

Carlos Eduardo Leal Vidal

**TENTATIVAS E MORTES POR SUICÍDIO EM BARBACENA,
MINAS GERAIS, 2003-2011**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Eliane Dias Gontijo
Co-orientadora: Lúcia Abelha Lima

**Belo Horizonte
2012**

Vidal, Carlos Eduardo Leal.
V648t Tentativas e mortes por suicídio em Barbacena, Minas Gerais, 2003-2011 [manuscrito]. / Carlos Eduardo Leal Vidal. - - Belo Horizonte: 2012.
92f.: il.
Orientadora: Eliane Dias Gontijo.
Co-Orientadora: Lúcia Abelha Lima.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Tentativa de Suicídio/estatística & dados numéricos. 2. Fatores de Risco. 3. Saúde Mental. 4. Coeficiente de Mortalidade. 5. Serviços Médicos de Emergência. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Gontijo, Eliane Dias. II. Lima, Lúcia Abelha. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 165

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitor

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Sub-Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Suplentes

Prof^a. Carla Jorge Machado

Prof^a. Cibeli Comini César

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Prof^a Maria Fernanda Furtado Lima-Costa

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Representação Discente

Larissa Fortunato Araújo – Titular

Gustavo Machado Rocha – Suplente

Agradecimentos

À professora Eliane Dias Gontijo, minha orientadora e quem me incentivou ao doutorado.

À professora Lúcia Abelha, co-orientadora, pelas importantes contribuições.

À minha esposa, Leandra, e aos filhos Lígia, Thales, Eduardo e Guilherme, razão maior desse percurso e por compartilharem comigo todos os momentos.

Ao professor Sebastião Rogério pelas contribuições na qualificação e sugestões ao segundo artigo.

À Flávia Komatsuzaki pelas valiosas contribuições na análise dos dados.

Às amigas Ana Paula Pierre, Cristina Ruas e Elaine Machado, eternas companheiras e incentivadoras.

Ao Marco Aurélio Bernardes de Carvalho, diretor da Faculdade de Medicina de Barbacena, pela amizade e incentivo.

À bibliotecária Sabrina Valadão pelas valiosa ajuda nas referencias bibliográficas.

Aos acadêmicos Fabrício, Priscila, Cíntia, Júnia e Tales pela ajuda na coleta dos dados.

À Silvania Roman e equipe da Superintendência Regional de Saúde de Barbacena por facilitar o acesso aos bancos de dados da Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

Aos Militares do Nono Batalhão de Polícia Militar de Minas Gerais por disponibilizar e facilitar o acesso aos boletins de ocorrência.

À Direção e Núcleo de Ensino e Pesquisa do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/FHEMIG.

A todos os Professores e colegas do Programa de Pós-Graduação pelo aprendizado e convivência agradável ao longo do curso.

Aos meus alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena.

E a todos aqueles que me ajudaram nesse percurso.

RESUMO – ARTIGO 1

TÍTULO: Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade

Resumo

Coorte retrospectiva com os objetivos de analisar o perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio entre 2003 e 2009 na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, verificar a taxa de mortalidade por suicídio e por outras causas e estimar o risco de morrer nesses indivíduos. Foram utilizados dados dos Boletins de Ocorrência Policial e das Declarações de Óbitos. Foi realizada análise de sobrevivência e empregada regressão múltipla de Cox. Entre os 807 indivíduos que tentaram suicídio ocorreram 52 óbitos, sendo doze por suicídio, dez por causas externas e trinta por outras causas. 90% das mortes por suicídio ocorreram no período de 24 meses depois da tentativa. Verificou-se significativo aumento do risco de morrer no sexo masculino, nos casados e naqueles com idade maior que 60 anos. A razão de mortalidade padronizada evidenciou excesso de mortalidade por suicídio. Os resultados desse estudo mostraram que a taxa de mortalidade entre pacientes que tentam suicídio foi superior à esperada na população geral, indicando a necessidade de melhorar os cuidados à saúde desses indivíduos.

Palavras-chave: suicídio, tentativa de suicídio, taxa de mortalidade

TITLE: Attempted suicide: prognostic factors and estimate of excess mortality

Abstract

Retrospective cohort study with the objective of analyzing the epidemiological profile of individuals who attempted suicide between 2003 and 2009 in the microregion of Barbacena, Minas Gerais, check the mortality rate from suicide and other causes and estimate the risk of death in these individuals. It have been used data from Police Occurrences and death certificates. Survival analysis was performed and Cox Multiple Regression was used. Among the 807 individuals who attempted suicide, occurred 52 deaths, twelve by suicide, ten by external causes and thirty from other causes. Ninety percent of suicide deaths occurred within 24 months after the attempt. There was a significant increased risk of death in males, married and in older than 60 years. The standardized mortality ratio showed excess mortality by suicide. The results of this study showed that the mortality rate among patients who attempt suicide was higher than expected in the general population, indicating the need to improve the health care of these individuals.

Keyword: suicide, suicide attempted, mortality rate.

RESUMO – ARTIGO 2

TÍTULO: Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta.

Resumo

A maioria dos casos de tentativa de suicídio é atendida em serviços médicos de emergência, o que deveria ser uma excelente oportunidade para que os profissionais de saúde realizassem alguma intervenção preventiva e terapêutica. No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, que geralmente exibe condutas caracterizadas por hostilidade e rejeição. Este trabalho pretende investigar, a partir da percepção do usuário, como se dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de saúde. Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em pacientes ambulatoriais referenciados pelo serviço de urgência de Barbacena, Minas Gerais. Foram entrevistadas 28 mulheres com histórico de tentativa de suicídio. A identificação e a classificação das unidades de análise fizeram emergir três categorias: discriminação, negação do ato, encaminhamento. Cada categoria foi submetida à análise qualitativa. A baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais dos serviços, induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada. A análise dos dados indica a necessidade de melhorar a formação dos profissionais da saúde, em especial os que trabalham nos serviços de pronto atendimento.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio, pesquisa qualitativa, saúde mental, medicina de emergência.

TITLE: Suicide attempts and hosting in emergency services: the perception of those who try.

Abstract

Most cases of suicide attempt are attended in emergency medical services, which should be an excellent opportunity for health professionals to carry out any preventive and therapeutic intervention. However, this kind of opportunity is not always used by the team, which usually exhibits behaviors characterized by hostility and rejection. This study intends to investigate, from the user perception, how is the support to the individual who attempts suicide and suggest strategies that can promote bonding with the healthcare team. This is a descriptive study with a qualitative approach, developed in outpatients referenced by the emergency department of Barbacena, Minas Gerais. We interviewed 28 women with suicide attempt history. The units identification and classification analysis have raised three categories: discrimination, the act of denial, referral. Each category was submitted to qualitative analysis. The low level of training of the care teams and the structural weaknesses of the services induce the professionals to act impersonally, with many difficulties on acting in a humane way. Data analysis indicates the need of improvement on training of health professionals, especially those working in emergency care.

Keywords: Suicide attempted, qualitative research, mental health, emergency medicine

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	7
2 OBJETIVOS.....	14
3 ARTIGO 1.....	15
3.1 INTRODUÇÃO.....	15
3.2 MÉTODOS.....	17
3.2.1 TIPO DE ESTUDO.....	17
3.2.2 PROCEDIMENTOS.....	17
3.2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	18
3.2.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	20
3.3 RESULTADOS.....	20
3.4 DISCUSSÃO.....	25
3.5 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
4 ARTIGO 2.....	36
4.1 INTRODUÇÃO.....	36
4.2 MÉTODOS.....	38
4.2.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
4.2.2 AMOSTRA.....	38
4.2.3 COLETA DE DADOS.....	39
4.2.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.2.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	39
4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.4 CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
APÊNDICE A – PROJETO DE PESQUISA.....	55
ANEXO A – FOLHA DE APROVAÇÃO PELO DEPARTAMENTO.....	82
ANEXO B – FOLHAS DE APROVAÇÃO COMITÊS DE ÉTICA.....	84
ANEXO C – CÓPIA DA ATA DA QUALIFICAÇÃO.....	87
ANEXO D – APROVAÇÃO DO ARTIGO CADERNOS SAÚDE PÚBLICA.....	89
ANEXO E – CÓPIA DA ATA DA DEFESA E DECLARAÇÃO APROVAÇÃO.....	91

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Em termos globais a morte por suicídio ocupa a terceira posição entre as causas mais freqüentes de falecimento para as pessoas de ambos os sexos com idade entre 15 e 34 anos¹. O grupo de maior risco, tradicionalmente, é o idoso do sexo masculino. Contudo, os índices de suicídio têm aumentado entre pessoas jovens^{1,2,3,4}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³ as mortes por suicídio aumentaram 60% nas últimas cinco décadas. A taxa mundial de suicídio situa-se em torno de 16 por 100 mil habitantes e estima-se que cerca de 1 milhão de pessoas cometeram suicídio no ano 2000, o que representaria uma morte a cada 40 segundos. A projeção para o ano de 2020 é que mais de um milhão e meio de pessoas cometam suicídio e que as tentativas atinjam valores até 20 vezes mais elevados⁵.

A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil encontra-se entre quatro e cinco óbitos por 100 mil habitantes, observando-se coeficientes maiores em alguns estados da federação, como no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina¹. Na microrregião de Barbacena, em Minas Gerais, no período de 2003 a 2009, ocorreram 114 mortes por suicídio, o que corresponde a uma taxa média de 7,4 óbitos por 100 mil habitantes. No mesmo período foram registradas 1060 tentativas de suicídio na região.

1 - Associação Brasileira de Psiquiatria – Comportamento Suicida: conhecer pra prevenir. Neury Botega (coordenador). Editora ABP, São Paulo, 2009.

2 - Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr* 54(2): 146-154, 2005.

3 - World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviors. Geneva, 2002. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf (acessado em 20/01/09).

4 - Volpe FM, Corrêa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Humberto Correa, Sérgio Perez. (Org.). *Suicídio, uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 11-27.

5 – Mynaio MCS. Suicídio – violência auto-infligida. In: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília : MS, 2005. p. 205-239.

Quando comparada com as taxas de suicídio de diferentes países a taxa nacional é uma das mais baixas. Já em números absolutos o Brasil está entre os 10 países com maior número de mortes consequentes a suicídio^{6,7}. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2000 a 2008, ocorreram 73.261 mortes por suicídio, o equivalente a 22 mortes por dia, representando coeficiente médio de 4,5 mortes por 100 mil habitantes⁸.

Entre 1980 e 2006 foram registrados 158.952 casos no país na população acima de 10 anos de idade. Nesse período a taxa de suicídio cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100 mil habitantes. As taxas mais altas foram encontradas entre os idosos acima de 65 anos, mas o maior crescimento do número absoluto de suicídios foi observado na faixa etária de 15 e 24 anos. Com relação ao sexo os homens se suicidaram de 2,3 a 4 vezes mais que as mulheres. Nos homens a taxa de suicídio teve um aumento de 40% (de 4,6 em 1980 para 6,4 em 2000) e nas mulheres observou-se uma redução de 20% (de 2 para 1,6 no mesmo período). Proporcionalmente, os suicídios representaram 0,6% do total de óbitos dos brasileiros e 5,6% das mortes por causas externas⁹.

Nos últimos anos a descrição do perfil epidemiológico do suicídio aponta para diferenças regionais nas taxas de suicídio no país, sendo a região sul a que apresenta os maiores coeficientes de mortalidade por suicídio, chegando a sete por 100 mil habitantes em Santa Catarina e 11 por 100 mil habitantes no Rio Grande do Sul⁶. As maiores taxas são observadas nas regiões Sul e Centro-Oeste⁸. No Nordeste, no período de 2000 a 2004 o coeficiente variou de 2,4 a 3,1 suicídios por 100 mil habitantes. Em Minas Gerais, o coeficiente de mortalidade aumentou de 3,5 para 5,2 óbitos por 100 mil habitantes entre 1998 e 2006⁹.

Nas capitais dos estados as proporções e as taxas de suicídio observadas exibem diferenças. As taxas de algumas capitais, em 2000, estavam acima da média nacional, a saber: Boa Vista,

6 - Associação Brasileira de Psiquiatria – Comportamento Suicida: conhecer pra prevenir. Neury Botega (coordenador). Editora ABP, São Paulo, 2009.

7 - World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviors. Geneva, 2002. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf (acessado em 20/01/09).

8 - Brasil – Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Mortalidade – SIM. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> - acesso em 10/09/2010.

9 - Lovisi, GM et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009, vol.31, suppl.2, pp. S86-S93. ISSN 1516-4446.

com oito óbitos por 100 mil habitantes, seguida por Rio Branco e Porto Alegre (7,1/100 mil), Goiânia (6,7/100 mil) e Florianópolis (6,4 por 100 mil).

No interior, Marín-León e Barros¹⁰ analisaram as taxas de suicídio entre os anos de 1976 e 2001 na cidade de Campinas (SP) e observaram taxa inferior a cinco óbitos por 100 mil habitantes. Observaram também predominância de suicídios na população masculina, numa proporção de 2,7:1. Em Maringá (PR), Grossi e Vansan¹¹ realizaram estudo por meio de atestados de óbito e laudos do Instituto Médico Legal, detectando a ocorrência de 197 óbitos por suicídio no período de 1978 a 1998, obtendo um coeficiente médio anual em torno de 4,2 suicídios por 100 mil habitantes. E no extremo oeste de Santa Catarina o coeficiente médio foi de 10 casos para cada 100 mil habitantes¹².

No que se refere às tentativas de suicídio, estima-se que para cada suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos. Estima-se ainda que para cada tentativa documentada existam outras quatro que não foram registradas. É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de baixo grau de letalidade. E mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços de emergência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos. No Brasil, no ano de 2000, foi observada uma taxa maior de internação por tentativa de suicídio nos homens (6,8 por 100 mil habitantes) do que nas mulheres (4,2 por 100 mil habitantes).

No Brasil não existem estatísticas adequadas analisando tendências evolutivas das taxas de tentativas de suicídio. Os poucos estudos existentes estimaram taxas pontuais desse comportamento obtidas a partir de dados de registros hospitalares, que variaram de 154 por 100 mil habitantes para todas as idades¹² até 812 por 100 mil em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos^{12, 13}.

10 - Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev Saude Publica. 2003;37(3):357-63.

12 - Grossi R, Vansan GA. Mortalidade por suicídio no município de Maringá, Paraná. J Bras Psiquiatr. 2002;51(2):101-11.

13 - Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. Rev Psiquiatr RS. 2008; 30 (2) - 115-123.

Pouco se conhece também sobre a real dimensão do impacto das tentativas de suicídio. Alguns estudos indicaram que lesões auto-infligidas (incluindo as tentativas de suicídio) representaram 1,4% da carga total de doenças em 2002, esperando-se um aumento para 2,4% em 2020¹⁴.

A literatura brasileira em suicidologia no Brasil ainda é escassa, mas o número de trabalhos sobre o tema vem aumentando. Até 2007, por exemplo, somente 15 artigos sobre o tema foram publicados nos três principais periódicos psiquiátricos nacionais¹⁵. Com relação à produção científica *Stricto Sensu* no período de 1989 a 2003, existiam, no banco de dados da CAPES, 128 dissertações e 50 teses sobre suicídio, correspondendo a 0,14% do total cadastrado no referido banco¹⁶. De 2004 a 2011 foram localizados mais 381 trabalhos sobre o tema, sendo 301 dissertações¹⁷.

A maioria dos trabalhos sobre suicídio realizados na área das ciências da saúde focaliza principalmente os coeficientes de mortalidade, o perfil epidemiológico e possíveis fatores associados, como diagnóstico psiquiátrico e uso de drogas. Com relação às tentativas, os poucos estudos realizados abordaram o perfil psiquiátrico dos pacientes e algumas características sociodemográficas. Não foram localizados, nas bases de dados pesquisadas, estudos prospectivos brasileiros para estimar as taxas de mortalidade por suicídio e por outras causas entre indivíduos que tentaram suicídio. Foram utilizados os descritores: suicide, suicide attempted, follow-up study, cohort study, outcome, mortality rate, survival analysis.

As tentativas de suicídio são definidas como qualquer ato intencional de auto-agressão que não resulta em morte, variando desde atos discretos e não letais, até situações graves que necessitam de atenção médica. As tentativas podem ser subdivididas em não séria (quando não existe nenhuma intenção de suicídio); pouco séria (quando existe alguma intenção e o ato

14 - Associação Brasileira de Psiquiatria – Comportamento Suicida: conhecer pra prevenir. Neury Botega (coordenador). Editora ABP, São Paulo, 2009.

15 – Rocha FF, Correa H, Lage NV, Souza KCA. Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil? Carta aos Editores. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(4):380-5.

16 - Alves M.Souza Â.Vieira C.Bezerra T.Cristino A. Researches about suicide in Brazilian graduate program Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2007 November 7; [Cited 2011 February 27]; 6(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1158>

17 – CAPES. Banco de teses. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>. Acesso: 10/11/12

é realizado sem premeditação); tentativa de suicídio séria (quando existe verdadeira intenção suicida, premeditada, mas facilitada, por exemplo, pelo consumo de substâncias) e tentativa de suicídio muito séria (existe verdadeira intenção de morte, com premeditação)¹⁸.

Outros termos relacionados são: auto-agressão deliberada (ato intencional de auto-infligir dor ou lesão sem intenção de morrer); parassuicídio (comportamento potencialmente autodestrutivo sem necessidade da presença de intenção de se matar); ideação suicida (abrange variados pensamentos sobre o desejo de morrer, ocorrendo desde simples desejo de estar morto até um plano elaborado de suicídio)^{18,19}.

Do ponto de vista teórico existem três modelos explicativos principais para os atos de violência auto-infligida: (a) o sociológico que enfatiza os fatores históricos e sociais; (b) o psicológico que o considera como resultado de conflitos internos dos indivíduos; e (c) o nosológico ou psiquiátrico, em que o suicídio é entendido como enfermidade¹⁹. Levando-se em conta a complexidade de fatores envolvidos num evento suicida, a tendência atual é considerá-lo como resultante da interação dos três modelos, enfatizando-se, em cada caso, um ou mais aspectos, dentre os quais, a constituição biológica, história pessoal e psiquiátrica, eventos circunstanciais e o contexto sociocultural e econômico.

Do ponto de vista epidemiológico estima-se que as tentativas de suicídio ocorram em número bem mais elevado que os suicídios consumados. Atualmente considera-se que estes dois comportamentos, embora sobrepostos, sejam constituídos por subgrupos populacionais distintos e representem atos também diferentes. No entanto, cerca de 10% daqueles que tentam suicídio completam o ato posteriormente, sendo sugerido que toda tentativa de suicídio seja abordada como se representasse uma forma subaguda de suicídio²⁰.

18 - Correa H, Perez SB . O suicídio: definições e classificações. In: Humberto Correa, Sérgio Perez. (Org.). Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 30-36.

19 - Meleiro, AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Alexandrina Meleiro; Chei Tung Teng; Yuan Pang Wang (Org). Suicídio Estudos Fundamentais. São Paulo:Segmento Farma Eds,2004, p. 13-36.

20 – Mynaio MCS. Suicídio – violência auto-infligida. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília : MS, 2005. p. 205-239.

Lesões auto-provocadas representam um importante preditor de suicídio subsequente e a maioria desses casos de auto-agressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e enfermeiros identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo. Assim, quando alguém é atendido em serviços de saúde após tentativa, a avaliação desse potencial deve ocorrer desde o primeiro contato e durante a permanência no hospital.

No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. No momento da alta hospitalar, é necessário o encaminhamento efetivo para acompanhamento psiquiátrico, psicológico e de suporte familiar e social. No entanto, na maioria dos casos de tentativa de suicídio, principalmente em situações onde não se observa risco grave de morte, ocorrem apenas encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento.

Ao analisar os dados referentes às tentativas e à mortalidade por suicídio, deve-se considerar a dificuldade de precisar a dimensão de um possível sub-registro decorrente de modificação da causa básica provocada por solicitação de parentes e da dificuldade, em alguns casos, de discriminar o suicídio de acidente ou de homicídio. Deve-se também reconhecer que mortes relacionadas a processos autodestrutivos são também encontradas em outras causas de óbito¹⁸. Acredita-se que os registros de óbito por suicídio são duas a três vezes menores que os reais, fato que, mais uma vez, pode levar a uma compreensão deficitária do problema¹⁹.

O conhecimento das taxas de incidência de suicídio e de tentativas de suicídio nas diversas populações, além dos fatores considerados de risco, possibilita o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise. Para tanto, é necessário realizar estudos descritivos e analíticos para se conhecer as características epidemiológicas de cada região com relação aos suicídios e as tentativas.

18 - Marin-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):357-63.

19 - Abasse, MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):407-416, 2009.

Considerando dados preliminares referentes às tentativas e à mortalidade por suicídio na Microrregião de Barbacena, esse trabalho busca responder, principalmente, aos seguintes questionamentos: qual o perfil epidemiológico das pessoas que tentam suicídio e qual a taxa de mortalidade por suicídio e por outras causas entre essas mesmas pessoas na região, no período de 2003 a 2009. A Microrregião é composta por 15 municípios e compreende uma população aproximada de 230.000 habitantes, sendo 51% do sexo feminino.

Esse período foi definido considerando que os Boletins de Ocorrência Policial anteriores a 2003 não continham todos os dados necessários ao presente estudo e somente as Declarações de Óbitos a partir de 2003 estavam disponíveis na Diretoria Regional de Saúde de Barbacena

Esse trabalho objetiva ainda conhecer a trajetória dos indivíduos que tentam suicídio e são atendidos em setores de emergência. Parte-se do princípio de que muitos desses pacientes não são adequadamente avaliados em função de atitudes negativas dos profissionais que os atendem e que, na maioria das vezes, são liberados da emergência sem passarem por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento adequado.

Para compor esta avaliação foram realizados dois estudos, resultando em dois artigos que serão submetidos para publicação em revistas científicas.

O primeiro apresenta o perfil da morbi-mortalidade relacionada ao suicídio na microrregião de Barbacena, discutindo-se as características associadas à mortalidade geral, mortalidade por causas externas, mortalidade por suicídio e tentativas de auto-extermínio, compreendendo o período de 2003 a 2009. Analisa-se também os fatores sociodemográficos que se associam com o óbito e com o tempo de sobrevivência entre os indivíduos que tentaram suicídio. O artigo foi submetido e aceito para publicação na revista *Cadernos de Saúde Pública*. O documento de aprovação do artigo encontra-se no Anexo D.

O segundo estudo objetiva investigar diretamente questões relacionadas com as tentativas de suicídio e com o atendimento recebido no serviço de emergência entre os indivíduos que tentaram suicídio no período de maio a agosto de 2011. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa com o propósito de analisar e interpretar, a partir da percepção de pessoas com

história de tentativas de suicídio, como foi o acolhimento recebido dos profissionais de saúde. O artigo foi submetido à revista Cadernos de Saúde Coletiva em 31 de outubro de 2012.

2 OBJETIVOS

Geral

Avaliar as tentativas de suicídio na microrregião de Barbacena no período de 2003 a 2009.

Específicos

- 1 - Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio e das tentativas de suicídio, no período de 2003 a 2009;
- 2 - Estimar o risco de morrer entre os indivíduos que tentaram suicídio no período de 2003 a 2009 em comparação com o esperado para a população geral;
- 3 - Analisar os fatores sociodemográficos que se associam com o óbito e com o tempo de sobrevivência entre os indivíduos que tentaram suicídio no período de 2006 a 2009;
- 4 - Investigar, a partir da percepção do usuário, como se dá o acolhimento nos serviços de emergência ao indivíduo que tenta suicídio.

3 ARTIGO 1: Tentativas de Suicídio: Fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade

3.1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. A morte por suicídio ocupa a terceira posição entre as causas mais frequentes de óbito de pessoas de ambos os sexos com idade entre 15 e 34 anos¹. O grupo de maior risco é o idoso do sexo masculino, mas os índices de suicídio têm aumentado entre pessoas jovens^{1,2,3}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³ houve incremento de 60% entre as mortes por suicídio nas últimas cinco décadas. A taxa mundial de suicídio situa-se em torno de 16 por cem mil habitantes e estima-se que cerca de um milhão de pessoas se suicidaram no ano 2000, o que representaria uma morte a cada 40 segundos. A projeção para o ano de 2020 é que mais de um milhão e meio de pessoas cometam suicídio e que o número de tentativas seja até 20 vezes maior que o número de mortes^{4,5}.

Quando comparada com as taxas de suicídio de diferentes países a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil é uma das mais baixas. Em números absolutos, porém, o Brasil está entre os 10 países com maior número de mortes por essa causa^{1,4}. De 2003 a 2009, ocorreram 60637 mortes por suicídio, o equivalente a 24 óbitos por dia, representando coeficiente médio de 4,5 mortes para cem mil habitantes⁶. Os suicídios representaram 0,8% do total de óbitos dos brasileiros e 6,6% das mortes por causas externas.

O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas. Entre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de auto-extermínio estima-se que de 30 a 60% tiveram tentativas prévias e 10 a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. As taxas de prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida variam de 0,4 a 4,2%⁷.

Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos 10 tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos e que as tentativas de suicídio sejam até 40 vezes

mais freqüentes do que os suicídios consumados⁵. Para cada tentativa documentada existem outras quatro que não são registradas^{8,9,10,11,12}.

As tentativas de suicídio tendem a ser recorrentes e a história de tentativa prévia representa o mais importante preditor de suicídio completo. Estima-se que de 1 a 5% das pessoas poderão tentar suicídio em algum momento da vida. Entre adolescentes esse percentual pode variar de 3 a 20%. Na Europa observaram-se taxas médias de 160 tentativas por cem mil homens e de mais de 200 tentativas por cem mil mulheres⁴.

A mortalidade entre indivíduos que tentam suicídio é bem elevada. Embora o próprio suicídio seja a principal razão, o número de mortes por outras causas também é expressivo^{13,14,15,16,17,18,19,20}.

Em estudo que envolveu mais de 40 mil participantes (sendo 2614 atendidos por tentativa de suicídio) no período de 1995 a 2001, a probabilidade de morrer por suicídio em cinco anos foi 60 vezes maior entre os que tentaram suicídio do que entre aqueles sem história de tentativa. Excluindo-se o suicídio da análise, a probabilidade de morrer por qualquer outra causa foi três vezes maior entre os que tentaram suicídio¹⁴. Outros estudos mostram que aqueles que tentam suicídio também exibem altas taxas de mortalidade por causas externas (acidente e homicídios) e outras doenças^{15,16,17}.

Na Inglaterra, numa coorte de 976 pacientes atendidos na década de 1980 e acompanhados por 16 anos, a razão entre as taxas de mortalidade observada e esperada foi de 2,2. Mortes decorrentes de doenças digestivas e respiratórias foram, respectivamente, 4,4 e 2,9 vezes mais freqüentes que o esperado. O risco de acidentes foi seis vezes maior e, para o suicídio, foi 17 vezes superior ao esperado na população geral¹⁸.

Um estudo longitudinal¹⁶, com tempo médio de observação de 5,3 anos e envolvendo 2782 pacientes que tentaram suicídio, a razão de mortalidade padronizada por todas as causas foi 15 vezes maior que a esperada nos homens e 9 vezes maior nas mulheres. Com relação aos acidentes a mortalidade foi 29 vezes mais alta nos homens e 21 vezes maior nas mulheres; para os homicídios foi 28 vezes maior nos homens. Para as demais doenças encontrou-se taxas seis vezes maior nos homens e quatro vezes maior nas mulheres.

No Brasil, a maioria dos trabalhos sobre suicídio realizados na área das ciências da saúde focaliza principalmente os coeficientes de mortalidade, o perfil epidemiológico e possíveis fatores associados, como diagnóstico psiquiátrico e uso de drogas. Com relação às tentativas, alguns estudos realizados abordaram o perfil psiquiátrico dos pacientes e características sociodemográficas^{21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32}. Não foram localizados, nas bases de dados pesquisadas, estudos prospectivos brasileiros para estimar as taxas de mortalidade por suicídio e por outras causas entre indivíduos que tentaram suicídio.

Baseado nessas observações e na relevância do tema, este trabalho tem como objetivos: 1) Analisar o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio e verificar a taxa de mortalidade por suicídio e por outras causas entre os mesmos pacientes na microrregião de Barbacena, MG, no período de 2003 a 2009. 2) Estimar o risco de morrer entre os indivíduos que tentaram suicídio em comparação com o esperado para a população geral.

3.2 MÉTODOS

3.2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de coorte retrospectiva conduzido na Microrregião de Barbacena, MG, composta por 15 municípios e compreendendo uma população aproximada de 230.000 habitantes, sendo 51% do sexo feminino. A pesquisa incluiu todos os casos de tentativa de suicídio de ambos os sexos e maiores de 15 anos de idade, no período de 2003 a 2009, totalizando 1060 ocorrências.

3.2.2 PROCEDIMENTOS

Os registros de tentativas de suicídio em Boletins de Ocorrência Policial (BOs) arquivados no 9º Batalhão de Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (PMMG), sediado em Barbacena foram digitados em planilhas Excel, por estudantes de medicina, previamente treinados e supervisionados pelo pesquisador principal. As informações incluíram nome, sexo, data de nascimento, filiação, residência, procedência, estado civil, profissão, tipo de tentativa/método utilizado.

Os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Barbacena foram exportados para o Excel e a coluna referente ao nome do falecido

foi marcada de cor vermelha. Em seguida os dois bancos foram cruzados e ordenados pela variável nome. No caso de homônimos, utilizou-se o nome da mãe e data de nascimento para garantir a acurácia da informação. Além do óbito, sua causa e data, informações complementares foram obtidas das Declarações de Óbitos (DOs): sexo, filiação, data de nascimento, estado civil, profissão. O banco de dados do SIM possui cobertura para os óbitos ocorridos na microrregião estudada e em outras duas microrregiões adjacentes, componentes da Macrorregião Centro Sul, com população aproximada de 850 mil habitantes. Os óbitos dos participantes foram verificados no banco de dados no período de janeiro de 2003 até 31 de dezembro de 2010, ou seja até doze meses após a última tentativa. .

As ocupações relatadas nos BOs foram agrupadas como se segue: 1) estudantes; 2) do lar; 3) serviços gerais (empregados domésticos, trabalhadores da construção civil e afins); 4) atendimento ao público (funcionário público, comerciários, garçons, secretárias e afins); 5) profissional liberal/professor; 6) trabalhador rural; 7) aposentado; 8) desempregado; 9) ignorado.

As tentativas fatais e não fatais foram divididas de acordo com o grau de letalidade do método utilizado, sendo consideradas mais letais a sufocação, estrangulamento/enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de lugares elevados; as menos letais incluíram o uso de gás, envenenamento, atear fogo em si próprio, afogamento e cortar-se.

As faixas etárias, em anos completos, foram descritas conforme a especificação do DATASUS⁶ e agrupadas como se segue: a) 15 a 19; b) 20 a 29; c) 30 a 39; d) 40 a 49; e) 50 a 59; f) 60 ou mais. Para o período considerado neste estudo, foram utilizadas as categorias diagnósticas compreendidas entre X60 e X84 (lesões auto-provocadas intencionalmente) da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)³³.

3.2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise do perfil epidemiológico das tentativas de suicídio foi realizada por meio de estatísticas descritivas utilizando-se de gráficos, tabelas de frequências e medidas de tendência central, variabilidade e localização. Testes de Qui-quadrado de Pearson assintótico ou exato foram empregados para análise de associação entre variáveis categóricas sócio-demográficas e fatores associados às tentativas. Para o cálculo das taxas de mortalidade

considerou-se como numerador o número de mortes e como denominador a população dos censos e das estimativas populacionais intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁴.

A análise dos fatores associados aos óbitos foi realizada por meio de modelos de regressão logística univariado e multivariado. Todas as variáveis significativas ao nível de 0,20 foram consideradas candidatas ao modelo multivariado. Inicialmente, foi ajustado um modelo com todas essas variáveis candidatas e, passo-a-passo, foram retiradas aquelas menos significativas, até ficarem no modelo somente as variáveis significativas ao nível de 0,05. A adequacidade do modelo foi avaliada pelo Teste de Hosmer & Lemeshow.

Para a análise de sobrevida, foram considerados como evento os óbitos (data do óbito) em decorrência de suicídio, demais causas externas e óbito por qualquer causa. O tempo de sobrevida foi calculado como o intervalo entre a data da tentativa (tempo inicial) e a data do óbito ou final do acompanhamento (tempo final). Os tempos iniciais foram diferentes entre os pacientes, já que a entrada no estudo variou de 2003 a 2009. Todos os pacientes vivos, ao término do seguimento, foram censurados na data de 01 de janeiro de 2011. A data limite para a entrada de novos casos na coorte foi 31 de dezembro de 2009.

As curvas de sobrevida foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier e a comparação dessas curvas efetuada por meio do teste log-rank. A estimação do efeito das co-variáveis foi realizada pelo modelo semiparamétrico de riscos proporcionais de Cox, que estima a proporcionalidade dos riscos ao longo de todo o tempo de observação. Casos que não continham todas as variáveis foram excluídos da análise multivariada. Os dados foram analisados na forma bivariada para se identificarem os fatores que apresentaram p-valor menor que 0,20. No modelo final permaneceram as variáveis com p-valor <0,05. O pressuposto dos riscos proporcionais do modelo de Cox foi avaliado pela análise dos resíduos de Schoenfeld.

Os dados de cada participante foram registrados em fichas elaboradas especialmente para o estudo e posteriormente digitadas em planilhas do programa Excel. A análise estatística foi realizada no software SPSS versão 13.0.

3.2.4 QUESTÕES ÉTICAS

Os autores cumpriram os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos, de Barbacena, MG (protocolo 726/2010) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0456.0.203.000-10).

3.3 RESULTADOS

No período de 2003 a 2009 foram localizados 998 BOs de um total de 1060 registros de tentativas de suicídio, o que representa perda de 5,8% dos boletins. Foram ainda excluídos 104 Boletins(10,4%) pela ausência de dados de identificação ou pertencerem a indivíduos menores de 15 anos ou não residentes na microrregião. Entre as 894 BOs analisadas, verificou-se que 62 indivíduos (7,6%) tiveram duas ou mais tentativas. Doze indivíduos (1,5%) morreram em decorrência direta da tentativa índice e foram excluídos da análise de sobrevivência.

A amostra foi constituída, então, por 807 indivíduos, sendo 535 do sexo feminino (65,8%). A idade variou de 15 a 86 anos, com mediana igual a 27 e intervalo interquartil igual a 18. O perfil revela predomínio de indivíduos de cor branca, ocupação doméstica, solteiros, jovens na faixa etária dos 20 aos 29 anos e com escolaridade inferior a oito anos de estudo.

Tentativas não letais foram as mais frequentes e predominaram entre as mulheres (68,3%). Intoxicação por medicamentos (64,2%) e pesticidas (11,6%) foram os meios mais utilizados. Tentativas letais foram mais observadas nos homens (51,7%; $p<0,001$), nos indivíduos solteiros (43,8%; $p=0,02$), naqueles que trabalhavam em serviços gerais (18,0%; $p=0,02$) e nos que tiveram apenas uma tentativa (66,3%; $p=0,00$). O enforcamento (7,8%) foi o principal meio utilizado nessa categoria. A repetição de tentativas predominou entre as mulheres (75,4%; $p<0,05$).

Entre os 807 indivíduos que tentaram suicídio ocorreram 52 (6,4%) óbitos; sendo 58% de homens. A idade mediana foi de 38 anos e 59,7% dos óbitos ocorreram na faixa dos 30 aos 49 anos; com predomínio de indivíduos de cor branca, casados, com escolaridade menor que 8

anos e aqueles que trabalhavam em ocupações de baixa qualificação. Os resultados da análise univariada do óbito estão apresentados na tabela 1.

No grupo que faleceu, a maioria (64,1%) havia tentado suicídio por ingestão de medicamentos. Não houve associação significativa entre óbito e número de tentativas prévias. Doze indivíduos (23,0%) morreram por suicídio, dez (19,0%) por causas externas e trinta (58,0%) por outras causas. Entre as mortes por suicídio seis (50%) foram conseqüentes a ingestão de medicamentos, quatro (33%) por enforcamento e duas (17%) por exposição a fumaça ou fogo.

A razão de mortalidade padronizada de acordo com as principais causas está apresentada na tabela 2, evidenciando um excesso de risco para a mortalidade total e para a mortalidade por suicídio. A razão de mortalidade por causas externas e por mortes naturais foi superior às taxas esperadas, mas sem significância estatística.

Na análise multivariada do modelo final de regressão logística permaneceram as variáveis gênero, estado civil e faixa etária. Ser do sexo masculino, casado e ter idade superior a 60 anos se associou com maior risco de morte. O modelo mostrou bom ajuste aos dados conforme o Teste de Hosmer & Lemeshow ($p=0,991$).

Os resultados do teste de Log-rank das comparações das funções de sobrevida pelo método de Kaplan Meyer entre as variáveis do estudo serão descritos a seguir. Ao final do estudo os pacientes com idade inferior a 60 anos apresentaram uma probabilidade de sobrevida acumulada de 0,879, contra 0,625 daqueles com idade superior a 60 anos ($p=0,001$). Em relação ao sexo, a sobrevida acumulada para o sexo masculino foi de 0,807 e para as mulheres foi de 0,909 ($p=0,003$). Não foi observado diferença na probabilidade de sobrevida entre homens e mulheres quando foram consideradas apenas as mortes por suicídio. Em relação ao estado civil os casados apresentaram sobrevida acumulada igual a 0,801, enquanto nos solteiros essa probabilidade foi de 0,947 ($p=0,002$).

Tabela 1: Descrição da amostra de acordo com a ocorrência de óbito, variáveis sociodemográficas, ano e tipo de tentativa. Barbacena, Minas Gerais, Brasil, 2003 a 2010.

Variáveis	Óbito		Total	Valor-p	
	Sim n (%)	Não n (%)			
Ano da tentativa de suicídio					
2003	7 (5,7)	115 (94,3)	122	0,338	
2004	8 (5,9)	127 (94,1)	135		
2005	4 (5,0)	76 (95,0)	80		
2006	13 (10,7)	109 (89,3)	122		
2007	8 (8,6)	85 (91,4)	93		
2008	8 (6,0)	125 (94,0)	133		
2009	4 (3,3)	118 (96,7)	122		
Tipo de tentativa					
Letal					0,407
Não letal	4 (4,5)	85 (95,5)	89		
Ignorado	47 (6,8)	644 (93,2)	691		
	1 (3,7)	26 (96,3)	27		
Gênero					
Feminino	22 (4,1)	509 (95,9)	531	0,000	
Masculino	30 (10,9)	246 (89,1)	276		
Faixa Etária					
15 – 19	0 (0,0)	167 (100)	168	0,000	
20 – 29	8 (2,9)	267 (97,1)	276		
30 – 39	20 (12,1)	145 (87,9)	167		
40 – 49	11 (8,4)	120 (91,6)	132		
50 – 59	8 (19,5)	33 (80,5)	42		
≥ 60	5 (22,7)	17 (77,3)	22		
Ocupação					
Estudante	1 (0,6)	162 (99,4)	163	0,000	
Do lar	11 (5,5)	189 (94,5)	200		
Serviços gerais	13 (11,0)	105 (89,0)	118		
Atendente	6 (5,7)	100 (94,3)	106		
Aposentado	9 (18,8)	39 (81,2)	48		
Autônomo/Func. Público	4 (11,4)	31 (88,6)	35		
Lavrador	5 (15,6)	27 (84,4)	32		
Desempregado	1 (1,8)	55 (98,2)	56		
Ignorado	2 (4,1)	47 (95,9)	49		
Estado civil					
Solteiro	9 (2,3)	377 (97,7)	386	0,000	
Casado	33 (10,4)	285 (89,6)	318		
Outro	10 (9,7)	93 (90,3)	103		
Escolaridade					
<8 anos	40 (7,5)	495 (92,5)	535	0,294	
≥8 anos	8 (5,1)	150 (94,9)	158		
Cor					
Branca	30 (5,8)	488 (94,2)	518	0,574	
Parda	8 (10,1)	71 (89,9)	79		
Preta	12 (7,5)	148 (92,5)	160		
Ignorada	2 (4,2)	46 (95,8)	48		

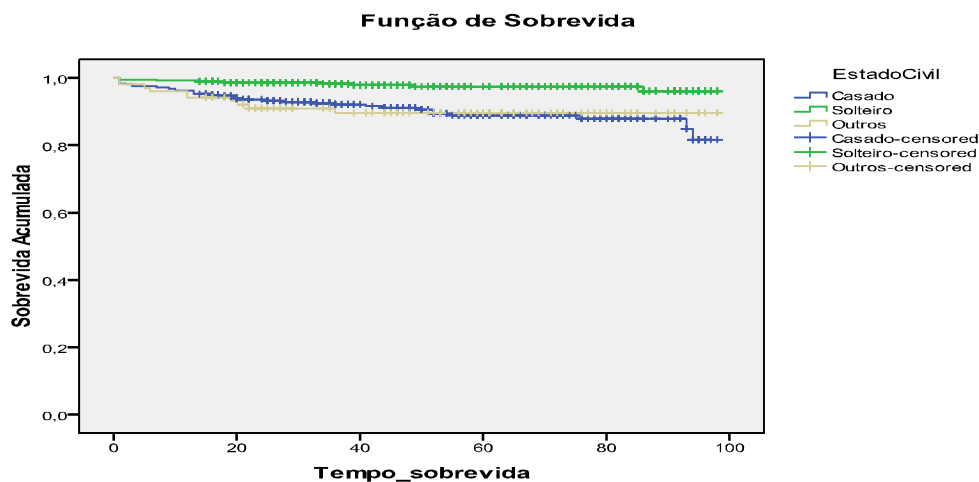
Fonte: Boletins de Ocorrência Policial/PMMG, 2003 a 2009. Sistema de Informações de Mortalidade/MS, 2003 a 2010.

Tabela 2: Razão de mortalidade padronizada por idade e por causas de morte, 2003 a 2010.

Causas de morte	Número esperado de mortes	Número observado de mortes	Razão de mortalidade padronizada	IC 95%
Todas	35	52	1,49	1,1; 1,96
Suicídio	0,8	12	15,0	7,8; 26,2
Externas	6,2	10	1,61	0,8; 2,96
Demais causas	27	30	1,1	0,7; 1,43

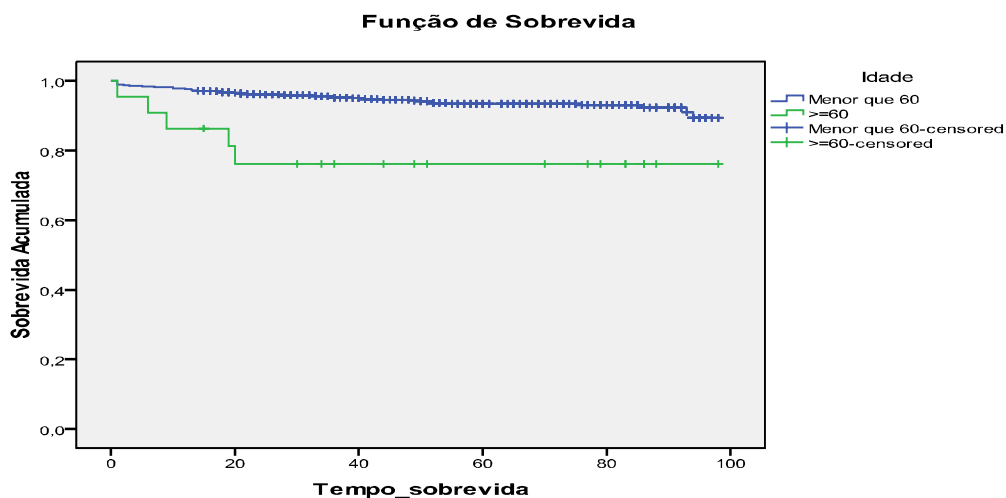
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade. <http://www2.DATASUS.gov.br/datasus/index.php>, acessado em 10/Set/2010).

As curvas de sobrevida do sexo, estado civil e idade estão apresentadas nas figuras 1, 2 e 3, respectivamente.

Figura 1: Curva de sobrevida em relação ao estado civil.

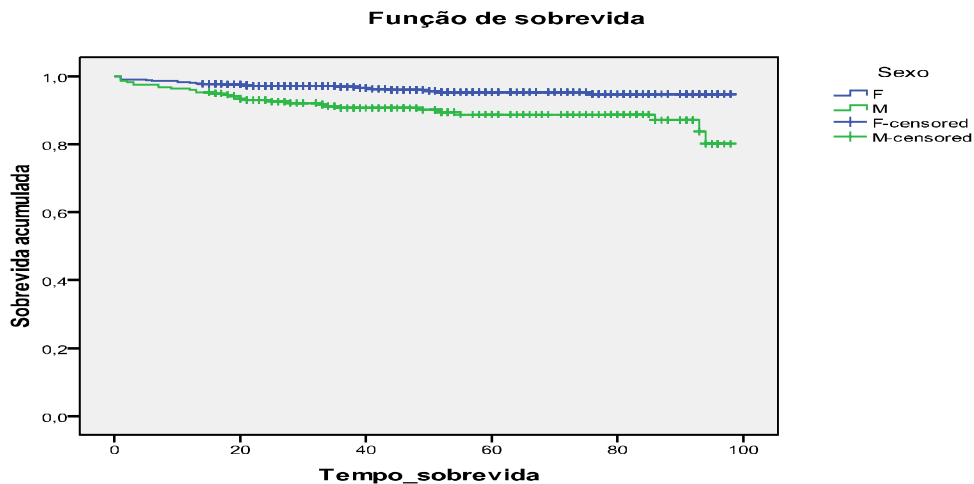
Fonte: Boletins de Ocorrência Policial (BOs) arquivados no 9º Batalhão de Polícia Militar do Estado de MG e Sistema de Informações sobre Mortalidade. <http://www2.DATASUS.gov.br/datasus/index.php>, acessado em 10/Set/2010).

Figura 2: Curva de sobrevida em relação a idade.



Fonte: Boletins de Ocorrência Policial (BOs) arquivados no 9o Batalhão de Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (PMMG) e Sistema de Informações sobre Mortalidade. <http://www2.DATASUS.gov.br/datasus/index.php>, acessado em 10/Set/2010).

Figura 3: Curva de sobrevida em relação ao genero.



Fonte: Boletins de Ocorrência Policial (BOs) arquivados no 9o Batalhão de Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (PMMG) e Sistema de Informações sobre Mortalidade. <http://www2.DATASUS.gov.br/datasus/index.php>, acessado em 10/Set/2010).

A função de sobrevida estratificada por sexo, estado civil e idade mostrou que a sobrevida nas mulheres casadas e nas solteiras foi de 0,840 e 0,980, respectivamente, contra 0,743 nos homens casados e 0,847 nos solteiros ($p=0,008$). Como era de se esperar a sobrevida nas mulheres com idade abaixo de 60 anos foi de 0,913, superior à observada nos homens, 0,812

($p=0,006$). Não houve diferença na probabilidade de sobrevivência em relação ao ano da tentativa de suicídio e nem com relação às demais variáveis.

O resultado do modelo de Cox mostrou significativo aumento do risco de morrer nos homens (HR=1,87 - IC95% 1,15;3,93), nas pessoas casadas (HR=3,94 - IC95% 1,77;8,81) e naqueles com idade superior a 60 anos (HR=4,22 - IC95% 1,13;9,34). Não houve óbito por suicídio entre os indivíduos com mais de 60 anos. Foi realizada a verificação do ajuste pela análise de resíduos de Schoenfeld. As variáveis analisadas não violaram o princípio de proporcionalidade de riscos ($p>0,05$) e observou-se na avaliação global que este pressuposto foi cumprido ($p= 0,7830$).

3.4 DISCUSSÃO

Na amostra estudada, 90% das mortes por suicídio ocorreram no período de 24 meses depois da tentativa, sendo que 60% morreram no primeiro ano que se seguiu à tentativa ídica. Esses resultados são consistentes com os relatados em outros trabalhos^{14,19,35,36}.

De acordo com Christiansen e Jensen¹⁴ o maior risco de morte por suicídio, em todas as idades observadas, costuma ocorrer durante o primeiro ano após uma tentativa. Tanto para aqueles que tentam pela primeira vez quanto para os repetidores, o primeiro ano constitui o período de maior risco. Isso tem uma importância especial, pois tanto a prevenção quanto o tratamento deveriam ser intensificados nesse período.

No presente estudo as tentativas de suicídio predominaram entre as mulheres e entre os mais jovens; o principal método utilizado foi a ingestão de medicamentos, achado consistente com o descrito na literatura^{17,18,19,21,22,27}. De forma geral os homens cometem mais suicídio e se utilizam de métodos com alto grau de letalidade como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de lugares elevados. As mulheres apresentam maior número de tentativas de suicídio e os métodos mais usados por elas são a ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas^{35,36,37}. Observou-se também percentual elevado de tentativas entre as mulheres que não trabalham fora de casa. Acredita-se que trabalhar fora do ambiente doméstico exerça efeito positivo na saúde mental das mulheres²⁶. Outras características encontradas e também consistentes com outras pesquisas foram a baixa escolaridade dos

indivíduos, o predomínio de ocupações com pouca qualificação e residir em bairros periféricos^{24,25,26}.

Entre os que tentaram suicídio, os óbitos por todas as causas foram mais frequentes naqueles com idade superior a 60 anos, nos homens, nos indivíduos casados, e naqueles com pouca escolaridade e trabalho de baixa qualificação. Com relação aos óbitos por suicídio não foram observadas diferenças entre as variáveis consideradas no estudo.

Diferente do esperado^{1, 2} nesse estudo não ocorreu nenhuma morte por suicídio entre os indivíduos com mais de 60 anos de idade, mesmo quando foram considerados os doze suicídios que foram excluídos da análise de sobrevivência. Na Europa Ocidental observou-se tendência de diminuição de tentativas de suicídio entre pessoas idosas e crescimento de suicídio consumado nessa faixa etária³⁸. É bem provável que os pacientes idosos do presente estudo apresentassem condições clínicas prévias que determinaram os óbitos por causas naturais.

Na maioria dos estudos analisados observaram-se taxas mais elevadas de mortalidade por suicídio nas classes sociais mais baixas. Para as mortes naturais os principais fatores associados apontados na literatura são de ordem socioeconômica, incluindo pior saúde física, tabagismo, alcoolismo e comportamentos de risco^{17,18,19,39}. Para as mortes por suicídio, acrescenta-se o desemprego, morar sozinho e ter problemas psiquiátricos.

Com relação ao estado civil, a literatura aponta maior risco de suicídio entre os solteiros, viúvos e pessoas separadas^{4,40}. No presente trabalho observou-se que entre os indivíduos que tentaram suicídio, ocorreram mais mortes entre os casados, tanto por causas naturais quanto por suicídio. Considerando que as tentativas de suicídio foram mais frequentes entre os solteiros e nas pessoas mais jovens seria esperado que as mortes ocorressem também neste grupo.

O fato de terem ocorrido mais mortes entre os casados pode ter sido casual e refletir apenas um determinado período ou estar associado a fatores de ordem socioeconômica. Situações de crise econômica e desemprego podem levar ao aumento do uso de álcool e drogas, problemas no relacionamento familiar e sintomas depressivos, o que poderia estar associado com a maior ocorrência de suicídio nesse grupo¹¹.

Durante os anos de seguimento dos 807 indivíduos que tentaram suicídio ocorreram 52 mortes, o equivalente a 6,5% do total. Destas, 12 mortes foram por suicídio. Considerando-se os óbitos que não geraram boletim de ocorrência por tentativa no mesmo período, ocorreram 114 mortes por suicídio na microrregião de Barbacena, o equivalente a uma taxa média de 7,5 óbitos por cem mil habitantes, sendo que em 2008 a taxa de mortalidade foi de 11 óbitos por cem mil habitantes⁴¹, mais que o dobro da taxa nacional^{6, 42, 43}.

Como esperado, a razão de mortalidade padronizada por idade na amostra estudada foi bem elevada, observando-se excesso de mortalidade por todas as causas e principalmente por suicídio, sendo 15 vezes maior do que a esperada para a população de referência. Este achado é consistente com outros estudos^{13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20}. Observou-se também excesso de mortalidade por causas naturais e por causas externas entre os indivíduos que faleceram. No entanto, esses resultados não foram estatisticamente significativos.

O número de mortes verificado em um estudo prospectivo de 1959 pacientes que tentaram suicídio foi 3,3 vezes maior que o esperado. Suicídio confirmado ou provável ocorreu em 2,8% da amostra ao final de oito anos de acompanhamento e a taxa de mortalidade por suicídio foi 27 vezes maior que a esperada. O maior risco de suicídio nesse grupo foi verificado durante os três primeiros anos, especialmente nos seis primeiros meses que se seguiram a uma tentativa. Os fatores associados com maior risco ao tempo da tentativa foram: sexo masculino, idade avançada (mulheres), presença de transtorno psiquiátrico, uso prolongado de hipnóticos, saúde física ruim e tentativas repetidas. Em relação às outras causas de morte, houve excesso de mortalidade duas vezes superior em mulheres, e as maiores taxas estavam relacionadas a desordens endócrinas, circulatórias, respiratórias e acidentes¹⁷.

Em seguimento de dez anos de pacientes que tentaram suicídio na Dinamarca, verificou-se que a mortalidade específica por causa nesse grupo foi quase sessenta vezes maior que a observada na população geral. No período estudado ocorreram 306 mortes, sendo 33,7% por suicídio, 42,8% de causas naturais, 10,1% por acidentes, 11,8% por causas indeterminadas e 1,6% por homicídio¹⁹.

No Canadá, numa coorte de 13 anos envolvendo 876 pacientes que tentaram suicídio, os sujeitos da pesquisa apresentaram um risco quatro vezes maior de morrer por qualquer causa quando comparados com a população geral. O mesmo grupo exibiu um risco 25 vezes mais

elevado de cometer suicídio e um risco 15 vezes superior de morrer por acidentes ou outras causas externas. Os fatores que em maior medida prognosticaram o suicídio nesse grupo foram o sexo masculino, residir em área de baixa renda e o uso de método violento na tentativa índice²⁰. Outros estudos demonstraram que a utilização de método violento na tentativa é fortemente associada com subsequente suicídio^{44,45}, fato não observado no presente trabalho.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A utilização de dados obtidos do SIM apresenta desvantagens e limitações metodológicas, como o viés de informação, por exemplo. No caso específico das causas externas existe subnotificação ou preenchimento inadequado das declarações de óbito. Casos suspeitos de suicídio podem ter sido registrados como mortes acidentais por envenenamento ou por outras causas externas de mortalidade. Muitas dessas tentativas não chegam ao atendimento hospitalar por serem de baixo grau de letalidade. E mesmo que os pacientes cheguem aos serviços de urgência os registros costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos¹².

Já para os Boletins de Ocorrência Policial, apesar de existir padronização e treinamento para o seu preenchimento, os dados são preenchidos por diferentes profissionais e em contextos diferentes. Essa imprecisão pode, em maior ou menor grau, interferir nos resultados observados.

Outra importante limitação relaciona-se com a definição de tentativa de suicídio. Muitos atos auto-lesivos em que não existe nenhuma intenção suicida são registrados como tentativa de suicídio.

No presente estudo assumiu-se que qualquer paciente estivesse vivo até que uma notificação de morte fosse encontrada. Alguns indivíduos podem ter morrido em outras regiões e os registros de óbito não serem localizados, o que poderia levar a superestimar as taxas reais de sobrevivência. No entanto, considera-se que a migração não é tão acentuada na região.

3.5 CONCLUSÃO

As mortes por suicídio representam um grande problema de saúde pública. Em todo o mundo e em números absolutos, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos. No Brasil os suicídios representam 0,8% do total de óbitos e 6,6% das mortes por causas externas, ficando na terceira posição no conjunto das mortes por causas externas. No entanto, no período de 2000 a 2009, o risco de morte por acidentes e por causas violentas apresentou aumento discreto de 4,9% e 4,4%, respectivamente, enquanto o risco de morte por suicídios teve aumento de 22,5%⁴⁶. Sobre as tentativas de suicídio os dados são inconsistentes, mas estima-se que sejam de 10 a 40 vezes maiores que as mortes por suicídio.

Os resultados desse estudo mostraram que a taxa de mortalidade entre pacientes que tentam suicídio foi superior à esperada na população geral. Embora o suicídio seja a principal razão para isso, mortes por outras causas foram igualmente importantes. A probabilidade de sobrevivência em indivíduos que tentam suicídio é influenciada por diversos fatores individuais e socioeconômicos, ressaltando aqui a disponibilidade de serviços especializados de saúde e o acesso aos mesmos.

A elevada taxa de mortalidade por suicídio e o expressivo número de tentativas aponta para a necessidade de melhorar os cuidados à saúde desses indivíduos, tanto nos aspectos preventivos quanto de tratamento, consoante diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde⁴⁷. A prevenção do suicídio não é tarefa fácil e requer ações que considerem aspectos médicos, sociais, psicológicos, familiares, culturais, religiosos e econômicos.

Pelo menos 90% dos que cometem suicídio apresentam um transtorno psiquiátrico, predominantemente depressão, e mais de dois terços não estavam em tratamento quando morreram. Depressão é uma condição prevalente e geralmente é tratada de forma inadequada na atenção primária, principalmente pela dificuldade em se reconhecer os seus sintomas. A prevenção do suicídio é uma função crítica dos médicos e o reconhecimento da depressão é o primeiro passo para preveni-lo, especialmente quando existe comorbidade com abuso de substâncias¹².

Lesões auto-provocadas representam um importante preditor de suicídio subsequente e a maioria desses casos de auto-agressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde,

principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e enfermeiros identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo. Assim, quando alguém é atendido em serviços de saúde após tentativa, a avaliação desse potencial deve ocorrer desde o primeiro contato e durante a permanência no hospital.

Porém, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. Após a alta, é necessário o encaminhamento efetivo para acompanhamento psiquiátrico, psicológico e de suporte familiar e social. Na maioria dos casos de tentativa de suicídio, principalmente em situações onde não se observa risco grave de morte, ocorrem apenas encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento.

Considerando as tentativas não fatais é importante que o planejamento das práticas de saúde contemple o acesso universal aos serviços de saúde e assistência médica, psicológica e social integral e apropriada. Nesse sentido, é fundamental a capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica, das unidades de emergência e dos serviços de saúde mental, os quais deveriam se articular de forma organizada e resolutiva dentro da rede de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botega NJ, coordenador. Comportamento suicida: conhecer pra prevenir. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2009.
2. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(2):146-54.
3. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(supl.2):S87-S95.
4. Volpe FM, Corrêa H, Barrero SP. Epidemiologia do suicídio. In: Correa H, Perez S., organizadores. Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006, p. 11-27.
5. Mello-Santos C, Wang YP, Bertolote JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(2):131-4.
6. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Mortalidade: SIM. Brasília: MS; Acesso em: 10 set. 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>.
7. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhar J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites : the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med.* 2005;35(10):1457-65.
8. Schmitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr RS* 2008;30(2)115-23.
9. Meleiro AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Meleiro A; Teng CT; Wang YP., organizadores. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda; 2004, p. 13-36.
10. Correa H, Perez SB. O suicídio: definições e classificações. In: Correa H, Perez S., organizadores. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006, p. 30-6.
11. Marin-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Pública* 2003;37(3):357-63.

12. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde: impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005, p. 205-39.
13. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Munfakh JLH, Shaffer DJ. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(1):32-40.
14. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(3):257-65.
15. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002;181:193-9.
16. Ostama A, Lonnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(1):29-35.
17. Hawton K, Fagg J. Suicide, and Other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry*. 1988;152:359-66.
18. Karasouli E, Owens D, Abbott RL, Hurst KM, Dennis M. All-cause mortality after non-fatal self-poisoning: a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(6):455-62. Acesso em: 14 abr. 2010. Disponível em: <<http://www.springerlink.com.w10036.dotlib.com.br/content/w141856uu275812m/fulltext.pdf>>.
19. Nordentoft M, Breum L, Munck LK, Nordestgaard AG, Hunding A, Bjxldager PAL. High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ* 1993;306(19):1637-41.
20. Holley HL, Fick G, Love EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33(11):543-51.
21. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010;26(7):1366-72.

22. Ficher AMFT, Vansan GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estud Psicol.* 2008;25(3):361-74.
23. Andrade JJB. Epidemiologia da tentativa de suicídio em Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1979.
24. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Júnior ML. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(5):535-9.
25. Vansan GA. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no Município de Ribeirão Preto. *J Bras Psiquiatr.* 1999;48:209-15.
26. Botega NJ, Cano FO, Kohn SC, Knoll AL, Pereira WAB, Bonardi CM. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *J Bras Psiquiatr.* 1995;44:19-25.
27. Sá NNB, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM, Yokota RTC, Silva MMA, Malta D C. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. *Rev Med Minas Gerais* 2010;20(2):145-52.
28. Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(4):285-9.
29. Botega NJ, Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25(12):2632-8.
30. Pordeus AMJ, Cavalcanti LPG, Vieira LJES, Coriolano LS, Osório MM, Ponte MSR, Barroso SMC. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(5):1731-40.
31. Freitas GVS, Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(3):245-9.
32. Neves FS, Malloy-Diniz LF, Barbosa IG, Brasil PM, Corrêa H. Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(2):114-8.

33. Organização Mundial de Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
34. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Acesso em: 15 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>.
35. D'Oliveira CFA. Perfil epidemiológico dos suicídios: Brasil e regiões, 1996 a 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Acesso em: 15 jan. 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>>.
36. Parente ACM, Soares RB, Araújo ARF, Cavalcante IS, Monteiro CFS. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):377-81.
37. Nicolato R, Perez S, Correa, H. Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. In: Correa H, Perez S., organizadores. Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006, p. 103-14.
38. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Rev Saúde Pública 2010;44:750-7.
39. Meleiro AMAS, Teng CT. Fatores de risco de suicídio. In: Meleiro A; Teng CT; Wang YP., organizadores. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda.; 2004, p. 109-32.
40. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 years follow-up. Aust N Z J Psychiatry. 2003;37(5):595-9.
41. Vidal CEL, Lemos MR, Oliveira RMR, Vidigal NA, Leitão MB. Perfil epidemiológico do suicídio na macrorregião Centro-Sul do Estado de Minas Gerais. In: 32 Congresso Brasileiro de Psiquiatria 2010; Fortaleza. São Paulo: Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010.
42. Camargo FC, Iwamoto HH, Oliveira LP, Oliveira RC. Violência autoinfligida e anos potenciais de vida perdidos em Minas Gerais, Brasil. Texto & contexto enferm. 2011; 20: 100-7.
43. Macente LB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). J. Bras. Psiquiatr. 2011;60(3):151-7.

44. Hawton K, Harris L, Zahl D. Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med.* 2006;36(3):397-405.
45. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ* 2010;340:1-6.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2010: Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. Acesso em 20/06/2012. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_1_saude_brasil_2010.pdf
47. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS; 2006. Acesso em: 14 nov. 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

ARTIGO 2: TENTATIVAS DE SUICÍDIO E O ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA: A PERCEPÇÃO DE QUEM TENTA.

4.1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. As manifestações associadas ao comportamento autolesivo são amplas e conceituadas dentro de um continuum de pensamentos e atos que englobam sete categorias: 1- suicídio completo; 2- tentativa de suicídio; 3- atos preparatórios para o comportamento suicida; 4- ideação suicida; 5- comportamento auto-agressivo sem intenção de morrer; 6- auto-mutilação não-intencional e 7- automutilação com intenção suicida desconhecida^{1,2}.

Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos e que esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados³. Considera-se ainda que para cada tentativa documentada existam outras quatro que não foram registradas^{4,5,6,7,8,9}. É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade.. Mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços de emergência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos⁶.

A literatura mostra que toda ameaça de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador. A repetição de tentativas é um indicador de risco para a consumação do suicídio. O risco de suicídio depois de uma tentativa deliberada de auto-agressão é muito maior do que na população geral¹⁰.

A maioria dos casos de auto-agressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e demais profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo.

No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. Geralmente esses indivíduos são vistos como pertencendo a um grupo que exibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular, e, a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição^{11,12}.

Esses comportamentos podem levar à diminuição dos cuidados por parte do profissional por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves. A percepção dos pacientes sobre os cuidados na emergência refletem essas atitudes negativas e o modo como o profissional aborda o paciente pode influenciar como a pessoa responderá ao cuidado oferecido¹².

Em 2006 o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e, entre os principais objetivos a serem alcançados, destacam-se: 1) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; 2) Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; 3) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; 4) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência¹³.

Paralelamente, o número de publicações sobre suicídio vem aumentando, inclusive no Brasil. Até 2007, por exemplo, somente 15 artigos sobre o tema foram publicados nos três principais periódicos psiquiátricos nacionais¹⁵. Com relação à produção científica *Stricto Sensu* no período de 1989 a 2003, existiam, no banco de dados da CAPES, 128 dissertações e 50 teses sobre suicídio, correspondendo a 0,14% do total cadastrado no referido banco¹⁶. De 2004 a 2011 foram localizados mais 381 trabalhos sobre o tema, sendo 301 dissertações¹⁷.

No entanto, no Brasil e no resto do mundo, o número de suicídios e de tentativas não diminuiu. Pelo contrário, tem aumentado ou encontra-se estabilizado¹⁴. Apesar do volume de publicações e do planejamento das ações de saúde, a qualidade do atendimento e trajetória

percorrida por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas pré-determinados. No curso de algumas doenças o momento da procura do cuidado e o comportamento dos profissionais em relação ao paciente são cruciais para a determinação do seu prognóstico¹⁵. É necessário instituir políticas públicas mais eficazes e estabelecer estratégias para aumentar o engajamento do indivíduo no tratamento e melhorar a continuidade dos cuidados.

O objetivo desse estudo foi o de investigar, a partir da percepção do usuário, como se dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de profissionais de saúde e maior adesão ao tratamento proposto.

4.2 MÉTODOS

4.2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em pacientes ambulatoriais referenciados pelo serviço de urgência e emergência do município de Barbacena, Minas Gerais. A cidade é referência regional para quinze municípios e compreende uma população aproximada de 230.000 habitantes, sendo 51% do sexo feminino.

Tendo em vista o objetivo proposto, o método qualitativo utilizando a técnica de análise de conteúdo se mostrou adequado ao propósito de analisar e interpretar, a partir da percepção de pessoas com tentativa de suicídio, como se dá o acolhimento nos serviços de emergência. A análise de conteúdo é uma técnica de investigação para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação^{16,17}. O objetivo da investigação é transformar a informação obtida em categorias de análise¹⁸.

4.2.2 AMOSTRA

A amostra foi constituída por pacientes do sexo feminino atendidas por tentativa de suicídio no referido serviço, durante o segundo semestre de 2011. As pacientes eram abordadas no local do atendimento e convidadas a participar da pesquisa. Foi considerado como critério de inclusão o atendimento no serviço de urgência. Os critérios de exclusão foram a presença de sintomas neuropsiquiátricos que levassem a dificuldades de compreensão ou expressão. Optou-se por selecionar apenas as mulheres porque elas corresponderam a mais de 80% das tentativas no período do estudo e por exibirem maior interesse e disponibilidade em

comparecer às entrevistas. As inclusões das participantes na pesquisa foram dadas até a saturação teórica¹⁹.

4.2.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário com questões abertas relacionadas ao perfil sociodemográfico, histórico psiquiátrico, tentativas de suicídio e o atendimento no serviço de emergência. As perguntas seguiram uma seqüência, mas não havia disposição rígida das questões. As entrevistas foram gravadas e realizadas por apenas um entrevistador como forma de garantir a homogeneidade do processo e melhor apreensão do campo da pesquisa. O tempo médio da entrevista foi de trinta minutos.

4.2.4 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise do material compreendeu as seguintes fases: a) transcrição das entrevistas; b) leitura das entrevistas transcritas visando apreender idéias e significados; c) identificação dos temas relacionados ao objeto do estudo; d) identificação e seleção das unidades de análise; e) categorização; f) análise interpretativa e discussão. De acordo com a experiência do autor com o objeto de estudo as categorias foram pré-definidas, mas de forma a permitir que subcategorias emergissem do texto. A fala de cada participante recebeu uma codificação em ordem crescente (P1; P2; P3...) em atendimento aos aspectos éticos e legais.

4.2.5 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos, de Barbacena, MG (protocolo 726/2010) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0456.0.203.000-10), ambos em 2010. As entrevistas foram realizadas depois da assinatura de Termo de Consentimento Informado.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As inclusões das participantes na pesquisa foram dadas até a saturação teórica, e esse ponto foi atingido com a entrevista de 28 mulheres. Eram moradoras da zona urbana e em diferentes bairros do município. A idade das participantes variou de 19 a 49 anos, com média de 38 ± 7 anos. Quanto ao estado civil, 12 (43%) eram casadas, oito (29%) solteiras, seis (21%) separadas e duas (7%) eram viúvas; 68% das mulheres tinham menos de oito anos de

escolaridade. Mais de 90% das entrevistadas pertenciam aos estratos sociais mais baixos, com renda familiar até cinco salários mínimos.

A identificação e a classificação das unidades de análise fizeram emergir três categorias, que foram definidas de forma apriorística e tiveram significado no contexto dos objetivos do estudo. Foram extraídas as seguintes categorias: discriminação, negação do ato, encaminhamento. Cada categoria foi submetida à análise qualitativa, a partir da qual foram nomeadas segundo o conteúdo que revelaram.

Discriminação

Nessa categoria, as participantes entrevistadas referiram atitudes negativas por parte dos profissionais que as atenderam. Essas atitudes foram percebidas tanto nos funcionários da recepção quanto na enfermagem e nos médicos. Seguem recortes ilustrativos:

P2 - Não, bem atendida não, sempre fica de lado, pelo menos a moça que me atendeu, foi sem educação. Sempre que alguém faz isso, ou usa droga, chega lá, sempre tem uma crítica, parece preconceito, fica olhando meio torto pra gente....eu sinto isso.

P3 - As pessoas falam que tem problema, tem um descaso, elas discriminam, mesmo falando que tem depressão, que toma remédio eles falam que é falta de serviço, que é manha, acham que não tem depressão.

Existe grande evidência de que indivíduos que apresentam comportamento auto-agressivo encontram atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde^{11,12,,20,21,22}. Entrevistas e questionários dirigidos a médicos e enfermeiros têm revelado atitudes negativas em relação àqueles que tentam suicídio, especialmente nos casos em que o profissional percebe pequena intenção de suicídio no paciente.

P8 - Eles falaram assim “não é possível, tanta coisa pra gente fazer e socorrer e fulano tentando morrer... e tem que fazer lavagem, que frescurada, aí é que dá vontade de matar mesmo”. As pessoas acham que é sem-vergonhice. Eles não vêem o que se passa na nossa mente.

P1- Lembro vagamente dessa vez. As pessoas reagem diferente, a gente fica desconfiada, uns tratam bem, outros não, julgam. O médico me tratou bem.

P17- Mas aqui não tem nada pra ajudar os deprimidos, aqueles que tentam. Lá no postinho também é assim, parece que a receita já ta pronta. O médico não quer escutar a gente.

Algumas tentativas de suicídio são vistas como manifestações históricas e essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente quando o risco de vida é mínimo ou nulo. Tais atitudes acentuam a desesperança dos pacientes e representam oportunidades perdidas para instituir o tratamento ou o encaminhamento para serviços de saúde mental²². Nos serviços de emergência o atendimento de indivíduos que tentaram suicídio deve ser entendido como uma intervenção terapêutica capaz de estabelecer um vínculo com os pacientes de forma a aumentar suas chances de continuidade de tratamento.

A negação

As tentativas de suicídio são abordadas como eventos carregados de intencionalidade, resultantes de uma escolha, de uma opção, o que acarreta a não identificação de seus autores como indivíduos que precisam de cuidados²³. Nessa categoria, os indivíduos perceberam que o seu comportamento não era visto como uma crise que necessitava de cuidados. A desinformação ou o preconceito em entender as tentativas como um fenômeno que comunica um pedido de ajuda para um estado de desestabilização psíquica, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão²².

P6 - Eu não falo. Já falei e ela (a médica) falou “que isso!, voce é nova e bonita”..... Então voce não comenta normalmente. Eles falaram que eu não tinha nada. Minha família também fala assim...

P7. No hospital eu lembro que o médico chegou perto de mim, bateu no meu ombro, falou que eu não tinha nada, que eu era uma moça bonita, pra viver minha vida, que era pra arrumar um namorado...

Lesões auto-provocadas sem intenção suicida também são atendidas em serviços de urgência. A incidência desses agravos tem aumentado nos últimos anos²⁴ e esse comportamento pode

ser um fator de risco para ideação suicida²⁵. Independente do grau de intenção suicida os pacientes que exibem comportamento auto-agressivo representam um grande desafio para a equipe de atendimento e podem gerar atitudes ambivalentes na condução do tratamento²⁶.

P12. A reação das pessoas, dos médicos, quando eu tomava remédio e ia pro hospital, sempre que eu chegava, as enfermeiras e o medico falavam “tem juízo não? vaso ruim não quebra, entra na frente de um trem, remédio não mata não, remédio melhora”

P9. As enfermeiras falavam “toma chumbinho, água de bateria, não adianta vir pra cá, tomar remédio, só dá trabalho pra gente”. Eu me sentia um rato quando tentava, quando elas me falavam ficava pior ainda. Por que elas não falaram que eu precisava era de um psiquiatra?Elas falavam “vai pra casa e dorme bastante, isso não é nada, isso vai passar”.

Em muitas ocasiões os transtornos mentais não são considerados como doença pelos médicos de especialidades clínicas ou cirúrgicas e por isso, os pacientes não são levados a sério, sendo frequentemente objeto de comentários jocosos²⁷. As participantes relataram ter sentido falta de atenção por parte dos profissionais, como se não tivessem nenhum problema e que não precisariam de ajuda.

P10. A equipe reage com descaso, deve ser por eles acharem que é errado tentar, deixam a gente jogado, ficam fazendo comentário entre eles, ficam rindo, no dia que fizeram a lavagem eles falaram “tá doendo? na hora de tomar os remédios não doeu né”...

P15. Deixa de ser boba, para com essa bobiça. As colegas de trabalho acham que eu to falando besteira, que eu to querendo autopiedade.

Encaminhamento

As taxas de mortalidade por suicídio podem aumentar ou diminuir de acordo com as atitudes do pessoal envolvido no atendimento. Pacientes que tentaram suicídio, na maioria das vezes, são liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento. Esse é um dado significativo, pois muitos pacientes que tentam suicídio sofrem de algum transtorno mental. Alguns autores recomendam a realização de interconsulta psiquiátrica depois de tentativa de suicídio^{28, 29}.

P3. Acho que ninguém me encaminhou pra tratamento não, não que eu saiba.....acho que eles viram tanta gente no quarto, todo dia, que nem se preocuparam com isso.....

P8. Encaminharam sim, pro psiquiatra, mas eu não fui.....mostrei o papel pras minhas colegas e elas falaram que psiquiatra era médico de doido.

P13. Não, ninguém encaminhou. Mas eu achava que precisava de atendimento sim. Aquilo não tava na minha cabeça, era só impulso, eu não aceitava perder, eu precisava de ajuda.

A família tem papel importante na decisão sobre a busca de cuidado e a sua postura é determinante para o bem estar do paciente. Do ponto de vista assistencial, o cuidado de forma atenta à família é tão importante quanto aquele oferecido ao próprio indivíduo³⁰. O mesmo acontece com o meio social e a rede de assistência, principalmente na atenção básica de saúde, onde podem ser desenvolvidas ações de prevenção, promoção, reabilitação e inclusão do paciente no seu contexto social.

P9. Uns perguntam outros dão conselho, chama família, nesse aconselhamento nunca fizeram encaminhamento. Só um do CTI que chamou minha irmã e disse que eu tinha era uma doença e que tinha de tratar.

P22. Lá então ninguém marcou pra mim não. A moça do PSF é que ficou sabendo e foi lá em casa pra saber se eu queria ir ao médico.

P5. Faço tratamento desde 2008. Quando eu tava internada eles me encaminharam pro psiquiatra. O médico do CTI era meu amigo e encaminhou.

Fornecer informações ao paciente implica em melhores resultados. Os pacientes ficam mais satisfeitos quando são ouvidos atentamente e quando o profissional explica quais procedimentos estão sendo realizados¹².

P7. Simplesmente ele pede a enfermeira pra ir lá e falar que eu to de alta. Só fui encaminhada pra tratamento uma vez, das outras vezes não encaminharam e nem eu procurei tratamento. Eu não tratava não.

P26. Lá tem psicóloga, ela atende. Não tem encaminhamento por escrito, ela põe no prontuário que precisa de encaminhamento pro psiquiatra.

P15. Não foi feito encaminhamento pra mim, eles nem me atenderam. Minha alta foi complicada porque não tinha médico no Pronto Socorro.

Após a alta, é necessário o encaminhamento efetivo para acompanhamento psiquiátrico, psicológico e de suporte familiar e social. No entanto, na maioria dos casos de tentativa de suicídio, principalmente em situações onde não se observa risco grave de morte, ocorrem apenas encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento²². Os serviços de urgência devem estar articulados com os demais serviços existentes em cada município, buscando garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio^{23,31}.

A intervenção precoce depois de uma tentativa de suicídio é vital porque os primeiros meses são o período de maior risco para novas tentativas²⁰. No entanto, as taxas de adesão são baixas em indivíduos que tentam suicídio. Estima-se que até 60% de indivíduos que tentaram suicídio não freqüentam mais de uma semana de tratamento após a alta do serviço de emergência^{14,22}.

4.4 CONCLUSÃO

Os serviços de urgência e emergência se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, tanto para os pacientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde. A alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada.

A abordagem ao indivíduo portador de transtorno mental em situação de emergência, e em especial ao paciente que tentou suicídio, deve ser realizada com segurança, prontidão e qualidade, já que esse comportamento é fator determinante na aceitação e adesão do paciente ao tratamento^{28,32,33}. A relação terapêutica é uma importante ferramenta para aumentar esta adesão e obter resultados positivos. Estabelecer um bom relacionamento pode ter significativo impacto na percepção do paciente sobre a qualidade do cuidado oferecido e na prevenção de novas tentativas.

Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em setores de emergência, lidam constantemente com indivíduos em situação de crise e que tentam suicídio. De forma semelhante aqueles que atuam na atenção básica, por estarem em contato próximo e prolongado com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação dos pacientes em risco de suicídio.

No entanto, esses profissionais, especialmente os médicos, não estão preparados adequadamente para atender pacientes suicidas, o que pode gerar opiniões desfavoráveis, reações negativas e intolerância, prejudicando o processo terapêutico. As dificuldades dos profissionais em lidar com os diferentes aspectos relacionados à morte, e em especial ao suicídio, podem desencadear conflitos emocionais naqueles que lidam com esses pacientes.

Esses conflitos podem significar dificuldades na abordagem do tema dentro da equipe de saúde e no relacionamento com o próprio paciente ou com seus familiares. Essa postura pode interferir na atuação profissional, diminuindo a sua eficácia, ou, então, associar-se à incapacidade para controlar o sofrimento do paciente. Avaliar um paciente suicida comumente desperta fortes sentimentos no médico examinador, especialmente ansiedade por um erro de conduta e temor das consequências. O profissional pode experimentar também sentimentos de impotência e mobilizar emoções de caráter negativo.

Taylor et al¹² realizaram revisão sistemática da literatura internacional sobre as atitudes de indivíduos com histórico de lesões auto-provocadas em relação aos serviços de saúde. Apesar das diferenças entre os países e respectivos sistemas de saúde, a maioria dos participantes demonstrou atitudes negativas em relação às condutas adotadas. As maiores queixas foram em relação à pequena participação dos pacientes na condução do seu tratamento, comportamento inadequado e pouco conhecimento da equipe, avaliação psicológica superficial e questionamentos sobre a continuidade do tratamento depois da alta. Os usuários sugeriram que a melhora dos serviços deve estar associada a mais informações sobre comportamento auto-agressivo para os próprios pacientes, familiares e população, mais treinamento da equipe e melhorar o acesso aos serviços para continuidade do tratamento.

Atitudes negativas também foram verificadas em outra revisão abrangente sobre o tema compreendendo artigos publicados entre 1971 a 2009. Os autores observaram pequena

diferença nas atitudes entre os estudos mais antigos e os atuais, apesar do expressivo aumento no conhecimento sobre prevalência, fatores de risco e manejo dos pacientes atendidos por lesões auto-provocadas³⁴.

Na mesma revisão, as atitudes negativas foram acompanhadas de sentimentos de irritação e raiva, principalmente em hospitais gerais. Psiquiatras exibiram mais atitudes positivas que médicos de outras especialidades, o mesmo ocorrendo com os demais profissionais da saúde mental. Atitudes mais compreensivas foram observadas em relação aos indivíduos que tiveram tentativas mais sérias de suicídio e para aqueles com transtornos mentais evidentes.

Embora os resultados apresentados neste trabalho sejam válidos para o grupo de mulheres entrevistadas, os fenômenos identificados a partir da análise dos dados convidam à reflexão sobre a qualidade da atenção dispensada aos pacientes com histórico de tentativa de suicídio e indicam a necessidade de melhorar a formação dos profissionais da saúde, em especial os que trabalham nos serviços de pronto atendimento.

Algumas limitações desse estudo merecem ser apontadas. Em primeiro lugar as entrevistas foram realizadas em ambiente diferente do local do atendimento da emergência. As mulheres entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa e sabiam que a avaliação seria realizada por psiquiatra. A coleta de dados realizada em ambiente ambulatorial e acolhedor, sem os inconvenientes de um serviço de urgência, pode ter influenciado as respostas das entrevistadas. Se junta a esses fatores a própria presença do investigador, o que pode favorecer a distorção das respostas dadas. Concluindo, partir de categorias pré-definidas pode limitar a abrangência de outros conteúdos que por algum motivo não são compatíveis com as categorias prévias, restringindo assim as categorias temáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ganz D, Braquehais MD, Sher L. Secondary prevention of suicide. *PLoS Medicine* 2010;7(6):1-4.
2. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007;164(7):1035-43. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org>>. Acesso em: 06 mar. 2012.
3. Mello-Santos C, Wang YP, Bertolote JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 2005;27(2):131-4.
4. Meleiro, AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Alexandrina Meleiro; Chei Tung Teng; Yuan Pang Wang. (Org.). *Suicídio Estudos Fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 13-36.
5. Marin-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública* 2003;37(3):357-63.
6. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205-39.
7. Meleiro, AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Alexandrina Meleiro; Chei Tung Teng; Yuan Pang Wang. (Org.). *Suicídio estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 13-36.
8. Correa H, Perez S. Durkheim e o suicídio. In: Humberto Correa, Sérgio Perez. (Org.). *Suicídio, uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 45-50.
9. Correa H, Perez SB. O suicídio: definições e classificações. In: Humberto Correa, Sérgio Perez. (Org.). *Suicídio, uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 30-6.
10. Botega NJ, Mauro MLF, Cais CFS. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida: Supre-Miss. In: Organização Mundial da Saúde. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.123-40

11. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(5):438-45.
12. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2009;194(2):104-10.
13. Ministério da Saúde. Estratégia nacional de prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.
14. Lizardi D, Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr Serv*. 2010;61(12):1183-91. Disponível em: <<http://ps.psychiatryonline.org/>>. Acesso em: 06 mar. 2012.
15. Rocha FF, Correa H, Lage NV, Souza KCA. Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil? Carta aos Editores. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(4):380-5.
16. Alves M.Souza Â.Vieira C.Bezerra T.Cristino A. Researches about suicide in Brazilian graduate program. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2007 November 7; [Cited 2011 February 27]; 6(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1158>
17. CAPES. Banco de teses. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>. Acesso:10/11/12
18. Cabral ALLV, Martinez-Hemaez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(11)4433-42.
19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Minayo MCS. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(3):621-6.
21. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):611-4.

22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2007.
23. Huband N, Tantam D. Attitudes to self injury within a group of mental health staff. *Br J Med Psychol.* 2000;73:495-504.
24. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med.* 2005;12(4):169-78.
25. Quental IA. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção. *Pediatria Moderna* 2009;45(6):236-40.
26. Machin R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(5):1741-50.
27. Brausch AM, Muehlenkamp JJ. Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image* 2007;4(2):207-12.
28. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry* 2005;162(7):1328-35.
29. Wheatley M. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behav Cogn Psychother.* 2009;37(3)293-309.
30. Sarti CA. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis* 2005;15(1):107-26.
31. Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients. *Crisis* 2009;30(3):161-5.
32. Isacsson G, Rich C. Management of patients who deliberately harm themselves. *Br Med J.* 2006;322(7280):213-5.
33. Buriola AA, Arnauts I, Decesaro MN, Oliveira MLF, Marcon SS. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Esc Anna Nery* 2011;15(4):710-6.

34. Bandeira de Sá NN, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM, Yokota RTC, Silva MMA, Malta DC. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio. *Rev Med Minas Gerais* 2010;20(2):145-52.
35. Kondo EH, Vilella JC, Borba LO, Paes MR, Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(2):501-7.
36. Avanci RC, Furegato ARF, Scatena MCM, Pedrão LJ. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. *Rev Saúde Mental Álcool e Drogas* 2009;5(1):1-15. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=514439&indexSearch=ID>>. Acesso em: 01 jun. 2012.
37. Kate E.A. Saunders, Keith Hawton, Sarah Fortune, Suhanthini Farrell. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012;139(3):205-16.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro artigo buscou-se avaliar o perfil epidemiológico de pessoas que tentaram suicídio e qual a taxa de mortalidade por suicídio e por outras causas entre essas mesmas pessoas. Os resultados desse estudo mostraram que a taxa de mortalidade entre os indivíduos que tentaram foi superior à esperada na população geral, apontando para a necessidade de formulação de estratégias preventivas e terapêuticas.

Mostrou também que quase todas as mortes por suicídio ocorreram até dois anos depois da tentativa. Isso tem importância especial, pois tanto a prevenção quanto o tratamento deveriam ser intensificados nesse período.

A utilização de dados obtidos do SIM apresenta desvantagens e limitações metodológicas, como o viés de informação, por exemplo. No caso específico das causas externas existe subnotificação ou preenchimento inadequado das declarações de óbito. Mesmo que a legislação brasileira determine que nas mortes suspeitas ou decorrentes de causas externas a DO seja fornecida sempre por perito legista após necropsia, os médicos legistas costumam colocar no atestado somente a natureza da lesão, negligenciando o aspecto relativo ao tipo de causa externa¹. Casos suspeitos de suicídio podem ter sido registrados como mortes acidentais por envenenamento ou por outras causas externas de mortalidade. No entanto, embora a qualidade das informações do SIM ainda seja controversa observa-se crescente ampliação da sua cobertura e confiabilidade².

Com relação às tentativas, muitas delas não chegam ao atendimento hospitalar por serem de baixo grau de letalidade. E, em muitos casos, os registros hospitalares costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos³. Outra limitação associada às tentativas é com relação à sua definição pelos profissionais que atendem os pacientes nos serviços de emergência. Muitos atos auto-lesivos em que não existe

1 - Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas. Rev. bras. epidemiol. 2002, 5(2): 212-23.

2 - Drumond EF, Machado CJ, Vasconcelos MR, França E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. R. Bras. Est. Pop, 2009, 26 (1): 7-19.

3 - Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde: impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005, pp. 205-39.

intenção suicida são registrados como tentativa de suicídio, o que gera uma ocorrência policial. No presente estudo todos esses casos, quando detectados, foram excluídos da amostra.

Apesar de existir padronização e treinamento dos militares para o preenchimento dos Boletins de Ocorrência, os dados são preenchidos por diferentes indivíduos e em contextos diferentes. Essa imprecisão pode, em maior ou menor grau, interferir nos resultados observados. Para evitar essa interferência foram descartados os boletins que não permitiam identificar o indivíduo ou o tipo de tentativa. Além disso, os boletins não representam todas as tentativas ocorridas na região.

O segundo artigo teve como objetivo investigar questões relacionadas com as tentativas de suicídio e com o atendimento recebido no serviço de emergência. Partiu-se da hipótese de que muitos desses pacientes não são adequadamente avaliados em função de atitudes negativas dos profissionais que os atendem e que, na maioria das vezes, são liberados da emergência sem passarem por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento adequado.

As entrevistas permitiram identificar algumas atitudes dos profissionais que podem influenciar negativamente o prognóstico dos indivíduos que tentam suicídio. A percepção dos pacientes sobre os cuidados na emergência reflete essas atitudes negativas e o modo como o profissional aborda o paciente pode influenciar como a pessoa responderá ao cuidado oferecido.

Os serviços de urgência e emergência se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, tanto para os pacientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde. A alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada.

O suicídio de pacientes afeta os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na saúde mental. Pacientes suicidas costumam gerar sentimentos de fracasso e incompetência naqueles que os atendem, levando os profissionais a questionar sua experiência e levantam questionamentos sobre possíveis repercussões médico-legais⁴.

Lesões auto-provocadas representam um importante preditor de suicídio subsequente e a maioria desses casos de auto-agressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e enfermeiros identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo. Nesse sentido, é fundamental a capacitação dos profissionais de saúde das unidades de emergência, da atenção básica, e dos serviços de saúde mental, os quais deveriam se articular de forma organizada e resolutiva dentro da rede de saúde.

O conhecimento das taxas de incidência de suicídio e de tentativas de suicídio nas diversas populações, além dos fatores considerados de risco, possibilita o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise. O suicídio é um fenômeno violento e complexo e merece uma ampla discussão na sociedade. Apresenta especificidades que permitem o desenvolvimento de medidas preventivas, existindo ações que podem ter impacto na redução das taxas de suicídio e de tentativas. Entre estas, destacam-se a restrição ao acesso a determinados meios como armas e venenos, melhoria da assistência médica, detecção e tratamento efetivo dos pacientes sob risco e atenção a grupos vulneráveis⁵.

Algumas limitações desse estudo merecem ser apontadas. Em primeiro lugar as entrevistas foram realizadas em ambiente diferente do local do atendimento da emergência. As mulheres entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa e sabiam que a avaliação seria realizada por psiquiatra. A coleta de dados realizada em ambiente ambulatorial e acolhedor, sem os inconvenientes de um serviço de urgência, pode ter influenciado as respostas das entrevistadas. Se junta a esses fatores a própria presença do investigador, o que pode favorecer a distorção das respostas dadas.

4 - Gulfi A, Dransart DAC, Heeb JL, Gutjahr. The Impact of Patient Suicide on the Professional Reactions and Practices of Mental Health Caregivers and Social Workers. *Crisis* 2010; 31(4):202-10

5 - Quental IA. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção. *Pediatria Moderna* 2009;45(6):236-40.

O presente estudo forneceu elementos e direcionamento para se desenvolver ações educativas junto aos estudantes da área da saúde, especialmente os graduandos de medicina, e profissionais da atenção básica, visando maior compreensão do tema, desenvolvimento de habilidades e mudança de atitudes em relação ao suicídio.

Para tanto, já está em processo de execução estudo para avaliar o conhecimento e as atitudes de estudantes e professores da Faculdade de Medicina de Barbacena sobre suicídio. Outra proposta já encaminhada é a criação de um serviço de Interconsulta Psiquiátrica para atendimento de pacientes que tentaram suicídio, envolvendo médicos residentes de psiquiatria, clínica médica e acadêmicos de medicina.

APÊNDICE A

Projeto de Pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

TENTATIVAS DE SUICÍDIO: FATORES PROGNÓSTICOS E ESTIMATIVA DO EXCESSO DE MORTALIDADE

3.1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno humano complexo e universal, entendido como o resultado de um ato deliberadamente empreendido e executado com pleno conhecimento ou previsão de seu desenlace. Na sua definição, a intencionalidade de dar cabo à vida por quem o comete é o elemento-chave (OMS - Organização Mundial de Saúde, 2002)¹. Tentativa de suicídio ou comportamento suicida não-fatal nomeia os atos cometidos por indivíduos que pretendem se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito. Ideação suicida se refere aos vários graus de intensidade do pensamento de se matar².

Em termos globais a morte por suicídio passou a ocupar a terceira posição entre as causas mais frequentes de falecimento para as pessoas de ambos os sexos com idade entre 15 e 34 anos^{3,4,5}. O grupo de maior risco, tradicionalmente, é representado pelos idosos do sexo masculino. Contudo, os índices de suicídio têm aumentado entre pessoas jovens.

Segundo a OMS as mortes por suicídio aumentaram 60% nas últimas cinco décadas. A taxa mundial de suicídio situa-se em torno de 16 por 100 mil habitantes e estima-se que cerca de 1 milhão de pessoas cometeram suicídio no ano 2000, o que representaria uma morte a cada 40 segundos. A projeção para o ano de 2020 é que mais de um milhão e meio de pessoas cometam suicídio⁴.

No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio situa-se entre quatro e cinco óbitos por cem mil habitantes, observando-se coeficientes maiores em alguns estados da federação. Na microrregião de Barbacena, em Minas Gerais, no período de 2006 a 2009, ocorreram 78 mortes por suicídio, o que corresponde uma taxa média de 8,6 óbitos por cem mil habitantes.

No mesmo período de quatro anos foram registradas 600 tentativas de suicídio na região. Estudos realizados em outros países indicam que aqueles indivíduos que tentam suicídio

apresentam um risco muito elevado de morrer por qualquer causa quando comparados com o restante da população.

A literatura brasileira em suicidologia no Brasil ainda é escassa. Até 2007, por exemplo, apenas 15 artigos sobre o tema foram publicados nos três principais periódicos psiquiátricos nacionais^{6,7}. Com relação à produção científica *Stricto Sensu* no período de 1989 a 2003, existiam, no banco de dados da CAPES, 128 dissertações e 50 teses sobre suicídio, correspondendo a 0,14% do total cadastrado no referido banco de dados⁸.

De forma geral, a maioria dos trabalhos realizados na área das ciências da saúde, focaliza principalmente os coeficientes de mortalidade, o perfil epidemiológico e possíveis fatores associados ao suicídio, como diagnóstico psiquiátrico e uso de drogas. Com relação às tentativas, os poucos estudos realizados abordaram o perfil psiquiátrico dos pacientes e algumas características sociodemográficas. Não foram localizados, nas bases de dados nacionais pesquisadas, estudos prospectivos brasileiros para estimar as taxas de mortalidade por suicídio e por outras causas entre indivíduos que tentaram suicídio.

O conhecimento das taxas de incidência do suicídio e de tentativas de suicídio nas diversas populações, além dos fatores considerados de risco, possibilita o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise. Para tanto, é necessário que sejam realizados estudos descritivos e analíticos para se conhecer as características epidemiológicas de cada região com relação aos óbitos por suicídio e as tentativas de suicídio.

O presente estudo busca estimar a sobrevivência e os fatores prognósticos de óbito após a primeira tentativa de suicídio. Pretende-se também comparar as características epidemiológicas dos óbitos por suicídio e das tentativas de suicídio na microrregião de Barbacena, conhecer a trajetória dos indivíduos atendidos nos serviços de urgência, por tentativa de suicídio e refletir sobre ações eficazes de Saúde Pública para a prevenção desse agravo.

3.2 HIPÓTESES A TESTAR

A taxa de mortalidade geral e a taxa de mortalidade específica (por causas externas, suicídio e demais causas) em indivíduos que tentam suicídio são maiores que as taxas observadas na população geral. As características sociodemográficas do grupo de indivíduos que permaneceu vivo até o final do estudo são diferentes do grupo de indivíduos que morreram.

Indivíduos que tentam suicídio têm trajetória errante no sistema de saúde e não são corretamente referenciados para tratamento.

3.3 REVISÃO DA LITERATURA

Estima-se que, para cada suicídio consumado existem pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos. Estima-se ainda que, para cada tentativa notificada, existam outras quatro que não foram registradas. É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de baixo grau de letalidade. De acordo com Minayo⁹, mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços de emergência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos.

No Brasil, no ano de 2000, foi observada uma taxa maior de internação por tentativa de suicídio nos homens do que nas mulheres (6,8 e 4,2/ 100.000 habitantes, respectivamente)⁴, indicando um risco 1,6 vezes maior no sexo masculino. Em 2010, houve declínio dos coeficientes, respectivamente 2,6 e 1,8 por cem mil, embora, tenha sido mantido o risco 1,4 vezes maior de internação por este agravo entre os homens. (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>, acesso em 09/2011).

Estudos epidemiológicos mostram que o risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas. Entre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de suicídio estima-se que de 30 a 60% tiveram tentativas prévias e 10 a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. Ao longo da vida, as taxas de tentativas de suicídio variam de 0,4 a 4,2%^{10,11}. Estima-se que um quarto dos suicídios foi precedido por algum tipo de comportamento auto-agressivo no

ano anterior. Adolescentes com histórico de tentativas repetidas apresentam uma chance três vezes maior de tentar novamente dentro de um ano quando comparados com aqueles que tentaram apenas uma vez¹².

O maior risco, em todas as idades observadas, costuma ocorrer durante o primeiro ano após uma tentativa - quando ocorre a segunda tentativa - e depois começa a declinar. Tanto para aqueles que tentam pela primeira vez quanto para os repetidores, o primeiro ano constitui o período de maior risco. Isso tem uma importância especial, pois tanto a prevenção quanto o tratamento deveriam ser intensificados nesse período¹³.

Por outro lado, revisão sistemática realizada por Owens, Horrocks e House¹⁴ sobre tentativas fatais e não fatais de suicídio apontou que a probabilidade de repetição da tentativa era de 16% no primeiro ano, 21% nos quatro primeiros anos e maior que 23% depois de quatro anos. Com relação aos óbitos, a probabilidade de morte por suicídio foi de 1,8% no primeiro ano, 3% e 3,4% nos quatro e nove anos subsequentes e de 6,7% depois de nove anos de seguimento. Em adição às taxas elevadas de suicídio, outros estudos mostraram que aqueles que tentam suicídio também exibem altas taxas de mortalidade por causas externas (acidente e homicídios) e outras doenças^{12,13,14,15}.

Em estudo prospectivo que envolveu mais de 40 mil participantes (sendo 2614 atendidos por tentativa de suicídio) no período de 1995 a 2001, a probabilidade de morrer por suicídio em cinco anos foi 60 vezes maior entre os que tentaram suicídio do que entre aqueles sem história de tentativa. Excluindo-se o suicídio da análise, a probabilidade de morrer por qualquer outra causa foi três vezes maior entre os que tentaram suicídio¹³.

Em outro estudo longitudinal, conduzido por Ostama e Lonnqvist¹⁵, com tempo médio de 5,3 anos e envolvendo 2782 pacientes que tentaram suicídio, a taxa de mortalidade observada por todas as causas foi 15 vezes maior que a esperada nos homens e 9 vezes maior nas mulheres. Com relação aos acidentes a mortalidade foi 29 vezes mais alta nos homens e 21 vezes maior nas mulheres; para os homicídios foi 28 vezes maior nos homens. Para as demais doenças encontraram-se taxas seis vezes maiores nos homens e quatro vezes maiores nas mulheres.

Na Inglaterra, o número de mortes verificado em um seguimento de 1959 pacientes que tentaram suicídio foi 3,3 vezes maior que o esperado. Suicídio confirmado ou provável ocorreu em 2,8% da amostra ao final de oito anos de acompanhamento e a taxa de mortalidade por suicídio foi 27 vezes maior que a esperada. O maior risco de suicídio nesse grupo foi verificado durante os três primeiros anos, especialmente nos seis primeiros meses que se seguiram a uma tentativa. Os fatores associados com maior risco ao tempo da tentativa foram o sexo masculino, idade avançada (mulheres), presença de transtorno psiquiátrico, uso prolongado de hipnóticos, saúde física debilitada e tentativas repetidas. Em relação às outras causas de morte, houve um excesso de mortalidade duas vezes superior em mulheres, e as maiores taxas estavam relacionadas a desordens endócrinas, circulatórias, respiratórias e acidentes¹⁶.

Ainda na Inglaterra, numa coorte de 976 pacientes atendidos na década de 1980 e acompanhados por 16 anos, a razão entre as taxas observada e esperada foi de 2,2. Mortes decorrentes de doenças digestivas e respiratórias foram, respectivamente, 4,4 e 2,9 vezes mais frequentes que o esperado. O risco de acidentes foi seis vezes maior e, para o suicídio, foi 17 vezes superior ao esperado na população geral¹⁷.

Em seguimento de dez anos de pacientes que tentaram suicídio na Dinamarca, verificou-se que a mortalidade específica por causa nesse grupo foi quase sessenta vezes maior que a observada na população geral. No período estudado ocorreram 306 mortes, sendo 33,7% por suicídio, 42,8% de causas naturais, 10,1% por acidentes, 11,8% por causas indeterminadas e 1,6% por homicídio¹⁸.

No Canadá, em coorte de 13 anos envolvendo 876 pacientes que tentaram suicídio, os sujeitos da pesquisa apresentaram um risco quatro vezes maior de morrer por qualquer causa quando comparados com a população geral. O mesmo grupo exibiu um risco 25 vezes maior de cometer suicídio e um risco 15 vezes superior de morrer por acidentes ou outras causas externas. Os fatores que em maior medida prognosticaram o suicídio nesse grupo foram o sexo, masculino, residir em área de baixa renda e o uso de método violento na tentativa índice. Os primeiros quatro anos foram os períodos de maior risco para a ocorrência do suicídio¹⁹.

Na maioria dos estudos observou-se excesso de mortalidade por suicídio nas classes sociais mais baixas, e redução do risco de suicídio e de tentativas de suicídio na classe alta. O baixo nível socioeconômico de quem tenta suicídio pode ser um dos fatores que explica as taxas mais elevadas de mortalidade por outras causas neste grupo. Considera-se também que os pacientes que tentam suicídio fumam mais, são mais estressados e exibem pior saúde física⁴. Outra possível explicação é que os pacientes que tentam suicídio procuram menos os serviços de saúde. Como exemplo, as tentativas de suicídio foram responsáveis por apenas 1% dos atendimentos durante um período de cinco anos no Centro de Atenção Psicossocial do município de Barbacena²⁰.

No Brasil, não há estatísticas adequadas analisando tendências evolutivas das taxas de tentativas de suicídio. Os poucos estudos existentes estimaram taxas pontuais desse comportamento obtidas a partir de dados de registros hospitalares, que variaram de 154/100 mil habitantes para todas as idades¹⁵ até 812/100 mil em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos^{21, 22, 23}.

Também pouco se conhece sobre a real dimensão do impacto das tentativas de suicídio. Alguns estudos indicaram que lesões auto-infligidas (incluindo as tentativas de suicídio) representaram 1,4% da carga total de doenças em 2002, esperando-se um aumento para 2,4% em 2020¹⁰.

De forma geral, os homens cometem mais suicídio e se utilizam de métodos com alto grau de letalidade tais como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de lugares elevados. As mulheres apresentam maior número de tentativas de suicídio e os métodos mais usados por elas são a ingestão de medicamentos ou outras substâncias tóxicas^{3,4,5,10}.

Estudos sobre fatores de risco para suicídio ou tentativa de suicídio têm apontado uma elevada correlação desses fenômenos com a presença de algum transtorno psiquiátrico. Os transtornos mentais estão associados com mais de 90% dos casos de suicídio. As desordens mentais mais frequentemente associadas são os transtornos do humor, a esquizofrenia, os transtornos da personalidade e aqueles relacionados ao uso de substâncias¹¹.

Em resumo, os diversos estudos mostram que a mortalidade entre indivíduos que tentam suicídio é bem elevada. Embora o próprio suicídio seja a principal razão para isso, o número de mortes por outras causas também é expressivo.

Em 2006 o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e, entre os principais objetivos a serem alcançados, destacam-se: 1) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; 2) Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; 3) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; 4) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência²⁴.

DESCRIÇÃO DA PESQUISA

3.4 OBJETIVOS DA PESQUISA

Geral

Avaliar taxas de mortalidade, sobrevida, histórico de tratamento psiquiátrico e os fatores associados às tentativas de suicídio na microrregião de Barbacena no período de 2006 a 2011.

Específicos

- Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio e das tentativas de suicídio, no período de 2006 a 2009;

- Estimar o risco de morrer entre os indivíduos que tentaram suicídio no período de 2006 a 2009 em comparação com o esperado para a população geral;

- Analisar os fatores sociodemográficos que se associam com o óbito e com o tempo de sobrevida entre os indivíduos que tentaram suicídio no período de 2006 a 2009;

- Conhecer o histórico, o acesso e a adesão ao tratamento psiquiátrico entre indivíduos que tentarem suicídio no período de maio a agosto de 2011.

3.5 METODOLOGIA

3.5.1 DELINEAMENTO

Estudo de coorte composta por indivíduos residentes na microrregião de Barbacena que tiveram Boletins de Ocorrência registrados devido tentativa de suicídio no período 2006 a 2009.

Para alcançar o quarto objetivo será realizado estudo de natureza qualitativa com 30 indivíduos que tentarem suicídio no período de maio a agosto de 2011.

3.5.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A microrregião de Barbacena é composta por quinze municípios e compreende uma população aproximada de 226.000 habitantes. Serão incluídas as tentativas de suicídio de indivíduos de ambos os sexos a partir da idade de 15 anos, residentes na região, compreendendo aproximadamente 600 tentativas no referido período. No segundo estudo serão incluídos apenas os indivíduos maiores de 18 anos que concordarem com sua participação na pesquisa.

Para o período considerado neste estudo, serão utilizadas as categorias diagnósticas compreendidas entre X60 e X84 (lesões auto-provocadas intencionalmente) referentes às tentativas de suicídio da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). As faixas etárias, em anos completos, serão descritas conforme a especificação do DATASUS e agrupadas como se segue: a) 15 a 19; b) 20 a 29; c) 30 a 39; d) 40 a 49; e) 50 a 59; f) 60 ou mais.

As tentativas de suicídio serão classificadas como fatais e não-fatais de acordo com o grau de letalidade do método utilizado, sendo consideradas como mais letais a sufocação, estrangulamento/enforcamento, uso de arma de fogo, precipitação de lugares elevados e atirar-se na frente de veículos; as menos letais (ou não-fatais) incluem inalação de gás, envenenamento, atear fogo em si próprio, afogamento e cortar-se. Essa distinção é consistente com outros estudos e serve para identificar diferenças epidemiológicas na letalidade dos casos independente do método utilizado.

3.5.3 FONTES DE DADOS

A fonte de dados utilizada para a seleção dos participantes será o Boletim de Ocorrência, emitido pela Polícia Militar e arquivado no 9º Batalhão de Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (PMMG), sediado em Barbacena, que inclui os dados relativos a todas tentativas de suicídio de indivíduos que foram atendidos em algum serviço médico da região. O Boletim de Ocorrência contém variáveis relacionadas à identificação de quem fez a tentativa e ao serviço de saúde onde o atendimento foi realizado. Contém ainda descrição detalhada das características da tentativa.

Para a obtenção da informação sobre o desfecho, como datas de óbito e causa básica da morte será feita busca no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O banco de dados do SIM possui cobertura apenas para óbitos ocorridos na Macrorregião Centro Sul, que engloba três microrregiões e uma população aproximada de 850 mil habitantes. O SIM será utilizado para verificar a mortalidade dos participantes até 31 de dezembro de 2010. A busca realizada por local de residência apenas não identifica o óbito do indivíduo que migrou da macrorregião.

3.5.4 PLANO DE COLETA

Para a análise de sobrevida, serão considerados como evento os óbitos (data do óbito) em decorrência de suicídio, demais causas externas e óbito por qualquer causa. Todos os pacientes vivos, ao término do seguimento, serão censurados na data de 01 de janeiro de 2011. Foi definido como o tempo de início de observação para cada indivíduo (T0) a data do Boletim de Ocorrência.

A data de início de observação limite para a entrada de novos casos na coorte será o último dia de 2009 e os pacientes serão seguidos até 31 de dezembro de 2010, utilizando os registros do SIM.

Boletins de Ocorrência: Dessa fonte serão colhidas informações relacionadas à identificação de quem fez a tentativa: nome, sexo, data de nascimento, filiação, residência, procedência, estado civil, profissão, tipo de tentativa/método utilizado. Serão avaliados os BOs dos anos de

2006 a 2009, que totalizam 600 tentativas. Esses dados serão coletados por estagiários de medicina treinados e supervisionados pelo pesquisador principal, respeitando-se os princípios éticos.

Sistema de Informação de Mortalidade: O monitoramento dos sujeitos participantes da pesquisa será feito por meio de consulta ao registro das Declarações de Óbitos (DO) do banco de dados da Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Barbacena. Desta fonte serão colhidas informações relacionadas ao sexo, filiação, data de nascimento, estado civil, profissão, data do óbito, causa da morte. Os óbitos serão verificados por meio de análise das DOs do período de 2006 a 2010.. Esses dados serão coletados por estagiários de medicina treinados e supervisionados pelo pesquisador principal, respeitando-se os princípios éticos.

3.5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados inicialmente serão descritos por frequências simples absolutas (números absolutos) e relativas (proporções, razão e taxas). Para o cálculo das taxas de mortalidade e das tentativas, as taxas serão padronizadas por faixa etária e sexo. Testes de Qui-quadrado de Pearson assintótico ou exato serão empregados para análise de associação entre variáveis categóricas sócio-demográficas e fatores associados ao suicídio.

A análise dos fatores associados aos óbitos será realizada por meio de modelo de regressão logística univariado e multivariado. Todas as variáveis que forem significativas ao nível de 0,20 serão consideradas candidatas ao modelo multivariado. Inicialmente, será ajustado um modelo com todas essas variáveis candidatas e, passo-a-passo, serão retiradas aquelas menos significativas, até ficarem no modelo somente as variáveis significativas ao nível de 0,05. A adequacidade do modelo será avaliada pelo Teste de Hosmer & Lemeshow.

Será realizada análise de sobrevida, em que o tempo de sobrevida será calculado como o intervalo entre a data da tentativa (tempo inicial) e a data do óbito ou final do acompanhamento (tempo final). Os tempos iniciais serão diferentes entre os pacientes, isto é, a entrada deles variará de 2006 a 2009. O acompanhamento máximo será de cinco anos, pois o final do seguimento será dia 31 de dezembro de 2010.

O evento de interesse é o óbito por qualquer causa. Será considerado censura quando o paciente terminar o estudo e não morrer até final do seguimento. As curvas de sobrevida serão estimadas pelo método de Kaplan-Meier e a comparação dessas curvas efetuada por meio do teste log-rank. A estimação do efeito das co-variáveis será realizada pelo modelo semiparamétrico de riscos proporcionais de Cox, que estima a proporcionalidade dos riscos ao longo de todo o tempo de observação. Casos que não contenham todas as variáveis serão excluídos da análise multivariada.

O modelo de Cox será ajustado individualmente com cada variável; aquelas que forem significativas ao nível de 0,20 serão ajustadas no modelo multivariado e, passo-a-passo, serão retiradas as variáveis menos significativas até restar as variáveis significativas ao nível de 0,05. O pressuposto dos riscos proporcionais do modelo de Cox será avaliado pela análise dos resíduos de Schoenfeld.

Os dados de cada participante serão registrados em fichas elaboradas especialmente para o estudo e posteriormente digitadas em planilhas do programa Excel. A análise estatística será realizada no software SPSS versão 13.0.

3.5.6 ESTUDO QUALITATIVO

O segundo estudo, com metodologia qualitativa objetiva conhecer a trajetória na rede de saúde e analisar as características clínicas de indivíduos que tentaram suicídio no período de maio a agosto de 2011.

Apesar do planejamento das ações de saúde e do desejo de gestores e dos profissionais de serviços de saúde, a qualidade do atendimento e trajetória percorrida por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas pré-determinados. No curso de algumas doenças o momento da procura do cuidado e o comportamento dos profissionais em relação ao paciente são cruciais para a determinação do seu prognóstico.

No caso específico de indivíduos que tentam suicídio, os aspectos acima relacionados ganham relevância quando se considera que parcela expressiva de pacientes procura algum

tipo de atendimento semanas antes de concretizar a tentativa. Este fato sugere a possibilidade de prevenção e intervenção precoces que os níveis primário e secundário de atenção em saúde apresentam. .

O objetivo desse estudo é o de investigar como se dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio , verificar a existência de obstáculos ao acesso e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de profissionais de saúde e maior adesão ao tratamento proposto.

Tendo em vista o objetivo proposto, o método qualitativo se mostra adequado ao propósito de analisar e interpretar, a partir da percepção de pessoas com tentativa de suicídio. No presente estudo será utilizada a técnica de análise de conteúdo na perspectiva de compreender a atenção em saúde recebida, de acordo com as percepções dos sujeitos envolvidos. A análise de conteúdo é uma técnica de investigação para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. A abordagem qualitativa se aplica ao tema pesquisado, pois reconhece o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos e ao conjunto de fenômenos que constituem a realidade social. Esta metodologia contribui para a compreensão dos valores culturais e das representações de determinado grupo sobre temas específicos. O objetivo da investigação é transformar a informação obtida em categorias de análise.

Para examinar diretamente essas questões serão avaliados, por meio de entrevista semi-estruturada, 30 indivíduos maiores de 18 anos que tentarem suicídio e forem atendidos no pronto-socorro municipal entre os meses de maio e agosto de 2011. Serão selecionados, de forma aleatória, 50 indivíduos considerando a possibilidade de 30% de recusas na participação. Serão elegíveis para estas entrevistas apenas os indivíduos atendidos de segunda a sexta-feira, no período de sete até as 22 horas. Os pacientes serão identificados para num segundo momento (depois de cinco dias) serem convidados a participar da entrevista.

As entrevistas serão realizadas por apenas um entrevistador como forma de garantir a homogeneidade do processo e melhor apreensão do campo da pesquisa. As entrevistas, individuais, serão realizadas no ambulatório de psiquiatria da Faculdade de Medicina e serão gravadas.

Após gravação digital, as narrativas serão transcritas na íntegra e analisadas seguindo os seguintes passos:

- 1 - Preparação das informações
- 2 - Transformação do conteúdo em unidades;
- 3 - Categorização ou classificação das unidades em categorias;
- 4 - Descrição;
- 5 - Interpretação.

Para traçar um quadro sociocultural mais completo dos entrevistados serão levantadas informações sobre idade, sexo, estado civil, profissão, história pregressa de tratamento psiquiátrico ou internação, uso de álcool ou outras substâncias psicoativas, uso de medicação, diagnóstico psiquiátrico, número de consultas realizadas por ano, oferta de serviços, encaminhamento, tipo de atendimento/intervenção, seguimento.

3.5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos (protocolo 726/2010) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0456.0.203.000-10), ambos em 2010.

4 ORÇAMENTO

O presente projeto foi aprovado pela Assessoria de Pesquisa e Extensão e Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Barbacena. Serão selecionados e treinados dois estagiários (acadêmicos de medicina) para coleta e digitação dos dados secundários, juntamente com o pesquisador principal, respeitando-se os princípios éticos.

O material permanente (computadores, impressoras e software estatístico) já está disponível na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Faculdade de Medicina da UFMG. Eventuais custos não previstos no orçamento serão arcados pelo pesquisador principal.

Os pesquisadores envolvidos não terão remuneração específica para este estudo. Os estudantes receberão remuneração conforme regulamentação própria do Programa de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina de Barbacena.

Proposta de Orçamento

Especificação	Valor total (R\$)
MATERIAL PERMANENTE: Computadores, softwares etc	Já disponíveis
MATERIAL DE CONSUMO: cópias e reprodução de documentos: 1500 cópias (unidade=R\$0,10)	R\$150,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS: Serviço de processamento e digitação dos dados: 30 horas (R\$60,00/hora)	R\$1800,00
BOLSA ACADÊMICOS DE MEDICINA – R\$300,00/mês	R\$7200,00
HONORÁRIOS DOS PESQUISADORES	Não há
DESPESAS COM SUJEITOS DA PESQUISA	Não há
OUTROS: Envio do trabalho para congressos, confecção de pôster, publicação em revistas científicas.	R\$600,00
TOTAL	R\$9750,00

5 CRONOGRAMA

Atividades - 2010	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Revisão da literatura				
Encaminhamento para CEP				
Coleta de dados				
Processamento/Discussão				
Redação				
Atividades - 2011	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Qualificação				
Revisão da literatura				
Submissão do artigo 1				
Coleta de dados				
Processamento/Discussão				
Redação				
Atividades - 2012	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Revisão da literatura				
Processamento/Discussão				
Redação				
Submissão do artigo 2				
Defesa				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviors. Geneva, 2002. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/254.pdf (acessado em 20/01/09).
- 2 - Meleiro, AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Alexandrina Meleiro; Chei Tung Teng; Yuan Pang Wang. (Org.). Suicídio Estudos Fundamentais. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda., 2004, p. 14-36.
- 3 - Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. J Bras Psiquiatr 54(2): 146-154, 2005.
- 4 - Mello-Santos C, Wang YP, Bertolote JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. Rev Brasileira de Psiquiatria. 2005;27(2):131-4.
- 5 - Abasse, MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil Ciência & Saúde Coletiva, 14(2):407-416, 2009.
- 6 - Rocha FF, Correa H, Lage NV, Sousa KC. Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil? Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(4):380-1.
- 7 - Rocha, FF; Carmo, W; Castro, V; Amaral, D; Correa H. A relevância da produção latina americana psiquiátrica e da suicidologia entre os periódicos psiquiátricos com maior Fator de Impacto. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):86-90
- 8 - Alves, MDS; Souza AMA; Vieira, CD; Bezerra TM; Cristino ACC. Pesquisas sobre suicídio na pós-graduação brasileira. Online Brazilian Journal of nursing, vol 6, n. 3 (2007). Disponível em <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1158/277> - Acesso em 28/07/2010

- 9 - Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205-239.
- 10 - Marin-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3):357-63.
- 11 - Bertolote JM, Fleischmann A, de Leo D, Bolhar J, Botega N, Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites : the WHO SUPRE-MISS community survey *Psychological Medicine*, 2005, 35, 1457–1465.
- 12 - Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Munfakh JLH, Shaffer DJ. Suicide Attempt Characteristics, Diagnoses, and Future Attempts: Comparing Multiple Attempters to Single Attempters and Ideators. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 47:1, january 2008.
- 13 - Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007; 41:257-265
- 14 - Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181:193-199.
- 15 - Ostama A, Lonnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2001, 36:29-35.
- 16 - Hawton K, Fagg J. Suicide, and Other Causes of Death, Following Attempted Suicide. *British Journal of Psychiatry* (1988), 152, 359-366
- 17 - Karasouli E, Owens D, Abbott RL, Hurst KM, Dennis M. All-cause mortality after non-fatal self-poisoning: a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Published online: 25 Mar 2010. (Acessado em 14/05/2010). Disponível em <http://www.springerlink.com.w10036.dotlib.com.br/content/wl41856uu275812m/fulltext.pdf>

18- Nordentoft M, Breum L, Munck LK, Nordestgaard AG, Hunding A, Bjxldager PAL High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *British Medical Journal*, 1993,306(19): 1637-1641.

19 – Holley HL, Fick G, Love EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998, 33(11): 543-51.

20 - Ananias A, Botelho CC, Soares MR, Costa J, Junqueira C, Vidal CEL. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Anais do Congresso Internacional de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, Porto Alegre, 2009*).

21 - Cassorla, R. M. S. (1992). *O que é suicídio (Coleção Primeiros Passos, 4ª ed.)* São Paulo: Brasiliense.

22 - Andrade, J. J. B. (1979). *Epidemiologia da tentativa de suicídio em Ribeirão Preto*. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

23 – Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Júnior ML. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm* 2005 set-out; 58(5):535-9.

24 - Ministério da Saúde – Brasil . *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio*. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Organização: Carlos Felipe D'Oliveira e Neury José Botega. 2006. www.saude.gov.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(versão 9º Batalhão de Polícia Militar de MG)

Projeto: Estimativa do excesso de mortalidade associado a tentativas de suicídio

DESCRIÇÃO E PROPÓSITO DO ESTUDO

O suicídio representa um importante problema de saúde pública. Os dados mundiais relativos ao ano de 2000 mostram que aproximadamente um milhão de pessoas cometeram suicídio; a cada 40 segundos, uma pessoa morre por essa causa; a cada 3 segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida; para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas, suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica; para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro desconhecidas; cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas; o impacto psicológico, social e financeiro em uma família e comunidade é imensurável.

Nesta pesquisa pretende-se analisar o perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio e verificar a taxa de mortalidade por suicídio e por outras causas entre os pacientes que tentaram e entre aqueles não tentaram suicídio na Microrregião de Barbacena, no período de 2006 a 2009. Nenhum paciente será avaliado diretamente. Apenas o Boletim de Ocorrência de cada indivíduo será analisado para se obter os dados necessários (nome, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, endereço, nome da mãe e data e tipo de tentativa). O nome de cada sujeito será codificado numericamente de forma a preservar sua identidade. Não existem perguntas constrangedoras ou que possam gerar algum constrangimento tanto para o paciente quanto para os profissionais do serviço.

GARANTIAS PARTICIPAÇÃO E TÉRMINO

É garantido a você o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, e o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo, bastando entrar em contato com o responsável por essa pesquisa. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com o Dr. Carlos Eduardo Leal Vidal pelos telefones 3331-7267 e 9983-5384 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone 31-3409-4592. Será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade: nem o nome dos pacientes nem as informações obtidas serão reveladas para outras pessoas. Se você autorizar a coleta dos dados dos pacientes você poderá mudar sua opinião a qualquer momento e poderá solicitar a retirada dos mesmos desse estudo. A sua responsabilidade pela autorização será encerrada quando terminar a pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Este é um estudo que apresenta risco mínimo, se é que ele exista, pois é de caráter predominante observador. Não há uso de medicação, não serão realizados exames físico ou psíquico e nem procedimentos invasivos. A reparação de eventuais danos será disponível sem qualquer compensação financeira. Entre os benefícios obtidos da participação dos pacientes podemos destacar o conhecimento sobre esses dados na região e o planejamento de estratégias preventivas, terapêuticas e de reabilitação de acordo com os dados colhidos. Além disso, espera-se que a apresentação do resultado final do estudo para a comunidade científica, para os órgãos de segurança pública e para os gestores dos serviços de saúde sirva como subsídio para o planejamento de ações de saúde nos três níveis de atuação.

CUSTOS: Não haverá custos decorrentes da participação nesse estudo.

CONFIDENCIALIDADE: A identidade dos pacientes neste estudo será tratada de forma estritamente confidencial.

Eu, _____, li o texto acima e declaro ter entendido completamente a natureza e o propósito do estudo no qual fui questionado a autorizar a coleta de dados sobre os pacientes que tentaram suicídio nesta Instituição. A explicação que eu recebi mencionou os riscos e os benefícios do estudo. Eu entendi que posso retirar a autorização a qualquer momento, e concordo em participar desse estudo, autorizando a coleta das informações sobre os pacientes.

Responsável/Instituição

Investigador

____/____/____
Data
____/____/____
Data

Endereço do COEP: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Belo Horizonte, MG – Brasil. 31270-901. Fone: 31-3409-4592

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Versão para Diretoria Regional de Saúde de Barbacena)

Projeto: Estimativa do excesso de mortalidade associado a tentativas de suicídio

DESCRIÇÃO E PROPÓSITO DO ESTUDO

O suicídio representa um importante problema de saúde pública. Os dados mundiais relativos ao ano de 2000 mostram que aproximadamente um milhão de pessoas cometeram suicídio; a cada 40 segundos, uma pessoa morre por essa causa; a cada 3 segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida; para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas, suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica; para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro desconhecidas; cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas; o impacto psicológico, social e financeiro em uma família e comunidade é imensurável.

Nesta pesquisa pretende-se analisar o perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio e verificar a taxa de mortalidade por suicídio e por outras causas entre os pacientes que tentaram suicídio na Microrregião de Barbacena, no período de 2006 a 2009. Nenhum paciente será avaliado diretamente. Apenas as Declaração de Óbito de 2006 a 2010 serão analisadas para se saber quem morreu e obter dados como tipo de tentativa, causa da morte, sexo, idade, estado civil, nome da mãe e endereço. O nome de cada sujeito será codificado numericamente de forma a preservar sua identidade. Não existem perguntas constrangedoras ou que possam gerar algum constrangimento tanto para o paciente quanto para os profissionais do serviço.

GARANTIAS PARTICIPAÇÃO E TÉRMINO

É garantido a você o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, e o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo, bastando entrar em contato com o responsável por essa pesquisa. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com o Dr. Carlos Eduardo Leal Vidal pelos telefones 3331-7267 e 9983-5384 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone 31-3409-4592. Será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade: nem o nome dos pacientes nem as informações obtidas serão revelados para outras pessoas. Se você autorizar a coleta dos dados dos pacientes você poderá mudar sua opinião a qualquer momento e poderá solicitar a retirada dos mesmos desse estudo. A sua responsabilidade pela autorização será encerrada quando terminar a pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Este é um estudo que apresenta risco mínimo, se é que ele exista, pois é de caráter predominante observador. Não há uso de medicação, não serão realizados exames físico ou psíquico e nem procedimentos invasivos. A reparação de eventuais danos será disponível sem qualquer compensação financeira.

Entre os benefícios obtidos da participação dos pacientes podemos destacar o conhecimento sobre esses dados na região e o planejamento de estratégias preventivas, terapêuticas e de reabilitação de acordo com os dados colhidos. Além disso, espera-se que a apresentação do resultado final do estudo para a comunidade científica, para os órgãos de segurança pública e para os gestores dos serviços de saúde sirva como subsídio para o planejamento de ações de saúde nos três níveis de atuação.

CUSTOS: Não haverá custos decorrentes da participação nesse estudo.

CONFIDENCIALIDADE: A identidade dos pacientes neste estudo será tratada de forma estritamente confidencial.

Eu, _____, li o texto acima e declaro ter entendido completamente a natureza e o propósito do estudo no qual fui questionado a autorizar a coleta de dados sobre mortalidade no período de 2006 a 2010. A explicação que eu recebi mencionou os riscos e os benefícios do estudo. Eu entendi que posso retirar a autorização a qualquer momento, e concordo em participar desse estudo, autorizando a coleta das informações sobre os pacientes.

Responsável/Instituição

Investigador

____/____/____
Data

____/____/____
Data

Endereço do COEP: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Belo Horizonte, MG – Brasil. 31270-901- Fone: 31-3409-4592

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Versão paciente ou responsável legal)

Projeto: Estimativa do excesso de mortalidade associado a tentativas de suicídio

DESCRIÇÃO E PROPÓSITO DO ESTUDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre suicídio e tentativas de suicídio. Caso você concorde em participar, a sua participação consistirá apenas em responder algumas perguntas com duração estimada de 15 a 30 minutos. Nesta pesquisa pretende-se analisar questões relacionadas com as tentativas de suicídio e com histórico de tratamento psiquiátrico (diagnóstico, uso de medicação, local de tratamento, encaminhamento, tipo de atendimento/intervenção, tentativas anteriores, seguimento de tratamento). O seu nome será codificado numericamente de forma a preservar sua identidade.

GARANTIAS, PARTICIPAÇÃO E TÉRMINO

É garantido a você o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, e o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo, bastando entrar em contato com o responsável por essa pesquisa. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com o Dr. Carlos Eduardo Leal Vidal pelos telefones 3331-7267 e 9983-5384, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone 31-3409-4592. Serão garantidos o sigilo, a privacidade e a confidencialidade: nem o seu nome nem as informações obtidas serão revelados para outras pessoas. Você pode se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. A sua responsabilidade pela autorização será encerrada quando terminar a pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Este é um estudo que apresenta risco mínimo, se é que ele exista. Consiste apenas de responder às perguntas que serão formuladas sobre tentativa de suicídio e tratamento psiquiátrico. Não existem perguntas constrangedoras ou que possam gerar algum constrangimento para você. Caso você sinta algum desconforto ou incômodo com alguma pergunta você não precisa responder. Caso ocorra alguma reação emocional que precise de atendimento especializado você será encaminhado e prontamente atendido por pessoal especializado do ambulatório de Saúde Mental ou do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os pesquisadores e a instituição assumem a responsabilidade de dar assistência psiquiátrica integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos, bem como indenização para

o caso de dano resultante de sua participação. Os benefícios da pesquisa estão relacionados à possibilidade de gerar conhecimento para entender e planejar estratégias preventivas, terapêuticas e de reabilitação para os pacientes de acordo com os dados colhidos.

CUSTOS

Não haverá custos decorrentes da sua participação nesse estudo.

CONFIDENCIALIDADE

A sua identidade neste estudo será tratada de forma estritamente confidencial.

Eu, _____, li o texto acima e declaro ter entendido completamente a natureza e o propósito do estudo no qual fui questionado a participar e concordo em participar voluntariamente do estudo. A explicação que eu recebi mencionou os riscos e os benefícios. Eu também entendi que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para mim.

Paciente/Responsável

___/___/___
Data

Investigador

___/___/___
Data

Endereço do COEP: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Belo Horizonte, MG – Brasil. 31270-901. Fone: 31-3409-4592

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Versão para Departamento Municipal de Saúde Pública)

Projeto: Estimativa do excesso de mortalidade associado a tentativas de suicídio

DESCRIÇÃO E PROPÓSITO DO ESTUDO

O suicídio representa um importante problema de saúde pública. Os dados mundiais relativos ao ano de 2000 mostram que aproximadamente um milhão de pessoas cometeu suicídio; a cada 40 segundos, uma pessoa morre por essa causa; a cada 3 segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida; para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas, suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica; para cada tentativa registrada, ocorrem outras quatro desconhecidas; cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas; o impacto psicológico, social e financeiro em uma família e comunidade é imensurável.

Nesta pesquisa pretende-se verificar o histórico de tratamento psiquiátrico daqueles indivíduos que tentaram suicídio. Serão avaliados, por meio de entrevista semi-estruturada, os indivíduos maiores de 18 anos que tentarem suicídio e forem atendidos no pronto-socorro municipal entre os meses de abril e julho de 2011. Serão elegíveis para estas entrevistas apenas os indivíduos que permanecerem por mais de 12 horas no serviço de emergência e aqueles que forem internados em hospitais gerais da cidade de Barbacena. Serão coletadas informações sobre idade, sexo, estado civil, profissão, história pregressa de tratamento psiquiátrico, uso de álcool ou substâncias psicoativas, medicação, tipo de atendimento/intervenção e encaminhamento. Não existem perguntas que possam gerar algum constrangimento tanto para o paciente quanto para os profissionais do serviço.

GARANTIAS PARTICIPAÇÃO E TÉRMINO

É garantido a você o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, e o acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados ao estudo, bastando entrar em contato com o responsável por essa pesquisa. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com o Dr. Carlos Eduardo Leal Vidal pelos telefones 3331-7267 e 9983-5384 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone 31-3409-4592. Será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade: nem o nome dos pacientes nem as informações obtidas serão reveladas para outras pessoas. Se você autorizar a coleta dos dados nas dependências do serviço de emergência você poderá mudar sua opinião a qualquer momento e

poderá solicitar a retirada dos mesmos desse estudo. A sua responsabilidade pela autorização será encerrada quando terminar a pesquisa.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Este é um estudo que apresenta risco mínimo, se é que ele exista, pois é de caráter predominante observador. Não há uso de medicação, não será realizado exame físico e nem procedimentos invasivos. A reparação de eventuais danos será disponível sem qualquer compensação financeira. Entre os benefícios obtidos da participação dos pacientes podemos destacar o conhecimento sobre esses dados na região e o planejamento de estratégias preventivas, terapêuticas e de reabilitação de acordo com os dados colhidos. Espera-se que a apresentação do resultado final do estudo para a comunidade científica, para os órgãos de segurança pública e para os gestores dos serviços de saúde sirva como subsídio para o planejamento de ações de saúde.

CUSTOS: Não haverá custos decorrentes da participação nesse estudo.

CONFIDENCIALIDADE: A identidade dos pacientes neste estudo será tratada de forma estritamente confidencial.

Eu, _____, li o texto acima e declaro ter entendido completamente a natureza e o propósito do estudo no qual fui questionado a autorizar a coleta de dados sobre os pacientes que tentaram suicídio nesta Instituição. A explicação que eu recebi mencionou os riscos e os benefícios do estudo. Eu entendi que posso retirar a autorização a qualquer momento, e concordo em participar desse estudo, autorizando a coleta das informações sobre os pacientes.

Responsável/Instituição

Investigador

____/____/____
Data
____/____/____
Data

Endereço do COEP: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Belo Horizonte, MG – Brasil. 31270-901. Fone: 31-3409-4592

Questionário

Você foi atendido no pronto-socorro da Santa Casa. Por quem você foi levado até lá?

Você se lembra quando chegou ao hospital? Quem o atendeu?

Como você foi recebido pelos funcionários do hospital (recepção, enfermagem, médicos)

Durante o atendimento, como se sentiu tratado pelos profissionais?

Você ficou internado no hospital?

Depois do atendimento ou da internação você foi encaminhado para algum tipo de atendimento na saúde mental? (psiquiatra, psicólogo, CAPS, Ambulatório)

Como foi feito o encaminhamento? Por escrito?

Depois da tentativa de suicídio, como você se sentiu recebido pelo profissional de saúde mental?

Qual a sua percepção em relação aos profissionais de saúde mental quando você fala que tentou ou que está pensando novamente em tentar suicídio?

Quantas vezes você já tentou se matar?

Já fez tratamento com psiquiatra ou psicólogo?

Você já foi atendido por algum outro médico que não seja psiquiatra antes da tentativa?

Alguma coisa mudou na sua vida depois da tentativa?

E com relação a sua família, alguma coisa mudou neles?

ANEXO A: FOLHA DE APROVAÇÃO PELO DEPARTAMENTO



MPS
1960-2000

Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Minas Gerais

DMPs/FM/MEMO 44/10

Belo Horizonte, 06 de outubro de 2010

Prezada Professora

Informo que a Câmara Departamental reunida em 04 de outubro de 2010 aprovou o projeto Estimativa do excesso de mortalidade associada a tentativas de suicídio, do doutorando Carlos Eduardo Leal Vidal e orientado por V. Sa.

Atenciosamente

Juste
Prof^a Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

M^{te} Conceição J. Werneck Côrtes
Chefe do
Dept^o de Medicina Preventiva e Social

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG

Exma. Sra.

Prof^a Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

DMPs/FM/UFMG

ANEXO B – FOLHA DE APROVAÇÃO COMITÊS DE ÉTICA



UNIPAC
Universidade Presidente Antônio Carlos
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Ofício 0392/2010

Barbacena, 05.10.2010

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Informamos que o projeto **ESTIMATIVA DO EXCESSO DE MORTALIDADE ASSOCIADO A TENTATIVAS DE SUICÍDIO** (protocolo n.º 726/2010) de autoria do Prof. Carlos Eduardo Leal Vidal, após análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAC – CEP –, no dia 19.08.2010, foi aprovado.

Protocolo enviado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Ciente de sua atenção, antecipadamente agradecemos.

Prof. Dr. Sebastião Rogério Góis Moreira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP – UNIPAC –

Ilmo(a) Sr(a).
Prof(a). Maria Teresa Marques Amaral
DD. Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG – ÇOEP
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UNIPAC
Rua Monsenhor José Augusto, 203 – São José
Barbacena – MG – CEP: 36205-018
Fone: (0XX32) 3693-8832 – Fax: (0XX32) 3693-8880
cep@unipac.br http://www.unipac.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

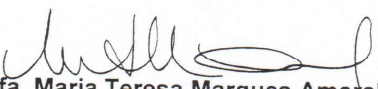
Parecer nº. ETIC 0456.0.203.000-10

Interessado(a): Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 10 de novembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "Estimativa do excesso de mortalidade associada a tentativas de suicídio" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C – CÓPIA DA ATA DA QUALIFICAÇÃO



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpq@medicina.ufmg.br



UFMG

Ata do exame de qualificação a que se submeteu o doutorando CARLOS EDUARDO LEAL VIDAL

Aos oito dias do mês de junho de dois mil e onze, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia compareceu o doutorando para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de tese intitulado: **"ESTIMATIVA DO EXCESSO DE MORTALIDADE ASSOCIADO A TENTATIVAS DE SUICÍDIO"**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Sandhi Maria Barreto - UFMG, Cintia Satiko Fuzikawa - UFMG e Sebastião Rogério Góis Moreira - FAME. Participou da sessão, como ouvinte, a Professora Eliane Costa Dias Macedo Gontijo, orientadora da Tese. A sessão iniciou-se às 09:30 horas, na sala 526, 5º andar da Faculdade de Medicina, com a presença dos professores acima citados. Após a exposição do candidato, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade da Proposta de Tese. Após a arguição, a Comissão Examinadora considerou o aluno A P T O a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 08 de junho de 2011.

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo/Orientadora - ouvinte Eliane Gontijo

Profa. Sandhi Maria Barreto Sandhi Barreto

Profa. Cintia Satiko Fuzikawa Cintia Fuzikawa

Prof. Sebastião Rogério Góis Moreira Sebastião Góis Moreira

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/Coordenadora Mariângela Leal Cherchiglia

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
Faculdade de Medicina - UFMG

[Assinatura]
CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

ANEXO D – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ARTIGO PELA REVISTA

CSP**CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

SECRETARIA DE
CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Rua Leopoldo Bulhões 1480
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (+55-21) 2598-2511
2598-2508
Telefax: (+55-21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/csp

Rio de Janeiro, 19 de setembro de 2012.

Ilmo Sr.:

Dr. Carlos Eduardo Leal Vidal:

Em nome do Conselho Editorial de **Cadernos de Saúde Pública**, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Eliane Costa Dias Macedo Gontijo & Lúcia Abelha Lima, intitulado "*Tentativas de Suicídio: Fatores Prognósticos e Estimativa do Excesso de Mortalidade*" foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,

Marília Sá Carvalho
EditoraClaudia Travassos
EditoraClaudia Medina Coeli
Editora**EDITORAS**

EDITORS
Marília Sá Carvalho
Claudia Travassos
Claudia Medina Coeli

EDITORES ASSOCIADOS

ASSOCIATE EDITORS
Francisco I. Bastos
Paulo Marchiori Buss
Maria Cristina Marino Calvo
Suely F. Deslandes
Gilberto Kac
Ronir Raggio Luiz
Mônica Silva Martins
Paulo R. Menezes
Maria Teresa Anselmo Ollinto
Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro
Michael Reichenheim
Vilma Sousa Santana
Iná S. Santos
Ricardo Ventura Santos
Antônio Augusto Moura da Silva
Reinaldo Souza-Santos
Lígia Maria Vieira da Silva
Guilherme Loureiro Werneck

EDITOR DE ARTIGOS DE REVISÃO

REVIEW EDITOR
Mario Vianna Vettore

EDITORA DE RESENHAS

BOOK REVIEW EDITOR
Martha Cristina Nunes Moreira

EDITORES ASSISTENTES

ASSISTANT EDITORS
Leandro Carvalho
Marcia Pietrukowicz
Carolina Ribeiro

EDITORA ADMINISTRATIVA

ADMINISTRATIVE EDITOR
Carla Alves

ANEXO E – CÓPIA DA ATA DA DEFESA E DECLARAÇÃO



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **CARLOS EDUARDO LEAL VIDAL** número de registro 2009655669. Às nove horas do dia **treze de dezembro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"TENTATIVAS E MORTES POR SUICÍDIO EM BARBACENA, MINAS GERAIS, 2003-2011"** requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo/orientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>aprovado</u>
Profa. Lúcia Abelha Lima/coorientadora	Instit: UFRJ	Indicação: <u>aprovado</u>
Prof. Neury José Botega	Instit: UNICAMP	Indicação: <u>APROVADO</u>
Prof. Sebastião Rogério Goes Moreira	Instit: FAME	Indicação: <u>APROVADO</u>
Profa. Cintia Satiko Fuzikawa	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Profa. Soraya Almeida Belisário	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>

Pelas indicações o candidato foi considerado Aprovado.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2012.

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo Eliane Costa Dias Gontijo
 Profa. Lúcia Abelha Lima Lúcia Abelha Lima
 Prof. Neury José Botega Neury José Botega
 Prof. Sebastião Rogério Goes Moreira Sebastião Rogério Goes Moreira
 Profa. Cintia Satiko Fuzikawa Cintia Satiko Fuzikawa
 Profa. Soraya Almeida Belisário Soraya Almeida Belisário
 Profa. Ada Ávila Assunção/coordenadora Ada Ávila Assunção

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Ada Ávila Assunção
Coord. do PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina | UFMG



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Eliane Costa Dias Macedo Gontijo, Lúcia Abelha Lima, Neury José Botega, Sebastião Rogério Goes Moreira, Cintia Satiko Fuzikawa, Soraya Almeida Belisário aprovou a defesa da tese intitulada "**TENTATIVAS E MORTES POR SUICÍDIO EM BARBACENA, MINAS GERAIS, 2003-2011**", apresentada pelo aluno **CARLOS EDUARDO LEAL VIDAL**, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 13 de dezembro de 2012.

Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo
orientadora

Lúcia Abelha Lima

Profa. Lúcia Abelha Lima
coorientadora

Neury José Botega

Prof. Neury José Botega

Sebastião Rogério Goes Moreira

Prof. Sebastião Rogério Goes Moreira

Cintia Satiko Fuzikawa

Profa. Cintia Satiko Fuzikawa

Soraya Almeida Belisário

Profa. Soraya Almeida Belisário