre idosos sejam altas, as lesões possuem baixos números, o que pode indicar que o comportamento suicida nessa faixa etária costuma ser mais letal.

### **Da infância à velhice: comportamento suicida nas diferentes faixas etárias**

Autores como Schlösser et al. (2014) e, Silva e Botti (2017) apontam que o comportamento suicida pode apresentar generalidades e especificidades de acordo com cada faixa etária. Nessa pesquisa, observou-se que as características das pessoas e das ocorrências

de violência autoprovocada e óbitos por suicídio são semelhantes entre as faixas etárias. Ainda assim, buscou-se, apresentar à discussão as variáveis que se destacam em cada faixa etária (Infância; Adolescência; Idade Adulta e; Idosos/Velhice).

Ressalta-se que a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada e a Declaração de Óbito, fonte de dados deste estudo, são documentos nacionais padronizados e possuem algumas variáveis diferentes, ou seja, algumas variáveis estão presentes em uma ficha e não estão presentes na outra. Assim, ao longo da discussão que se segue, poderá ocorrer de ser discutida alguma variável a partir de somente um dos registros (Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada ou Declaração de Óbito).

### ***Infância – 0 a 9 anos***

Delimitar o comportamento suicida na infância não é uma tarefa fácil. Destacam-se como fatores dificultadores: a falta, na maioria das vezes, de evidências quanto à intencionalidade do ato, bem como, a incerteza se a criança tem ou não a compreensão quanto ao conceito de morte. Os tabus existentes em torno da morte e do suicídio também podem ser apontados como dificultadores para a compreensão desse fenômeno na infância (Avanci et al., 2021; Kuczynski, 2014; Filho & Minayo, 2021).

A percepção da infância como uma fase angelical, de alegria e bondade, acaba por provocar um estranhamento na sociedade frente ao desejo infantil de acabar com sua própria vida (Filho & Minayo, 2021). O fato é que embora a morte por suicídio em crianças seja rara, comportamentos suicidas nessa faixa etária também estão presentes na sociedade (Dervic & Oquendo, 2019).

Ao contrário do que se pensa, a criança também pode se frustrar, desilude-se e sofre. Para algumas crianças a fase da infância pode ser dolorosa e com inquietações, medos e angústias advindas do contexto familiar, escolar e social em que está inserida (Macedo &

Burgueira, 2020). Desse modo, alguns fatores podem ser apontados como influenciadores do comportamento suicida infantil: problemas escolares (rendimento ruim, por exemplo); excesso de atividades na infância; bullying; histórico de violência física e sexual; conflitos familiares, principalmente em relações com predomínio de tensões e rigidez que impedem a comunicação entre pais e filhos; morte de familiar ou pessoa próxima por suicídio; presença de algum transtorno mental, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtornos de Personalidade e Depressão (Macedo & Burgueira, 2020; Sousa et al., 2017).

No município de São Mateus, embora tenha apresentado, no período de estudo, um quantitativo pequeno de notificações de violência autoprovocada (2) e não tenha registrado óbito por suicídio nessa faixa etária, o comportamento suicida esteve presente e merece destaque, indicando que ações preventivas necessitam ser realizadas também junto a esse público.

Esses baixos registros no município pesquisado, ao mesmo tempo que podem indicar que tal comportamento não esteve tão presente na infância, podem, também, apontar para uma subnotificação, assim como ocorre em todas as faixas etárias (Heuko et al., 2022; Tavares, 2017). Sabe-se que um número significativo de casos de comportamento suicida em crianças não é registrado por negação (da família, dos profissionais, e outros) e/ou por sentimento de culpa e vergonha pelas famílias. Há barreiras socioculturais, religiosas e morais que acabam mascarando tal ocorrência, dificultando a identificação do problema também nessa faixa etária (Bahia et al., 2017).

Estudo realizado por Avanci et al. (2021) que buscou conhecer a magnitude das notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças no Brasil entre 2006 e 2017, identificou que 80,8% das lesões autoprovocadas de crianças no país, aconteceram em suas residências, corroborando os dados da presente pesquisa. Pelos registros não é possível delimitar exatamente os fatores que podem influenciar esse dado.

Porém, sabe-se que a residência é o local onde a criança passa a maior parte do seu tempo e onde podem surgir conflitos familiares que incidem diretamente na sua saúde mental e, por consequência, na presença de comportamento suicida. Principalmente considerando que o conflito familiar é um importante fator de risco para pensamentos e comportamentos suicidas infantis (Assari et al., 2021).

No mais, a mesma pesquisa (Assari et al., 2021) identificou que 51,2% das notificações eram do sexo feminino e 85,2% dos óbitos por suicídio eram do sexo masculino. No município em questão, das duas notificações identificadas, conforme os dados anteriormente apresentados, uma era do sexo masculino e uma do sexo feminino, o que inviabiliza traçar um perfil do sexo das crianças em comportamento suicida, a partir desses dados.

Quanto à raça/cor, identificou-se neste estudo que as crianças notificadas eram negras (pardas e pretas). Diferentemente dos dados encontrados em pesquisa realizada por Avanci et al. (2021), em que 46,2% das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil eram de crianças brancas e 35,9% de pardas.

Pesquisa americana aponta que crianças negras podem estar mais suscetíveis a sofrer exposição desproporcional à violência, a disciplina escolar agressiva e a estresse traumático, fatores indicados como preditores do comportamento suicida (Bridge et al., 2015).

Nesse contexto, principalmente considerando que a população de São Mateus é majoritariamente negra, indica-se a importância de se atentar também, para a saúde mental desse público, por meio de ações que minimizem os preconceitos e fortaleçam a identidade e o sentimento de pertença dessas crianças. Nessa direção, estudo realizado em um CAPSij de São Paulo, buscou identificar estratégias utilizadas pelo serviço para assistência a crianças e adolescentes negros, destacando-se entre as ações: a participação e promoção de eventos relacionados à cultura afro e à beleza da pessoa negra; confecção de bonecas *abayomi*

(boneca negra, que objetiva transmitir e valorizar a cultura africana), visitação a museus e outros espaço africanos, rodas de conversas/palestras que trabalham a desconstru o do racismo e reconhecimento da identidade negra. Assim, o estudo mostra a importância da abertura de espaços de reflexão e diálogo acerca das experiências desses sujeitos, principalmente enquanto pessoas que sofrem racismo e, ainda, para a necessidade de estratégias e a o es para além do mês de novembro (m s considerado da consciência negra) (Barros et al., 2022)

A iniciativa desse CAPSij de São Paulo vai ao encontro do preconizado pela Política Nacional de Saúde Integral da Popula o Negra que preconiza em uma das suas estratégias de a o o fortalecimento da aten o   saúde mental de crianças, e demais faixas etárias, com vistas para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e preven o de agravos decorrentes dos efeitos da discrimina o racial e exclusão social (MS, 2017b). Desse modo, a o es e interven o es que priorizem a saúde mental infantil negra pode/deve ser umas das estratégias dos serviços do SUS para o cuidado a esses indivíduos.

Nessa discussão sobre o cuidado, o fato de uma das notifica o es não ter especificado se aconteceu ou não algum encaminhamento dessa criança para a rede de aten o, se relaciona   fragilidade dos registros e possivelmente da aten o ao comportamento suicida, também para essa faixa etária. Assim, a notifica o perde a sua fun o de cuidado e de possibilidade de acompanhamento desses casos na preven o de agravos, inclusive do suicídio.

Nesse sentido, vale destacar a responsabilidade também do Sistema  nico de Saúde na garantia desse cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, principalmente considerando, no estado do Espírito Santo, a Lei do Cuidado (Lei N  11.147 de 07 de Julho de 2020, 2020), já apresentada nessa disserta o, que torna obrigatória a notifica o de violência ao SUS, para todos os serviços de saúde, educa o e assistência social.

Entende-se que a efetivação desse cuidado no SUS se relaciona também (e não só) a garantias de formação continuada e educação permanente para os trabalhadores envolvidos no cuidado; na perspectiva de não perder de vista o que representa uma notificação que contemple o máximo de informações, para construção inclusive de políticas públicas direcionadas a essas pessoas. Para além disso, esses processos formativos podem implicar em fortalecimento do acolhimento e da escuta a essas crianças em comportamento suicida, reduzindo o tabu na abordagem dessa temática, bem como, possibilitar ações emancipatórias, que contribuam no enfrentamento de estigmas e determinismos e na melhora da qualidade de vida.

O município de estudo, até o momento, não conta com um serviço de saúde específico voltado ao cuidado em saúde mental infantojuvenil, como um CAPSij, o que aponta para a necessidade de fortalecimentos dos serviços existentes que já prestam assistência à saúde mental das crianças, na direção de alcançar as proposições do Ministério da Saúde (MS, 2014) de tratar o sujeito de maneira integral e singular.

Garantir cuidado integral em saúde mental nessa faixa etária é contribuir para a prevenção desse comportamento também, nas faixas etárias seguintes. E para que o cuidado integral se consolide, é necessário a integração de diversas políticas públicas que atendam a esse público, a partir da singularidade de cada indivíduo.

### ***Adolescência – 10 a 19 anos***

A adolescência é um período marcado por diversas transformações e mudanças (físicas, psicossociais e cognitivas), caracterizando-se pela: busca da identidade; elaboração de projetos de vida; alteração nas relações de dependência; escolhas profissionais; mudanças físicas; aumento do convívio social; inserção nos mais diversos grupos; entre outras (Henriques et al., 2010; Moreira & Bastos, 2015; Papalia et al., 2006; Scavacini &

Cacciacarro, 2019; Silva & Silva, 2017). Esse cenário pode deixar o adolescente vulnerável e exposto a diversos fatores de risco para o comportamento suicida, como conflitos familiares e disfuncionalidades na dinâmica familiar, presença de transtorno mental (depressão, ansiedade, pânico, transtornos alimentares e outros), abuso de substâncias psicoativas, abuso sexual, maus-tratos, fácil acesso a meios letais, falta de suporte social, problemas de interação social e outros (Alpe & Alf, 2020; Henriques et al., 2010; Kitagawa et al., 2019; Schlösser et al., 2014).

No município pesquisado, a adolescência foi a segunda (de quatro) e a terceira (de quatro) faixa etária com maior número de notificações de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, respectivamente. Esses dados vão ao encontro do último boletim epidemiológico sobre mortalidade por suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil, que demonstram um aumento de 81% na incidência de suicídio entre os adolescentes, passando de 606 óbitos para 1.022 óbitos entre os anos de 2010 e 2019 (MS, 2021a). O suicídio nessa faixa etária é a quarta principal causa de morte em todo mundo entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos (WHO, 2023).

O sexo feminino é o que prevalece nessas notificações e o masculino nos números de óbitos, coadunando com outros estudos já realizados (Bahia et al., 2020; Fernandes et al., 2020; Luis et al., 2021; Silva et al., 2021b). Essa diferença entre os sexos pode se dar por meninas estarem mais propensas a pedirem ajuda, enquanto os meninos tendem mais ao uso de álcool, à escolha de métodos mais letais e maior inclinação para violência e comportamentos externalizantes (agressividade, impulsividade, desafiador etc.) (Bahia et al., 2020; Fernandes et al., 2020; Luis et al., 2021).

Igualmente à realidade das crianças, os adolescentes negros (pardos e pretos) foram maioria das notificações e registros de óbitos por suicídio nessa pesquisa, o que corrobora com o estudo de Silva et al. (2021b) e contraria outros estudos (Bahia et al., 2017; Aragão &

Mascarenhas, 2022), que indicam adolescentes brancos como mais vulneráveis ao comportamento suicida.

Corroborando os dados da presente pesquisa, o Ministério da Saúde publicou em 2018 uma cartilha com dados de óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros, dentre os dados encontrados, afirmou-se que adolescentes negros apresentam um risco 67% maior de suicídio do que brancos; a cada 100 suicídios em adolescentes brancos, ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros (MS, 2018, p. 38).

Diante de tais números do MS, e dos dados encontrados nesse estudo, é possível inferir que a população negra é um dos grupos mais vulneráveis ao comportamento suicida, sendo que muitas vezes as queixas raciais são ainda negligenciadas e subestimadas nos serviços de saúde (MS, 2018). Tem-se um município de maioria negra, mas independente disso, ações de enfrentamento ao racismo, ao preconceito e a outras discriminações que os adolescentes negros possam sofrer, são essenciais para a promoção à saúde e prevenção ao suicídio entre esse público.

Assim como no público infantil, a rede de saúde foi a principal alvo de encaminhamento de adolescentes em comportamento suicida. Nesse sentido, o Ministério da Saúde orienta que ao pensar em linhas de cuidado para a questão do suicídio junto a esse público, considere-se: a complexidade que envolve o comportamento suicida, não o reduzindo a um comportamento individual ou à doença mental; os fatores de vulnerabilidade que aumentam o risco; os diferentes níveis de prevenção; a necessidade de escuta às pessoas e famílias; entre outras (MS, 2010).

Além da maioria das notificações ser encaminhada para a rede de saúde, tem-se que a maioria das ocorrências foi notificada por um serviço de saúde de urgência/ emergência – Hospital Roberto Arnizaut Silvares. Além dos casos de comportamento suicida estarem “chegando” à rede de saúde básica e especializada num estágio mais grave, conforme já

discutido anteriormente, esse dado demonstra que a rede de saúde tem sido a principal envolvida com a temática do comportamento suicida no município de estudo, em especial, entre os adolescentes.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2022-2025) de São Mateus/ES, o município conta atualmente com diversos serviços públicos de saúde, e também de outros setores, que poderiam/deveriam ofertar serviços/atividades continuados à população residente (Prefeitura Municipal de São Mateus, 2021a) e contribuir para a saúde mental dos mesmos, em especial os adolescentes, a saber: CAPS, CAPS AD, Equipe Multiprofissional de Saúde Mental, Unidades Básicas de Saúde, Policlínica, 05 CRAS (Porto, Ayrton Sena, Guriri, Pedra d'água e Quilombola), 01 Conselho Tutelar, 92 escolas de Ensino Fundamental e 11 escolas de Ensino Médio; e outros. Para o público adolescente e adulto (15 a 24 anos), o município conta, ainda, com o Centro de Referência da Juventude (CRJ), um espaço implantado pelo Governo do Estado do Espírito Santo para atendimento de jovens de 15 a 24 anos. O CRJ oferece gratuitamente cursos, oficinas para geração de renda, espaços para trabalho coletivo e estudo, auxílio-transporte e passeios (Secretaria de Estado de Direitos Humanos, 2023).

Compreende-se que todos esses espaços/serviços são de suma importância para o cuidado às pessoas em comportamento suicida, tendo em vista seus compromissos de oferta de melhores condições de vida, seja por meio da garantia de educação, acesso à alimentação, renda, sociabilidade, seja por atenção em psicologia e psiquiatria. Assim, esses serviços podem e devem promover ações/intervenções e políticas públicas com vista ao bem-estar emocional, a psicoeducação quanto aos riscos da autolesão (suicida ou não suicida), intervenções que contribuam para o lidar com o estresse e frustração, entre outras possibilidades.

Os números registrados de violência autoprovocada entre adolescentes são elevados e chama a atenção para a dimensão desse fenômeno no município de estudo. Nesse sentido,

torna-se importante problematizar em que medida estes espaços/serviços têm sido efetivos para a melhoria da saúde mental da população, em especial dos adolescentes. Além disso, os dados apresentados reforçam a necessidade de os serviços públicos municipais estarem sensíveis ao registro, acolhimento, atenção e cuidado àqueles adolescentes que apresentam comportamento suicida.

### ***Idade Adulta – 20 a 59 anos***

A idade adulta é uma fase do desenvolvimento que ocorre, de maneira mais incisiva, a inserção no mercado de trabalho, vive-se relacionamentos amorosos, constitui-se famílias, educa-se filhos, emergem projetos individuais e coletivos, ganha-se responsabilidades que anteriormente não existiam, entre outras transformações. Trata-se, ainda, da população economicamente ativa, sendo, geralmente, os responsáveis pela renda familiar dos lares (FIOCRUZ, 2020; Oliveira, 2004).

Esse contexto atrelado a fatores de risco como o uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, problemas familiares, problemas financeiros, impulsividade, presença de transtornos mentais severos, rompimento de relações significativas, tentativa anterior de suicídio, isolamento social, perdas afetivas etc., podem contribuir para o desenvolvimento de sofrimento psíquico e, também, de comportamentos suicidas (FIOCRUZ, 2020; Schlösser et al., 2014). Assim, compreender o perfil dessa faixa etária em um município é fundamental para a construção de políticas públicas, programas e serviços efetivos. Além disso, é permitir que essa população seja mais bem cuidada e assistida quanto aos serviços que lhe são de direito.

A maior prevalência de violência autoprovocada e óbitos por suicídio no Brasil é dessa faixa etária (MS, 2021a), assim como no município de estudo. No Brasil, 63,5% das notificações de violência autoprovocada correspondem a adultos, destes, 46,3% possuem de

20 a 39 anos e 17,2% possuem de 40 a 59 anos (MS, 2021a). Quanto aos óbitos, de 2010 a 2019 no Brasil, foram registradas maiores proporções em pessoas entre 20 e 29 anos (21%), seguida de pessoas entre 30 e 39 anos (20,4%) e idade entre 40 e 39 anos (17,8%) (Silva e Marcolan, 2022), ou seja, as maiores proporções estão no público adulto.

A população negra (pardos e pretos), assim como outras faixas etárias, se destacou como maioria nas notificações e óbitos por suicídio. Tais dados vão ao encontro dos registros nacionais que indicam que em 2016, jovens negros adultos possuíam um risco 34% maior de suicídio quando comparados aos brancos, significando que a cada 100 suicídios de jovens adultos brancos (20 a 29 anos), ocorreram 134 suicídios de jovens negros (MS, 2018). Estudo realizado por Omary (2021) também indicou que homens negros adultos possuem risco aumentado de tentativas de suicídio e ideação suicida, independente destes terem depressão ou não.

A rede de saúde, como nas demais faixas etárias, foi apontada como o principal local de encaminhamento de pessoas adultas, sendo o Hospital Roberto Arnizaut Silveiras a principal unidade notificadora. Ou seja, semelhante às demais faixas etárias, pessoas adultas têm chegado primeiro à urgência/emergência para de lá serem encaminhadas para outros serviços da rede de saúde.

A rede de urgência ser apontada como principal unidade notificadora, pode não dar conta da dimensão do fenômeno do suicídio, tendo em vista que, segundo a literatura (Botega et al., 2009), apenas uma a cada três pessoas que tentam o suicídio chegam a ser atendidas em serviços de urgência. Após uma tentativa de suicídio, a procura por um serviço de saúde depende de alguns fatores, como o grau de gravidade da autoagressão, a confiança nos sistemas de saúde, o estigma que se tem quanto ao comportamento suicida, o medo da criminalização do ato (Botega et al., 2009) e no caso dos adultos, acrescenta-se a disponibilidade laborativa para atendimento. Diante disso, os serviços de saúde devem estar

preparados para acolher e ofertar o cuidado continuado necessário a esse indivíduo levando-se em consideração as especificidades dessa faixa etária, como o fato de ser a faixa etária economicamente ativa e assim ter-se uma maioria inserida no mercado de trabalho.

Nesse sentido, a adesão ao Programa Saúde na Hora do Ministério da Saúde poderia ser uma estratégia para oferta de cuidado a essa faixa etária, visto que se trata de um programa que viabiliza o custeio aos municípios para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dentre os objetivos do programa, destaca-se nesse caso, a ampliação de acesso, cobertura e horário de atendimento com vistas a oferta de ações de saúde em horários flexíveis à população, como noturno e de almoço (Portaria N° 397, de 16/03/2020, 2020).

No que se refere a ocupação das pessoas em óbitos registrados por suicídio, tem-se que entre os adultos a maioria era trabalhador agropecuário em geral. Estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) aponta que a maior mortalidade por suicídio no Brasil, entre 2007 e 2015, ocorreu entre trabalhadores da Agropecuária (Instituto de Saúde Coletiva, 2019). Segundo o estudo, a taxa de mortalidade estimada para trabalhadores da agropecuária em 2007 era de 16,6 por 100 mil, subindo para 18,6 por 100 mil em 2011 e, para 20,5 por 100 mil em 2015. Tal dado representa o dobro da taxa média nacional anual (Instituto de Saúde Coletiva, 2019).

Fatores como baixa renda, instabilidade no emprego, pressão por produtividade, acesso limitado à saúde e educação de qualidade e exposição e acesso a substâncias químicas presentes nos agrotóxicos, podem ser apontados como fatores de risco para depressão, ansiedade e outros transtornos mentais e, conseqüentemente, fatores de risco para o suicídio entre esses trabalhadores (Instituto de Saúde Coletiva, 2019).

Sabe-se que o município de pesquisa é majoritariamente rural em sua extensão territorial (PMSM, 2015). Ainda assim, 77% da população, conforme o Censo 2010, reside

na área urbana (IBGE, 2010). Nesse sentido, torna-se importante a proposição junto aos órgãos públicos, de intervenções direcionadas a esse público de trabalhadores com vistas a minimização desses fatores de risco que os afetam, entre eles a redução do acesso aos agrotóxicos, como já discutido no Estudo 01.

Assim, espera-se que esse estudo ofereça um suporte aos poderes públicos, serviços de saúde, empresas e a população em geral quanto a realidade da idade adulta no município de São Mateus/ES, subsidiando assim a construção de espaços de diálogo, escuta e intervenções com vistas a saúde mental dessa faixa etária, como por exemplo, a implementação de programas de saúde mental no trabalho.

### ***Idosos/ Velhice – Acima de 60 anos***

A população idosa é a que mais cresce no Brasil e na maior parte do mundo (Minayo & Cavalcante, 2010). O envelhecimento é uma parte integrante e fundamental do curso da vida. Trata-se de uma fase permeada de características próprias e peculiares, entre elas a aposentadoria, que traz vantagens para alguns como o descanso e o lazer, mas também pode representar desvalorização e desqualificação, produzindo, inclusive, sentimentos de inutilidade, angústia e exclusão social (Mendes et al., 2005). As mudanças e transformações presentes nessa faixa etária podem levar ainda, ao sofrimento psíquico e a comportamentos suicidas.

Dados oficiais apontam que a taxa de suicídio entre pessoas idosas é maior que a média nacional de suicídios. Nessa faixa etária, a taxa média é de 8,9 mortes por 100 mil, enquanto a média nacional é de 5,5 por 100 mil (FIOCRUZ, 2020). Entre os anos de 2010 e 2019, foram registradas no Brasil 3.691 notificações de violência autoprovocada de pessoas idosas, representando 3% do total de notificações (MS, 2021a). Quanto aos óbitos por suicídio, tem-se que entre os anos de 1996 e 2007 ocorreram 12.913 óbitos de pessoas idosas

no país, equivalendo a 14,2% dos óbitos registrados (Pinto et al., 2012). Os dados de notificações de violência autoprovocada em idosos são menos significativos do que os dados de óbitos. Idosos tendem a comunicar menos suas ideias, sendo os comportamentos suicidas mais letais (Minayo, 2022; Schlösser et al., 2014).

No que se refere ao sexo, os dados encontrados no município vão ao encontro aos dados nacionais que indicaram que 53% das notificações de pessoas acima de 60 anos, entre os anos de 2018 e 2022, eram do sexo feminino e, 80,79% dos óbitos por suicídio, nesse mesmo período, eram do sexo masculino (MS, 2023a; MS, 2023b).

Um estudo que buscou realizar uma análise dos óbitos por suicídio a partir da perspectiva de gênero revelou que entre os idosos a educação voltada para os papéis de gênero desempenha uma forte influência no suicídio. Trata-se de uma educação que espera que as mulheres sejam passivas, delicadas, cordiais, não agressivas e dediquem-se aos cuidados dos filhos e da casa, enquanto os homens devem ser os provedores bem-sucedidos economicamente, fortes, potentes, agressivos e viris. Assim, ao chegar à velhice, além do declínio das funções e de possíveis adoecimentos, os homens podem apresentar crise de masculinidade e não se adaptar a um mundo de mudanças, enquanto para as mulheres, o casamento e a saída dos filhos de casa podem significar uma perda na vontade de viver, levando ambos os sexos ao adoecimento psíquico e, muitas vezes, ao suicídio (Meneghel et al., 2012).

Embora não se possa, a partir das notificações, afirmar que no município pesquisado esse seja um fator que “justifique” os óbitos por suicídio e as lesões autoprovocadas entre os idosos, torna-se importante pensar na oferta de espaços coletivos que visem a sociabilidade, produtividade e desconstrução de padrões patriarcais que podem estar incidindo sobre a saúde mental dessa população. Vale dizer, que esses espaços de desconstrução de papéis sociais do homem e da mulher, não se restringe a pessoa idosa, mas deve ser alvo de

intervenções em todas as faixas etárias.

Acrescido dessa discussão, há que se considerar que pouco ou nada se debate também sobre a temática do suicídio no âmbito das políticas públicas de saúde, especificamente relacionada a pessoas idosas, embora essa faixa etária possua taxas altas de suicídio. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por exemplo, não contempla em suas diretrizes a violência autoprovocada no campo das violências nessa faixa etária (Carmo et al., 2018). Ainda assim, a saúde mental da pessoa idosa está contemplada no campo “Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável”, ao prever que se promovam ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa, o que pode ser preventivo, também, para o comportamento suicida (Portaria Nº 2.528, 2006).

Os dados encontrados sugerem que os idosos com a demanda de comportamento suicida estão primeiro adentrando às urgências/emergências para depois serem acolhidos nessa queixa nos serviços de saúde da atenção primária e especializada, por exemplo. Desse modo, para além das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e comumente realizadas pelos serviços básicos de saúde (controle de hipertensão e diabetes, consultas periódicas e etc.), há que se destacar a necessidade que esse nível de atenção promova também, ações/intervenções com vistas a saúde mental da população idosa.

Wanderbroocke et al. (2015) em artigo de relato de experiência, narram a realização de Oficinas de Memória em uma Unidade Básica de Saúde como forma de promover estímulo cognitivo (com foco principal na memória) e socialização dos idosos do território. Além do objetivo proposto, os idealizadores da oficina referem outros benefícios aos usuários, como: favorecimento da percepção de novas formas de estimular a memória no cotidiano; fortalecimento de espaços de socialização; ressignificação do processo de envelhecer; criação e fortalecimento de vínculos; desenvolvimento de sentimentos de pertença à um grupo; mudanças de hábitos; melhora na capacidade de resolver problemas, em

especial em grupo; dentre outros. Tal intervenção pode ser apontada como uma das possíveis para contribuir na saúde mental das pessoas nessa faixa etária ainda na atenção básica, evitando agravamento de quadros e, conseqüentemente, posterior encaminhamento para os demais níveis de atenção. No que tange ao comportamento suicida, uma intervenção como essa poderia favorecer o estímulo de fatores protetivos, como alguns apontados por Botega (2015a): melhoria da flexibilidade cognitiva, favorecimento da habilidade de comunicação e resolução de problemas, integração e relacionamentos em grupos sociais, construção de novas redes de apoio.

Assim, destaca-se que embora seja baixa a taxa de suicídio entre idosos, o comportamento suicida está presente entre esse público no município de São Mateus/ES, exigindo do poder público e da sociedade uma atenção especial a essa faixa etária. Familiares e profissionais de saúde (e outros serviços ofertados ao público idoso) devem estar atentos às pistas verbais e não verbais que os idosos possam apresentar e que indicam a vivência de um sofrimento, e quando se depararem com tais pistas, que acolham e compreendam para que se busque e encontre/ofereça a ajuda necessária.

Seguindo na discussão dos dados em relação a especificidades das diferentes faixas etárias, chama atenção o fato do hospital aparecer como principal local dos óbitos por suicídio entre os idosos. Trata-se de um dado que diverge da literatura (Cavalcante & Minayo, 2012; Sousa et al., 2014), a qual indica a residência como principal local de ocorrência de óbitos nessa faixa etária.

Contudo, embora no Brasil a maior parte dos suicídios aconteça no domicílio, a incidência de suicídios em hospitais também é alta. Estima-se que de 5,0 a 6,5% dos suicídios no país ocorram em hospitais (Botega, 2014; Martelli et al., 2010). Tais taxas podem se relacionar a alguns importantes fatores que ampliam o risco desses locais, como: ausência de redes de proteção, falta de preparo e atenção da equipe, janelas em andares altos; acesso

indevido a medicações e objetos perfurocortantes; aumento de ansiedade e depressão, causadas por reações agudas a diagnósticos, agravamento de quadros; dor de difícil controle, efeitos adversos de medicamentos e outros (Botega, 2014). Nesse sentido, torna-se importante a rede local de serviços de urgência e emergência estar atenta a esses fatores e tomar medidas para a diminuição desse risco, conforme indicado em diversos manuais.

O principal meio de agressão utilizado na violência autoprovocada pelos idosos foi o envenenamento/intoxicação. Da mesma forma, entre os óbitos, a principal causa da morte foi autointoxicação por e exposição intencional, outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas (CID: X64). Tais dados são contrários aos identificados na literatura (Carmo et al., 2018; Cavalcante & Minayo, 2012; Pinto et al., 2012) que apontam o enforcamento como o principal meio utilizado por idosos. O cenário encontrado no município de pesquisa pode se dar devido a ampla facilidade e disponibilidade no acesso a potentes agentes tóxicos como pesticidas, agrotóxicos, produtos químicos industriais, cosméticos e medicamentos (Carmo et al., 2018; Selegim et al., 2012). Como já abordado no Estudo 01, a elaboração de políticas públicas com vistas à restrição ao acesso aos meios mais utilizados é um dos caminhos mais efetivos para a prevenção ao suicídio, incluindo nessa faixa etária.

### **Estudo 03 – Análise de prontuários de pessoas em comportamento suicida em serviços de saúde mental no município de São Mateus/ES**

O presente estudo objetiva investigar o histórico de saúde, doença e cuidado registrado de casos de comportamento suicida no município de estudo.

#### **Resultados**

Serão apresentadas as sínteses de sete casos relatados em prontuários de três serviços de saúde mental do município de São Mateus/ES. Ressalta-se que para a coleta, buscou-se o registro nos prontuários de informações entre os anos de 2018 e 2022.

Observa-se, a partir das informações abaixo apresentadas <sup>19</sup> (Tabela 61), que as pessoas em comportamento suicida – apresentadas a partir dos relatos dos prontuários – permaneceram/estão no serviço entre 1 e 13 anos e, ao adentrar nos serviços elas apresentavam, em sua maioria, as seguintes características: sexo feminino, solteiras e com idade entre 13 e 39 anos. Abaixo tabela com uma breve caracterização das pessoas em comportamento suicida e, posteriormente, a síntese da trajetória dessas pessoas naqueles serviços.

---

<sup>19</sup> Ressalta-se que as características idade e estado civil, refere-se às informações no momento da inserção no serviço.

Tabela 61: Caracterização das pessoas em comportamento suicida atendidas nos serviços de saúde mental

Classificação dos Casos	Identificação	Idade	Sexo	Estado Civil	Tempo no serviço
Caso tido como “difícil”, mas que ainda não houve desfecho	Caso 1 - Paulo	13	Masculino	Solteiro	7 anos
	Caso 2 - Renata	20	Feminino	Solteira	5 anos
	Caso 3 - Solange	22	Feminino	Solteira	7 anos
Caso tido como “difícil” e que teve desfecho satisfatório	Caso 4 - Eloá	17	Feminino	Solteira	5 anos
	Caso 5 - Bernardo	25	Masculino	Solteiro	4 anos
Caso tido como “difícil” e que não teve desfecho satisfatório	Caso 6 - Olavo	23	Masculino	Solteiro	1 ano
	Caso 7 - Diana	39	Feminino	Solteira	13 anos

Fonte: Tabela criada pela pesquisadora, a partir dos dados coletados nos três serviços de saúde mental alvo desse estudo.

### Caso 1 – Paulo

Paulo possuía 13 anos quando chegou ao serviço de saúde mental (20 anos atualmente) em 2016, via demanda espontânea, devido a uso abusivo de drogas – maconha.

Inicialmente Paulo foi acolhido por assistente social, que forneceu as orientações iniciais quanto ao serviço e aos malefícios do uso abusivo da maconha e fez o agendamento de atendimento com outros profissionais da equipe. No período de 2018 a 2022, o usuário foi atendido por médico (10<sup>20</sup>), enfermeira (3), médico psiquiatra (11), psicóloga (7), assistente social (2) e técnica de enfermagem (1). Além disso, tem-se o registro de cinco faltas de Paulo aos atendimentos no período de 2018 a 2022.

Paulo possui histórico pessoal de “abandono” materno, sendo criado por uma tia e companheiro, que se constituem como sua principal rede de apoio social/pessoal. Tem pouco contato com mãe e irmãos biológicos e quando se encontram, apresenta certa desestabilização

<sup>20</sup> Os números entre parênteses referem-se à quantidade de atendimentos realizados por cada categoria profissional.

emocional. Possui um filho, com quem tem pouco contato. Conforme descrito em prontuário, o trabalho é algo importante para Paulo. O mesmo deseja trabalhar e chegou a trabalhar no comércio, porém, após saída do trabalho eles apresentou mutismo seletivo, tristeza, choro, isolamento social e ideação suicida recorrente.

Em seu histórico de saúde-doença, Paulo adentrou no serviço devido ao uso de maconha, que ao longo do tratamento passou a ser associada à cocaína. Esse consumo foi cessado e retomado por diversas vezes. Apresentava diferentes Hipóteses Diagnósticas (HD) (CID: F12 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F17 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo; F44 - Amnésia dissociativa), sendo a última F44 - Amnésia dissociativa. Além disso, Paulo apresentou crises convulsivas, autolesão (cortes) e comportamentos suicidas, com episódios de internações devido às tentativas de suicídio e uso abusivo de drogas.

Os comportamentos suicidas aparecem em prontuário após quatro anos de acompanhamento no serviço de saúde mental, em 2020, por meio do relato da tia/mãe sobre comportamento autolesivo do sobrinho/filho. Dessa forma, o mesmo apresentou, conforme os registros, como comportamentos suicidas: ideação suicida e tentativa de suicídio (autointoxicação por medicação).

Podem ser apontados como fatores predisponentes: abandono materno, histórico familiar de uso abusivo de álcool e drogas e desemprego. E fatores precipitantes: uso de drogas (cocaína e maconha), uso de álcool e conflitos amorosos. No que se refere aos fatores protetivos, pode-se apontar: apoio familiar recebido (em especial, pela tia e tio que o “criou”); religião e trabalho.

Paulo segue em acompanhamento no serviço, com aumento de intensidade dos comportamentos suicidas em 2023 (ano não abarcado neste estudo). Trata-se de um caso classificado pela equipe como “difícil”, devido à dificuldade de manejá-lo.

## Caso 2 – Renata

Renata adentrou à rede de saúde mental municipal quando tinha 20 anos (25 anos atualmente), em 2018, via demanda espontânea, após uma tentativa de suicídio. A usuária permaneceu em um serviço de saúde mental até o fim de 2021, sendo encaminhada, posteriormente, para outro serviço de saúde mental em 2022.

Inicialmente, Renata foi acolhida por enfermeira e realizado agendamento para atendimento médico nos dias seguintes. Ao longo dos cinco anos (2018-2022), Renata foi atendida por enfermeira (3), médico (20), médico (a) psiquiatra (17), psicólogo (a) (25) e assistente social (10). Além dos atendimentos, foi possível apreender no prontuário o registro de reunião com a rede socioassistencial (CREAS) para discussão do caso.

Ao chegar no serviço, Renata residia com os pais, com os quais possuía muitos conflitos. Após seis meses de início do acompanhamento no serviço de saúde mental, Renata passou a residir com companheiro. A relação amorosa de Renata, conforme os registros, apresenta “altos e baixos”, porém, ao longo dos cinco anos (2018-2022) de acompanhamento no serviço, o companheiro foi sua principal rede de apoio pessoal.

Renata relatou episódio de abuso sexual na adolescência e assédio sexual no período que já estava em acompanhamento no serviço de saúde mental, fatos que sempre lhe vem a memória. Em 2022, Renata tornou-se gestante, tendo o bebê no fim de 2022.

No histórico de saúde-doença, Renata possui registros de diversas internações por autolesão (cortes) e tentativas de suicídio. Inicialmente, Renata era atendida quase que exclusivamente por médico, sendo, aos poucos, inseridos outros profissionais nos atendimentos. Ainda assim, tem-se pouca adesão de Renata à conduta medicamentosa prescrita e às orientações médicas (inclusive orientações de internação hospitalar). Nesse

sentido, observam-se intervalos de tempo relativamente grandes entre um atendimento e outro e um total de 13 faltas a atendimentos entre 2018 e 2022.

Ainda sobre o histórico de saúde-doença, Renata apresentou episódios de “crises/surtos” (choro, agressividade, ansiedade e outros) no serviço, sendo encaminhada diretamente para o serviço de urgência/ emergência. Em um desses episódios, em dezembro de 2021, a usuária tentou agredir uma profissional de um serviço de saúde mental que frequentava. No início de 2022, a mesma foi encaminhada para o serviço atual de saúde mental. Em seu prontuário, Renata apresenta diferentes hipóteses diagnósticas/HD (CID: F32 - Episódio depressivo leve, F60 - Transtornos específicos da personalidade, F12.5 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - transtorno psicótico, F20 - Esquizofrenia), sendo a última CID: F20 – Esquizofrenia.

Segundo os registros, a usuária apresentou no período de estudo (2018-2022) os seguintes comportamentos suicidas: ideação suicida e tentativa de suicídio (autointoxicação por medicação). Sendo fatores predisponentes: histórico de autolesão e tentativa de suicídio anterior, histórico de uso de drogas lícitas e ilícitas (LSD, cocaína, maconha, tabaco e álcool), histórico de abuso sexual na adolescência e presença de transtorno mental. E fatores precipitantes: violência sexual, uso de álcool e drogas, conflitos familiares e conflitos em relação amorosa. Como fator protetivo pode-se apontar o apoio familiar recebido, em especial pelo companheiro.

Por fim, Renata segue em acompanhamento em serviço de saúde mental, ainda apresentando, até o fim da coleta de dados, comportamento suicida. Trata-se de um caso classificado pela equipe como “difícil”, tendo em vista a complexidade do mesmo e a dificuldade em manejá-lo.

### **Caso 3 – Solange**

Solange, mulher de 29 anos, chegou ao serviço de saúde mental em 2016, com 22 anos, após ser encaminhada, em razão de um histórico de tentativas de suicídio, por outro serviço de saúde mental onde realizava acompanhamento há quatro anos.

Ao adentrar no atual serviço de saúde mental, Solange foi acolhida por uma enfermeira, que a direcionou para atendimento com o médico psiquiatra e com o psicólogo em dias posteriores. De 2018 a 2022, Solange foi atendida por médico (2), médico (a) psiquiatra (29), psicólogos (as) (24), assistente social (2), coordenadora (4) e enfermeira (7).

A rede de apoio de Solange é composta diretamente pela mãe, mesmo que com alguns conflitos. Embora possua alguns amigos e tenha algumas relações amorosas, essas relações não têm perdurado.

Solange possui histórico de violência na infância (tentativa de abuso e bullying), certa dificuldade em manter relações amorosas/de amizade e continuidade em empregos (dificuldade de se adaptar e crises de pânico). Solange deu início a cursos de graduação nas áreas de saúde e educação, porém apresenta dificuldade em manter o foco e apreender os conteúdos, para além de episódios de muita ansiedade quando em ambiente educacional, dificultando sua permanência nos estudos. No âmbito do trabalho, Solange, conforme descrito em prontuário, sentia necessidade em estar em atividade laborativa. Ela chegou a referir que quando se encontrava afastada do trabalho “só pensava bobagem”, ficando muito ociosa e estressada.

No que se refere ao histórico de saúde-doença, Solange advém de outro serviço de saúde mental e ao longo do período estudado (2018-2022), ela transitou entre estes dois serviços (anterior e atual). Conforme o prontuário, Solange possui pouca adesão ao tratamento, com diversas faltas (12), interrompendo-o quando entende que o mesmo não mais faz sentido, e retornando quando julga necessário, refletindo também no uso das medicações,

com episódios de suspensão e retorno ao uso e, ainda, episódios de automedicação. Solange refere uso concomitante de substâncias psicoativas (álcool, maconha e ecstasy) e medicação durante o tratamento e, autolesão (machuca-se no box e no *muay thai*). A usuária já passou por algumas internações por tentativa de suicídio, em diferentes locais: Hospital Roberto Arzinaut Silveiras/São Mateus, Hospital São Marcos/ Nova Venécia e, ainda, em uma clínica localizada em Venda Nova do Imigrante. Apresentava como HD: 60.3 – Transtorno de Personalidade com instabilidade emocional.

Ao longo dos atendimentos realizados, Solange apresentou como comportamentos suicidas: ideação suicida e tentativa de suicídio (autointoxicação por medicação). A partir dos dados que constam em prontuário, identifica-se como fatores predisponentes para o comportamento suicida: abuso sexual infantil, bullying na infância, bulimia na adolescência, ansiedade, impulsividade, agressividade, desemprego e tentativas anteriores de suicídio. E como fatores precipitantes: conflitos familiares, atritos em relacionamentos amorosos e com amigos, uso de substâncias psicoativas, impulsividade e agressividade. Além disso, o apoio familiar, em especial da mãe, e o vínculo que a usuária possui com o serviço de saúde mental atual, podem ser apontados como fatores protetivos para Solange.

Por fim, destaca-se que Solange segue em acompanhamento psiquiátrico e psicológico no serviço, frequentando-o de maneira regular, comparecendo ao serviço na maioria dos dias de funcionamento do mesmo. Trata-se de um caso classificado pela equipe como “difícil”, em decorrência dos esforços empreendidos pela equipe para manejá-lo e ainda assim os comportamentos suicidas serem intensos, e que não houve desfecho.

#### **Caso 4 – Eloá**

Eloá tinha 17 anos quando chegou ao serviço em 2018 – atualmente com 22 anos – encaminhada pelo Hospital Roberto Arzinaut Silveiras (HRAS) após tentativa de suicídio. A

usuária já era acompanhada por outro serviço de saúde mental, mas se manteve nesse serviço para acompanhamento. Sua rede de apoio é composta pelos seus pais e irmão, embora tenha conflitos com os mesmos.

Ao chegar no serviço de saúde mental, Eloá foi acolhida por uma enfermeira e no mesmo dia recebeu atendimento psicológico. Ao longo dos cinco anos Eloá vem sendo acompanhada por médico (27), psiquiatras (12), psicólogos (19), coordenadora (1) e enfermeira (2). Por vezes, o caso da usuária foi alvo de estudos de caso entre a própria equipe do serviço e, também, entre o serviço e a escola que ela frequentava. Além disso, possui em seu histórico de prontuário 21 faltas a atendimentos no serviço.

Ainda em seu histórico de saúde-doença, Eloá refere autolesão (cortes em diferentes partes do corpo e histórico de internações por tentativa de suicídio. De acordo com os registros Eloá possui diferentes Hipóteses diagnósticas (CID: F31 - Transtorno afetivo bipolar; F60.9 - Transtorno não especificado da personalidade; F31.6 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto), sendo a última F31.6 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto.

No que se refere aos comportamentos suicidas apresentados, observa-se: ideação suicida e tentativa de suicídio (autointoxicação por medicação). Apresenta-se como fatores predisponentes: histórico familiar de comportamento suicida (autolesão e ideação), histórico de uso de álcool e; tentativa anterior de suicídio. E fatores precipitantes: conflitos escolares/estudantis; conflitos familiares; dificuldades em relacionamentos amorosos. Como fatores protetivos, pode-se apontar: trabalho; realização de graduação e; apoio familiar.

No momento do acolhimento Eloá residia com os pais e irmão, posteriormente casou-se, residindo próximo aos pais com o esposo. Contudo, o casamento “não deu certo” e ela passou a viver outras relações afetivas, tendo outros namoros.

Nos atendimentos realizados, Eloá referiu, por vezes, sentir-se responsável pela sua família e ter certa preocupação pelo fato deles também vivenciarem comportamentos suicidas. Para além da família, a usuária também possuía amigos em comportamento suicida, inclusive, um destes a propôs suicídio coletivo/duplo. Refere conflitos escolares com colegas e abandono da instituição de ensino médio, retornando, tempos depois, em outra instituição onde finalizou o ensino médio. Posteriormente, Eloá deu entrada na graduação em um curso da área da saúde, onde atualmente ainda se encontra.

Ao longo dos atendimentos, Eloá deixou de referir comportamentos suicidas, mas continua sendo acompanhada pelo serviço devido a um leve quadro ansioso. A equipe considera o caso como “difícil”, pela forma como demandou esforços para manejá-lo, porém o classificou com desfecho satisfatório, pelo fato da usuária não mais apresentar comportamentos suicidas, ainda que a mesma siga em acompanhamento.

### **Caso 5 – Bernardo**

Bernardo possuía 25 anos quando adentrou no serviço (29 anos atualmente) em 2019, encaminhado por serviço de urgência/emergência (HRAS), devido ao uso abusivo de drogas (álcool, tabaco e cocaína) e ao comportamento suicida (ideação).

Primeiramente foi acolhido por psicóloga, sendo agendado retorno para atendimento psicológico e emitido parecer para serviço de urgência/emergência. Porém, o usuário não retornou para atendimento, sendo realizado novo acolhimento dois meses depois, após tentativa de suicídio e novo encaminhamento do serviço de urgência/emergência. Nesse período (2019-2022), Bernardo foi atendido por psicólogas (5), médicos psiquiatras (4), médico (5) e assistente social (1). Além disso, ao que consta em prontuário, o caso de Bernardo foi discutido, via reunião, entre o serviço de urgência e a equipe do serviço que o mesmo está inserido.

No histórico de saúde-doença, Bernardo apresentou ideação suicida logo no acolhimento. Tal comportamento suicida oscilou entre episódios de melhora e piora do quadro, ao longo dos quatro anos (2019-2022) deste no serviço. O usuário possui doença sexualmente transmissível, com uso irregular de medicações. Conforme os registros em prontuário, Bernardo faltava com bastante frequência aos atendimentos, sendo registradas 17 faltas entre os anos de 2019 (ano que adentrou o serviço) e 2022. Apresentava como HD: F06.3 - Transtornos do humor [afetivos] orgânicos e F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (sendo essa a última).

Em sua história pessoal, Bernardo residia sozinho, com pouco contato com familiares que moram no interior do município. Ao longo do período de atendimento chegou a residir com familiares devido aos riscos da pandemia de COVID-19, por fazer parte de grupo de risco (portador de doença sexualmente transmissível). Durante o acompanhamento pelo serviço, Bernardo chegou a trabalhar na área alimentícia e depois como servidor público municipal. Bernardo iniciou uma graduação na área de ciências humanas, mas sem continuidade. Possui um filho, mas tem pouco contato com ele. Referiu relacionamento com mãe do filho e relacionamento homoafetivo.

Bernardo apresentou como comportamentos suicidas: ideação suicida e tentativa de suicídio (autointoxicação por medicação e por pesticida). Sendo fatores predisponentes: tentativa anterior de suicídio, uso abusivo de drogas (cocaína, maconha e álcool), histórico de doença crônica, infância “sofrida” (privado de viver a infância para cuidar dos irmãos, agressividade de pais), histórico de transtorno mental (depressão). Fatores precipitantes: prisão de familiar, impossibilidade de ter contato com filho, conflitos familiares, falecimento de familiar. Como fator protetivo pode-se apontar o apoio familiar, em especial, o recebido pela avó e pela irmã, sua principal rede de apoio.

Por fim, ressalta-se que Bernardo segue em acompanhamento no serviço, porém sem referência a comportamentos suicidas. Assim, a equipe julga como um caso “difícil”, pela dificuldade que a equipe encontrou para manejá-lo, porém com desfecho satisfatório, pelo fato do usuário não mais apresentar comportamento suicida, ainda assim, ele segue em acompanhamento devido ao uso abusivo de drogas.

### **Caso 6 – Olavo**

Olavo, sexo masculino, possuía 23 anos quando foi acolhido no serviço (24 anos quando recebeu o último atendimento no serviço), em 2019, encaminhado por outro serviço de saúde mental, devido ao uso abusivo de drogas – maconha, cocaína, álcool, tabaco e LSD.

Na ocasião da entrada no serviço, foi acolhido por assistente social que fez as primeiras orientações quanto ao acompanhamento e agendamento de consulta com médico clínico geral. No período que esteve em atendimento (2019-2020), o usuário foi atendido por assistente social (3), médico (8), médico psiquiatra (6), enfermeira (1) e psicóloga (9). Da sua entrada ao serviço no ano de 2019 até o fim de 2022, foi registrada uma falta de Olavo ao atendimento.

O primeiro registro de comportamento suicida no prontuário de Olavo aparece durante atendimento psiquiátrico, dois meses após adentrar no serviço. Ao longo do acompanhamento (2018-2022) apresentou como comportamentos suicidas: ideação suicida, planejamento e suicídio. Sendo fatores predisponentes: histórico anterior de tentativa de suicídio (antes de adentrar ao serviço); uso abusivo de drogas (maconha, cocaína, tabaco, álcool e LSD), histórico anterior de ideação suicida e desemprego. E fatores precipitantes: conflitos familiares, desemprego e uso abusivo de drogas. Alguns fatores podem ser apontados como protetivos para Olavo: apoio familiar (mãe); prática de atividades físicas; fazer planos e projetos quanto ao futuro.

No histórico pessoal, o usuário possuía pais separados e conflitos com os pais e irmã. Em 2020, há uma melhora na relação com os pais, mas ainda se mantém uma relação conflituosa com a irmã. Ainda assim, sua principal rede de apoio pessoal era a mãe. Olavo referiu dificuldade em ouvir “não”, ser contrariado e lidar com frustrações. Além disso, Olavo referiu que estar desempregado lhe gerava pensamentos acelerados e negativos e desmotivação com a vida.

Quanto ao histórico de saúde-doença, os registros em prontuário, referem que dois meses depois da entrada de Olavo no serviço, tem-se o primeiro relato de comportamento suicida – ideação suicida. Além disso, o usuário referiu que realizava pesquisas sobre formas de cometer suicídio e que possuía histórico de tentativa de suicídio anterior ao acompanhamento. No período de atendimento, a equipe teve momentos de diálogo com a mãe do usuário, a fim de orientação e inserção dela no cuidado com Olavo. Os registros em prontuário referem interrupções e retornos no uso de drogas. Além disso, Olavo apresentava como HD, CID: F12 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides e F41 - Outros transtornos ansiosos (sendo essa a última).

Por fim, o último registro de atendimento a Olavo foi em outubro de 2020, sem qualquer referência a comportamento suicida. Dias após, Olavo morre por suicídio (enforcamento). Não há menção, em prontuário, a qualquer atendimento aos familiares após a morte de Olavo – posvenção. Desse modo, trata-se de um caso tido como “difícil” pela equipe, devido à dificuldade de manejo, e que não teve desfecho satisfatório.

### **Caso 7 – Diana**

Diana possuía 39 anos quando chegou ao serviço, tendo 52 anos quando realizou seu último atendimento no mesmo. A usuária deu entrada no serviço em 2006, encaminhada por

outro serviço de saúde mental, devido a quadro de déficit cognitivo/ retardo mental moderado (CID: F71).

Inicialmente, Diana foi acolhida no serviço e feito o agendamento para atendimento médico. No serviço, no período de 2018 a 2019, a usuária foi acompanhada por médico (3), médico (a) psiquiatra (1), psicólogos (as) (2), coordenadora (1), enfermeira (2) e ainda, participou de oficinas terapêuticas (enfermeira e psicóloga) (14).

Diana perdeu a mãe ainda criança, sendo cuidada pelo padrasto (pai) e cuidadora – rede de apoio – até o falecimento do padrasto em 2012. Após o falecimento do padrasto, novas cuidadoras apareceram em períodos distintos, sendo que a mesma referia sentir falta da família de origem e convivência com irmãos. Além do serviço de saúde mental, a usuária frequentava regularmente o ambiente escolar e serviço especializado de atendimento educacional.

A usuária apresentou como comportamentos suicidas: tentativa de suicídio (autointoxicação por medicação e precipitação de local elevado) e suicídio. Sendo fatores predisponentes: presença de retardo mental moderado (F.71), “abandono” familiar, tentativa anterior de suicídio. E fatores precipitantes: falecimento de padrasto (pai), sentimento de rejeição por familiares e conflitos familiares. Pode-se apontar como fatores protetivos: o espaço do serviço de saúde mental, em especial as oficinas terapêuticas; ambiente escolar e; ambiente educacional especializado.

No que se refere ao histórico de saúde-doença, Diana apresentou seus primeiros sintomas (chorosa, recusa a medicação, etc.) de um possível quadro depressivo, após o falecimento de seu padrasto em 2012, tendo a primeira tentativa de suicídio registrada em 2014 por ingestão excessiva de medicações. Ao longo dos atendimentos no serviço, outras tentativas de suicídio foram registradas e, também, internações em decorrência dessas

tentativas. Diana era frequente nos atendimentos ofertados a ela, não possuindo registro de faltas entre os anos de 2018 e 2022.

Em 2019, Diana morre por suicídio via precipitação de lugar elevado. Dessa forma, trata-se de um caso tido como “difícil” pela equipe, devido à dificuldade de manejá-lo, e que não teve um desfecho satisfatório.

## Discussão

Buscando atender os objetivos deste estudo, algumas questões foram levantadas a partir dos prontuários disponibilizados para análise. A primeira dessas questões diz respeito aos comportamentos suicidas apresentados pelas pessoas em cuidado na rede de saúde mental do município de estudo. Assim, dessa análise surgiu a categoria de análise: “*Comportamentos suicidas: de que comportamentos estamos falando?*”.

Dando seguimento, buscou-se analisar as histórias dessas pessoas em comportamento suicida (história pessoal e história de saúde-doença) e os fatores de risco e proteção ao suicídio, descritos nos prontuários como vivências dessas pessoas, constituindo a categoria de análise: “*Comportamento suicida em retrospectiva: histórico pessoal e histórico de saúde-doença*”

Por fim, a última categoria articula os registros do cuidado e os cuidados ofertados às pessoas em comportamento suicida e sua adesão ao tratamento, sendo denominada: “*Cuidado ofertado: uma análise dos registros em prontuário*”.

### **Comportamentos suicidas: de que comportamentos estamos falando?**

Para fins desse estudo, compreende-se o comportamento suicida, num aspecto mais amplo, como uma série de comportamentos que contempla ideações, planejamento, tentativas de suicídio e o próprio suicídio (Scavacini, 2019; Sousa et al., 2023).

Nesse sentido, a partir dos registros em prontuários, pode-se apontar como principais comportamentos suicidas apresentados pelas pessoas em cuidado na rede de saúde mental do município de São Mateus/ES: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio propriamente dito.

A **ideação suicida** é um dos elementos do comportamento suicida e envolve considerações mais ou menos vagas sobre a morte e o morrer. Nesse sentido, envolve pensamentos sobre tirar a própria vida ou estar morto (Bertolote, 2012; Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, 2020).

Pôde-se identificar que este comportamento apareceu em seis dos sete prontuários analisados neste estudo, sendo três do sexo masculino (Caso 1 - Paulo, Caso 5 - Bernardo e Caso 6- Olavo) e três do feminino (Caso 3 - Solange, Caso 4 - Eloá e Caso 2 - Renata). Este comportamento suicida esteve presente nos três serviços elencados para a coleta de dados. Desse modo, pressupõe-se que se trate de um comportamento presente e frequente, nos diferentes serviços de saúde, principalmente os de saúde mental.

O caso que não apresentou este comportamento, conforme registro em prontuário, foi o de Diana (Caso 7), pessoa com retardo mental moderado (CID: F71). Ao observar-se o histórico de Diana, verifica-se que ela foi a única que não apresentou relatos de ideação suicida em prontuário, havendo histórico de tentativas de suicídio e suicídio em si. São poucos os estudos encontrados na literatura que retratem a questão do retardo mental/deficiência intelectual relacionado ao suicídio (Dodd et al., 2016; Lunsy et al., 2012; Merrick et al., 2005; Wark et al., 2018).

Nesse sentido, Dodd et al. (2016) pontuam que vêm sendo discutido na literatura, a compreensão ou não do conceito de morte pela pessoa com deficiência intelectual, já que para caracterizar um comportamento como suicida deve-se ter a intenção de morte. Os autores pontuam que muitos atos suicidas são de maneira impulsiva, assim como pessoas

com deficiência intelectual também apresentam com frequência manifestações impulsivas, sugerindo que, mesmo sem a compreensão do conceito de morte ou suicídio, pessoas com deficiência intelectual podem causar danos a si mesmas de modo intencional ou não. Os registros no prontuário de Diana não esclarecem se ela possuía uma compreensão do conceito de morte, porém a presença de retardo mental moderado, associado a outros fatores de risco que ela apresentava (perda familiar importante, sentimentos de rejeição e tristeza, conflitos familiares), poderia ser um indicativo, para a equipe do serviço, de que a mesma necessitava de uma intensificação do cuidado. Além disso, o fato de não haver registrado em prontuário sobre ideação suicida, pode indicar que as tentativas e o suicídio, ocorreram de maneira impulsiva, e/ou, que embora ela apresentasse a ideação, esse comportamento não foi relatado pela mesma à equipe.

Outra hipótese para a não referência de ideação por Diana, está relacionada à dificuldade metacognitiva de pessoas com deficiência intelectual. A metacognição consiste na capacidade do indivíduo em controlar e refletir sobre seu próprio comportamento e processamento cognitivo. Em pessoas com deficiência intelectual têm-se dificuldades nesses processos, tais como: dificuldades em aprender novas estratégias e transferir seu uso para outras situações, problemas relacionados a manter o comportamento direcionado e inibir respostas distrativas e tendência ao direcionamento externo para solução de problemas (Moreno & Saldaña, 2005). Nesse sentido, embora ela pudesse apresentar ideação, poderia ocorrer uma dificuldade no processamento cognitivo dessas ideações e assim, uma não externalização das mesmas.

Independentemente, sabe-se que identificar a ideação suicida pode não ser uma tarefa fácil, tendo em vista que se trata de uma questão que só poderá ser reconhecida se verbalizada pelo indivíduo (Bertolote, 2012). Assim, especial atenção e investigação da presença ou não de ideação suicida no acolhimento das pessoas nos serviços é de extrema

importância para a diminuição/interrupção desse comportamento (intervenção) e, conseqüentemente, para a redução do risco de outros comportamentos suicidas, como as tentativas e o suicídio.

Um fato que merece destaque é que a ideação suicida não é objeto de notificação de violência autoprovocada, representando limitações aos estudos e pesquisas que buscam compreender a realidade do problema, já que apenas uma fração do problema é detectada (Avanci et al., 2021; MS, 2016a). Ainda assim, tal comportamento requer ação de atenção integral à saúde (MS, 2016a). Nos serviços estudados, a partir dos prontuários, não se pôde identificar a realização de notificações de violência autoprovocada em nenhum dos casos. Assim, entende-se que se os casos já fossem notificados desde a ideação, contribuiria para o acionamento da rede de serviços e cuidados às pessoas em comportamento suicida, possibilitando uma atenção integral à saúde e a responsabilização de toda a rede.

Diante do exposto, quanto a ideação suicida, torna-se importante destacar que embora tal comportamento seja mais difícil de ser identificado, trata-se de um comportamento de risco para comportamentos mais graves, como às tentativas e o suicídio propriamente dito. Nesse sentido, os serviços de saúde precisam estar preparados para identificar o comportamento suicida desde a ideação.

A **tentativa de suicídio** pode ser definida como o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação (WHO, 2014; MS, 2016a). Envolve condutas voltadas para o se ferir com a intenção de se matar, resultando em ferimento ou morte, quando resulta em morte passa a ser definida como suicídio (Bahia et al., 2017). Estima-se que a cada três segundos uma pessoa tenta suicídio e que para cada suicídio completado ocorram entre 10 e 25 tentativas (Rigo, 2013; MS, 2016b)

Nos serviços de saúde pesquisados, identificou-se em todos os casos, o registro de ao menos uma tentativa de suicídio na história do indivíduo. Diante dos relatos, apenas um dos

sete casos (Caso 6 – Olavo) a tentativa não ocorreu durante o período de acompanhamento no serviço, mas anterior a ele. Independentemente disso, assim como a ideação suicida, pressupõe-se que se trate de um comportamento suicida recorrente nos serviços de saúde mental.

Estudos (Botega, 2015a; Probert-Lindström et al., 2020; Tejedor et al., 1999) apontam que o maior risco de morte por suicídio encontra-se entre o primeiro e segundo ano da tentativa, sendo que o número de tentativa aumenta o risco. A longo prazo, estudo sueco (Probert-Lindström et al., 2020) que buscou verificar o risco de suicídio entre pessoas que tentam suicídio numa perspectiva de longo prazo, concluiu que após uma tentativa de suicídio, o risco de suicídio para esse indivíduo persiste por até 32 anos. O caso de Olavo, não há referência, em prontuário, de quando foi realizada a tentativa de suicídio, assim não se pode afirmar se foi a curto ou longo prazo. Ainda assim, pode-se afirmar que, assim como nos demais casos, a presença de histórico de ao menos uma tentativa de suicídio aumenta centenas de vezes o risco de suicídio ao longo da vida (Tejedor et al., 1999).

Dentre os meios utilizados para as tentativas, a autointoxicação por medicação foi a que mais se destacou entre os casos, seis dos sete casos (Caso 1 – Paulo; Caso 2 – Renata; Caso 3 – Solange; Caso 4 – Eloá; Caso 5 – Bernardo; Caso 7 – Diana). Tais dados vão ao encontro dos dados discutidos no Estudo 01 e dos dados do último boletim epidemiológico sobre mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (MS, 2021a), que apontam que 60,2% das notificações de lesões autoprovocadas entre 2010 e 2019, tiveram como meio de agressão o envenenamento/ intoxicação (inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos etc.). Trata-se de um meio de fácil acesso e de difícil restrição de acesso, inclusive nos domicílios, o que pode justificar o uso com maior frequência (Arruda et al., 2021).

Enfim, a tentativa de suicídio é o fator de risco mais importante de morte por suicídio na população em geral (Rigo, 2013; WHO, 2014). Além disso, resultam em ônus social e econômico significativo para os países e governos, tendo em vista a utilização dos serviços de saúde para tratamento das possíveis lesões e, também, das questões psicológicas e sociais que tal comportamento incide sobre o indivíduo e a sociedade ao seu redor (WHO, 2014). Assim, torna-se importante destacar que o cuidado das pessoas que tentaram suicídio é uma tarefa essencial para a prevenção ao suicídio (Rigo, 2013).

Fator comum entre os casos que apresentam tentativa de suicídio no município de estudo, são as internações em decorrência dessas tentativas, cinco dos sete casos (Caso 1 – Paulo; Caso 2 – Renata; Caso 3 – Solange; Caso 4 – Eloá; Caso 7 – Diana) apresentaram registros em prontuário de internação. A internação psiquiátrica no comportamento suicida é indicada para os casos em que há um risco eminente de suicídio, algumas circunstâncias são apontadas como indicadoras na necessidade de internação:

estado mental crítico, cuja gravidade impeça a boa condução ambulatorial; exigência de se obter história mais acurada ou completa; necessidade de observação mais longa do paciente; reavaliação do tratamento psiquiátrico que vinha sendo realizado; ausência de um apoio social; família claramente disfuncional ou sem condições de dar continência emocional; familiares mostram-se cansados de cuidar do paciente (Botega, 2015a, p.164).

As informações disponíveis, não permitem afirmar se alguma dessas circunstâncias estavam presentes para que a internação dessas pessoas acontecesse. Sabe-se que a internação pode ser caracterizada como uma estratégia de cuidado às pessoas em comportamento suicida, sendo uma medida excepcional, realizada apenas quando forem esgotadas as demais possibilidades de cuidado e tratamento do indivíduo no território e, quando se fizer necessária para estabilização de um quadro e amenização de sofrimento

psíquico (SESA, 2022b). Assim, pressupõe-se, a partir dos prontuários, que as internações ocorreram em razão do risco iminente de suicídio apresentado pelas pessoas, sendo uma das estratégias de cuidado adotadas pelo município. Ainda assim, reforça-se que o registro da indicação de internação é de suma importância para o cuidado ofertado ao indivíduo, servindo como orientação para posteriores profissionais e, permitindo que a equipe, consiga refletir sobre a condução do caso em momentos posteriores.

Já o **suicídio** pode ser definido como o ato deliberado de tirar a própria vida (WHO, 2014). Esse comportamento está entre as dez causas principais de morte, sendo a segunda ou terceira mais frequente entre adolescentes e adultos jovens (Werlang, 2013). O Brasil é o oitavo país, entre os membros da OMS, em números de suicídio, uma média de 24 suicídios por dia e uma taxa de 4,6 suicídios por 100 mil habitantes (Werlang, 2013; Bahia et al., 2017).

Trata-se de um fenômeno multidimensional, ou seja, influenciado por diversos fatores, tais como: psíquicos, físicos, econômicos, sociais, religiosos, culturais, biológicos e situacionais (Werlang, 2013; Scavacini, 2019). Nesse sentido, Werlang (2013) aponta que por vezes a pessoa não quer se matar, mas eliminar uma dor e/ou aliviar um sofrimento, buscando, de repente, métodos que levam a morte.

A partir dos prontuários disponibilizados para análise, tem-se dois de sete, de pessoas que morreram por suicídio, sendo uma pessoa do sexo masculino (Caso 6 - Olavo) e uma do feminino (Caso 7 - Diana).

Bahia et al. (2017) pontuam que a morte por suicídio é pensada, preparada e antecedida por tentativas, sendo raros os suicídios por impulsos. Porém, conforme apontado acima, pessoas com deficiência intelectual tendem a ser impulsivas (Dood et al., 2016). Neste sentido, pode-se presumir, que as tentativas de suicídio e o suicídio de Diana, podem ter ocorrido por impulso, já que não houve uma manifestação de ideação anterior, ou ainda,

revela uma dificuldade da equipe em acessar essa informação frente a uma pessoa que apresenta limitações intelectuais diagnosticadas.

Já Olavo, há no prontuário registro de relato de pesquisas feitas por ele sobre formas de efetivar suicídio. Assim, pode-se afirmar, como aponta Bahia et al. (2017), que a morte foi pensada e preparada, antes que ela se consumasse de fato.

Em ambos os casos, leva-se a refletir sobre o preparo dos profissionais, de modo geral e não somente do município de estudo, para identificar os possíveis sinais de alerta, que por vezes não são verbalizados e, ainda, para lidar com a ideação quando ela é sinalizada pelo indivíduo. Para além disso, a olhar para o preparo da sociedade para acolher, compreender e agir frente aos sinais e manifestações de sofrimento psíquico intenso, aqui em especial, manifestações de comportamento suicida.

Além disso, embora o suicídio seja “apenas” um dos comportamentos suicidas, analisar esses casos e observar aqueles dados apresentados no Estudo 01 e 02 referentes ao suicídio são de extrema importância para a compreensão desse fenômeno na sociedade e a elaboração de políticas públicas eficazes no combate a este problema de saúde pública.

### **Comportamento suicida em retrospectiva: histórico pessoal e histórico de saúde-doença**

Os casos indicados pelos serviços e analisados pela pesquisadora, apresentaram algumas características na história pessoal e de saúde-doença que se destacam, e que podem estar relacionadas à presença de comportamento suicida, por serem apontadas como fatores de risco, tais como: histórico de violência; presença de transtorno mental; histórico de tentativa prévia de suicídio; desemprego; uso abusivo de álcool; fragilidade nos vínculos familiares e comunitários.

Além dessas características que podem ser consideradas como fatores de risco, os casos também apresentaram em suas histórias, alguns aspectos que podem ser destacados

como fatores de proteção ao comportamento suicida, tais como: o apoio familiar e a vinculação ao serviço de saúde mental.

Pode-se denominar fatores de risco como atributos e/ou circunstâncias específicas que aumentam a probabilidade de desenvolver uma doença ou condição clínica (Botega, 2015a). No caso do comportamento suicida, pode-se dividi-los em dois fatores: fatores predisponentes e fatores precipitantes (Bertolote, 2012; Botega, 2015a). Sendo o primeiro relacionado a causas remotas, por agirem muito antes do ato suicida, e o segundo, respectivamente, seriam os eventos desencadeantes e/ou estressores atuais, mais comumente percebidos pelas pessoas e mídias como motivação para o ato suicida (Bertolote, 2012; Botega, 2015b).

Já os fatores de proteção são aqueles “que reduzem, abrandam ou eliminam as exposições aos fatores de risco, seja reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas ao risco” (SESA, 2018, p. 187). Bertolote (2012, p.76) os divide em quatro categorias principais: estilo cognitivo e personalidade (sentimento de valor pessoal; confiança em si mesmo; disposição para buscar ajuda quando necessário; disposição para pedir conselho diante de decisões importantes; abertura à experiência alheia; disposição para adquirir novos conhecimentos; habilidade para se comunicar); padrão familiar (bom relacionamento intrafamiliar; apoio de parte da família; pais dedicados e consistentes); fatores culturais e sociais (adesão a valores, normas e tradições positivas; bom relacionamento com amigos, colegas e vizinhos; apoio de pessoas relevantes; amigos que não usam drogas; integração social no trabalho, em alguma igreja, clubes etc.; objetivos na vida) e; fatores ambientais (boa alimentação; bom sono; luz solar; atividades físicas; ambiente livre de fumo e de drogas).

Bertolote (2012) e Botega (2015a), nos chamam a atenção para a “normalização” dos fatores protetivos, e conseqüentemente, pouca discussão dos mesmos. O fato de os fatores

protetivos serem aqueles que conduzem a uma vida mais saudável, produtiva e com maior bem-estar, e, portanto, uma vida “normal”, faz-nos deixar de considerá-los enquanto estratégia de prevenção e acaba por colocar o suicídio num lugar de “anormalidade”.

(Bertolote, 2012; Botega, 2015a).

No que se refere ao histórico de violência, quatro dos sete casos (Caso 2 – Renata; Caso 3 – Solange; Caso 5 – Bernardo; Caso 7 - Diana) referem algum tipo de violência (sexual, física, psicológica e negligência) na infância ou adolescência. A exposição à violência na infância é um dos fatores de risco para o comportamento suicida, podendo trazer consequências à saúde mental e/ou também ser um fator de risco independente (MacIsaac et al., 2017; WHO, 2014).

A exposição a experiências adversas na infância (maus tratos, abusos físicos e sexuais e outros) aumentam em duas a cinco vezes o risco de tentativa de suicídio, sendo a fração de risco atribuível (o quanto a ocorrência de determinado evento é devido a um determinado fator) de 67% para tentativas de suicídio ao longo da vida (Dube et al., 2001). Análise de 389 prontuários de usuários de um CAPS do município de Pelotas/RS, identificou que 62,7% dos usuários que haviam sofrido algum tipo de violência tinham ideação suicida e 52,4% tentaram suicídio (Kantorski et al., 2021). Dentre os diversos tipos de violência, tem-se que o abuso sexual infantil aumenta em 150% o risco para posterior comportamento suicida (MacIsaac et al., 2017).

Assim, a exposição à violência, além de consequências a saúde física, permeia o sofrimento psíquico e pode levar a comportamentos suicidas (MacIsaac et al., 2017). Ressalta-se, que assim como outros fatores, o histórico de violência e/ou exposição a violência não é um fator isolado para a presença de comportamento suicida, outros fatores precisam e devem ser investigados.

Entre os fatores que precisam/devem ser investigados, tem-se as tentativas anteriores de suicídio, apontadas como um dos principais fatores de risco, junto aos transtornos mentais (WHO, 2014), compareceu em seis dos sete prontuários analisados: Caso 1 – Paulo; Caso 2 – Renata; Caso 3 – Solange; Caso 4 – Eloá; Caso 5 – Bernardo; Caso 7 – Diana.

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2020) uma tentativa anterior de suicídio aumenta o risco de suicídio em cerca de cem vezes quando comparado a quem nunca tentou. Indica-se ainda que 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio realizam nova tentativa no próximo ano, e 10 a 15% das pessoas que tentam suicídio acabam morrendo por suicídio (Botega e Werlang, 2006; Suominen et al., 2004).

Chen et al. (2016) aponta que pessoas com múltiplas tentativas de suicídio apresentam ideação suicida mais forte, psicopatologia grave, maior percepção de dificuldades na resolução de problemas e maior risco de nova tentativa quando comparadas a pessoas com tentativas únicas. Assim, diante do exposto, especial atenção deve ser dada às pessoas com histórico de tentativas prévias de suicídio pelos serviços e profissionais de saúde, tendo em vista que se tornam um dos públicos mais vulneráveis a novas tentativas e/ou a morrerem por suicídio.

Em relação aos transtornos mentais, pode-se identificar a presença de hipóteses diagnósticas em todos os casos, sendo as principais: Esquizofrenia, Transtorno de Ansiedade, Bulimia, Depressão, Transtorno Bipolar, Transtorno decorrente do uso de álcool e/ou drogas e Retardo Mental Moderado.

Nesse sentido, como apontado anteriormente, a existência de transtorno mental e histórico anterior de tentativa de suicídio são os principais fatores de risco para o suicídio, sendo a depressão, a dependência de álcool e outras drogas psicoativas, esquizofrenia e alguns transtornos de personalidade as condições clínicas que mais predisõem ao suicídio (Botega, 2015a). Embora nem todo suicídio esteja relacionado a um transtorno mental, a

presença de um transtorno aumenta a vulnerabilidade do indivíduo ao comportamento suicida (Botega, 2015a).

De acordo com a OMS, em países de alta renda os transtornos mentais estão presentes em 90% das pessoas que morreram por suicídio. Já em países asiáticos, a prevalência é de aproximadamente 60% (WHO, 2014). O risco de suicídio varia de acordo com o tipo de transtorno, assim, o risco de suicídio ao longo da vida entre pessoas com depressão é de 8%, entre pessoas com transtorno bipolar é de 5%, em pessoas que fazem uso abusivo de álcool é de 15%, entre pessoas com *boderline* é de 10% para o suicídio e 75% para a tentativa de suicídio e, de 5% para pessoas que sofrem de esquizofrenia (Botega, 2015a). Ressalta-se que o risco pode aumentar de acordo com as comorbidades apresentadas, dessa forma, pessoas com mais de um transtorno mental, apresenta riscos significativamente maiores (WHO, 2014).

Diante do exposto, e a partir dos dados encontrados no município de estudo, destaca-se que a formação de profissionais de saúde para avaliação e gestão dos transtornos mentais e de uso de substâncias, é uma das possibilidades para a prevenção do suicídio (WHO, 2014).

O uso de substâncias, principalmente o álcool, foi apontado em seis de sete prontuários (Caso 1 – Paulo; Caso 2 – Renata; Caso 3 – Solange; Caso 4 – Eloá; Caso 5 – Bernardo e; Caso 6 – Olavo). Estudos apontam a relação entre o álcool e a ideação suicida, a tentativa e a mortalidade por suicídio (Baltar et al., 2020; Cordeiro et al., 2020; Reddy, 2010; Santos & Monteiro, 2021; WHO, 2000). O uso abusivo e contínuo dessa substância acentua os comportamentos suicidas, aumentando os números tanto de suicídios quanto de tentativas (Cordeiro et al., 2020).

O álcool pode ser considerado como uma droga depressora da atividade mental, produzindo efeitos que podem variar de acordo com a bebida ingerida, a quantidade utilizada, a velocidade do consumo, a presença de alimentos no estômago e alterações no metabolismo

da droga por diferentes condições (insuficiência hepática, por exemplo, em que a degradação da substância fica mais lenta). Podem ser apontados como efeitos psicológicos e comportamentais do álcool: desinibição do comportamento, diminuição da crítica, hilaridade e labilidade afetiva, incoordenação motora, prejuízo das funções sensoriais, aumento importante do tempo de resposta, prejuízo da capacidade de raciocínio e concentração, visão dupla, sonolência, entre outros (Ministério da Justiça, 2013).

Nessa perspectiva, a OMS (WHO, 2000) aponta alguns fatores associados ao maior risco de suicídio entre alcoolistas: início precoce do alcoolismo, história crônica de alcoolismo, nível alto de dependência, humor depressivo, desempenho no trabalho precário, história familiar de alcoolismo, saúde física precária, eventos disruptivos recentes ou perda de uma relação interpessoal importante.

Assim, salienta-se, que embora o uso abusivo de álcool seja um fator de risco para o comportamento suicida, não se pode atribuir restritamente a ele a causa do (s) comportamento (s). Tendo em vista que, por vezes, ele encobre conflitos emocionais, familiares ou relacionais que são aliviados (ou tentam ser) pelo uso abusivo da substância (Ribeiro et al., 2016). Nos prontuários analisados, apenas um caso (Caso 6 – Bernardo) se refere de maneira direta ao uso de álcool como meio de alívio a questões emocionais. Ainda assim, é importante que diante da avaliação de pessoas em uso abusivo de álcool, esteja-se atento a possíveis fatores correlacionados a esse uso.

Outro fator de risco destacado nesse estudo se refere ao desemprego e às mudanças de situações de emprego, identificado em três de sete prontuários (Caso 1 – Paulo; Caso 3 – Solange e; Caso 6 - Olavo). Entre os casos, há referência de que Paulo (Caso 1), após saída do trabalho apresentou mutismo seletivo, tristeza, choro, isolamento social e ideação suicida recorrente. Solange, referiu que quando se encontrava afastada do trabalho “só pensava bobagem”, ficando muito ociosa e estressada. Já Olavo, referiu que estar desempregado lhe

gerava pensamentos acelerados e negativos e desmotivação com a vida. Nesse sentido, nos casos em questão, o desemprego representou prejuízos a saúde mental dessas pessoas, o que pode, direta ou indiretamente, ter contribuído para o desenvolvimento e/ou manutenção de comportamentos suicidas.

Estar desempregado, associado a outros fatores de risco, aumenta o risco de suicídio (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Barreto & Souza, 2021; Bastiampillai et al., 2020). O desemprego aumenta em duas a três vezes mais a probabilidade de morrer por suicídio em comparação àqueles que estão empregados (Bastiampillai et al., 2020). Análise dos registros de mortalidade por suicídio no Brasil nos períodos de 2011 a 2013 e 2014 a 2016, demonstrou um aumento significativo de morte por suicídio entre pessoas desempregadas, indo de 457 óbitos (entre 2011 e 2013) para 728 óbitos (entre 2014 e 2016) (Barreto & Souza, 2021). A taxa referente a mortes por suicídio em relação ao desemprego aumenta em períodos de recessão econômica, principalmente nos três primeiros meses de restrição da situação econômica e desemprego (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Na sociedade capitalista, o trabalho é tido como essencial à vida do indivíduo, atribuindo, por vezes, sentidos existenciais e contribuindo na construção da personalidade, da identidade e do sentimento de pertença a uma sociedade. Para muitas pessoas o trabalho constitui-se como algo que dá sentido à vida, sendo, muitas vezes, o único elo social fora do ambiente familiar e o local que as pessoas passam a maior parte de seu tempo (Pinheiro & Monteiro, 2007). Nesse sentido, estar desempregado pode acarretar sentimentos de desvalorização social, perda de laços afetivos, insegurança econômica, diminuição da autoestima, sentimento de solidão e fracasso (Pinheiro & Monteiro, 2007), além de outras consequências à saúde mental do indivíduo, entre elas o aumento do risco de suicídio.

Assim como o desemprego, a fragilidade dos vínculos familiares e sociais é um importante fator de risco para o comportamento suicida e pôde ser percebida em todos os

casos, em especial pela presença de conflitos familiares e dificuldade em manter relações amorosas. Na contramão, o apoio familiar torna-se um importante fator protetivo aos indivíduos, e pôde ser percebido em seis dos sete prontuários analisados (Casos 1 – Paulo; Caso 2 – Renata; Caso 3 – Solange; Caso 4 – Eloá; Caso 5 - Bernardo e; Caso 6 – Olavo).

O risco de comportamento suicida aumenta quando as pessoas sofrem conflitos em relacionamentos, perdas ou discórdias (WHO, 2014). Em contrapartida, amigos e familiares podem ser uma fonte significativa de apoio social, emocional e financeiro e podem minimizar o impacto de eventos estressores, relacionados ao comportamento suicida (WHO, 2014). Nos prontuários analisados, observa-se que embora tenha-se uma fragilidade nos vínculos familiares em todos os casos, na maioria deles a família foi quem esteve presente nos acompanhamentos, sendo também, o ponto de apoio em situações potenciais de crises como, por exemplo, desemprego, perda de familiares e separações conjugais. Nessa perspectiva, o cultivo e a manutenção de relações íntimas saudáveis e mais próximas ao indivíduo podem aumentar a resiliência individual e atuar como fator de proteção ao comportamento suicida.

De modo especial, no âmbito familiar, relações familiares negativas podem gerar brigas, violência, sensação de não pertencimento e traição, aumento o risco de desenvolvimento do comportamento suicida. Já relações familiares positivas, caracterizadas pelo apego familiar, sentimentos de amor e respeito e apoio efetivo de um para com o outro, pode ser considerado como fator protetivo ao comportamento suicida (Silva & Marcolan, 2021).

Nos casos analisados, como apontado anteriormente, ao mesmo tempo que se observa uma fragilidade nos vínculos, percebe-se que, os familiares, são as principais redes de apoio social. Tal constatação, pode ser considerada um indicativo da necessidade de fortalecimento das redes de apoio social às pessoas em comportamento suicida no município de estudo. Visto que, o suporte social recebido configura-se como um relevante contribuinte para à

pessoa em risco de suicídio, e podem ser grandes aliados dos profissionais de saúde no processo de cuidado (Andrade et al., 2019).

Outro fator protetivo presente nos prontuários se referiu à vinculação ao serviço de saúde mental, destacado em dois dos sete casos analisados (Caso 3 – Solange e; Caso 7 – Diana). Sobre isso, destaca-se que ambos os casos são do mesmo serviço e estão/estavam quase que diariamente naquele espaço.

Pesquisa realizada na Baixada Santista (SP) apresentou algumas percepções de usuários sobre um serviço de saúde mental e destacou a importância desse serviço para eles. Os participantes destacaram a atenção recebida pelos profissionais como significativa, de modo que aquele espaço foi indicado como se fosse sua casa, um local acolhedor, que possibilita a construção de amizades (Moreira & Onocko-Campos, 2017). Outro estudo, pontuou que o acolhimento, o atendimento às necessidades e a boa relação com os profissionais podem ser considerados motivações para continuidade do usuário no serviço e sentirem melhora nas condições de saúde e outros aspectos de suas vidas (Borges & Schneider, 2020).

Entretanto, vale pontuar, que embora esse vínculo seja positivo, é preciso estar atento para não se criar uma relação de dependência com o serviço. Ao contrário, deve possibilitar a construção e fortalecimento da autonomia do sujeito (Borges & Schneider, 2020). Nos casos analisados, pelos registros em prontuários, não foi possível perceber se há ou não essa relação de dependência.

O que se pôde observar é que Solange buscava o serviço quase que diariamente para alívio de suas angústias, sofrimentos e evitamento do comportamento suicida, sendo assim, o serviço era/é tido como um espaço protetivo para ela. Já Diana, possuía uma frequência recorrente no serviço, por meio da participação nas oficinas e comparecimento a

atendimentos, o que poderia estar contribuindo para sua socialização e inserção social, tidos como fatores protetivos.

Embora não seja categorizada como um fator de risco para o comportamento suicida por autores como Bertolote (2012) e Botega (2015a), a presente pesquisadora entende que a autolesão pode ser considerada um fator de risco tanto predisponente como precipitante para o comportamento suicida. Nos prontuários analisados, a autolesão esteve presente em quatro dos sete prontuários (Caso 1 – Paulo; Caso 2 – Renata; Caso 3 – Solange; Caso 4 – Eloá).

A autolesão pode ser definida como o “ato deliberado de machucar sem a intenção suicida e seus propósitos não são validados socialmente” (Scavacini & Cacciacarro, 2019, p. 14). Na autolesão nem sempre exige a intenção de pôr fim à própria vida, mas sim de aliviar um sofrimento e/ou, por vezes, como meio de autopunição (Scavacini & Cacciacarro, 2019). Nesse sentido, a autolesão seria um pedido de socorro e atenção para alguma situação que venha a se agravar e levar ao comportamento suicida e, portanto, também merece especial atenção na avaliação e atendimento dos casos.

Enfim, atentar-se para as histórias envoltas (fatores de risco e proteção) ao comportamento suicida é de extrema importância para um melhor cuidado às pessoas em comportamento suicida. Conhecer os fatores de risco e proteção, além de contribuir para um cuidado mais efetivo a quem se encontra em comportamento suicida, também é uma estratégia de prevenção e intervenção precoce a tais comportamentos (SESA, 2018; Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Por fim, vale destacar, que embora tenha se apresentado acima uma lista de fatores de risco e de proteção ao comportamento suicida, não se pode reduzi-lo a somente esses fatores. Nem todos os fatores têm o mesmo peso para as pessoas. O suicídio é individual e possui múltiplos fatores para cada pessoa (Scavacini, 2022). Como pontua Scavacini (2022, p.42):

“olhar parte de uma história como o todo, leva à constrição, cristalização, não ampliando ou expandindo olhares, possibilidades e caminhos”.

### **Cuidado ofertado: uma análise dos registros em prontuário**

Partindo das concepções de cuidado e de cuidado em saúde apresentadas na introdução desta pesquisa, propõe-se discutir neste tópico, os cuidados ofertados às pessoas em comportamento suicida nos serviços pesquisados, a partir dos prontuários disponibilizados pelos serviços para análise e a partir da rede de serviços disponíveis para o cuidado no município.

Primeiramente, identifica-se o cuidado centralizado em atendimentos individualizados, em especial, focalizado nos profissionais de psicologia e psiquiatria. Somente Diana, segundo os registros, participou de práticas coletivas de cuidado: as oficinas terapêuticas.

De modo geral, o que se observa no cotidiano dos serviços de saúde são ações sob forte influência do modelo biomédico, tendo um predomínio de ações de controle e diagnóstico de doenças e atividades centralizadas dos profissionais voltadas a públicos específicos (hipertensão, diabetes e gestantes, por exemplo) (Goering & Chiarelli, 2019). No âmbito da saúde mental, em vários contextos, tem-se buscado a ruptura do modelo de clínica alicerçada unicamente no atendimento individual, para dar lugar aos espaços coletivos e ao trabalho em equipe (Neto, 2010).

Os grupos são muito importantes e potentes para a promoção à saúde e prevenção de agravos. As ações coletivas podem funcionar como um recurso para a sociabilidade, intermédio de relações, manejo de dificuldades relacionais, experiência a partir da construção compartilhada, troca de afetos, vivência de pertencimento, desenvolvimento e fortalecimento da autoestima e da autonomia e o exercício da cidadania. Quando bem pensado em sua

finalidade, estrutura e manejo, possibilita a troca de experiências e transformações que não poderiam ser alcançadas em um atendimento do tipo individualizado (MS, 2013; SESA, 2018).

É escassa na literatura referências que tratem dos grupos de apoio a pessoas com ideação ou tentativas de suicídio, sendo mais recorrente materiais que abordem os grupos de apoio aos enlutados por suicídio. Scavacini (2022) destaca que a criação e grupos específicos de apoio a pessoas com ideação ou tentativas de suicídio, a familiares de pessoas em comportamento suicida, aos enlutados, a crianças e adolescente e a profissionais que perderam alguém por suicídio ou lidam com pessoas em comportamento suicida, contribui para o aumento da consciência pública quanto a temática, ajuda no empoderamento dos participantes e proporciona acolhimento e aceitação em local seguro para abordagem ao tema.

Nessa direção, é possível formar grupos a partir das identidades, comportamentos e situações que aumentam as chances de comportamento suicida e, ainda, grupos a partir de familiares e amigos de pessoas que se encontram em comportamento suicida ou que morreram por suicídio (Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, 2020). A exemplo disso, o Instituto Vita Alere de prevenção e posvenção ao suicídio, oferece dois grupos de maneira virtual: Grupo de acolhimento a familiares de pessoas com comportamento suicida e o Grupo de Apoio aos Sobreviventes Enlutados pelo Suicídio. Os encontros de ambos os grupos são realizados mensalmente e são para pessoas que buscam acolhimento para falar de suas experiências, compartilhar suas dificuldades e construir redes de apoio e pertencimento (Instituto Vita Alere, 2024).

Nesse sentido, é de suma importância que os serviços de saúde, de modo geral, revejam suas práticas individualizantes de cuidado e sigam em busca de uma clínica para

além do individual, mas uma clínica ampliada<sup>21</sup>, nos territórios e envolvendo diversos profissionais. Tais práticas devem ser desenvolvidas também, junto às pessoas em comportamento suicida e seus familiares, como a oferta de grupos de apoio às pessoas em comportamento suicida, aos enlutados por suicídio e grupos que trabalhem temáticas ligadas às questões de risco ao comportamento suicida (autoestima, por exemplo).

No que tange aos principais profissionais envolvidos no cuidado às pessoas, como apontado anteriormente, se destacam os profissionais de Psicologia e Psiquiatria, ainda assim, outros profissionais são indicados nos prontuários: médico (a) clínico geral; assistente social; enfermeiro (a); técnico (a) de enfermagem; coordenadores dos serviços. Destaca-se que as práticas de cuidado em saúde mental podem e devem ser realizadas por todos os profissionais (nível técnico/ médio e superior), dentro das particularidades de cada categoria profissional (psicólogos, enfermeiros, psiquiatras, médicos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e outros), que compõem a rede de atenção psicossocial, desde a Atenção Básica à Atenção Hospitalar (SESA, 2018). Porém, é um desafio para os serviços de saúde como uma organização da equipe enquanto unidade coletiva, em que todos os profissionais assumam o compromisso com o acolhimento, cuidado e a promoção à saúde (Heck et al., 2012).

Acredita-se que esse também possa ser um desafio para os serviços estudados. É preciso dialogar constantemente sobre os cuidados ofertados e inserir toda equipe nesse cuidado, de modo, a evitar uma “dependência”, e conseqüentemente, sobrecarga de alguns profissionais.

Nesse sentido, a primazia da contratualidade é uma das propostas do Ministério da Saúde quanto a Rede de Atenção Psicossocial, em especial nos CAPS. A mesma propõe que o indivíduo seja acompanhado em seu cenário de vida cotidiana e sejam protagonistas de suas

---

<sup>21</sup> Trata-se de um trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, com o objetivo de produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza-se como recursos de trabalho: elaboração de projeto terapêutico; integração da equipe multiprofissional; adscrição de clientela e construção de vínculo. Trata-se da clínica do sujeito, em que a doença não se sobrepõe ao sujeito (Campos, 2001; MS, 2006).

próprias vidas, assim, o cuidado que protege estaria diretamente ligado ao cuidado que emancipa (Melo et al., 2022; MS, 2015). Neste contexto de proposta de cuidado não há um profissional especialista na produção para tal ação, todos os profissionais podem ser levados a trabalhar com essa ideia, sendo uma função coletiva (Santos & Martins, 2016). Entende-se que esse modo de atuar pode diminuir a dependência dos serviços sob alguns profissionais e, ainda, contribuir para a melhoria da adesão dos indivíduos ao tratamento.

A não adesão (ou pouca adesão) ao tratamento foi outra questão que se destacou nos prontuários – (Casos: 1, 2, 3, 5, 6) e pode ser identificada pelos registros dos profissionais quanto a dificuldade da pessoa aderir ao tratamento e, também, pelo alto número de faltas aos atendimentos registrados.

A vinculação ao tratamento e a adesão às condutas psicoterapêuticas são questões desafiadoras para pessoas em comportamento suicida (Gipson & King, 2012). A não adesão pode levar, muitas vezes, a exacerbação de sintomas, cronificação de doenças, aumento da procura por serviços de urgência/emergência, aumento das taxas de suicídio, aumento de hospitalizações/reinternações, aumentando, conseqüentemente, os custos com o tratamento (Borba et al., 2018).

Embora os prontuários apresentem com frequência essa dificuldade dos indivíduos em não aderir ao tratamento, somente em dois dos setes casos (Caso 3 – Solange; Caso 5 – Bernardo) foram referidas as motivações para a dificuldade de adesão – efeitos colaterais indesejados das medicações (engordar) e distância do serviço em relação a residência, respectivamente. Tais motivações foram apontadas por Botega (2015a) quanto aos fatores relacionados à falta de adesão ao tratamento.

O autor destaca que a falta de adesão ao tratamento, pode estar ligada a cinco dimensões: pessoa atendida (dúvidas sobre o tratamento, concepções errôneas/divergentes sobre o tratamento e/ou quadro clínico, má interpretação das instruções, limitação na

capacidade de seguir orientações, julgamento quando à incapacidade de seguir no acompanhamento, impaciência com a velocidade do progresso, crenças de que os benefícios não valem os esforços e, outras preocupações como prioridade); tratamento (alto custo financeiro, efeitos colaterais indesejáveis, esquemas complexos, resultados a longo prazo, muitas exigências sobre o paciente e, prejuízos à qualidade de vida); doença (assintomática ou não incomoda muito, sintomas dificultam o cuidar-se); instituição (acesso difícil ao serviço, problemas de gestão, distante da residência do usuário, longo tempo de espera e pouca duração de atendimento) e; profissional (distante, pouco cordial, parece sempre ocupado/ com pressa, não considera dúvidas e preocupações da pessoa atendida, pergunta sobre coisas que o usuário não contaria sequer a amigos, não oferece atenção continuada e personalizada) (Botega, 2015a).

A baixa adesão a conduta medicamentosa foi a principal problemática relatada quanto à adesão – Casos 1, 2, 3, 5 e 6. De acordo com Borba et al. (2018) alguns fatores podem ser apontados para essas baixas adesões: dificuldade de acesso ao medicamento; complexidade do regime terapêutico; os efeitos colaterais da medicação, falta de suporte familiar, crenças de que a medicação não é eficaz, dificuldade de lembrar de tomar a medicação, etc.

Algumas sugestões são apontadas para diminuir essa problemática: simplificação da conduta medicamentosa; prestar informações claras e em pequena quantidade em cada consulta, prevenir que a medicação pode levar um tempo para fazer efeito, orientações reforçadas por outros profissionais, assegurar que o usuário compreendeu as orientações, indicar meios para ajudar a memória (colocar medicamento em local de fácil visualização) (Botega, 2015a).

Outra estratégia que poderia ser adotada também pelos serviços de saúde mental seria a Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Trata-se de uma estratégia que visa garantir ao usuário de psicotrópicos, participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, para isso

utiliza-se de diálogo e troca de informações entre os envolvidos nos tratamentos. Tal estratégia visa a criação de espaços e grupos nos quais se possa conversar e refletir sobre os medicamentos e seus efeitos na vida de cada um (Santos et al., 2020). Ou seja, é possibilitar ao sujeito que ele também participe das decisões relativas ao seu tratamento, no sentido de sair de uma posição de “acatar” decisões e afirmá-lo como protagonista do cuidado que diz respeito a sua vida.

Quanto à falta aos atendimentos, torna-se importante pensar em como elas eram manejadas pelos serviços. Nos prontuários, tem-se o registro de busca ativa apenas nos casos de Eloá e Renata, podendo esta ser uma fragilidade que impacta na adesão ao tratamento. O Ministério da Saúde (2020) por meio da Nota técnica N° 43/2020 – CGMAD/DAPES/SAPS/MS, descreve a busca ativa como o deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social ou espaço em que os sofrimentos se constituem. Nesse sentido, a busca ativa em saúde mental parte da ideia de apropriação das necessidades de saúde nos espaços de convívio social (MS, 2020).

Partindo da percepção de Bertolote (2012) quanto aos níveis de prevenção ao comportamento suicida, a busca ativa seria uma das estratégias à prevenção seletiva e indicada, devendo ser direcionada às pessoas com maior risco de suicídio e àquelas com histórico anterior de tentativa de suicídio, respectivamente. Assim, no município de pesquisa, poderia ser uma estratégia a ser adotada pelos serviços com vistas ao cuidado às pessoas em comportamento suicida e, conseqüentemente, contribuir para uma melhor adesão ao tratamento.

Por fim, como pontuado, não havia o registro em prontuário da realização de busca ativa na maioria dos casos, assim, pode ser que os serviços realizavam essa prática de cuidado, porém, não registravam. Nesse sentido, uma atenção especial deve ser dada aos registros de cuidado às pessoas em comportamento suicida, como pontuado no estudo 01 e

como será pontudo mais a frente nesse estudo. Deve-se ter a compreensão que todo o cuidado em saúde precisa e deve ser registrado, inclusive as buscas ativas, tendo em vista a continuidade no cuidado e/ou ainda a avaliação pela própria equipe de como os cuidados vêm sendo ofertados.

Outra questão que chama atenção nos dados encontrados diz respeito aos encaminhamentos da pessoa em comportamento suicida, os três serviços de saúde mental (CAPS AD, CAPS I e Policlínica Municipal – US3) envolvidos nessa pesquisa não especificam o modo como tais encaminhamentos ocorreram, se a partir de discussão de caso, matriciamento, referência ou contrarreferência, dentre outras possibilidades. Sobre o modo como essas pessoas chegaram ao serviço, identifica-se que dois dos sete usuários foram encaminhados por serviço de urgência/emergência, três por outro serviço de saúde mental e dois por demanda espontânea.

Diante disso, torna-se importante pensar nas motivações e nos modos como ocorreram esses encaminhamentos entre os serviços de saúde mental, entendendo que a partir do momento em que a pessoa chega e se vincula a um serviço, encaminhá-la poderia ocasionar uma ruptura de cuidados e de vínculos, podendo gerar uma “assistência partida”, como denominado por Alves e Guljor (2008). Na concepção dos autores, nos serviços de saúde ainda prevalece resquícios da psiquiatria tradicional, marcada fortemente por um cuidado organizado com base no conceito de intensidade: para problemas de intensidade mínima, o ambulatório; problemas de intensidade média, dispositivos com característica de assistência diária ou hospital-dia; e problemas de grande intensidade, hospitais/leitos psiquiátricos. Assim, prevalece nesse modelo os “encaminhamentos”, caracterizado pelo sistema de referência e contrarreferência burocrática.

Não é o mesmo terapeuta, não é o mesmo grupo de pessoas que acompanha a construção de seus projetos de vida. Percebe-se nessa situação uma ruptura com a

possibilidade do vínculo, em seu sentido perene, o qual permite a mediação estruturante do sujeito cindido pelo evento catastrófico do sofrimento psíquico com o mundo externo (Alves & Guljor, 2008, p. 225). Nos prontuários analisados, tal questão está presente quando um serviço que já possui o vínculo com o indivíduo encaminha para outro serviço, causando uma ruptura no vínculo anterior e podendo, inclusive, incidir na adesão do indivíduo ao novo serviço. As equipes de cuidado e os serviços precisam estar prontos para acompanhar o sujeito em sofrimento, sem compartimentalizá-lo ou repassá-lo, ao perceber a intensidade das questões. Vale destacar que as demandas de saúde mental podem e precisam ser detectadas por toda a rede de serviços, desde a atenção primária, não sendo necessário que apenas o especialista as reconheça (Alves & Guljor, 2008). Nesse sentido, são três as principais funções do profissional de saúde em relação à pessoa em comportamento suicida: identificar o risco, proteger a pessoa e remover ou tratar os fatores de risco (Bertolote et al., 2010).

Vale ressaltar ainda, que no âmbito da saúde, há uma rede de serviços com níveis diferentes de atenção e que, por vezes, o encaminhamento visa um melhor cuidado e/ou um cuidado mais intensivo. Ainda assim, deve-se questionar se para a pessoa em comportamento suicida tal encaminhamento seria realmente viável, inclusive, refletindo quanto as implicações desses encaminhamentos à adesão do indivíduo ao cuidado ofertado e à assistência medicamentosa.

Ainda assim, destaca-se que o trabalho em rede é de extrema relevância, uma atuação conjunta de diferentes setores e profissionais pode atingir resultados positivos frente à prevenção e ao cuidado às pessoas em comportamento suicida (Silva & Pegoraro, 2023). Nesse sentido, a prevenção do suicídio e a promoção à saúde não se limita a área da saúde, outros órgãos da rede intersetorial (CRAS, CREAS, escolas, por exemplo) possuem grande capilaridade nos territórios e podem/devem contribuir nesse sentido (SESA, 2018). Nos prontuários analisados pode-se identificar essa interlocução com a rede em três de sete

prontuários (Caso 2 – Renata, Caso 4 – Eloá e, Caso 5 - Bernardo). Nos três casos foram realizadas reuniões com dispositivos da rede (escola, serviço socioassistencial e serviço de urgência, respectivamente) com vistas a melhor condução dos casos e parceria entre as instituições que atendiam os usuários.

A fragilidade dos registros foi outro fator identificado na análise dos prontuários. Além das questões elencadas acima, identificaram-se poucas informações sobre o histórico de saúde-doença e o quadro atual do indivíduo, as condutas adotadas de cuidado e, ainda, nos casos de suicídio, informações sobre a posvenção, ou seja, o cuidado dirigido aos sobreviventes enlutados pelo suicídio.

No processo de cuidado à saúde, o prontuário pode ser compreendido como uma fonte de informações importante para as ações de saúde, auxiliando na tomada de decisões e, ainda, como um relevante instrumento de comunicação partilhada entre profissionais da saúde, garantindo a continuidade e integralidade do cuidado. Trata-se ainda de um documento de caráter legal, sigiloso e científico, que além de possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado, oferece subsídios aos processos de gestão, de ensino, à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas (Júnior et al., 2022; Vasconcellos et al., 2008).

Ao se observar os diferentes documentos orientadores de registros nos prontuários, das principais categorias profissionais (psiquiatras, médico clínico geral, assistente social, enfermeiros e psicólogos) identificadas nos documentos analisados, destacam-se pontos em comum como: o caráter legal e sigiloso do documento e o registro apenas do que for necessário para a qualificação e continuidade do cuidado ao indivíduo, ou seja, para o cumprimento dos objetivos do trabalho (Conselho Federal de Enfermagem, 2016; Conselho Federal de Medicina, 1999; Conselho Federal de Psicologia, 2009; Conselho Federal de Serviço Social, 2022). O último ponto, de maneira especial, pode ser apontado como uma das

justificativas para a restrição do registro, já que fica vago o que seria necessário registrar para cada categoria.

No que se refere a fragilidade dos registros dos prontuários, Bombarda e Joaquim (2022) pontuam que as inconformidades nos registros estão presentes também, nas práticas profissionais, fragilizando a qualidade da assistência e a segurança da pessoa atendida (Bombarda & Joaquim, 2022). Estudo realizado por Silva et al. (2021a) aponta como principais inconformidades nos registros de pessoas hospitalizados: inconsistência de informações, letra ilegível, rasuras, falta de assinatura ou carimbo, registros incompletos ou incorretos, ausência de registros, de clareza e de checagem de procedimento. Apontam, ainda, algumas causas para tais inconformidades: falta de atenção e interesse do trabalhador, déficit de recursos humanos, desconhecimento da legalidade do registro, ausência de qualificação e de conhecimento sobre os registros e, ainda, déficit na formação inicial e continuada (Silva et al., 2021a).

No município pesquisado algumas dessas inconformidades foram encontradas como: letra de difícil interpretação, registros incompletos, ausência de assinatura e carimbo, falta de clareza nas informações prestadas, falta de indicativo de realização de notificação/ encaminhamentos/ emissão de documentos e outros. Assim, como Silva et al. (2021a), sugere-se que o município promova investimento na capacitação de profissionais desde a admissão, com instruções e treinamentos direcionados ao registro “adequado” das suas ações/ condutas/ procedimentos. Para além do município, sugere-se que os conselhos profissionais também realizem espaços de formação continuada para profissionais e estudantes, quanto ao adequado registro, e a importância do mesmo, principalmente para o cuidado em saúde à pessoa em comportamento suicida.

## Considerações Finais

Diante do cenário complexo que envolve o fenômeno do suicídio, desenvolvemos esta pesquisa, buscando analisar os casos registrados de violência autoprovocada e suicídio de um município do norte do Espírito Santo, entre os anos de 2018 e 2022. Para isso, buscou-se descrever as características gerais desses casos, as características por faixa etária e, ainda, investigar o histórico de saúde, doença e cuidado ofertados aos casos de comportamento suicida no município de estudo. A partir dos três estudos realizados, os objetivos desta pesquisa foram alcançados, sendo possível uma visão geral das questões que envolvem o comportamento suicida no município em questão.

Com o primeiro estudo, identificou-se maior frequência de violência autoprovocada em residentes da zona urbana do município de São Mateus/ES; nas suas próprias casas por envenenamento/autointoxicação, com idade entre 20 e 59 anos; sexo feminino; pardas; sendo o Hospital Roberto Arzinaut Silves a principal unidade notificadora e a rede de saúde o principal local de encaminhamento. Quanto aos óbitos, tem-se que a maioria: residia em São Mateus/ES; com idade entre 20 e 59 anos; sexo masculino; pardas; com 8 a 11 anos de escolaridade; aposentado/pensionista. A maioria dos óbitos por Suicídio ocorreram no domicílio; por lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação; sendo os boletins de ocorrência a principal fonte de informação.

No segundo estudo, identificou-se as principais características das pessoas e ocorrências de violência autoprovocada e óbito por suicídio no município de São Mateus/ES, se assemelham nas diferentes faixas etárias. Algumas diferenças foram encontradas quanto aos óbitos por suicídio, a principal ocupação entre os adolescentes foi de estudantes e em adultos de trabalhadores agropecuários. Já entre os idosos, a maioria eram pessoas brancas que morreram por autointoxicação por e exposição intencional, out drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas, no espaço do hospital.

A partir da análise de prontuários, foi possível investigar no Estudo 03, o histórico de saúde-doença e cuidado ofertado às pessoas em comportamento suicida no município de estudo. Inicialmente, identificou-se que a ideação, tentativa de suicídio e suicídio são os comportamentos mais presentes. Identificou-se, ainda, que os casos analisados possuíam, em sua maioria, características na história pessoal e de saúde-doença semelhantes, entre elas: histórico de violência, fragilidade nos vínculos familiares e/ou comunitários; histórico e/ou presença de transtorno mental; tentativa anterior de suicídio; uso abusivo de álcool; família como principal rede de apoio; vínculo da pessoa com o serviço como um importante fator protetivo. Por fim, pôde-se apreender a não adesão como um dos fatores limitadores para o cuidado, bem como o modo como vem sendo ofertado o cuidado às pessoas em comportamento suicida no município de estudo, destacando-se os atendimentos individuais e centralizados nos profissionais de psiquiatria e psicologia.

Algumas informações encontradas no estudo 01 e 02, também compareceram no estudo 03, tais como: maioria das tentativas entre mulheres, predominância de pessoas adultas, envenenamento/intoxicação como o principal meio de agressão nas tentativas, rede de saúde como principal rede ligada ao comportamento suicida, fragilidade nos registros, o Hospital Roberto Arzinaut Silveiras (HRAS) como a principal unidade notificadora e encaminhadora para a rede de saúde. Dessa forma, cada um dos estudos vem complementar o outro, oferecendo subsídios e informações para entender o panorama atual do município e se pensar em linhas de cuidado e atenção à saúde a pessoa em comportamento suicida.

A fragilidade/incompletude dos registros em saúde foi uma das problemáticas identificadas nesta pesquisa. Tal fragilidade é percebida no não preenchimento de variáveis importantes na ficha de notificações de violência autoprovocada (Estudo 01 e 02) e nos registros realizados pelos profissionais nos prontuários analisados (Estudo 03).

Tal fragilidade, pode ser apontada, inclusive, como uma das limitações desta pesquisa, à medida que, a incompletude das notificações de violência autoprovocada dificultou a descrição precisa do perfil epidemiológico das pessoas em comportamento suicida no município, o que de maneira direta e indiretamente interfere na percepção do público que mais necessita de atenção e de políticas públicas mais efetivas. A fragilidade dos registros em prontuários, da mesma forma, prejudicou a identificação dos cuidados que estão sendo ofertados e, conseqüentemente, dificultou a proposição de ações mais direcionadas para esta demanda.

A qualidade dos registros é um importante fator para a identificação real de um agravo numa determinada localidade. É a partir dos dados gerados por esses registros que se dará continuidade ao cuidado aos indivíduos em sofrimento psíquico, aqui em especial, em comportamento suicida, e ainda, subsidiará a implantação de políticas públicas eficientes e de acordo com a realidade local. Qualificar os profissionais e serviços públicos, com espaços de educação permanente, para aprimorar a realização das notificações e registros nos prontuários é um dos caminhos de efetivação de um cuidado às pessoas em comportamento suicida e também de produção de dados que de fato permitam a construção e implementação de políticas públicas com vistas a prevenção ao suicídio.

Outra limitação deste estudo refere-se ao próprio instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para a notificação de violência autoprovocada: a Ficha de Notificação de Violência Autoprovocada (Anexo I). Tal instrumento, deve ser utilizado para a notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, autoprovocada, sexual, trabalho infantil, tráfico de pessoas, trabalho escravo, intervenção legal, tortura e violências ligadas à população LGBTQIAPN+.

No caso da violência autoprovocada, todo caso suspeito ou confirmado de violência autoprovocada deve ser notificado, independente da intencionalidade (de morte ou não) do

indivíduo. Nesse sentido, as lesões autoprovocadas sem intenção suicida também são notificadas, o que causa uma subnotificação dos dados e não permite compreender os reais números do comportamento suicida (àquele com clara intenção de morte). Além disso, os casos de ideação suicida não são passíveis de notificação, aumentando, portanto, essa subnotificação. A inserção de variáveis que identifiquem o tipo de violência autoprovocada (lesão autoprovocada com intenção suicida, lesão autoprovocada sem intenção suicida, tentativa de suicídio) e, também, uma que possa assinalar a ideação e o planejamento suicida, poderia ser uma das possibilidades para que o Ministério da Saúde, estados e municípios, conseguissem compreender de maneira mais realista esse fenômeno, e assim propor políticas públicas mais efetivas.

Embora pouco identificado nesta pesquisa, a rede de serviços públicos exerce grande importância para a prevenção do suicídio e a promoção à saúde. A rede de saúde pode ser identificada como a principal envolvida no cuidado e assistência a essas pessoas, porém outros espaços podem e devem se envolver nesse cuidado. Nas escolas, por exemplo, pode-se trabalhar questões relacionadas a valorização da vida junto a seus estudantes e assim promover espaços de promoção à saúde mental, ao mesmo tempo, que espaços de escuta e diálogo, elementos essenciais para a prevenção ao suicídio. Faz-se necessário que profissionais e serviços de outras redes (assistência social, educação, cultura, lazer etc.) também se envolvam e se responsabilizem, também, nesse cuidado.

Ainda sobre o cuidado, há alguns anos a OMS vem cobrando dos países estratégias nacionais de prevenção ao suicídio. No Brasil, ainda que de maneira lenta, foi instituída em 2006 as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio e em 2019 instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Sabendo-se da dimensão do nosso país e das particularidades existentes em cada região, estado e município, é fundamental que

estados e municípios também criem e adotem estratégias locais para a prevenção e pósvenção ao suicídio e promoção a saúde mental em seus territórios.

Um dos caminhos no âmbito da saúde seria, como já previsto nas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a organização de uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso das pessoas às diferentes modalidades terapêuticas. Além disso, fortalecer os serviços de saúde, educação e assistência social (ambientes em que é obrigatório a realização de notificações de violência autoprovocada de acordo com a Lei Estadual/ES Nº 11.147 de 07.07.2020 – Lei do Cuidado) para a realização e qualificação das notificações e oferta de cuidado integral pode ser uma estratégia para a melhoria do cuidado à saúde desses indivíduos. Outras estratégias incluem: criação de protocolos/fluxos de atendimento específico às pessoas em comportamento suicida nos serviços públicos de saúde; legislações com vistas à restrição de acesso aos meios letais; programas de educação permanente com foco na qualificação dos atendimentos e preenchimento adequado dos documentos de notificação; entre outras.

Como potencialidade, pôde-se identificar que o município de pesquisa tem buscado a criação de estratégias para lidar com a questão da violência autoprovocada e outras violências passíveis de notificação. O município é a sede das reuniões da Rede de Prevenção à Violência da Superintendência Regional de Saúde - Norte e conta com uma coordenação municipal para a Rede de Prevenção à Violência. Tal coordenação trabalha articulada à VE Municipal para que assim que identificadas notificações de violência interpessoal ou autoprovocada, a rede de serviços do território do indivíduo seja acionada e dê início ao cuidado. Além disso, a coordenação trabalha integrada a rede de serviços para o planejamento e desenvolvimento de ações e estratégias para a prevenção à violência no município.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas para melhor compreensão da temática no município. Em especial, pesquisas com profissionais vinculados ao serviço, para que se possa compreender a percepção dos mesmos quanto à questão do comportamento suicida no município, suas percepções de cuidado e, ainda, fatores facilitadores e dificultadores para melhor atendimento aos casos de comportamento suicida no município. Sugere-se ainda, pesquisas que envolvam outros níveis de atenção à saúde, a atenção básica e a urgência/emergência, com vistas a percepção da totalidade da rede de saúde municipal ao comportamento suicida.

Por fim, destaca-se que essa pesquisa vem oferecer um panorama do comportamento suicida ao município e ainda, de como vem sendo ofertado o cuidado, possibilitando, assim, a reflexão da efetividade das estratégias até então adotadas e, ainda, como um suporte para criação de novas estratégias, ações e políticas públicas com foco no comportamento suicida.

## Referências

- Afonso, M. L., & Seabra, D. S. (2021). Estruturas Sociais e Suicídio. In R. F. Damiano, A. C. Luciano, I. D. G. Cruz, & H. Tavares (Eds.), *Compreendendo o suicídio* (1ª ed., pp 94-103). Manole.
- Alpe, A. O.-E. S., & Alf, A. M. (2020). Significados atribuídos ao comportamento suicida por adolescentes do sexo feminino. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, *11*(3), 99-115. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3p99>
- Alves, M. A. G, Cadete, M. M. M. (2015). Tentativas de suicídio entre crianças e adolescentes: lesão parcial ou total? *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(1), 75–84. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.22022013>
- Alves, D. S., & Guljor, A. P. (2006). O cuidado em saúde mental. In: R.P & R. A. D. M (Orgs.), *Cuidado: As fronteiras da integralidade* (3ª ed., pp.223-242). CESPEC/ UERJ, ABRASCO.
- Andrade, I. C. S. D., Gomes, N. P., Correia, C. M., Lírio, J. G., Virgens, I. R. D., Gomes, N. P., & Monteiro, D. D. S. (2019). Suporte social de familiares e amigos: Discursos de pessoas com comportamento suicida. *Cogitare Enfermagem*, *24*, e64230. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.64230>
- Andriolo, L. R. G., & Oliveira, K. C. D. (2023). O comportamento suicida durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, *23*(2), 1-9. <https://doi.org/10.25248/reas.e11797.2023>
- Antunes, M. A. (2003). *Para uma utilização do SPSS — Statistical Package For The Social Sciences: Guia do utilizador — Pararte I — Estatísticas Descritivas* (1ª ed.). CEPAD.
- Aragão, C. de M. C. de, & Mascarenhas, M. D. M. (2022). Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *31*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100028>

- Arruda, V. L. D., Freitas, B. H. B. M. D., Marcon, S. R., Fernandes, F. Y., Lima, N. V. P. D., & Bortolini, J. (2021). Suicídio em adultos jovens brasileiros: Série temporal de 1997 a 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(7), 2699–2708. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021>
- Assari, S., Boyce, S., Bazargan, M., & Caldwell, C. H. (2021). Race, Family Conflict and Suicidal Thoughts and Behaviors among 9–10-Year-Old American Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105399>
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: Informando para prevenir*. Conselho Federal de Medicina. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/comunicacao/noticias/setembro-amarelo-do-hc-ufu-traz-acoes-de-capacitacao-para-os-trabalhadores/cartilha/view>
- Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Assis, S. G. D. (2021). Notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças nos sistemas nacionais de saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl 3), 4895–4908. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.35202019>
- Baére, F. de, & Zanello, V. (2018). O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. *Estudos de Psicologia*, 23(2), 168–178. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180017>
- Bahia, C. A., Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Minayo, M. C. de S. (2017). Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: Perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(9), 2841–2850. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
- Bahia, C. A., Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Minayo, M. C. de S. (2020). Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 29(2), e2019060. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200006>

- Baltar, J. G. da C., Iglesias, A., & Borloti, E. B. (2020). Comorbidade entre Uso de Álcool e Outras Drogas, Transtornos Psiquiátricos e Comportamento Suicida: Uma Revisão. *Revista Psicologia e Saúde, 12*(2), 3-18. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.676>
- Barreto, A. A. M., & Souza, L. E. P. F. D. (2021). Desemprego e suicídio na população brasileira em um cenário de crise do capitalismo. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(12), 5869–5882. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14672021>
- Barros, S., Santos, J. C. D., Candido, B. D. P., Batista, L. E., & Gonçalves, M. M. (2022). Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes negros e o racismo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 26*, 1–18. <https://doi.org/10.1590/interface.210525>
- Bastiampillai, T., Allison, S., Looi, J. C. L., Licinio, J., Wong, M.-L., & Perry, S. W. (2020). The COVID-19 pandemic and epidemiologic insights from recession-related suicide mortality. *Molecular Psychiatry, 25*(12), Artigo 12. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00875-4>
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. D., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*(suppl 2), S87–S95. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. Editora Unesp.
- Bombarda, T. B., & Joaquim, R. H. V. T. (2022). Registro em prontuário hospitalar: Historicidade e tensionamentos atuais. *Cadernos Saúde Coletiva, 30*(2), 265–273. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230020116>
- Borba, L. D. O., Maftum, M. A., Vayego, S. A., Mantovani, M. D. F., Felix, J. V. C., & Kalinke, L. P. (2018). Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52*, e03341. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017006603341>

- Borges, C. D., & Schneider, D. R. (2020). O processo de cuidado em um CAPSAD na perspectiva de usuários e familiares. *São Paulo*, 40(99), 227-240.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200007)
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.  
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: Saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção [Editorial]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 7–8. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462007000100004>
- Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B. D., Barros, M. B. D. A., Silva, V. F. D., & Dalgalarondo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: Um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632–2638. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>
- Botega, N. (2014). Comportamento Suicida: Epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231–236.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Botega, N. J. (2015a). *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Artmed.
- Botega, N. J. (2015b, Novembro 11). *Crise Suicida - Avaliação e Manejo*.  
<https://www.cvv.org.br/blog/crise-suicida-avaliacao-e-manejo/>
- Botega, N. J., & Cais, C. F. S. (2017). Comportamento suicida. In: N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 257-280). Artmed.
- Braun, B. F., Anjos, G. O., Fonseca, T. M. A., Trevisan, E. R., & Castro, S. D. S. (2023). Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio: Revisão integrativa. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 19 (1), 112–122. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smsad.2023.186463>

- Brazoloto, T. D. S., & Zaniani, E. (2021). Suicídio infantil: Reflexões sobre o cuidado em saúde mental. *Contradição - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas e Sociais*, 2(2), 1–21.  
<https://doi.org/10.33872/revcontrad.v2n2.e023>
- Bridge, J. A., Asti, L., Horowitz, L. M., Greenhouse, J. B., Fontanella, C. A., Sheftall, A. H., Kelleher, K. J., & Campo, J. V. (2015). Suicide Trends Among Elementary School–Aged Children in the United States From 1993 to 2012. *JAMA Pediatrics*, 169(7), 673–677.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0465>
- Busato, W.M.M, Asevedo, E., & Mari, J. (2021). Epidemiologia do Suicídio. In R. F. Damiano, A. C. Luciano, I. D. G. Cruz, & H. Tavares (Eds.), *Compreendendo o suicídio* (1ª ed., pp 82-93). Manole.
- Caliman, M. O. S., Silva, M. A., Andrade, L. S., Guzman, I. R. E., Santos, M.V. F., & Siqueira, M. M. (2022). Vigilância epidemiológica das tentativas de suicídio: Avaliando a qualidade dos dados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (28), 58-70.  
<https://doi.org/10.19131/rpesm.346>
- Campos, R. O. (2001). Clínica: A palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98–111.  
<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>
- Cardoso, A. S., & Cecconello, A. M. (2019). Fatores de risco e proteção para o suicídio na adolescência: uma revisão de literatura. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*, 4 (2).  
<https://doi.org/10.29327/211045.4.2-5>
- Carmo, É. A., Santos, P. H. S., Ribeiro, B. S., Soares, C. D. J., Santana, M. L. A. D., Bomfim, E. D. S., Oliveira, B. G. D., & Oliveira, J. D. S. (2018). Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013.

*Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(1), e20171971. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100001>

Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. D. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1943–1954. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002>

Cavalheiro, J. Z. C. (2021). Considerações Sobre Tentativa de Suicídio e Suicídio Completo em Crianças. In K. S. e D.R.S, *Atualizações em suicidologia: narrativas, pesquisas, experiências* (p.77 – 91). Instituto Vita Alere. <https://vitaalere.com.br/materiais-online/cartilhas-e-manuais/>

Cellard, A. (2012). A análise documental. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & Á. Pires (Eds.), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 296–316). Vozes.

Chen, I.-M., Liao, S.-C., Lee, M.-B., Wu, C.-Y., Lin, P.-H., & Chen, W. J. (2016). Risk factors of suicide mortality among multiple attempters: A national registry study in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 115(5), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.07.009>

Conselho Federal de Enfermagem. (2016). *Guia de Recomendações para registro de Enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem*. <https://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outras-documentos-de-enfermagem/>

Conselho Federal de Medicina. (1999, Novembro 29). *Prontuário Médico*. <https://portal.cfm.org.br/artigos/prontuario-medico/>

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2009). *Resolução CFP Nº 001/2009*. [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009\\_01.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf)

- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho*. Conselho Federal de Psicologia, v.1, 1ª ed. [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo\\_psicologia\\_Vol1-1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf).
- Conselho Federal de Serviço Social. (2022). *Produção de Documentos e emissão de opinião técnica em Serviço Social*. <https://www.cfess.org.br/arquivos/EbookCfess-DocOpinioTecnica2022-Final.pdf>
- Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. (2020). *Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação*. [https://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes\\_atuacao\\_profissional.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf).
- Cordeiro, E. L., Silva, L. S. R. D., Mendes, E. W. P., Silva, L. C. L. D., Duarte, V. L., & Lima, É. C. M. P. (2020). Tentativa de suicídio e fatores associados ao padrão uso e abuso do álcool. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157007>
- Cordeiro, G.T.L. (2022). Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021 [Dissertação de Mestrado, Mestrado Profissional em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz]. Biblioteca de Saúde Pública da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56968>
- Correia, C. M., Andrade, I. C. S. de, Gomes, N. P., Rodrigues, G. R. dos S., Cunha, K. S. da, & Diniz, N. M. F. (2020). Atenção psicossocial às pessoas com comportamento suicida na perspectiva de usuários e profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019028803643>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3rd ed.). Artmed.

- Dadalto, C. F., & Aragão, C. V. (2019, Junho 20-22). Fórum Permanente de Prevenção ao Suicídio: uma aposta em espaços coletivos para construção do cuidado em saúde mental [Resumo de Relato de Experiência]. 4º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, Salvador, Bahia, Brasil.  
[https://www.direitoshumanos2019.abrasme.org.br/atividade/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNjoiYToxOntzOjE5OiJJRF9BVEIWSURBREUiO3M6MzoiNTA2Ijt9IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6IjY3NzE0MGRhN2FjNTQ5OTg5MjRiMDJkMTQ3YjY0NGQ4Ijt9&ID\\_ATIVIDADE=506](https://www.direitoshumanos2019.abrasme.org.br/atividade/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNjoiYToxOntzOjE5OiJJRF9BVEIWSURBREUiO3M6MzoiNTA2Ijt9IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6IjY3NzE0MGRhN2FjNTQ5OTg5MjRiMDJkMTQ3YjY0NGQ4Ijt9&ID_ATIVIDADE=506).
- Dervic, K., & Oquendo, M. A. (2019). Suicidal and Self-Harming Preschoolers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 22–24.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.895>
- Deslandes, S. F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 81–94. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100007>
- Dodd, P., Doherty, A., & Guerin, S. (2016). A Systematic Review of Suicidality in People with Intellectual Disabilities. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(3), 202–213.  
<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000095>
- Dodô, G. A., & Camêlo, E. L. S. (2023). Fatores psicossociais associados ao suicídio no Brasil: 2010, 2015 e 2020. *Revista Científica Multidisciplinar*, 4(5), 1-13.  
<https://doi.org/10.47820/recima21.v4i5.3125>
- Dória, G. A. (2020). *Um olhar além dos números: análise do perfil epidemiológico da violência interpessoal e autoprovocada notificada do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil* [Dissertação de Mestrado, Mestrado Profissional Interdisciplinar em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri]. Sistemas de Bibliotecas –

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

<http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/2536>

Drebes, L. M. (2017). Suicídio, agrotóxicos e legislação: Uma revisão de estudos recentes.

*Educação Ambiental em Ação*, XVI(60). <https://www.revistaea.org/pf.php?idartigo=2769>

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001).

Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089–3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>

Espírito Santo. (2021). Prevenção ao Suicídio: Ações do «Setembro Amarelo» conscientizam a população sobre o tema. *Portal ES*. Obtido 3 de novembro de 2022.

<https://www.es.gov.br/Noticia/prevencao-ao-suicidio-acoes-do-setembro-amarelo-conscientizam-populacao-sobre-o-tema>

Espírito Santo. (2022). Dados da violência interpessoal/autoprovocada de pessoas notificadas ao SUS do Espírito Santo, 2016 a 2021. *Secretaria de Estado da Saúde*.

<https://saude.es.gov.br/dants>

Estados e Cidades. (sem data). São Mateus/ES. Estados e Cidades do Brasil. Obtido 5 de agosto de 2023, de <https://www.estadosecidades.com.br/es/sao-mateus-es.html>.

Fávero, L. P., Belfiore, P. (2017). *Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada*. 1ª Edição. Elsevier.

Felizari, G. B., Gomes, G. A., Maronezi, L. F. C., Fernandes, J. de F., & Lindemann, I. L. (2020, Outubro 20). *Caracterização dos casos de violência autoprovocada em municípios da 6ª coordenadoria regional de saúde*. [Publicação de Resumo]. Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica da UFSS, Universidade Federal da Fronteira do Sul, 1(10).

<https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/JORNADA/article/view/13738>

- Fernandes, F. Y., Freitas, B. H. B. M. de Marcon, S. R., Arruda, V. L. de, Lima, N. V. P. de, Bortolini, J., & Gaíva, M. A. M. (2020). Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, 29(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400025>
- Ferracioli, N. G. M., Oliveira, W. A., Oliveira-Cardoso, É. A., Corradi-Webster, C. M., Risk, E. N., & Santos, M. A. (2021). Comportamento suicida: O paradoxo vida e morte em meio à pandemia de COVID-19. *Estud. Interdisciplinar. Psicol.*, 12(2), 75 – 98.
- Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2003). Suicídio na infância: será a perda da inocência? *Psicol. Argum*, 39–46. <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/41268/30452>
- Filho, O. C. S., & Minayo, M. C. de S. (2021). Tripo tabu: Sobre o suicídio na infância e na adolescência. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(7), 2693–2698. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021>
- Flick, U. (2013). *Introdução à metodologia de Pesquisa: um guia para iniciante*. Penso.
- Fonseca, A. C. D. S., & Marin, A. H. (2023). Violência Autoprovocada no Brasil: Caracterização dos Casos Notificados entre 2009 e 2021. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(3), 131–146. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i3.2005>
- Freitas, A., Scardueli, F. C. V., Nogueira, J. H. V. G., & Lima, M. O. (2021). Impacto familiar do suicídio. In R. F. Damiano, A. C. Luciano, I. D. G. Cruz, & H. Tavares (Eds.), *Compreendendo o suicídio* (1ª ed., pp. 116-120). Manole.
- Freitas-Dias, R., & Júnior, J. L. C. (2021). Guia Prático de Bioestatística: para estudantes da área da saúde (1ªed, V.1). Produção Independente.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020). *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19*. Fundação Oswaldo Cruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44264>

- G1 Globo. (2023, fevereiro 4). Bolsonaro liberou 2.182 agrotóxicos em 4 anos, recorde para um governo desde 2003.  
<https://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2023/02/04/bolsonaro-liberou-2182-agrotoxicos-em-4-anos-recorde-para-um-governo-desde-2003.ghtml>
- Gatti, P. V., & Mendes, A. I. F. (2020). As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 16* (1), 83–91. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20200004>
- Gipson, P., & King, C. (2012). Health Behavior Theories and Research: Implications for Suicidal Individuals' Treatment Linkage and Adherence. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.11.005>
- Goering, M., & Chiarelli, M. Q. (2019). *Visualização de Cuidado Coletivo na Atenção Primária à Saúde: Formação dos profissionais. 11*(3), 99-114.  
<https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/4918/3682>
- Gomes, E. R., Iglesias, A., & Constatinidis, T. C. (2019). Revisão Integrativa de Produções Científicas da Psicologia Sobre Comportamento Suicida. *Revista Psicologia E Saúde, 11*(2), 35–53. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>
- Governo do Distrito Federal. (2022). *Violência Interpessoal e Autoprovocada no Distrito Federal*. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.  
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/INFORME+1%C2%BA+QUADRIMESTR+E+2022+roxo.pdf/78413eaf-38e5-0c94-42ac-95f4c328d732?t=1660756335309>
- Guimarães, P. R. (2008). Métodos Quantitativos Estatísticos. IESDE Brasil S.A.
- Gutierrez, D. M. D., Minayo, M. C. S., Sousa, A. B. L., & Grubits, S. (2020). Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção? *Saúde e Sociedade, 9*(4),  
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190659>

- Heck, R. M., Kantorski, L. P., Borges, A. M., Lopes, C. V., Santos, M. C. D., & Pinho, L. B. D. (2012). Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 26-33.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100003>
- Henriques, B. D., Rocha, R. L., & Madeira, A. M. F. (2010). O atendimento e o acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: Uma revisão de literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 251-256.  
[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622010000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622010000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
- Heuko, J. G., Savaris, L. E., Franco, R. S., & Silveira Filho, A. D. (2022). Violência autoprovocada: Estudo da incidência nos primeiros meses da pandemia de COVID-19. *Research, Society and Development*, 11(12), 1-9. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34101>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2010). Censo demográfico 2010.  
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/sao-mateus/pesquisa/23/26170?detalhes=true>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Cidades e Estados: São Mateus*.  
<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/sao-mateus.html>
- Instituto de Saúde Coletiva. (2019). *Boletim Epidemiológico - Ocupação e Suicídio no Brasil, 2007-2015 (14)*. Universidade Federal da Bahia. [https://ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2019/08/SUICIDIO\\_BOLETIM\\_CCVISATfinalFINAL.pdf](https://ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2019/08/SUICIDIO_BOLETIM_CCVISATfinalFINAL.pdf)
- Instituto Vita Alere. (2024, Fevereiro). Grupo de Sobreviventes. <https://vitaalere.com.br/sobre-o-suicidio/posvencao/grupo-de-sobreviventes/>
- Junior, C. S. (2020). Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de pandemia: Perspectivas para a prevenção no estado do rio grande do sul - brasil. *Ágora*, 22(2), 4-21.  
<https://doi.org/10.17058/agora.v22i2.15422>

- Júnior, J. N. D. B. S., Guedes, H. C. D. S., Januário, D. C., Silva, A. C. D. O. E., Palha, P. F., Nogueira, M. F., & Barrêto, A. J. R. (2022). Completude insatisfatória dos registros de enfermeiros nos prontuários dos usuários com tuberculose. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0316>
- Kantorski, L. P., Guedes, A. da C., Ramos, C. I., Treichel, C. A. D. S., Portela, D. L., Willrich, J. Q., Jardim, V. M. da R., & Santos, V. B. D. (2021). Prevalência de ideação e tentativa de suicídio entre usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revista gaúcha de enfermagem*, 42, e20190505. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190505>
- Kitagawa, T., Sales, C. C. F., Paiano, M., & Oliveira, M. L. F. de. (2019). Adolescentes internados por tentativa de suicídio com agentes químicos: Um estudo transversal. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 40(1), 5–14. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2019v40n1p5>
- Kripka, R. M. L., Scheller, M., & de Lara Bonotto, D. (2015). Pesquisa Documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones UNAD*, 14(2), 55. <https://doi.org/10.22490/25391887.1455>
- Kovács, M. J. (2008). Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In: M. J. Kovács, *Morte e desenvolvimento humano* (pp.165-187). Casa do Psicólogo.
- Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, 25(3), 246–252. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140005>
- Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019. (2019). Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm)
- Lei Nº 11.147 de 07 de Julho de 2020. (2020). Define a obrigatoriedade de Notificação Compulsória dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde - SUS à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde, instituição de

ensino e assistência social, de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do Estado do Espírito Santo, e dá outras providências. *Governo do Estado do Espírito Santo*.

- Lima, J. M. S. F., França, J. K. R., & Bento, T. M. A. (2018). Fatores predisponentes que levam jovens adultos à ideação suicida e ao suicídio no Brasil. *Caderno de Graduação — Ciências Biológicas e da Saúde — UNIT — ALAGOAS*, 5 (1), 153-166.  
<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/5804>
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(suppl 2), S86–S93. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>
- Luis, M. A., Monroy, N. A. J., de Godoi, L. G., & Leite, F. M. C. (2021). Lesão Autoprovocada entre adolescentes: Prevalência e fatores associados, Espírito Santo, Brasil. *Aquichan*, 21(3).  
<https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.3>
- Lunsky, Y., Raina, P., & Burge, P. (2012). Suicidality among adults with intellectual disability. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 292–295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.013>
- Macedo, F. L., & Burgueira, D. S. (2020). Suicídio Infantil: Por quais motivos o suicídio na infância está começando tão cedo. *Revista InterCiência - IMES Catanduva*, 1(4), 65-73.  
<https://www.fafica.br/revista/index.php/interciencia/article/view/141>
- Machado, D. B., & Santos, D. N. D. (2015). Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 45–54. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
- MacIsaac, M. B., Bugeja, L. C., & Jelinek, G. A. (2017). The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 41(1), 61–69. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12594>
- Maronezi, L. F. C., Felizari, G. B., Gomes, G. A., Fernandes, J. D. F., Riffel, R. T., & Lindemann, I. L. (2021). Prevalência e características das violências e intoxicações exógenas

autoprovocadas: Um estudo a partir de base de dados sobre notificações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(4), 293–301. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000349>

Martelli, C., Awad, H., & Hardy, P. (2010). In-patients suicide: Epidemiology and prevention.

*L'Encephale*, 36 Suppl 2, D83-91. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.06.011>

Melo, T. M. A. G., Lucena, M. A. da S., Albertim, C. N., & Melo, N. M. G. (2022). *O tempo não para: A desinstitucionalização em tempos de pandemia*. 14(39), 26,40.

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80301>

Menandro, P. R. M. (2016). Fontes de informação de especial interesse para a pesquisa

documental no âmbito da Psicologia. In M. E. O. Lima & D. X. França (Eds.). *Níveis de análise e formas de intervenção psicossocial em Psicologia Social* (pp. 87–105). Scortecci.

Mendes, M. R. S. S. B., Gusmão, J. L. D., Faro, A. C. M. E., & Leite, R. D. C. B. D. O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: Uma breve consideração. *Acta Paulista de Enfermagem*,

18(4), 422–426. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>

Meneghel, S. N., Gutierrez, D. M. D., Silva, R. M. D., Grubits, S., Hesler, L. Z., & Ceccon, R. F.

(2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8),

1983–1992. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>

Merrick, J., Merrick, E., Lunskey, Y., & Kandel, I. (2005). Suicide Behavior in Persons with

Intellectual Disability. *The Scientific World Journal*, 5, 729–735.

<https://doi.org/10.1100/tsw.2005.91>

Minayo, M. C. de S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou

Complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 239–262.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fJDb/?format=pdf&lang=pt>

Minayo, M. C. D. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da

literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750–757. [https://doi.org/10.1590/S0034-](https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020)

[89102010000400020](https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020)

Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14th ed.). HUCITEC.

Minayo, M. C. D. S., & Cavalcante, F. G. (2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: Revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1751–1762.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>

Minayo, M. C. S. (2022). Por que antecipar o fim? Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. In L. L. & P. V. P. N. (Orgs.), *(RE)Pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos (livro eletrônico)*. EDUFBA.

Ministério da Justiça. (2013). *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 5ª ed. SENAD.

Ministério da Saúde. (2001). *Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade*. Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis\\_mortalidade.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf)

Ministério da Saúde. (2006). *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. FIOCRUZ.  
[https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/livro\\_complementar.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/livro_complementar.pdf)

Ministério da Saúde. (2007). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação*.  
[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan\\_net/Manual\\_Normas\\_e\\_Rotinas\\_2\\_edicao.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_edicao.pdf)

Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Ministério da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)

Ministério da Saúde. (2013). *Saúde mental*. Ministério da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)

Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos*. Ministério da Saúde.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf)

Ministério da Saúde. (2015). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Ministério da Saúde.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf).

Ministério da saúde. (2016a). *Viva instrutivo 2016: notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. *Secretaria de Vigilância em Saúde*.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_)

Ministério da Saúde. (2016b). *Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Ministério da Saúde.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2017/17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada-pdf/view>

Ministério da Saúde. (2017a). *Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas*.

Ministério da Saúde.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_violencias\\_interpessoais\\_autoprovocadas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf)

Ministério da Saúde. (2017b). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS*. Ministério da Saúde.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf).

Ministério da Saúde. (2017c). *O SINAN*. <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>

- Ministério da Saúde. (2018). Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Ministério da Saúde e Universidade de Brasília. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos\\_suicidio\\_adolescentes\\_negros\\_2012\\_2016.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf)
- Ministério da Saúde. (2019). Roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Ministério da Saúde. [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO\\_ANALISE\\_SINAN\\_Marco\\_2019\\_V1.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf)
- Ministério da Saúde. (2020). *Nota Técnica Nº43/2020—CGMAD/DAPES/SAPS/MS*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-43-2020-cgmad-dapes-saps-ms>
- Ministério da Saúde. (2021a). *Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil* (Boletim Epidemiológico 33). Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf)
- Ministério da Saúde. (2021b). *Sistemas de informação em saúde*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/sistemas-de-informacao-em-saude>
- Ministério da Saúde. (2022). Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Ministério da Saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_obito\\_manual\\_preenchimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_manual_preenchimento.pdf)

- Ministério da Saúde. (2023a). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação—Sinan*.  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>
- Ministério da Saúde. (2023b). *Sistema de Informação sobre Mortalidade – DataSUS*.  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Ministério da Saúde. (2023c). DATASUS – Departamento de Informática do SUS.  
<https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>
- Ministério da Saúde. (2023d). Acesso à informação. <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/>
- Morais, C. (2005). *Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística*. Escola Superior de Educação. <http://hdl.handle.net/10198/7325>
- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. *Atas CIAIQ2015*, 3, 126–131.  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7415300/mod\\_resource/content/1/Entrevista\\_semies- truturada\\_contexto\\_saude.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7415300/mod_resource/content/1/Entrevista_semies- truturada_contexto_saude.pdf)
- Moreno, J., & Saldaña, D. (2005). Use of a computer-assisted program to improve metacognition in persons with severe intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 26(4), 341–357. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.07.005>
- Moreira, L.C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19 (3), 445–453.  
<https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>
- Moreira, M. I. B., & Onocko-Campos, R. T. (2017). Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade*, 26(2), 462–474.  
<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017171154>
- Moscicki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*, 4(2), 152–158. [https://doi.org/10.1016/1047-2797\(94\)90062-0](https://doi.org/10.1016/1047-2797(94)90062-0)

- Nascimento, A. B., & Maia, J. L. F. (2021). Comportamento suicida na pandemia por COVID-19: Panorama geral. *Research, Society and Development*, 10(5), e59410515923.  
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15923>
- Neto, J. L. F. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: Análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390–403. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200013>
- Oliveira, M. K. (2004). Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 211–229. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200002>
- Omary, A. (2021). Predictors and Confounders of Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Adults with and without Depression. *Psychiatric Quarterly*, 92(1), 331–345.  
<https://doi.org/10.1007/s11126-020-09800-y>
- Orellana, J. D. Y., & Souza, M. L. P. (2022). Excess suicides in Brazil: Inequalities according to age groups and regions during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(5), 997–1009. <https://dx.doi.org/10.1177/00207640221097826>
- Ores, L.D.C., Quevedo, L.D.A., Jansen, K., Carvalho, A.B.D., Cardoso, T.A., Souza, L.D.D.M., Pinheiro, RT, & Silva, RAD (2012). Risco de suicídio e comportamento de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: Um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (2), 305–312.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200009>
- Papalia, D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Artmed.
- Pérez B., Sergio, R. Guerra, L. A., Anaya, T. P., & López, R. C. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(1), 7-11.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100002&lng=es&tlng=es)
- Pinheiro, L. R. S., & Monteiro, J. K. (2007). Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10(2), 35-45.  
<https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v10i2p35-45>

Pinheiro, R. (2009). *Cuidado em Saúde*. Recuperado 10 de janeiro de 2024, de

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>

Pinheiro, T. D. P., Warmling, D., & Coelho, E. B. S. (2021). Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(4), e2021337. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000400026>

Pinto, L. W., Assis, S. G. D., & Pires, T. D. O. (2012). Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1963–1972. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007>

Pirkis, J., Gunnell, D., Shin, S., Del Pozo-Banos, M., Arya, V., Aguilar, P. A., Appleby, L., Arafat, S. M. Y., Arensman, E., Ayuso-Mateos, J. L., Balhara, Y. P. S., Bantjes, J., Baran, A., Behera, C., Bertolote, J., Borges, G., Bray, M., Brečić, P., Caine, E., ... Spittal, M. J. (2022). Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *eClinicalMedicine*, 51, 101573. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101573>

Portaria GM/MS n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ministério da Saúde*.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

Portaria n.º 1.271, de 06 de junho de 2014. (2014). Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Ministério da Saúde*.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html#:~:text=Defin](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html#:~:text=Defin)

e%20a%20Lista%20Nacional%20de,anexo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid  
%C3%A1ncias.

Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Ministério da Saúde*.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)

Portaria Nº 397, de 16 de março de 2020. (2020). Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. *Ministério da Saúde*.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397\\_16\\_03\\_2020.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html)

Prefeitura Municipal de São Mateus [PMSM]. (2015). *Lei complementar Nº 104/2015, Nº 104*.

<https://www.saomateus.es.gov.br/uploads/legislacaoitens/52dzuot8nclve3prgxmk7ysi4b6qwhf0j19.pdf>

Prefeitura Municipal de São Mateus. (2021a). *Plano Municipal de Saúde 2022-2025*.

<https://saomateus.es.gov.br/uploads/acessetambem/m895fc7h0wq32oi1kruldyap4xs6tenjgvzb.pdf>

Prefeitura Municipal de São Mateus. (2021b). *Casa da Mulher promove live sobre violência contra mulheres*. Obtido 5 de agosto de 2023, de

<https://www.saomateus.es.gov.br/noticia/casa-da-mulher-promove-live-sobre-violencia-contra-as-mulheres-mateenses>.

Prefeitura Municipal de São Mateus. (2022a). *Localização*. <http://saomateus.es.gov.br/sao-mateus/localizacao>

Prefeitura Municipal de São Mateus. (2022b). *Relatório detalhado do quadrimestre anterior — janeiro a abril — 1.º RDQA 2022*.

<https://saomateus.es.gov.br/uploads/acessetambem/pm1r69acbgi3ohl2nk0s4i7ue58zxydwftvq.pdf>

Probert-Lindström, S., Berge, J., Westrin, Å., Öjehagen, A., & Skogman Pavulans, K. (2020).

Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: Results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open*, *10*(10), e038794.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038794>

Reddy, M. S. (2010). Suicide Incidence and Epidemiology. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *32*(2), 77–82. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.78501>

Resolução n.º 1 de 29 de setembro de 2011. (2011). Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. *Ministério da Saúde*.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001\\_29\\_09\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html)

Resolução N.º. 558, de 12 de julho de 2018. (2018). Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

Ribeiro, D. B., Terra, M. G., Soccol, K. L. S., Schneider, J. F., Camillo, L. A., & Plein, F. A. D. S. (2016). Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *37*(1). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>

Rigo, S. C. (2013). Capítulo III. In: *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Conselho Federal de Psicologia. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>

Roberto, T. M. L. (2019). Caracterização do perfil do indivíduo em caso de violência autoprovocada. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações - FAMERP. <http://bdtd.famerp.br/handle/tede/555>

- Rodrigues, M., Ayabe, N. H., Lunardelli, M. C. F., & Canêo, L. C. (2005). A Preparação para a Aposentadoria: O Papel do Psicólogo frente a essa Questão. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 6(1), 53–62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203016890006>
- Rosa, N. M. D., Oliveira, R. R. D., Arruda, G. O. D., & Mathias, T. A. D. F. (2017). Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: Uma análise epidemiológica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(2), 73–82. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000153>
- Salgado, R. N., & Seabra, D. S. (2021). Suicídio em negros. In: *Compreendendo o suicídio*. Editora Manole. <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9786555765847>
- Santana, C. J., Felix De Oliveira, M. L., & Marcon, S. S. (2019). Análise documental de prontuário de paciente: uma revisão sistemática de literatura. *Revista Paranaense de Enfermagem*, 2(1), 75–84. <https://www.fafiman.br/seer/index.php/REPEN/article/view/557>
- Santos, A. V., & Martins, H. T. (2016). Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial - CAPS na Bahia. *Revista Polis e Psique*, 6(3), 124–144. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2016000300008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300008)
- Santos, A. (2018). *IBM SPSS como ferramenta de pesquisa quantitativa*. Programa de Pós-Graduação em Administração — PUC São Paulo. <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/administracao/IBM-SPSS-como-ferramenta%20de-pesquisa-quantitativa-alexandra-santos.pdf>
- Santos, A. A. dos, Barros, D. R., Lima, B. M. de, & Brasileiro, T. da C. (2018). Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências. *Temas Em Saúde*, 18(3), 120–147. <https://doi.org/10.29327/213319.18.3-8>
- Santos, L. A., & Kind, L. (2020). Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: Caminhos para se enfrentar o suicídio. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, 1-13. <https://doi.org/10.1590/interface.190116>

- Santos, D. V. D. D., Federhen, C., Silva, T. A. D., Santos, I. R. D., Levino, C. D. A., Onocko-Campos, R. T., & Stefanello, S. (2020). A Gestão Autônoma da Medicação em Centros de Atenção Psicossocial de Curitiba (PR). *Saúde em Debate*, 44(spe3), 170–183.  
<https://doi.org/10.1590/0103-11042020e315>
- Santos, C., & Monteiro, C. (2021). Níveis de ideação suicida associados ao uso de álcool. *Enfermería Global*, 20(3), 127-138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.451351>
- Scavacini, K. (2019). *Como falar de forma segura sobre o suicídio*. Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. <https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2019/09/425263625-Como-Falar-de-Forma-Segura-Sobre-Suicidio.pdf>
- Scavacini, K., & Cacciacarro, M. F. (2019). Automutilação e suicídio de crianças e adolescentes. In K. S. (org.), *História de Sobreviventes do Suicídio* (vol. 2, p. 13 – 22). Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio.
- Scavacini, K., Cornejo, E. R. P. U., & Cescon, L. F. (2019). *Prevenção do suicídio na internet: Adolescentes* (1ª). Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio.  
[https://vitaalere.com.br/prevsuicidiointernetadolescentes/AF\\_cartilha\\_adolescentes\\_18\\_09.pdf](https://vitaalere.com.br/prevsuicidiointernetadolescentes/AF_cartilha_adolescentes_18_09.pdf)
- Scavacini, Karen. (2022). *Suicídio – um problema de todos: como aumentar a consciência pública na prevenção e na posvenção*. Sinopsys Editora.
- Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. *Temas Em Psicologia*, 22(1), 133–145.  
<https://doi.org/10.9788/TP2014.1-11>
- Secretaria de Estado da Saúde [SESA]. (2018). *Diretrizes Clínicas em Saúde Mental*. Governo do Estado do Espírito Santo. Vitória/ES.

Secretaria de Estado da Saúde. (2020a). *Portaria n.º 001-R, de 2 de janeiro de 2020.*

[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Documentos/diario\\_oficial\\_2020-01-03\\_completo-15-16.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Documentos/diario_oficial_2020-01-03_completo-15-16.pdf)

Secretaria de Estado da Saúde. (2020b). *Sistema de notificação e-SUS Vigilância em Saúde passa a notificar COVID-19 em todo território capixaba.* Portal ES.

<https://www.es.gov.br/Noticia/sistema-de-notificacao-e-sus-vigilancia-em-saude-passa-a-notificar-covid-19-em-todo-territorio-capixaba>

Secretaria de Estado da Saúde. (2022a). *Dados de violência interpessoal/autoprovocada de pessoas notificadas ao SUS do Espírito Santo, 2016 a 2021.* Governo do Estado do Espírito Santo.

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/viol%C3%A9ncia-cultura%20de%20paz/RELATORIO%20VIOLENCIA%20dados%202020-2021%20EM%2012.01.22.pdf>

Secretaria de Estado da Saúde. (2022b). *Nota Técnica Nº 11/2022—Internações em Saúde Mental.* Governo do Estado do Espírito Santo.

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Saude%20Mental/NOTA%20T%C3%89CNICA%2011-2022%20-%20Interna%C3%A7%C3%B5es%20em%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf>

Secretaria de Estado da Saúde. (2023). *Sistema de Informação de Mortalidade – Tabnet Data.*

<http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/SIM/SIM2006/sim2006.def>

Secretaria de Estado de Direitos Humanos. (2023). *Centro de Referência das Juventudes de São Mateus.* Juventudes. <https://juventudes.es.gov.br/centro-de-referencia-das-juventudes-sao-mateus>

Selegim, M. R., Bellasalma, A. C. M., Mathias, T. A. D. F., & Oliveira, M. L. F. D. (2012).

Caracterização das tentativas de suicídio entre idosos. *Cogitare Enfermagem*, 17(2).

<https://doi.org/10.5380/ce.v17i2.25815>

- Sérvio, S. M. T., & Cavalcante, A. C. S. (2013). Retratos de autópsias Psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(esp.), 164–175.  
<http://www.scielo.br/j/pcp/a/Dd4MCZ4jBX64kfFbp5KX9JB/?lang=pt>
- Sher, L. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Suicide Rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707–712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- Silva, M., Cardoso, G., Saraceno, B., & Almeida, J. C. (2015). A saúde mental e a crise económica. In P.Santana (Ed.), *Território e saúde mental em tempos de crise* (pp. 64 – 77). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.  
[https://www.uc.pt/fluc/gigs/Publicacoes/Territorio\\_Saude\\_Mental\\_Tempos\\_Crise.pdf](https://www.uc.pt/fluc/gigs/Publicacoes/Territorio_Saude_Mental_Tempos_Crise.pdf)
- Silva, A. C., & Botti, N. C. L. (2017). Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18(18), 67–76.  
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0194>
- Silva, T. O., & Silva, L. T. G. (2017). Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. *Revista Psicopedagogia*, 34(103), 87 – 97.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862017000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000100009).
- Silva, D. A. D., & Marcolan, J. F. (2021). O impacto das relações familiares no comportamento suicida. *Research, Society and Development*, 10(2), e17310212349.  
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12349>
- Silva, L. C. S., Prado, M. A. D., Fernandes, M. R., Moraes Filho, A. V. D., Sousa, M. C. D., Costa, T. A. M. D., Carneiro, L. C., & Barbosa, M. A. (2021a). Inconformidades nos registros em prontuários: Opinião dos trabalhadores de saúde. *Research, Society and Development*, 10(12), e294101220587. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20587>
- Silva, P. J. da C., Feitosa, R. A., Machado, M. F., Quirino, T. R. L., Correia, D. S., Wanderley, R. de A., & de Souza, C. D. F. (2021b). Perfil Epidemiológico e tendência temporal da

mortalidade por suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(3), 224–235.

<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000338>

Silva, D. A. da, & Marcolan, J. F. (2022). Tendência da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil.

*Revista Baiana de Enfermagem*, 36, e45174. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45174>

Silva, D. R., & Pegoraro, R. F. (2023). Estratégias de cuidado a pessoas que tentaram suicídio

segundo a literatura. *Psicologia Revista*, 32(1), 36–55. [https://doi.org/10.23925/2594-](https://doi.org/10.23925/2594-3871.2023v32i1p36-55)

[3871.2023v32i1p36-55](https://doi.org/10.23925/2594-3871.2023v32i1p36-55)

Simões, E. V., Oliveira, A. M. N. de, Pinho, L. B. de Lourenção, L. G., Oliveira, S. M. de, &

Farias, F. L. R. de. (2021). Motivos atribuídos às tentativas de suicídio: percepção dos

adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 3). [https://doi.org/10.1590/0034-](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0163)

[7167-2021-0163](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0163)

Sousa, G. S. D., Silva, R. M. D., Figueiredo, A. E. B., Minayo, M. C. D. S., & Vieira, L. J. E. D.

S. (2014). Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface -*

*Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 389–402. [https://doi.org/10.1590/1807-](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0241)

[57622013.0241](https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0241)

Sousa, G. S. D., Santos, M. S. P. D., Silva, A. T. P. D., Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017).

Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3099-3110.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>

Sousa, B., Fonseca, M., Loureiro, S., Cordeiro, L., & Ribeiro, E. (2018). Suicídio na infância e

adolescência: fatores de risco e prevenção. *Revista de Psicologia da Criança e do*

*Adolescente*, 9(2). <https://doi.org/10.34628/ky0k-rc74>

Sousa, C. M. D. S., Mascarenhas, M. D. M., Lima, P. V. C., & Rodrigues, M. T. P. (2020).

Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-

2014. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(4), 477–487. [https://doi.org/10.1590/1414-](https://doi.org/10.1590/1414-462x202028040139)

[462x202028040139](https://doi.org/10.1590/1414-462x202028040139)

- Sousa, R. N., Scavacini, K., & Bredemeier, J. (2023). Comportamento suicida em adolescentes surdos. In K. Scavacini, D. R. Silva (Orgs.), *Atualizações em suicidologia: narrativas, pesquisas e experiências (livro eletrônico)* (Vol. 2, pp.13-27). Instituto Vitalere de Prevenção e Posvenção do Suicídio.  
[https://drive.google.com/file/d/1KbF3b89AxmoU4wnBSzDSdC\\_HGNlEd-4/view](https://drive.google.com/file/d/1KbF3b89AxmoU4wnBSzDSdC_HGNlEd-4/view)
- Souza, V. D. S., Alves, M. D. S., Silva, L. A., Lino, D. C. S. F., Nery, A. A., & Casotti, C. A. (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 294–300. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000400010>
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562–563. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.562>
- Tavares, J. S.C. (2017). Suicídio na população negra brasileira: nota sobre mortes invisibilizadas. *Revista Brasileira de Psicologia*, 04(01), 73-75.  
<https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/download/1843/499>
- Tavares, J. S. C., Filho, C. A. A. de J., & Santana, E. F. de. (2020). Por uma política de saúde mental da população negra no sus. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as*, 12(Ed. Especi), 138–151. <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1118>
- Tejedor, M. C., Díaz, A., Castellón, J. J., & Pericay, J. M. (1999). Attempted suicide: Repetition and survival--findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(3), 205–211. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10847.x>
- Vasconcellos, M. M., Gribel, E. B., & Moraes, I. H. S. D. (2008). Registros em saúde: Avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(suppl 1), s173–s182. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>

- Wanderbroocke, A. C., Folly, P. P., Maba, P. C., & Carvalho, T. de. (2015). Oficina de memória para idosos em uma unidade básica de saúde: Um relato de experiência. *Psicologia Revista*, 24(2), 253–263. <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27798>
- Wark, S., McKay, K., Ryan, P., & Müller, A. (2018). Suicide amongst people with intellectual disability: An Australian online study of disability support staff experiences and perceptions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/jir.12442>
- Werlang, B. (2013). Capítulo II. In: *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Conselho Federal de Psicologia. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>
- Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>
- World Health Organization [WHO]. (2000). *Prevenção do Suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/OMS-Manual-de-preven%C3%A7%C3%A3o-do-suic%C3%ADdio-para-cl%C3%ADnicos-gerais.pdf/8ff7812e-9a57-3f8c-23a0-d6e6a96998bb?t=1648938699294>
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>
- World Health Organization. (2023). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Zortea, T. C., Brenna, C. T. A., Joyce, M., McClelland, H., Tippet, M., Tran, M. M., Arensman, E., Corcoran, P., Hatcher, S., Heise, M. J., Links, P., O'Connor, R. C., Edgar, N. E., Cha, Y., Guaiana, G., Williamson, E., Sinyor, M., & Platt, S. (2021). The impact of infectious disease-

related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts: A systematic review. *Crisis*, 42(6), 474–487. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000753>

### Apêndice A – Questionário para coleta de informações dos prontuários

Identificação do Prontuário: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Orientação Sexual: ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) Não Informado

Identidade de Gênero: ( ) Travesti ( ) Mulher Transexual ( ) Homem Transexual ( ) Não se aplica ( ) Não informado

1. Como a pessoa chegou ao serviço? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Queixa Principal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Quais os primeiros procedimentos ofertados quando a pessoa chegou ao serviço?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Há quanto tempo essa pessoa encontra-se/permaneceu no serviço: \_\_\_\_\_

---

5. Qual comportamento suicida apresenta: \_\_\_\_\_

6. Em que momento o comportamento suicida compareceu no prontuário? Depois de quais atendimentos e queixas?

---

---

---

7. Quais os fatores predisponentes e precipitantes<sup>22</sup> para tal comportamento? \_\_\_\_\_

---

---

8. Como é composta a rede de apoio pessoal: \_\_\_\_\_

---

---

9. Histórico de Saúde-doença: \_\_\_\_\_

---

---

10. Histórico Pessoal: \_\_\_\_\_

---

<sup>22</sup> Entende-se como fatores predisponentes para o risco em suicídio as causas remotas, que levam as pessoas a um estado de tristeza e desânimo profundos, como transtornos psiquiátricos, tentativa anterior de suicídio, abuso sexual na infância, abuso sexual infantil, agressividade e outros. Já os fatores predisponentes seriam os eventos desencadeantes (os estressores atuais) que as pessoas e/ou imprensa atribuem ao suicídio, como desilusão amorosa, conflitos familiares, desemprego, separação conjugal (Botega, 2015b)

---

---

---

**11.** Quais os cuidados ofertados a essa pessoa? \_\_\_\_\_

---

---

---

**12.** Quais profissionais estão envolvidos nesse cuidado? \_\_\_\_\_

---

---

---

**13.** O caso houve desfecho? ( ) Sim ( ) Não

**14.** Se sim, qual desfecho? \_\_\_\_\_

---

---

---

**15.** Se não, em que fase encontra-se esse cuidado? \_\_\_\_\_

---

---

---

Outras Observações: \_\_\_\_\_

### **Apêndice B – Termo de autorização para pesquisa**

Prezado (a) Secretário (a)

Solicitamos autorização, na qualidade de pesquisadora mestranda e orientadora do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo/ES, para realização de pesquisa de mestrado intitulada “Comportamento suicidada: um olhar para os casos e cuidados ofertados”. A pesquisa tem como objetivo geral: analisar casos de comportamento suicida nas diferentes faixas etárias, ocorridos no período de 2018 a 2022, em um município do norte do Espírito Santo e; objetivos específicos: descrever as características dos casos notificados de comportamento suicida em um município do norte do Espírito Santo; comparar as características das notificações de comportamento suicida realizadas no período pré-pandemia e no contexto pandêmico da COVID-19; investigar o histórico de saúde, doença e cuidado registrado de casos notificados de comportamento suicida nas diferentes faixas etárias. A coleta de dados será realizada por meio de pesquisa documental, a partir das fichas de notificação de violência autoprovocada dos sistemas: Sistema de Informação em Saúde E-SUS Vigilância em Saúde (E-SUS VS) e; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade e das informações dos prontuários de pessoas em comportamento suicidas, com previsão de coleta no primeiro semestre de 2023 (2023/1).

A pesquisa será realizada pela mestranda Schyrlei Viana da Silva, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Alexandra Iglesias. Eventuais dúvidas e esclarecimentos poderão ser sanados com as pesquisadoras: Schyrlei Viana da Silva (schyrleipsicologia@hotmail.com/ (27) 99899-8109); Alexandra Iglesias (leiglesias@gmail.com/ (27) 98172-0115).

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Alexandra Iglesias  
Doutora em Psicologia — Orientadora da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Schyrlei Viana da Silva  
Mestranda em Psicologia — UFES

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Recebido em: \_\_\_\_\_

**Apêndice C – Características gerais das pessoas notificadas por violência  
autoprovocada**

Variáveis		Freq. Total (2018-2022)	% Total (2018-2022)
<i>Município de Residência</i>	São Mateus	402	100
<i>Zona de Residência</i>	Urbana	278	69,2
	Rural	33	8,2
	Periurbana	04	1,0
	Ignorado	00	00
	Não Informado	87	21,6
<i>Idade</i>	0 a 09 anos	02	0,5
	10 a 19 anos	123	30,6
	20 a 59 anos	264	65,7
	Acima de 60 anos	09	2,2
	Não Informado	04	1,0
<i>Sexo</i>	Feminino	296	73,6
	Masculino	106	26,4
<i>Raça/Cor</i>	Branca	39	9,7
	Preta	21	5,2
	Amarela	20	5,0
	Parda	275	68,4
	Ignorado	47	11,7
<i>Orientação Sexual</i>	Heterossexual	101	25,1
	Homossexual (gay/lésbica)	03	0,7
	Bissexual	04	1,0
	Não se aplica	12	3,0

	Ignorado	150	37,3
	Não informado	132	32,8
<i>Identidade de Gênero</i>	Travesti	00	00
	Mulher Transexual	00	00
	Homem Transexual	00	00
	Não se aplica	135	33,6
	Ignorado	115	28,6
	Não informado	152	37,8
<i>Escolaridade</i>	1ª a 4ª incompleta do EF	02	0,5
	4ª série completa do EF	05	1,2
	5ª a 8ª série incompleta do EF	42	10,4
	Ensino Fundamental Completo	18	4,5
	Ensino Médio Incompleto	33	8,2
	Ensino Médio Completo	23	5,7
	Educação Superior Incompleta	06	1,5
	Educação Superior Completa	06	1,5
	Ignorado	260	64,7
	Não se aplica	03	0,7
	Não Informado	04	1,0
<i>Situação Conjugal/ Estado Civil</i>	Solteiro	107	26,6
	Casado/União consensual	40	10
	Viúvo	01	0,2
	Separado	13	3,2
	Não aplica	05	1,2
	Ignorado	135	33,6
	Não Informado	101	25,1
<i>Presença de Transtorno/Deficiência</i>	Sim	87	21,6
	Não	40	10
	Ignorado	187	46,5
	Não Informado	88	21,9
<i>Tipo de Transtorno/deficiência</i>	Transtorno Mental	37	9,2
	Transtorno do Comportamento	32	8,0
	Transtorno Mental e Transtorno de Comportamento	05	2,0
	Deficiência Intelectual e Transtorno do Comportamento	01	0,2
	Trans. Mental, Def. Intelectual e Trans. Comportamento	01	0,2
	Deficiência Física e Transtorno Mental	01	0,2

	Não Se aplica	166	41,3
	Ignorado	01	0,2
	Não Informado	155	38,6
<i>Suspeita de Álcool ou Drogas</i>	Sim	28	7,0
	Não	96	23,9
	Ignorado	234	58,2
	Não Informado	44	10,9
<i>Encaminhamento</i>	Rede de Saúde	278	69,2
	Rede de Assistência Social	22	5,5
	Rede de Atendimento à Mulher	01	0,2
	Conselho Tutelar	01	0,2
	Rede de Saúde e Assistência Social	39	9,7
	Rede de Saúde e Educação	02	0,5
	Rede de Assistência e Atendimento à Mulher	01	0,2
	Rede de Saúde, Educação e Atendimento à Mulher	10	2,5
	Rede de Saúde e Atendimento à Mulher	03	0,7
	Rede de Saúde e Conselho Tutelar	04	1,0
	Outras delegacias	01	0,2
	Rede de Saúde e Outras Delegacias	01	0,2
	Não houve encaminhamento	39	9,7

Fonte: Tabela criada pela pesquisadora partir dos dados fornecidos pela VE e após análise realizada com auxílio do Software SPSS

**Apêndice D: Características gerais das ocorrências notificadas de violência  
autoprovocada**

<b>Variáveis</b>		<b>Freq. Total (2018 a 2022)</b>	<b>% Total (2018 a 2022)</b>
<i>Município de Ocorrência</i>	São Mateus	240	59,7
	Não Informado	162	40,3
<i>Unidade Notificadora</i>	Ausentes (2018 e 2019)	184	45,8
	CIATOX (Centro de Informação e Assistência Toxicológica)	04	01
	HINSG	01	0,2
	Hospital Dr Roberto Arzinaut Silvares	171	42,5
	Hospital Meridional	01	0,2
	Paulista	01	0,2
	Pronto Atendimento	01	0,2
	UPA 24 Horas	01	0,2
	US Guriri 1	01	0,2
	US3	01	0,2
	USF Marli Scaldaferrro	04	01
	Vigilância Epidemiológica	01	0,2
	Não Informado	31	7,7
<i>Local de Ocorrência</i>	Residência	289	71,9
	Habituação Coletiva	01	0,2
	Escola	04	1,0
	Via pública	17	4,2
	Outro	05	1,2
	Ignorado	85	21,1
	Não Informado	01	0,2
<i>Violência de Repetição</i>	Sim	105	26,1
	Não	63	15,7
	Ignorado	204	50,7
	Não Informado	30	7,5
<i>Meio de Agressão</i>			

	Força corporal/espancamento	02	0,5
	Enforcamento	15	3,7
	Objeto Contundente	01	0,2
	Objeto Pérfuro-Cortante	71	17,7
	Envenenamento/Intoxicação	198	49,3
	Arma de Fogo	01	0,2
	Outro	74	18,4
	Envenenamento e Outro	04	1,0
	Obj. Pérfuro-Cortante e Outro	02	0,5
	Obj. Pérfuro-Cortante e Envenenamento	11	2,7
	Envenenamento e Enforcamento	01	0,2
	Obj. Contundente e Obj. Pérfuro-Cortante	02	0,5
	Obj. Contundente e Envenenamento	02	0,5
	Obj. Pérfuro-Cortante e Enforcamento	01	0,2
	Força Corporal e Obj. Pérfuro-Cortante	01	0,2
	Não Informado	16	4,0
<i>Motivação</i>	Sexismo	05	1,2
	Conflito Geracional	30	7,5
	Outros	59	14,7
	Não se aplica	18	4,5
	Ignorado	204	50,7
	Não Informado (todos os campos assinalados com "Não")	86	21,4

*Fonte: Tabela criada pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica de São Mateus/ES e após análise com auxílio do software SPSS.*

### Apêndice E – Características gerais das pessoas com óbito registrado por suicídio

Variáveis		Freq. Total (2018-2022)	% Total (2018-2022)
<i>Município de Residência</i>	São Mateus	31	86,1
	Jaguaré	01	2,8
	Linhares	01	2,8
	Montanha	01	2,8
	Pinheiros	01	2,8
	Ponto Belo	01	2,8
<i>Idade</i>	00 a 09 anos	00	00
	10 a 19 anos	03	8,3
	20 a 59 anos	29	80,6
	Acima de 60 anos	4	11,1
<i>Sexo</i>	Masculino	27	75
	Feminino	09	25
<i>Raça/Cor</i>	Branca	07	19
	Preta	02	6
	Amarela	00	00
	Parda	23	64
	Indígena	00	00
	Não Informado	04	11
<i>Escolaridade</i>	Nenhuma	00	00
	01 a 03 anos	04	11,1
	04 a 07 anos	09	25
	08 a 11 anos	12	33,3
	12 anos ou mais	03	8,3
	Ignorado	07	19,5
	Não Informado	01	2,8

<i>Ocupação</i>	Professor da educação de jovens e adultos do ensino básico	01	2,8
	Empresário de espetáculo	01	2,8
	Auxiliar de pessoal	03	8,3
	Empregado doméstico nos serviços gerais	02	5,6
	Empregado doméstico diarista	01	2,8
	Vigilante	01	2,8
	Vendedor de comércio varejista	01	2,8
	Atendente de farmácia – balconista	01	2,8
	Trabalhador agropecuário em geral	4	11,1
	Pedreiro	03	8,3
	Motorista de táxi	01	2,8
	Mecânico de veículos automotores a diesel (exceto tratores)	01	2,8
	Estudante	03	8,3
	Aposentado/Pensionista	06	16,7
	Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	02	5,6
	Ignorada	03	2,8
	Não informada	02	5,6

*Fonte: Tabela criada pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos do SIM e após análise com auxílio do software SPSS.*

### Apêndice F – Características gerais das ocorrências registradas de óbitos por suicídio

Variáveis		Freq. Total (2018-2022)	% Total (2018-2022)
<i>Município de Ocorrência</i>	São Mateus	36	100
<i>Local de Ocorrência</i>	Hospital	10	27,8
	Outros estabelecimentos de Saúde	00	00
	Domicílio	19	52,8
	Via Pública	00	00
	Outros	02	5,5
	Ignorado	05	13,9
<i>Causa da Morte por CID</i>	X64 Autointoxicação por e exposição intencional, out drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	03	8,3
	X68 Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	03	8,3
	X69 Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	01	2,78
	X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	20	55,5
	X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	01	2,78
	X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	01	2,78
	X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	01	2,78
	X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	01	2,78
	X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	01	2,78
	X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	04	11,1
<i>Fonte de Informação</i>	Boletim de Ocorrência	21	58



	Homem Transexual	00	00	00	00	00	00	00	00
	Não se aplica	00	00	50	40,7	80	30,3	03	33,3
	Ignorado	00	00	28	22,8	82	31,1	03	33,3
	Não informado	02	100	45	36,6	102	38,6	03	33,3
<i>Escolaridade</i>	1ª a 4ª incompleta do EF	00	00	00	00	01	0,4	01	11,1
	4ª série completa do EF	00	00	02	1,6	03	1,1	00	00
	5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	00	00	21	17,1	20	7,6	01	11,1
	Ensino Fundamental Completo	00	00	08	6,5	10	3,8	00	00
	Ensino Médio Incompleto	00	00	20	16,3	13	4,9	00	00
	Ensino Médio Completo	00	00	03	2,4	19	7,2	01	11,1
	Educação Superior Incompleta	00	00	00	00	06	2,3	00	00
	Educação Superior Completa	00	00	00	00	06	2,3	00	00
	Ignorado	00	00	67	54,5	183	69,3	06	66,7
	Não se aplica	02	100	00	00	01	0,4	00	00
	Não Informado	00	00	02	1,6	02	0,8	00	00
<i>Situação Conjugal/ Estado Civil</i>	Solteiro	00	00	67	54,5	39	14,8	01	11,1
	Casado/União consensual	00	00	04	3,3	33	12,5	01	11,1
	Viúvo	00	00	00	00	01	0,4	00	00
	Separado	00	00	01	0,8	12	4,5	00	00
	Não aplica	00	00	03	2,4	02	0,8	00	00
	Ignorado	00	00	17	13,8	111	42	05	55,6
	Não Informado	02	100	31	25,2	66	25	02	22,2
<i>Presença de Transtorno/ deficiência</i>	Sim	01	50	16	13	69	26,1	00	00
	Não	00	00	14	11,4	23	8,7	02	22,2
	Ignorado	00	00	64	52	116	43,6	05	55,6
	Não Informado	01	50	29	23,6	56	21,2	02	22,2
<i>Tipo de Transtorno/ deficiência</i>	Transtorno Mental	00	00	04	3,3	33	12,5	00	00
	Transtorno de Comportamento	00	00	08	6,5	23	8,7	00	00
	Transtorno Mental e Tr. de Comportamento	00	00	03	2,4	05	1,9	00	00
	Deficiência Intelectual e Tr. de Comportamento	00	00	00	00	01	0,4	00	00

	Transtorno Mental, Def. Intelectual e Tr. de Comportamento	00	00	01	0,8	00	00	00	00
	Deficiência Física e Transtorno Mental	00	00	00	00	01	0,4	00	00
	Não se aplica	00	00	56	45,5	103	39	04	44,4
	Ignorado	00	00	00	00	01	0,4	00	00
	Não Informado	02	100	51	41,5	97	36,7	05	55,6
<i>Suspeita de Álcool</i>	Sim	00	00	03	2,4	24	9,1	01	11,1
	Não	01	50	36	29,3	56	21,2	01	11,1
	Ignorado	00	00	72	58,5	154	58,3	06	66,7
	Não Informado	01	50	12	9,8	30	11,4	01	11,1
<i>Encaminhamento</i>	Rede de Saúde	01	50	85	69,1	182	68,9	06	66,7
	Rede de Assistência Social	00	00	06	4,9	16	6,1	00	00
	Rede de Atendimento à Mulher	00	00	01	0,8	00	00	00	00
	Conselho Tutelar	00	00	01	0,8	00	00	00	00
	Rede de Saúde e Assistência Social	00	00	11	8,9	27	10,2	01	11,1
	Rede de Saúde e Educação	00	00	02	1,6	00	00	00	00
	Rede de Saúde e Atendimento à Mulher	00	00	00	00	03	1,1	00	00
	Rede de Assistência e Atendimento à Mulher	00	00	01	0,8	00	00	00	00
	Rede de Saúde, Educação e Atendimento à Mulher	00	00	03	2,4	06	2,3	01	11,1
	Rede de Saúde e Conselho Tutelar	00	00	04	3,3	00	00	00	00
	Outras delegacias	00	00	01	0,8	00	00	00	00
	Rede de Saúde e Outras delegacias	00	00	00	00	01	0,4	00	00
Não Informado	01	50	08	6,5	29	11	01	11,1	

Fonte: Tabela criada pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica de São Mateus/ES e após análise com auxílio do software SPSS.

**Apêndice H – Características gerais das ocorrências notificadas de violência  
autoprovocada por faixa etária (2018 a 2022)**

Variáveis		0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<i>Município de Ocorrência</i>	São Mateus	00	00	74	60,2	157	59,5	05	55,6
	Não Informado	02	100	49	39,8	107	40,5	04	44,4
<i>Unidade Notificadora<sup>23</sup></i>	CIATOX	00	00	01	1,6	03	2,0	00	00
	HINSG	00	00	01	1,6	00	00	00	00
	Hospital Dr Roberto A. Silves	00	00	50	79,4	117	79,1	04	80
	Hospital Meridional	00	00	00	00	01	0,7	00	00
	Paulista	00	00	00	00	01	0,7	00	00
	Pronto Atendimento	00	00	00	00	01	0,7	00	00
	UPA 24 Horas	00	00	00	00	01	0,7	00	00
	US Guriri 1	00	00	00	00	01	0,7	00	00
	US3	00	00	01	1,6	00	00	00	00
	USF Marli Scaldaferr	01	50	01	1,6	02	1,4	00	00
	Vigilância Epidemiológica	00	00	00	00	01	0,7	00	00
	Não Informado	01	50	09	14,3	20	13,5	01	20
<i>Local de Ocorrência</i>	Residência	02	100	91	74	186	70,5	07	77,8
	Escola	00	00	04	3,3	00	00	00	00
	Habitação Coletiva	00	00	00	00	01	0,4	00	00
	Via pública	00	00	02	1,6	14	5,3	01	11,1
	Outro	00	00	00	00	05	1,9	00	00
	Ignorado	00	00	25	20,3	58	22	01	11,1
	Não Informado	00	00	01	0,8	00	00	00	00

<sup>23</sup> Ressalta-se que não foi possível a obtenção de dados dos anos de 2018 e 2019. Assim, foram analisados os dados dos anos de 2020, 2021 e 2022.

<i>Violência de Repetição</i>	Sim	01	50	31	25,2	73	27,7	00	00
	Não	00	00	17	13,8	41	15,5	03	33,3
	Ignorado	00	00	62	50,4	134	50,8	06	66,7
	Não informado	01	50	13	10,6	16	6,1	00	00
<i>Meio de Agressão</i>	Força corporal/espancamento	00	00	00	00	02	0,8	00	00
	Enforcamento	00	00	03	2,4	11	4,2	01	11,1
	Objeto Contundente	00	00	01	0,8	00	00	00	00
	Objeto Pérfuro-Cortante	00	00	24	19,5	45	17	01	11,1
	Envenenamento/Intoxicação	00	00	54	43,9	135	51,1	06	66,7
	Arma de Fogo	00	00	00	00	01	0,4	00	00
	Outro	01	50	27	22	45	17	01	11,1
	Envenenamento e Outro	00	00	01	0,8	03	1,1	00	00
	Obj. Pérfuro-Cortante e Outro	00	00	02	1,6	00	00	00	00
	Obj. Pérfuro-Cortante e Envenenamento	00	00	05	4,1	06	2,3	00	00
	Envenenamento e Enforcamento	00	00	00	00	01	0,4	00	00
	Obj. Contundente e Obj. Pérfuro-Cortante	00	00	00	00	02	0,8	00	00
	Obj. Contundente e Envenenamento	00	00	01	0,8	01	0,4	00	00
	Obj. Pérfuro-Cortante e Enforcamento	00	00	00	00	01	0,4	00	00
	Força Corporal e Obj. Pérfuro-Cortante	00	00	01	0,8	00	00	00	00
	Ignorado	00	00	00	00	00	00	00	00
	Não Informado	01	50	04	3,3	11	4,2	00	00
	<i>Motivação</i>	Sexismo	00	00	00	00	05	1,9	00
Conflito Geracional		00	00	12	9,8	17	6,4	01	11,1
Outros		00	00	14	11,4	44	16,7	01	11,1
Não se aplica		00	00	07	5,7	11	4,2	00	00
Ignorado		00	00	59	48	135	51,1	06	66,7
Não Informado		02	100	31	25,2	52	19,7	01	11,1

Fonte: Tabela criada pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica de São Mateus/ES e após análise com auxílio do software SPSS.

### Apêndice I – Características gerais das pessoas com óbitos registrados por suicídio a partir das faixas etárias (2018 a 2022)

Variáveis		0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		Acima de 60 anos	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<i>Município de Residência</i>	São Mateus	00	00	03	100	26	88,7	02	50
	Jaguaré	00	00	00	00	00	00	01	25
	Linhares	00	00	00	00	01	3,4	00	00
	Montanha	00	00	00	00	01	3,4	00	00
	Pinheiros	00	00	00	00	00	00	01	25
	Ponto Belo	00	00	00	00	01	3,4	00	00
<i>Sexo</i>	Feminino	00	00	01	33,3	08	28	00	00
	Masculino	00	00	02	66,7	21	72	04	100
<i>Raça/Cor</i>	Branca	00	00	00	00	05	17	02	50
	Preta	00	00	00	00	01	03	01	25
	Amarela	00	00	00	00	00	00	00	00
	Parda	00	00	03	100	20	69	00	00
	Ignorado	00	00	00	00	00	00	00	00
	Não Informado	00	00	00	00	03	10	01	25
<i>Escolaridade</i>	Nenhuma	00	00	00	00	00	00	00	00
	01 a 03 anos	00	00	00	00	04	14	00	00
	04 a 07 anos	00	00	02	66,7	07	24	00	00
	08 a 11 anos	00	00	01	33,3	09	31	02	50
	12 anos ou mais	00	00	00	00	03	10	00	00
	Ignorado	00	00	00	00	05	17	02	50
	Não Informado	00	00	00	00	01	03	00	00
<i>Ocupação</i>	Empresário de espetáculo	00	00	00	00	01	3,4	00	00

Auxiliar de pessoal	00	00	00	00	03	10,3	00	00
Empregado doméstico nos serviços gerais	00	00	00	00	02	6,9	00	00
Empregado doméstico diarista	00	00	00	00	01	3,4	00	00
Vigilante	00	00	00	00	01	3,4	00	00
Vendedor de comércio varejista	00	00	00	00	01	3,4	00	00
Atendente de farmácia – balconista	00	00	00	00	01	3,4	00	00
Trabalhador agropecuário em geral	00	00	00	00	04	13,8	00	00
Pedreiro	00	00	00	00	03	10,3	00	00
Motorista de Táxi	00	00	00	00	01	3,4	00	00
Mecânico de veículos automotores a diesel	00	00	00	00	01	3,4	00	00
Estudante	00	00	03	100	00	00	00	00
Aposentado/Pensionista	00	00	00	00	03	10,3	03	75
Desempregado crônico ou cuja ocupação habitual não foi possível obter	00	00	00	00	02	6,9	00	00
Ignorada	00	00	00	00	02	6,9	01	25
Não Informada	00	00	00	00	02	6,9	00	00

Fonte: Tabela criada pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pelo SIM e após análise com auxílio do software SPSS.



	X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	00	00	00	00	01	3,4	00	00
	X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	00	00	00	00	01	3,4	00	00
	X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	00	00	00	00	01	3,4	00	00
	X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	00	00	00	00	04	13,8	00	00
<i>Fonte de Informação</i>	Boletim de Ocorrência	00	00	02	66,7	17	58,6	02	50
	Hospital	00	00	00	00	00	00	00	00
	Família	00	00	00	00	01	3,4	00	00
	Outros	00	00	00	00	03	10,3	00	00
	Não informado	00	00	00	00	02	5,6	00	00
	Ignorado	00	00	01	33,3	06	20,7	02	50

*Fonte: Tabela criada pela pesquisadora a partir dos dados fornecidos pelo SIM e após análise com auxílio do software SPSS*

## Anexo I – Modelo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.</p>					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09	
	3	Data da notificação			
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
Notificação Individual	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)	
	9	Data da ocorrência da violência			
	10	Nome do paciente			
	11	Data de nascimento			
Dados de Residência	12 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	15	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
	16	Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
	17	Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19	UF	20	Município de Residência	
	21	Código (IBGE)		Distrito	
	22	Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)	
	26	Geo campo 1			
	27	Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
29	CEP				
30	(DDD) Telefone		31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
32	País (se residente fora do Brasil)				
<b>Dados Complementares</b>					
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34 Ocupação	
	35	Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	36	Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
Dados da Ocorrência	39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
	40	UF	41	Município de ocorrência	
	42	Código (IBGE)		Distrito	
	43	Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)	
	47	Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49	Ponto de Referência		50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
52	Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
54	A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espandamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da agressão	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	<b>60</b> Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	<b>62</b> Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
Encaminhamento	<b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	<b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
<b>69</b> Data de encerramento			
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	
		(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:			
<b>Disque-Saúde</b> 0800 61 1997 <b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180 <b>Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes</b> 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	
		Assinatura	
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	
SVS 03.06.2015			

## Anexo II – Modelo da declaração de óbito

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito					
I	Cartório	1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data		
		4 Município	5 UF	6 Cemitério			
II	Identificação	7 Tipo de Óbito 1 Fetal 2 Não Fetal	8 Óbito Data	9 Cartão SUS	10 Naturalidade		
		11 Nome do falecido					
		12 Nome do pai		13 Nome da mãe			
		14 Data de Nascimento	15 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado	16 Sexo M - Masc. F - Fem. I - Ignorado	17 Raça/cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena		
III	Residência	18 Estado civil 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Separado judicialmente/ Divorçado 9 Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 9 Ignorado	20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código			
		21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	22 CEP		
		23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código	25 UF	
IV	Ocorrência	26 Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estab. saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 Outros 9 Ignorado	27 Estabelecimento		Código		
		28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc) Número Complemento 29 CEP					
		30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência	Código	32 UF	
V	Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
		33 Idade	34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 9 Ignorado	35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	Código	36 Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para Ignorados) Nascidos vivos Nascidos mortos	
		37 Duração da gestação (Em semanas) 1 Menos de 22 2 De 22 a 27 3 De 28 a 31 4 De 32 a 36 5 De 37 a 41 6 42 e mais 9 Ignorado	38 Tipo de Gravidez 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 9 Ignorada	39 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 9 Ignorado	40 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado		
		41 Peso ao nascer		Gramas	42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos		
VI	Condições e causas do óbito	ÓBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA			
		43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado	44 A morte ocorreu durante o puerpério? 1 Sim, até 42 dias 2 Sim de 43 dias a 1 ano 3 Não 9 Ignorado	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado			
		46 Exame complementar? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado		47 Cirurgia? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado	48 Necropsia? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado		
		49 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
		PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Devido ou como consequência de:		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de:				
		c	Devido ou como consequência de:				
		d	Devido ou como consequência de:				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.							
VII	Médico	50 Nome do médico	51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido? 1 Sim 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outros			
		53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)	54 Data do atestado	55 Assinatura			
VIII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
		56 Tipo 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros 9 Ignorado	57 Acidente do trabalho 1 Sim 2 Não 9 Ignorado	58 Fonte da informação 1 Rolim de Ocorrência 2 Hospital 3 Família 4 Outra 9 Ignorada			
		59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência					
IX	Localid. S/Médico	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO					
		60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)	Código				
		61 Declarante	62 Testemunhas				
			A	B			